



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Thiago da Cunha Tomas

Do outro lado da mesa: a Síndrome de Burnout em médicos de família da APS

Rio de janeiro

2021

Thiago da Cunha Tomas

Do outro lado da mesa: a Síndrome de Burnout em médicos de família da APS

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elenice Machado Cunha

Linha de Pesquisa: gestão e avaliação de serviços na Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: On the other side of the table: Burnout Syndrome in Family Physicians of Primary Health Care.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

T655o Tomas, Thiago da Cunha.
Do outro lado da mesa: a Síndrome de Burnout em médicos de família da APS / Thiago da Cunha Tomas. -- 2021.
83 f. : il. ; tab.

Orientadora: Elenice Machado Cunha.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

1. Esgotamento Psicológico. 2. Médicos de Família. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Pandemias. 6. Infecções por Coronavirus - transmissão. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Thiago da Cunha Tomas

Do outro lado da mesa: a Síndrome de Burnout em médicos de família da APS

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovado em: 02 de março de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Leyla Gomes Sancho

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva

Prof.^a Dr.^a Marcia Cavalcante Raposo Lopes

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dr.^a Elenice Machado da Cunha (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro

2021

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus:
“bendito seja Seu nome para sempre e sempre”.
Às minhas amadas Thaís e Valentina que me
apoiam incondicionalmente e compartilham
comigo a experiência do amor.

AGRADECIMENTOS

Sidnéa, Humberto e Beatriz: vocês garantem guarida aos meus bens mais precisos durante minhas jornadas. Obrigado! A certeza desse acolhimento torna meu percurso mais tranquilo.

Aos meus amados pais Edgard e Vitória: obrigado pela dedicação a mim. Obrigado por terem me proporcionado um caminho tão seguro! Nada me faltou graças ao esforço de vocês! Ao meu amado irmão Daniel, uma grande referência para minha vida.

Professora Elenice, esse trabalho não teria se concluído sem sua orientação. Qualquer obrigado será pequeno para retribuir tudo que foi compartilhado. Levarei esses ensinamentos, que já modificam tanto meu dia a dia, para toda a vida.

À Professora Kátia Silveira, que tanto me orientou e incentivou com proveitosos feedbacks. Estendo também o agradecimento à professora Leyla Sancho: ambas compuseram a banca de qualificação apontando direções fundamentais para a adequação do projeto.

À Professora Márcia Raposo que, tanto nas etapas iniciais quanto na revisão final, trouxe reflexões que ampliaram a visão sobre o assunto.

Cristiane Novaes e Alessandra Veggi: vocês já apoiavam meu mestrado antes de tudo começar! Eu agradeço de coração pela amizade, apoio e confiança que vocês dedicam a mim!

Aos colegas médicos que participaram entusiasmadamente das entrevistas e contribuíram enormemente com esse projeto: espero que nossos esforços tragam tempos de uma Atenção Primária melhor.

Ao SUS, campo de atuação que eleva minhas reflexões, sobre a medicina e a sociedade, a um patamar mais avançado de exercício profissional.

“Os lábios da sabedoria estão fechados, exceto aos ouvidos do entendimento” (Autor desconhecido).

RESUMO

A Síndrome de Burnout é um fenômeno clínico caracterizado pelo esgotamento de energia decorrente do estresse crônico no local de trabalho. Provoca, no âmbito profissional, o distanciamento e a redução da eficiência, trazendo também implicações para a vida pessoal. Apresenta importante prevalência entre os Médicos de Família. O presente estudo teve por objetivo analisar a percepção de médicos especialistas em Medicina de Família, inseridos nos serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, a respeito de desencadeadores, consequências e medidas de manejo da Síndrome. Para isso, foi realizado estudo qualitativo e exploratório. Como estratégia de coleta de dados realizou-se entrevistas semiestruturadas com dez Médicos de Família da Atenção Primária do referido município. Como a etapa de coleta de dados desenvolveu-se em 2020, em meio à pandemia da Covid-19, o fato foi considerado no desenvolvimento do estudo. Tendo por referencial metodológico a análise de conteúdo, as falas foram transcritas e exploradas em seus significados, identificando-se categorias para a discussão. Os resultados apontaram que os profissionais entrevistados conseguiam identificar a relação entre o desenvolvimento da Síndrome e a exposição ao estressor ocupacional, além de indicarem o esgotamento como principal manifestação. A pressão assistencial e a desvalorização do problema pela gestão foram elencadas como principais estressores. Sobre as consequências, o desânimo como consequência para si e insensibilidade frente as demandas do paciente como consequências para o serviço, apareceram como os principais impactos da doença. Os entrevistados reconheciam o medo de contaminação e a possibilidade de transmissão a contatos próximos como elementos novos trazidos pela pandemia da COVID-19. Sobre as possibilidades de manejo, a atividade física foi apontada como medida efetiva pela maioria dos entrevistados. Por outro lado, 70% dos entrevistados relataram não ter experimentado medidas de manejo propostas pela gestão. Frente a complexidade do assunto e do cenário de atuação do Médico de Família, ratifica-se a necessidade de estudos mais aprofundados, inclusive envolvendo o campo da Saúde do Trabalhador para melhor exploração do tema. O trabalho será submetido para apresentação em congresso e um artigo está em fase de elaboração.

Palavras-Chave: Síndrome de Burnout. Médicos de Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Burnout Syndrome is a clinical phenomenon characterized by energy depletion resulting from chronic stress in the workplace; causes, in the professional sphere, the distance and the reduction of efficiency; and also have implications for personal life. It has an important prevalence among Family Physicians. The present study aimed to analyze the perception of physicians specializing in Family Medicine, inserted in the Primary Health Care services in the city of Rio de Janeiro, regarding triggers, consequences and management measures of the Syndrome. For this purpose, a qualitative and exploratory study was carried out. As a strategy for data collection, semi-structured interviews were carried out with ten Family Physicians of Primary Care in that municipality. As the data collection stage developed in 2020, in the midst of the Covid-19 pandemic, the fact was considered in the development of the study. Having the content analysis as a methodological framework, the statements were transcribed and explored in their meanings, identifying categories for discussion. The results showed that the professionals interviewed were able to identify the relationship between the development of the Syndrome and exposure to occupational stressors, in addition to indicating exhaustion as the main manifestation. The assistance pressure and the devaluation of the problem by the management were listed as main stressors. Regarding the consequences, discouragement as a consequence for themselves and insensitivity to the patient's demands as consequences for the service, appeared as the main impacts of the disease. Respondents recognized the fear of contamination and the possibility of transmission to close contacts as new elements brought about by the COVID-19 pandemic. Regarding the management possibilities, physical activity was pointed out as an effective measure by most of the interviewees. On the other hand, 70% of the interviewees reported not having tried the management measures proposed by the management. In view of the complexity of the subject and of the Family Physician's operating scenario, the need for more in-depth studies is confirmed, including involving the field of Occupational Health to better explore the theme. This work will be submitted for presentation at a congress and a article is in preparation.

Keywords: Burnout Syndrome. Family Physicians. Primary Care Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Macro categorias e respectivas questões	50
Quadro 2	Categorias de análise relativas às percepções sobre a Síndrome de Burnout, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados	54
Quadro 3	Categorias de análise relativas às percepções sobre os estressores ocupacionais, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados	55
Quadro 4	Categorias de análise relativas às percepções sobre as consequências de convívio com estressores ocupacionais para si, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados	56
Quadro 5	Categorias de análise relativas às percepções sobre as consequências de convívio com estressores ocupacionais para o serviço, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados	57
Quadro 6	Categorias de análise relativas às percepções sobre a interferência da Pandemia da COVID-19 sobre os estressores ocupacionais, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados	58
Quadro 7	Categorias de análise relativas às percepções sobre as medidas de manejo por iniciativa própria, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados	59
Quadro 8	Categorias de análise relativas às exposições livres, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados.....	61
Quadro 9	Macro categorias, categorias preliminares, categorias definitivas e relação de citação	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil socioprofissional dos entrevistados	53
----------	--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMQ	Autoavaliação para Melhoria da Qualidade
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i>
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
HCoV	Coronavírus humanos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPCA	Índice de preços ao Consumidor
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBI-GS	<i>Maslach Burnout Inventory - General Survey</i>
MBI-HSS	<i>Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey</i>
MERs-CoV	<i>Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus</i>
MFC	Médico de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
PCBP	Programa de Certificação de Boas Práticas
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PJ	Pessoa Jurídica
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SARS-CoV	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus</i>
SB	Síndrome de Burnout
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UHC	<i>Universal Health Coverage</i>
UHS	<i>Universal Health System</i>
WHA	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL.....	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1	EVOLUÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE	19
4.2	O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
4.3	DISPOSITIVOS REGULATÓRIOS ATUAIS E AS IMPLICAÇÕES PARA A APS	29
4.3.1	Ano 2016: Emenda Constitucional 95 de 2016 (“PEC do teto”)	29
4.3.2	Ano 2017: Reforma das Leis Trabalhistas – Lei nº 13.467/2017	29
4.3.3	Ano 2017: Revisão da PNAB – Portaria nº 2436/GM/MS, 2017	31
4.3.4	Ano 2018: Proposta de Reforma do sistema único Brasileiro	32
4.3.5	Ano 2019: Novo modelo de financiamento da APS	33
4.3.6	Ano 2019: Reforma da previdência – Emenda constitucional 103/2019	34
4.3.7	Ano 2019: Agência para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Lei nº 13.958/2019	34
4.4	PANDEMIA DO CORONAVÍRUS	35
4.5	A SÍNDROME DE BURNOUT	38
5	PRESSUPOSTO DO ESTUDO	45
6	METODOLOGIA	46
6.1	TIPO DE ESTUDO E REFERÊNCIA METODOLÓGICA	46
6.2	ELABORAÇÃO DO TESTE E ROTEIRO DE ENTREVISTA	46
6.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	47
6.4	AMOSTRA	48
6.5	REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	49
6.6	TRATAMENTO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	49
6.6.1	Pré – análise	50

6.6.2	Exploração	51
6.6.3	Tratamento	51
7	RESULTADOS	53
8	DISCUSSÃO	65
8.1	AMOSTRA	65
8.2	REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	65
8.3	PERCEPÇÕES DAS CONSEQUÊNCIAS DE CONVIVER COM O ESTRESSOR OCUPACIONAL TANTO PARA SI QUANTO PARA O SERVIÇO	68
8.4	IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS	69
8.5	MEDIDAS DE MAENEJO EXPERIMENTADAS POR INICIATIVA PRÓPRIA E/OU DO GESTOR	70
8.6	ELEMENTOS DE FALA LIVRE	71
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS PRIMÁRIOS	80
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	81
	ANEXO A - MALASCH BURNOUT INVENTORY – HUMAN SERVICE SURVEY (MBI-HSS)	82
	ANEXO B - DIMENSÕES E ITENS DO MBI-HSS	83

1 INTRODUÇÃO

Médico de Família, Atenção Primária à Saúde e Síndrome de Burnout: desenvolve-se estudo que busca ampliar o conhecimento sobre a relação entre esses três elementos que, atualmente, tem ganhado representatividade por uma interseção que mostra a Medicina de Família como a segunda especialidade médica em que a Síndrome de Burnout é mais prevalente com um acometimento de 17% dos profissionais (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

A Medicina de Família é uma especialidade voltada a práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde sendo dirigidas a indivíduos, famílias e comunidade. Por isso assume papel fundamental na coordenação do cuidado dentro dos sistemas de saúde. Os princípios e práticas são centrados na pessoa durante a interação entre médico e usuário. Assim o Médico de Família é o especialista internacionalmente conhecido como profissional de excelência para o campo da Atenção Primária (PADULA; MARCOS; DEMARZO, 2007).

A Atenção Primária a Saúde (APS) por sua vez, corresponde a um campo de práticas integrais em saúde correspondendo ao primeiro nível de atenção, o que significa que é o ponto de acesso preferencial do usuário. Ser o primeiro nível não é sinônimo de ser menos complexo afinal, inúmeras possibilidades de demanda podem surgir ao longo do expediente da unidade.

Os atributos desenvolvidos pela pesquisadora americana Barbara Starfield norteiam a organização dos serviços de Atenção Primária que devem se caracterizar em ser: o primeiro contato, longitudinal, abrangente ou integral, coordenador das ações, orientado para comunidade, centrado na família e reconhecer a competência cultura (STARFIELD, 2002). Ratificado inicialmente apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como atributos para os serviços de Atenção Primária, esses mesmos preceitos ganham espaço nos sistemas privados a partir de 2018 quando a Agência Nacional de Saúde passa a recomendar que a estruturação dos serviços de planos privados siga esses mesmos pilares (ANS, 2018).

Assim, tanto no sistema de saúde público quanto no privado, identificam-se serviços que seguem diretrizes organizacionais semelhantes. Nesse cenário, insere-se o Médico de Família que traz para o cotidiano de prática reflexões sobre a humanização do cuidado o que impõe caráter personalíssimo a cada interação médico paciente. Não obstante, adiciona-se a essa equação os componentes “longitudinalidade” e “integralidade” que resultam em um grau de envolvimento emocional ainda maior na consulta da Atenção Primária quando comparada à consulta da atenção especializada (MARTÍNEZ DE LA CASA MUÑOZ et al., 2003).

Uma vez identificados esses elementos, é preciso ressaltar que os serviços de saúde estão enquadrados no setor de serviços. Com isso, os trabalhadores estão expostos a processos

de trabalho em que a gestão solicita alta produtividade o que, aliado a processos de automação, impõem ainda mais carga ao profissional (PIRES, 2001).

O profissional, atuando nesse cenário de demandas complexas, está exposto a riscos de desenvolver sofrimentos diversos, sendo que para o presente estudo o foco será a Síndrome de Burnout: um termo de origem inglesa que designa “algo que deixou de funcionar por exaustão de energia” (PÊGO; PÊGO, 2016). A Síndrome de Burnout é o fenômeno clínico caracterizado pelo esgotamento de energia decorrente do estresse crônico no local de trabalho sendo, portanto, um determinante imperiosamente ocupacional (OPAS, 2019).

Neste estudo o Médico de Família é visto como um paciente: está do outro lado da mesa. Intenta-se ouvir um profissional que está habituado a estruturar sua consulta em método centrado na pessoa e integrar as demandas apresentadas às evidências clínicas. Esse médico também precisa de um lugar para falar de suas percepções e, com isso, ter a individualidade de seus determinantes biopsicossociais considerados para a tomada de qualquer decisão pretendida. Afinal, atua como especialista em um cenário demasiadamente complexo e repleto de determinantes bastante específicos que precisam ser considerados, não permitindo a simples replicação de experiências. Com esse plano de fundo, a proposta desse trabalho é discutir as percepções dos Médicos de Família que atuam na APS do estado do Rio de Janeiro, sobre os elementos desencadeadores, manejo e consequências da Síndrome de Burnout para esse grupo.

2 JUSTIFICATIVA

Inúmeros estudos apontam a significativa prevalência da Síndrome de Burnout entre médicos. Por exemplo, o acesso em dezembro de 2019 ao conteúdo da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (bvsmms.saude.gov.br), revelou 1117 estudos dirigidos a interseção do termo “Burnout” com filtro de assunto principal “médicos”. Desse total, 166 artigos se referiam ao assunto “médico de família”. O primeiro deles, publicado no ano de 1993 – período em que despontam iniciativas de implantação da Saúde da Família em localidades distintas, seguida da implantação do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde (1994) - e, a partir de então, havendo crescente incremento de produção até 2019. O interesse pelo assunto por parte da comunidade de pesquisadores se relaciona, provavelmente, ao importante aumento da prevalência da síndrome entre esses profissionais.

Todavia, a análise dessa literatura mostra que a maior parte do conteúdo se dirige apenas ao “estado da arte” da síndrome ou, majoritariamente, aos aspectos relacionados à prevalência do problema na população médica global. Atentando para o Brasil, muitos estudos envolvem a análise da síndrome entre as várias especialidades médicas como um todo, o que retiram do foco dos estudos esse cenário de importante complexidade que é a APS. Outrossim, quando dirigidos à APS, muitos projetos englobam diferentes categorias profissionais, o que também dificulta a identificação de elementos desencadeadores e de manejo específicos para os profissionais médicos.

Apesar da dificuldade de reflexão por conta das populações de estudo e opções metodológicas que reúnem diferentes especialidades médicas, cenários de atuação ou categoria profissional, as conclusões dos projetos analisados são recorrentes em recomendar a necessidade de aprofundamento nos estudos para intervenções de manejo. A competência deletéria da doença ratifica as recomendações de ampliação de reconhecimento: tanto para elementos de manejo quanto para os desencadeadores. A Síndrome de Burnout em médicos da Atenção Primária ocasiona absenteísmo, queda da produtividade, rotatividade de profissionais (ou intenção de sair do serviço), erro médico, maior gasto farmacêutico por paciente atendido e baixa qualidade de cuidado. (AZAM; KHAN; ALAM, 2017; CLOUGH *et al.*, 2017; LIMA, 2016; MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015; PANAGIOTI *et al.*, 2017; PÊGO; PÊGO, 2016).

Parte da justificativa se dá, então, pelos aspectos da prevalência e pela necessidade de reconhecimento dos elementos desencadeadores e medidas de manejo específicas para médicos de família da APS. Mas, uma ressalva precisa ser considerada a respeito dessas medidas de manejo. A adoção de iniciativas visando a prevenção e o manejo, mesmo que potencialmente benéficas, precisam ser cuidadosamente indicadas. Intervenções dirigidas diretamente ao

profissionais podem conter a marca da política dos últimos cinco anos que, interpretada de forma mais ampla, visa a adaptar o indivíduo física e intelectualmente ao mercado. Pode conter ainda, mais especificamente, a marca dessa psicopolítica: uma nova forma de exercício de coerção sem coação externa, mas que igualmente almeja adequar os indivíduos ao desejo do mercado (RODRIGUES FILHO; JUNGES, 2018). Corroborando com a contraindicação dessa premissa, de que o próprio profissional deve desenvolver capacidade de resiliência e autocuidado, as evidências recentes mostram que intervenções que reorientem a organização dos serviços apresentam maior evidência de efetividade tanto na duração quanto na magnitude das medidas dos sintomas (CLOUGH *et al.*, 2017; PANAGIOTI *et al.*, 2017). Por outro lado, a comparação dessas intervenções é difícil, pois variam em conteúdo, duração e intensidade (PANAGIOTI *et al.*, 2017).

Então, há um elemento ocupacional prevalente, insidioso e destrutivo, mas com elementos desencadeadores e medidas de manejo ainda pouco discutidas, quando se recorta especificamente o intrincado cenário formado pela atuação do Médico de Família na APS. Seguindo a lógica de pesquisa em referencial bibliográfico virtual, outra busca na BVS (também em dezembro de 2019) revela que, dos 166 estudos apontados no conjunto intersecção “Burnout” e “Médicos de Família”, apenas quatro se dirigem ao aspecto clínico da “terapia” e apenas três têm o Brasil como “região do assunto”.

Assim, ouvir os Médicos de Família que atuam na APS permitirá reconhecer: a. aquilo que esses profissionais identificam como elementos estressores do serviço, incluindo possíveis novos estressores relacionados à pandemia do COVID-19, b. suas próprias expectativas quanto a medidas viáveis para o manejo e c. a visão desses profissionais sobre efeitos da Síndrome sobre o serviço. Isso fornecerá elementos dessa realidade com potencial para subsidiar futuras intervenções.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar a percepção dos Médicos de Família que atuam na APS a respeito dos elementos desencadeadores, manejo e o efeito sobre o serviço da SB.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar os elementos desencadeadores da SB no contexto da APS.
- Discorrer sobre possíveis elementos desencadeadores surgidos ou agravados pela pandemia do Coronavírus.
- Descrever os elementos protetivos dirigidos à organização de serviços com objetivo de proteção ao Burnout.
- Reconhecer as implicações da Síndrome de Burnout sobre a gestão do serviço e cuidado ofertado.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 EVOLUÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E O TRABALHO EM SAÚDE

A identificação da relação entre trabalho e doença permeia a história. Coélet, autor do livro bíblico de Eclesiastes, aponta essa questão quando, por volta do século III a.C., pondera sobre a fadiga de trabalhar debaixo do Sol que deixava seu “coração desesperado”. Novos registros surgem ainda naqueles séculos a.C. com Hipócrates e alguns outros estudiosos greco-romanos que identificam doenças relacionadas ao trabalho de mineração (FRIAS JÚNIOR, 1999). O estudo das doenças ocupacionais ganha estruturação em 1700, com Bernardino Ramazzini, médico italiano autor do livro “As doenças dos trabalhadores”, em que destaca a necessidade de os médicos conhecerem a ocupação atual e pregressa de seus pacientes (ANAMT, 2018).

Até então, a produção se caracterizava pela manufatura: técnica de produção manual, ou com uso de máquina simples, individual ou por vezes organizada em pequenos grupos, movida pela força humana ou auxílio de animal, sendo o artesão único responsável por todo o processo produtivo, desde obtenção da matéria prima até a comercialização do produto final, implicando em uma produção quantitativamente limitada.

Com a progressiva incorporação de maquinário, movido por diferentes formas de energia, especialmente o carvão, ocorreu entre 1700 e 1800 a Primeira Revolução Industrial. O processo de produção individual e manual deu lugar à linha de produção em série, capaz de produzir mais em menos tempo, alinhado a uma lógica econômica capitalista de maximização de lucros. Esse processo marcou o início de um *continuum* de transformações nos processos de produção e organização do trabalho (SAKURAI; ZUCHI, 2018).

A incorporação de tecnologias de mecanização, por contribuir para o aumento da produção e, conseqüentemente, para os lucros, se configurou como elemento essencial para o crescimento e a modernização da indústria. Em continuidade, por volta de 1870 inicia-se a Segunda Revolução Industrial, quando a indústria passa a utilizar a eletricidade, o aço, e melhores meios de transporte e de comunicação. Naquele momento, princípios como o Taylorismo (voltados à organização do trabalho) e o Fordismo (que objetivava garantir ritmo da produção adicionando a esteira) surgem e mudam a organização do trabalho na intenção de aumentar ainda mais a produção. A especialização do trabalho, controle sobre os gastos e aumento de produção marcam esse período (MERLO; LAPIS, 2007; SAKURAI; ZUCHI, 2018).

No decorrer do século XX o avanço tecnológico intensifica-se e, conseqüentemente, acontece a denominada ‘Revolução Técnico Científica’, ou Terceira Revolução Industrial, que se caracteriza pelo uso de diferentes formas de energia, de recursos de informática e de tecnologia de informação, o que impulsiona a globalização. Exacerba-se progressivamente a modernização, com reflexos nos campos social, cultural e econômico, constituindo-se em berço para mais uma mudança no meio de produção e organização do trabalho: a Quarta Revolução Industrial (MAGALHÃES; VENDRAMINI, 2018; SAKURAI; ZUCHI, 2018).

Em 2012, a Quarta Revolução Industrial fica conhecida como Indústria 4.0 marcada pela “convergência do mundo físico com o mundo virtual” (KAGERMANN; WAHLSTER; HELBIG, 2013). De modo geral, os princípios da Indústria 4.0 são: operação em tempo real, virtualização, descentralização, orientação de serviços (garantido pela “internet das coisas” que corresponde a interação digital entre sensores e atuadores o que conecta máquinas e pessoas a internet), modularidade e interoperabilidade (MAGALHÃES; VENDRAMINI, 2018; SAKURAI; ZUCHI, 2018).

A indústria 4.0 se caracteriza por um ambiente de total conexão das coisas: dinâmico, de produção totalmente automatizada e mediada por tecnologias. É possível evitar desperdícios, aumentar eficiência e lucratividade e, além disso, aproximar o consumidor final do produto, através da personalização dos produtos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; SAKURAI; ZUCHI, 2018).

Até aqui foi apresentado síntese do percurso de transformações sob uma óptica generalizada dos setores da economia. No entanto, uma vez que o setor de serviços não esteve fora de processo de mudanças e, a cada dia, exige-se sistemas mais eficientes, baratos e personalizados, é mister analisar com mais profundidade essas mudanças nesse setor. Frente a sua complexidade, sendo o setor de saúde o plano de fundo nesse projeto, é necessário buscar no campo da sociologia conceitos capazes de distinguir as particularidades desse serviço (PIRES, 2001)

Os serviços de saúde enquadram-se no setor terciário ou setor de serviços. Para análise do processo de trabalho nesse setor é preciso inicialmente identificar semelhanças e diferenças com o processo de trabalhos do setor industrial (ou secundário), que é setor de origem do conceito “processo de trabalho”. (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010).

O setor de serviço não surge de uma revolução como ocorreu com a indústria. O próprio termo “terciário” em si foi definido para designar um grupo de atividades que não se enquadravam nos outros setores, mas que tinham suas atividades participando na composição do Produto Interno Bruto. Do ponto de vista histórico, surge insidiosamente a partir da

emergência do sistema tributário caracterizado pela arrecadação forçada de impostos com a contrapartida da organização de serviços públicos (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010; MEIRELLES, 2006).

A participação do setor de serviço na economia envolve o debate entre a teoria do valor-trabalho (valor é proporcional a quantidade de hora de trabalho dedicada a produção) e a teoria valor-utilidade (valor dirigido ao serviço que satisfaça a demanda ou vontade) (MEIRELLES, 2006). A teoria de Marx (1987) explica esse valor-utilidade, identificado no setor terciário não como resultado da compra e venda de objetos, mas numa relação social intangível e incomensurável. Logo, a atividade de serviço torna-se produtiva quando agrega valor a essa relação, transformando-a uma mercadoria atendendo a visão capitalista (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010).

Assim, para analisar o trabalho em saúde é primordial identificar sua posição na estrutura capitalista de produção e a perspectiva neoliberal de modelo de produção. Foi influenciado pelo trabalho parcelado Fordista-Taylorista e atualmente, pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva. O processo de trabalho dos profissionais de saúde no âmbito da assistência tem: a. como objeto o indivíduo que demanda cuidado, b. como instrumento de trabalho o conhecimento e c. como produto final a própria prestação da assistência (PIRES, 2001).

Diferentemente do ocorre na produção de material, o ato assistencial em saúde não é dominado e nem determinado pela administração da instituição, afinal, o profissional domina o conhecimento para o exercício da atividade. No entanto a gestão tem a prerrogativa para agir frente a situações de “crise” e tem como possibilidades de ação: demissão de força de trabalho, introdução de medida para aumento de produtividade, precarização das relações de trabalho e, em última análise no caso dos serviços privados, o fechamento do serviço (PIRES, 2001).

Identifica-se então dois elementos chaves no processo de trabalho em saúde que podem interferir, sinérgica e negativamente, na saúde desses profissionais. Primeiramente, o poder da gestão – representando pelas citadas medidas de enfrentamentos de “crises” - sobre a organização e cobrança por uma produção que atenda a lógica da produtividade (ou lucro). Essas ações levam a exigência do aumento da produção, o que para o setor de saúde equivale ao aumento de prestação de assistência, correspondendo ao segundo elemento chave nesse processo de produção.

No âmbito do serviço de saúde, esse aumento de produção precisa ser considerado pontuando elementos particulares. Conforme dito anteriormente, o produto da saúde é a prestação da assistência em si. Assim, o processo de trabalho em saúde exige a simultaneidade

e co-presença entre trabalhador e consumidor, juntos no mesmo ambiente: físico ou virtual. Logo, nesse processo de trabalho, o próprio consumidor é agente de risco ou carga de trabalho, de natureza biológica, psíquica e ergonômica condicionados pelas esferas socioculturais (PIRES, 2001).

A simultaneidade e co-presença resultam em três propriedades inerentes ao processo de trabalho no setor de serviço: intangibilidade, inestocabilidade e incomensurabilidade do produto do serviço. Essas três características também se comportam como riscos para saúde do trabalhador (PENA; MINAYO-GOMEZ, 2010; PIRES, 2001). Outro elemento que se destaca nesse particular processo de trabalho é a gestão emocional: administração das reações afetivas que uma vez percebidas devem ser aceitas pelo consumidor. O controle sistemático gera conflito psíquico que pode levar a distúrbio latente, especialmente estresse crônico (PIRES, 2001).

Uma vez delineado o processo de trabalho no setor da saúde é necessário compreender o momento atual desse setor de serviços. O sistema global de saúde passa por um forte processo de automação tendo por evidências a atual construção de prontuário global, rastreamento de medicações, planejamento cirúrgico remoto, telessaúde, diagnósticos realizados por algoritmos inteligentes, vacinas produzidas por computadores (o “mosaico genético”). Como pilares essenciais para o processo estão os sistemas de informação e de comunicação em saúde que contribuem para a cadeia de produção e assistência sendo aspecto singular para evolução e implementação da Saúde 4.0 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O termo Saúde 4.0 diz respeito a essa incorporação de tecnologias em saúde permitindo a automação dos processos. Paralelamente, surge o termo “Saúde Global” que, embora não haja consenso para seu uso, refere-se às propostas de soluções para as necessidades de saúde das populações e inclui as inovações da Saúde 4.0.

Em maio de 2018 os Estados membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovaram a Resolução WHA71.7, conhecida como “Saúde Digital”, onde reconhecem o potencial das tecnologias digitais para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), principalmente no que concerne à promoção de saúde, prevenção de doenças, acesso e qualidade dos serviços de saúde, o que ratificaria em parte a necessidade de investimentos nesse campo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Um dos aspectos trazidos pela incorporação das tecnologias da denominada Saúde 4.0 é o risco de redução do número de postos de trabalho (de modo geral, não restrito aos profissionais de saúde) em tal monta que há previsão de uma diminuição entre 35 e 47% em

países como Japão, Estados Unidos, Reino Unido e Alemanha nas duas próximas décadas (MAGALHÃES; VENDRAMINI, 2018).

Sobre o uso de tecnologias de informática pelo profissional médico, uma vez que as mudanças visam, dentre outros objetivos, aumentar a produção, é prudente destacar essa questão e relacionar o atual momento de transformação da medicina com o desenvolvimento do Burnout. Essas transformações tornaram o trabalho onipresente e o profissional tem acesso e passa a ser cobrado por tarefas a qualquer momento e em qualquer lugar. Configura-se aí um cenário em que a gestão consegue exigir mais intensa e frequentemente o cumprimento de metas, criando uma jornada que excede os limites do ambiente de trabalho e invade as horas de descanso e lazer. Ocorre pressão progressivamente maior para incremento de desempenho dos médicos e, paralelamente a desvalorização profissional perante a sociedade que muitas vezes resultam na judicialização (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018). Adoecer tendo sua energia drenada por determinantes trabalhistas torna-se portando uma quase certeza.

4.2 O MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conforme o estudo de demografia médica do Conselho Federal de Medicina publicado em 2018, o Brasil conta com 5486 especialistas em Medicina de Família e comunidade, estando 635 deles no Rio de Janeiro. Na especialidade, 43,1% são do sexo masculino e 56,9% do sexo feminino, com idade média de 42,8 anos e tempo médio de formado de 16,6 anos (SCHEFFER *et al.*, 2018). A Medicina de Família e Comunidade é uma das 55 especialidades médicas relacionadas pelo CFM e apresenta como requisitos para o registro da especialidade: a. Residência Médica - certificado de conclusão expedido por instituição credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (Lei 6932/1981), b. Título de Especialista - certificado expedido por Sociedade de Especialidade reconhecida pela AMB (CFM, 2018) ou c. Especialização Médica, Pós-graduação ou Mestrado até 15/04/1989 - certificado de conclusão ou Exercício da especialidade até 15/04/1989 - comprovação de atuação na especialidade (declaração do serviço ou D.O.U. comprovando atuação em concurso público) por um período de 10 anos anterior a 15/04/1989 (CFM, 2018).

O médico de família é o especialista que atende os problemas relacionados com o processo saúde-enfermidade, de forma integral, contínua e sobre um enfoque de risco, tanto no âmbito individual quanto familiar. Considera a doença e o adoecimento como resultante não só de um contexto biológico: enxerga aspectos sociais, psicológicos, ambientais e culturais como elementos que conferem a singularidade de cada pessoa. O Médico de Família e comunidade

deve atuar em funções de administração, educação, docência e investigação, estando preparado para responder às demandas assistenciais em qualquer momento do ciclo de vida individual e/ou familiar, reconhecendo ao mesmo tempo as interações que se dão na comunidade (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010).

Uma vez inserido nas equipes multidisciplinares da APS, o profissional MFC lida com atribuições comuns a todos os membros da equipe (em geral dirigidas aos processos de organização do território sob responsabilidade da equipe) e atribuições específicas que envolvem a atenção à saúde dos usuários: consultas, pequenos procedimentos cirúrgicos, visitas domiciliares, atividades em grupo, planos terapêuticos, coordenação do cuidado e responsabilidade de acompanhamento das referências e contra referências na RAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Seja nas UBS do SUS ou no serviço da rede suplementar, o MFC desenvolve essas atribuições cotidianamente em contato direto com o paciente e, pelos preceitos da profissão (potencializados pelos da própria especialidade), experimentam um alto grau de envolvimento emocional com o paciente nas consultas da APS uma vez que o profissional segue o paciente integral e longitudinalmente. Elementos como o sofrimento dos pacientes (e suas famílias) conjugados com cenários de carência de infraestrutura, insumos e recursos trazem negatividade a essas experiências. Não obstante, tem-se cobrança por metas e a própria pressão assistencial permeando a vida profissional desse trabalhador (MORELLI; SAPEDE; SILVA, 2015; SILVEIRA; CÂMARA; AMAZARRAY, 2014)

O Médico de Família encontra na Atenção Primária à Saúde (APS) o seu principal campo de atuação. A APS corresponde ao conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem: promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais os profissionais assumem responsabilidade sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Ao mesmo tempo, corresponde a um dos níveis de atenção desse mesmo sistema (EPSJV, 2016).

Esse modelo da “Atenção Básica”, em sua origem, deriva em parte dos postulados do Relatório Dawson, lançado em 1920 na Inglaterra, que propôs a organização do Sistema de Saúde a partir de três níveis que podem ser comparados com a divisão adotada atualmente no Brasil: Atenção de baixa, média e alta complexidade.

A propósito, torna-se oportuno esclarecer a diferença entre complexidade tecnológica e densidade tecnológica. Sobre as ações em saúde na APS, as práticas gerenciais e sanitárias

devem considerar as particularidades da população local e do território em si nas tomadas de decisão. Utiliza-se tecnologia de alta complexidade e baixa densidade. Para solucionar cerca de 80% das demandas, intimamente ligadas aos problemas sociais e ambientais, a qualificação do profissional de saúde caracteriza essa tecnologia como de alta complexidade, que sobrepuja a densidade tecnológica que envolve exames e aparelhos sofisticados (EPSJV, 2016).

No Brasil, a partir da década de 1970, surgiram iniciativas para ampliar as práticas de APS, com destaque para: a. o projeto de Saúde Comunitária Murialdo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, b. a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária e c. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste (CONILL, 2008).

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, nome em homenagem a cidade do Cazaquistão na antiga União Soviética, onde ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde organizada pela OMS, estabeleceu aos 134 países signatários do documento o dever de formular políticas, estratégias e planos de ação para implantação de programas de Atenção Primária em Saúde com o lema de “garantir a saúde para todos no ano 2000” (EPSJV, 2018). Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, trouxe como equivalente os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em 1986 no Brasil, a VIII Conferência de Saúde reaviva os postulados de Alma-ata o que serviu para, em 1988, alicerçar a Constituição da República Federativa do Brasil prevendo um sistema de saúde público e universal. Ratifica-se o termo “previsão” pois a Constituição Federal apenas prevê o sistema de saúde em si, mas o Sistema Único de Saúde (SUS), em termos próprios, só foi criado em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080.

A Constituição de 1988 norteia os conceitos que, em um segundo momento, orienta os dispositivos que criaram os SUS. Esse arcabouço legal é identificado na Constituição em seus artigos 6º (que reconhece a saúde como direito social), 196 (que estabelece que a saúde é dever do estado), 197 (que define a regulamentação, execução e fiscalização pelo poder público) e 198 (que determina a organização das ações e serviços públicos de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, sob diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) (BRASIL, 1988).

A Lei 8080/90 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Esse dispositivo legal traz contempla definições referentes aos objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, gestão, financiamento e interação com sistemas privados (BRASIL, 1990).

Logo em seguida, a Lei nº 8142/90, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Instituiu os Conselhos de Saúde e conferindo legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o amparo jurídico para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990 b).

O Programa de Saúde da Família foi lançado pelo Governo Federal em 1994 como proposta de implantação da Atenção Primária no Brasil. Hoje chamado Estratégia de Saúde da Família, reorganizou o modelo assistencial anteriormente centrado no tratamento da doença em hospitais e unidades ambulatoriais que atendiam na lógica queixa/condução. A Estratégia de Saúde da Família intenciona colocar o indivíduo, a família ou a comunidade no centro da atenção e, dessa maneira, amplia a compreensão do processo saúde – doença.

Em 1996 a Norma Operacional Básica (NOB 96) ratifica a intenção da expansão da Atenção Primária ao estabelecer novas formas de financiamento da APS (Piso da Atenção Básica - PAB) com explícito incentivo do aumento da cobertura para as populações mais carentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial, que visou a implantação e a expansão da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes. O PROESF foi estruturado em três componentes técnicos: apoio à conversão da Atenção Básica de Saúde, desenvolvimento de recursos humanos, e monitoramento e avaliação (onde se destaca a ferramenta de Autoavaliação para Melhoria da Qualidade - AMQ). De forma complementar ao PROESF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) surgem com intuito de ampliação e melhoria da ESF (SOUSA, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 aprovou e estabeleceu as diretrizes para organização da Atenção Primária através da Estratégia de Saúde da Família, o que é ratificado na revisão da PNAB em 2012, que mudou o desenho do financiamento, avançou no conceito de uma Atenção Primária ordenadora de rede e estimulou melhoria de infraestrutura. Uma nova revisão da Portaria ocorreu em 2017 e, apesar de manter aspectos gerais do documento anterior, traz uma redação peculiar que será discutida a seguir.

O resultado de todas essas ações pode ser retratado pela identificação da variação na cobertura de serviços de saúde para população brasileira: entre 1998 à 2018, a cobertura

nacional da ESF passou de 4% para 74%, integrando ao Sistema Único de Saúde mais de 147 milhões de usuários (O'DWYER *et al.*, 2019).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de cuidado ocorrem, geralmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seguem os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes da APS (regionalização e hierarquização, territorialização, adscrição, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade) (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Ampliando a visão sobre esses elementos, tem-se os atributos da APS, desenvolvidos pela pesquisadora Barbara Starfield (2002), agrupados em essenciais (atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação) e seus derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural)

O conjunto desses elementos reforça o papel coordenador da APS no cuidado do usuário, pois assume papel de “porta de entrada” para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e presume a responsabilização da equipe frente a necessidade de um cuidado longitudinal e com intenção de criação de vínculo progressivo. A RAS corresponde ao arranjo organizativo formado por ações e serviços de saúde com diferentes complexidades tecnológicas e missões assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Assim a APS é estruturada como primeiro ponto de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. A exigência de encaminhamento por profissionais de atenção primária para a atenção especializada, além de reforçar a APS com porta de entrada, exerce o papel de filtro para acesso aos outros níveis, isto é, tem a função que se denomina na literatura em inglês de *gatekeeper*: transita os pacientes conforme a necessidade. Sistemas integrados de saúde em que o médico generalista atua como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*) são reconhecidos como menos onerosos e mais aptos para conter a progressão dos gastos ambulatoriais (GIOVANELLA; LOBATO, 2012).

A ESF em si se constitui de equipes multidisciplinares compostas por médico (preferencialmente especialista em Saúde da Família), enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família), técnico ou auxiliar de enfermagem e o Agente comunitário de Saúde. Podem fazer parte dessa equipe os Agentes de Controle de Endemias, cirurgião dentista (preferencialmente com especialização em Saúde da Família) e auxiliar ou técnico de saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para ampliar a resolutividade da APS e a critério do gestor local, profissionais de outras áreas podem integrar as equipes da ESF, formando um grupo complementar, desde que em acordo às necessidades do território. Esse grupo (ou equipe) corresponde ao NASF – AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) e pode ser composto por: médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte/educação e profissional de saúde sanitaria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Assim, de maneira resumida, o trabalho na APS envolve o desenvolvimento da gestão e assistência sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à população de um território definido pela qual assumem responsabilidade sanitária (EPSJV, 2016).

O MFC encontrava nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS seu principal campo de atuação. No ano de 2000, surge a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com a incumbência de regular o setor privado trazendo propostas de organizar o cuidado dos beneficiários dos planos de saúde através de estratégias similares a APS do SUS. Em 2003, ocorreram as primeiras reorganizações de serviços da rede suplementar focados na APS, surgindo então um novo campo de atuação para o MFC que, apesar de seus limites e particularidades, exige do profissional médico habilidades e atribuições equivalentes àquelas orientadas pelo SUS (MACHADO; MELO; PAULA, 2019).

Em 2018, a ANS lança a Resolução Normativa nº 440 que institui o “Programa de Certificação de Boas Práticas (PCBP) em atenção à saúde de operadoras de planos privados” com objetivo de reorientar a porta de entrada do sistema com base em cuidados primários em saúde. O PCBP corresponde a orientações técnicas de adesão voluntária pelos planos. Em seu anexo IV, traz os pilares a serem seguidos: discriminados no documento *ipsis litteris* como descrito por Barbara Starfield, sendo realizada a devida referência a pesquisadora (ANS, 2018).

Seja no sistema público ou privado, a Atenção Primária sendo a porta de entrada e coordenadora do cuidado do usuário, possibilita um melhor itinerário terapêutico, fundamentado nas necessidades de saúde apresentadas. Oferece a oportunidade de reorganização da rede de assistência, ainda hoje caracterizada pela fragmentação.

Por ser a porta de entrada e envolver o uso de baixa densidade tecnologia (ressalta-se a diferenciação feita anteriormente sobre complexidade tecnológica e densidade tecnológica) a APS é vista por muitos países e organismos internacionais, como um nível de menor complexidade, dedicada a população de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social

e econômica decorrente da expansão capitalista. A onda neoliberal ratifica essa visão que considera a doença e não o cuidado, objetivando a mera produtividade do serviço e interferindo nos recursos destinados a Atenção Básica (EPSJV, 2016).

4.3 DISPOSITIVOS REGULATÓRIOS ATUAIS E AS IMPLICAÇÕES PARA A APS

A sociedade experimenta ao longo do tempo, alterações em seus dispositivos regulatórios. A Atenção Primária e o profissional de saúde, inseridos nesse contexto, também estão – obviamente - sob a égide desses marcos e têm seu cotidiano definido por quaisquer mudanças dessa regulação. Restringindo a reflexão sobre a APS, nesses últimos anos, identificam-se atualizações que interferem direta ou indiretamente sobre esse serviço e, conseqüentemente, sobre os profissionais de saúde neles inseridos.

4.3.1 Ano 2016: Emenda Constitucional 95 de 2016 (“PEC do teto”)

Aprovada em dezembro de 2016, instituiu um novo regime fiscal para vigorar nos 20 anos seguintes. A proposta, com objetivo de formar superávit primário para pagamento de juros e amortização de dívidas públicas, transforma o processo de subfinanciamento do SUS para um desfinanciamento. A proposta definiu que, a partir de 2017, as despesas primárias passariam a ser corrigidas anualmente pelo Índice de preços ao Consumidor (IPCA) acumulado do ano anterior, estando o aumento dos gastos limitados a ele.

Em uma especulação hipotética, a aplicação da metodologia de correção entre os anos de 2010 e 2015, resultaria na redução de 20% dos gastos primários do governo (VAIRÃO JUNIOR; ALVES, 2017). Tendo em vista o crescimento e envelhecimento da população, as necessidades de incorporação de tecnologias e materiais de insumo à saúde (“inflação da saúde”), é incompreensível pensar que o congelamento de repasse previsto para um período de 20 anos, não ocasionaria restrição de acesso, algo já experimentado no Rio de Janeiro (O’DWYER *et al.*, 2019).

A EC 95 incentiva a migração para planos de saúde (para aqueles que dispõem de recursos), a judicialização da saúde (por aquele com consciência de seus direitos) e a exposição a serviços precários (para parcela mais vulnerável da população) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

4.3.2 Ano 2017: Reforma das Leis Trabalhistas – Lei nº 13.467/2017

Inserir-se nesse referencial a Reforma das Leis Trabalhistas (sancionada em julho de 2017) pela sua consequência direta sobre os trabalhadores de um modo geral o que inclui os

trabalhadores dos serviços de saúde. A Reforma Trabalhista (Lei nº 13467/2017) impulsiona, entre outras implicações à CLT, a ampliação da possibilidade de terceirização do trabalho, isto é, o empresário repassa a “terceiros” a posição de empregador e, conseqüentemente a relação empregatícia de parcela de seus trabalhadores.

A possibilidade de terceirização traz pontos negativos e destaca-se aqui, pela direta relação com o tema de estudo, o desgaste emocional do trabalhador. O texto não garante salários iguais a terceirizados e empregados diretos (geralmente menores ao primeiro grupo), gerando estresse, além de refletir na qualidade de vida do trabalhador e de seus familiares. A busca por salários melhores através do aumento de carga horária impacta negativamente na saúde do trabalhador (COSTA; COSTA; CINTRA, 2018). Flexibiliza também o trabalho remoto, gerando falta de controle da jornada de trabalho para os empregados, o que aumenta os riscos de adoecimento, por conta do estresse e da desorganização da vida particular, especialmente pelo fato de o funcionário ficar ligado praticamente todo o tempo a dispositivos como computador e celular, sem ter um horário definido (COSTA; COSTA; CINTRA, 2018).

Ainda no campo dessas reformas, um ponto que merece destaque é a contratação do profissional como pessoa jurídica, fenômeno bastante recente nas relações trabalhistas e que vem sendo denominado como “pejotização”: modalidade onde uma empresa ou pessoa jurídica (PJ) é constituída para a prestação de serviços com contornos e características de relação de emprego. Embora restrinja direitos historicamente assegurados, a pejotização é uma realidade no Brasil e a Lei 13467/2017 permite a contratação de pessoas jurídicas na esfera trabalhista. O processo tem sido considerado por parte expressiva da jurisprudência como um meio de fraudar e precarizar as relações empregatícias, apontando a pejotização, e também a reforma da CLT como fraudes (REMEDIÓ; DONÁ, 2018).

No entanto, o texto trazido pela Reforma Trabalhista (para essa questão o foco é o artigo 444) provoca modificação importante na interpretação das relações de trabalho, na medida em que permite renúncias por parte dos empregados (quebrando o paradigma da hipossuficiência os tornando suficientes em suas decisões), consentindo que o trabalhador decida entre um contrato com vínculo de emprego ou através de empresa (pessoa jurídica), sem que isso possa necessariamente caracterizar uma fraude (REMEDIÓ; DONÁ, 2018).

Ao ser contratado como pessoa jurídica, o trabalhador perde o direito ao décimo terceiro salário, às horas extras, às verbas rescisórias, ao salário mínimo, ao piso salarial estadual, aos intervalos remunerados (descanso semanal remunerado e férias com adicional constitucional de um terço), ao vale-transporte, ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

(FGTS), entre outros direitos garantidos pela lei ou em acordos e convenções coletivas (além de trazer muita insegurança ao empregado que labora em tais condições sem nenhuma garantia).

Entre os médicos a pejetização tem magnitude expressiva, o que permitiu que a categoria servisse como exemplo para justificativa de projeto de lei (ainda em tramitação na câmara) que pretende justamente alterar esse ponto da reforma. O mesmo projeto (Projeto de Lei 2938/2019) ressalta em seu texto a relação entre a falta de proteção trabalhista o desenvolvimento do Burnout:

A irregularidade atinge trabalhadores de quase todas as categorias, mas é mais presente em algumas delas, sendo que na área da saúde a prática da “pejetização” é conduta costumeira, sobretudo para os médicos, com intensa precarização das condições de trabalho dos profissionais da medicina.

Como nesses casos há redução remuneratória e de proteção à saúde e segurança, assim como pressão por ampliação da jornada, verificam-se inúmeros efeitos na saúde dos trabalhadores, inclusive havendo diversas pesquisas e estudos relacionando a Síndrome de Burnout e o erro médico às longas jornadas de trabalho dos profissionais da saúde, que nesses casos (pejetização) estão desprotegidos. Obviamente, tais situações impactam não apenas os profissionais, mas também os pacientes por eles atendidos (BRASÍLIA, 2019.).

4.3.3 Ano 2017: Revisão da PNAB – Portaria nº 2436/GM/MS, 2017

Anteriormente seletiva e focalizada, a APS no Brasil experimentou desde 1996 sucessivas alterações em seus dispositivos regulatórios, a favor de estratégias que envolvessem ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados. Além disso, como função de ser o ponto de contato preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, a APS deveria garantir os atributos essenciais da APS: integralidade, longitudinalidade e coordenação dos cuidados.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em setembro de 2017, traz alguns pontos que expõe o profissional a incertezas que confluem para o surgimento de alguns determinantes organizacionais apontados como disparadores do problema. Numa construção textual que permite diversas interpretações a PNAB possibilita inúmeras flexibilizações que ameaçam direitos básicos à saúde.

Primeiramente, ressalta-se a flexibilização da universalidade (que dá espaço a “cobertura universal” abrindo campo para os planos privados) manifestada no documento nos seguintes pontos: cobertura de 100% para área vulneráveis, indefinição do número de Agentes de Saúde por equipe e a possibilidade de “outros arranjos de adscrição” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Esse destaque para o texto da PNAB, que permite interpretações ambíguas, se faz necessário, pois essa característica pode ser identificada em outros documentos dirigidos à APS

e ao SUS. Textos que utilizam conceitos e termos semelhantes àqueles de sistemas universais dificultam o entendimento das mudanças em curso, que tendem a transformar os sistemas de saúde universal (*Universal Health System – UHS*) para uma cobertura universal em saúde (*Universal Health Coverage – UHC*). (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Esse assunto ganha foco em 2018 com a Conferência Global de APS em Astana (também no Cazaquistão) em que subordina a APS à cobertura universal em saúde. O significado prático do UHC, como proposto pela OMS e pelo Banco Mundial, prioriza a cobertura financeira o que não garante o acesso universal e equitativo à saúde (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018).

Sobre a integralidade, o reconhecimento de outras formas de organizar a Atenção Primária (que não a ESF), torna a oferta de serviços diferentes a depender de características da Unidade de Saúde. A Política distingue dois padrões de oferta de serviços comprometendo também a integralidade: essencial e ampliado, diferenciados na redação com uma construção também ambígua. Esses padrões essenciais tendem a se configurar como cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Interferindo diretamente no profissional médico, a PNAB 2017 determina a obrigatoriedade de jornada de 40 horas semanais nas equipes de ESF. Apesar de apresentar aspectos positivos (especialmente para vínculo e responsabilização sanitária), esse aspecto dificulta a fixação do médico na equipe. A mesma obrigatoriedade não é dirigida às equipes de Atenção Básica, tornando atrativa ao médico (principalmente os generalistas ou com formação pelo modelo biomédico – curativo – individual) e lucrativa ao gestor a composição desse tipo de equipe (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

4.3.4 Ano 2018: Proposta de Reforma do sistema único Brasileiro

O Banco Mundial publicou, nas vésperas das eleições presidenciais brasileiras de 2018, as notas de políticas públicas dirigidas à sociedade brasileira e, “especificamente”, aos candidatos à presidência. Os conteúdos dessas notas representam o diagnóstico e as propostas referentes aos desafios e propostas para problemas de diversas esferas, inclusive do sistema de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2018). Apesar de não apresentar força de lei, o documento pode interferir em tomadas de decisões no âmbito dos sistemas de saúde.

A instituição apresentou as projeções que apontaram para um crescimento do gasto em saúde maior do que o previsto pela Emenda Constitucional 95/2016 trazendo como causas para isso, elementos como envelhecimento da população e custo de manejo de doenças crônicas. O documento foi elaborado com base em trabalhos realizados no setor de saúde desde 2009 (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Com suposto objetivo de aumentar a eficiência, a efetividade e a qualidade dos serviços do SUS, de forma a garantir sua sustentabilidade no médio e longo prazo, o Banco Mundial apresentou então, propostas para reforma do SUS. Resumidamente as recomendações versam sobre as seguintes questões: implantar redes integradas de atenção à saúde, melhorar a coordenação com sistema suplementar, expandir e fortalecer a cobertura da APS, racionalizar a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, aperfeiçoar os arranjos de governança e gestão para aumentar autonomia, a flexibilidade e eficiência dos provedores e fazer respeitar a função de gatekeeper da APS por meio de incentivos aos provedores dos cuidados e aos pacientes, introduzir itinerário de atenção e diretrizes clínicas baseadas em evidências, reformar o pagamento aos prestadores para premiar qualidade, resultados e produtividade, direcionar recursos da atenção hospitalar e ambulatorial para APS e incluir pagamento por desempenho para APS (ARAUJO *et al.*, 2018).

Essas propostas são apresentadas no documento como “medidas avançadas para modernização”, voltadas para aquilo que o documento aponta como “determinantes da ineficiência do SUS”: a. fragmentação do serviço (como equivalente à descentralização), b. prestação de serviço destinada a curar patologia aguda, com limitada coordenação entre os níveis de atenção, c. mecanismos ineficientes de pagamento aos prestadores e d. oferta inadequada de elementos essenciais do sistema de saúde. Dessa maneira ressalta que, uma vez que essas “ineficiências” sejam sanadas, o SUS poderia ter melhores resultados mesmo sem mais recursos. Não obstante, justifica que essa contenção fiscal é importante, tendo em vista a crise fiscal brasileira (ARAUJO *et al.*, 2018).

Além de não reconhecer o desfinanciamento, o documento traz ainda, em sua “recomendação 8”, a proposta de “definir um pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS”. Nesse ponto fica explícito algo já apresentando anteriormente, que é a estratégia de utilizar conceitos e termos semelhantes, que apontam a mudança os sistemas de saúde universal (*universal health system – UHS*) para uma cobertura universal em saúde (*universal health coverage – UHC*) (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

4.3.5 Ano 2019: Novo modelo de financiamento da APS

Durante a 9ª reunião ordinária da Comissão Inter gestores Tripartite em outubro de 2019 foi proposto o novo modelo de financiamento da APS. Justificada pelo objetivo de aumentar o número de cadastros, especialmente para indivíduos em situação de vulnerabilidade, o modelo misto de financiamento proposto se dará por três eixos. O primeiro é o componente *per capita*: deixa de existir o repasse calculado em função pela população total do município,

sendo esse valor ajustado em função da vulnerabilidade e classificação geográfica do município. O segundo eixo se refere ao desempenho, determinado por condições epidemiológicas pelas quais a APS deve se responsabilizar. Já o terceiro eixo se refere a ações específicas e estratégicas, que alocará mais recursos para municípios que adotarem programas específicos do Governo Federal voltados à saúde.

4.3.6 Ano 2019: Reforma da previdência – Emenda constitucional 103/2019

O ano de 2019 no Brasil foi marcado no campo político pela inédita associação da extrema direita e do liberalismo no governo. Com a justificativa de garantir a sustentabilidade previdenciária para gerações futuras, a então PEC 06/2019 propôs uma série de mudanças no regime previdenciário entre elas o aumento do tempo de contribuição.

Anteriormente à Emenda Constitucional 103/2019, uma vez comprovada a exposição a agente insalubre, os profissionais de saúde contavam com o regime de aposentaria especial: poderiam solicitar o benefício a partir de 25 anos de contribuição sem necessidade de idade mínima. Com a reforma, novas regras igualam esses profissionais aos trabalhadores de outras áreas: agora precisam contribuir por pelo menos 25 anos e devem ter idade mínima de 60 anos. Promulgada em novembro de 2019, aumenta o tempo de contribuição para os profissionais da área de saúde, nesse caso para o médico, o que implica em exigir mais tempo de trabalho em local geralmente insalubre.

4.3.7 Ano 2019: Agência para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – Lei nº 13.958/2019

Em dezembro de 2019 é sancionada a Lei 13.958, que institui o Programa Médicos pelo Brasil no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Esta lei autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).

Com o mote de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade, a ADAPS tem competência ampla e na prática se comportará, submissa ao interesse do mercado e capital privado, como um atravessador da mão de obra médica transformando a APS em um espaço mercantil (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Além disso, fica explícita a intenção da participação do setor privado ao propor articulação com entidades privadas ressaltando-se aqui a possibilidade de firmar contratos tanto com pessoas físicas ou jurídicas (incluído contratos iniciais por bolsa). Assim, torna-se possível a contratação de profissionais com flexibilidade contratual e de acordo com determinantes do

mercado sem as devidas garantias trabalhistas. Com liberdade de interagir com o setor privado, o teor da Lei aponta para a perspectiva privatista da APS no SUS, o que se dará em maior ou menor grau de acordo com determinantes contratuais com esse setor (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

4.4 PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Tendo em vista a repercussão da pandemia da COVID-19 nos serviços de saúde, especialmente por ter ocorrido durante as etapas de construção desse estudo, fez-se um breve resumo situacional para alicerçar reflexões sobre os impactos desse fato sanitário sobre os serviços de saúde.

O vírus – SARS-CoV-2 – recebe a denominação “Coronavírus” pelas características de sua imagem que remetem a uma coroa (corona, no idioma espanhol). O agente infeccioso foi identificado em 1937, porém só foi descrito como Coronavírus em 1965 com progressos no âmbito da microscopia que revelou essa aparência. Ao todo, sete Coronavírus humanos (HCoV) foram identificados, dentre os quais, três merecem destaque pela possibilidade de desenvolvimento de infecção grave em humanos (DIAS *et al.*, 2020).

O SARS-CoV foi o agente etiológico identificado em 2002 na China tendo provocado surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG ou SARS em inglês). O MERs-CoV foi o segundo, sendo identificado em 2012, na Arábia Saudita, responsável pelo surto da Síndrome Respiratória do Oriente Médio. E o terceiro, mais recente, denominado inicialmente de 2019-nCoV. Em 31 de dezembro de 2019 foi reconhecida uma mutação que passou a ser chamada, devido a semelhança com o SARS-COV, de “novo Coronavírus” (SARS-CoV-2 – sigla do inglês que significa Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda grave) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; DIAS *et al.*, 2020; OMS, 2020).

O início dos casos ocorreu em Wuhuan, província de Hubei, na China. Em fevereiro de 2020 a OMS passou a chamar oficialmente a doença causada pelo Coronavírus de COVID-19 (*Corona Virus Disease*, enquanto 19 se refere ao ano de 2019). Assim, o SARS-COV-2 é o agente etiológico da COVID-19: uma zoonose, transmitidas entre humanos por perdigotos oriundos de indivíduos contaminados. Pode causar uma síndrome gripal que pode variar desde um quadro leve, ou mesmo assintomático, até o choque séptico e falência respiratória (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; OPAS, 2020). A contaminação se disseminou pelo mundo sendo declarada “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 e, logo em seguida, em 11 de março de 2020, declarada como pandemia (OPAS, 2020).

O primeiro caso no Brasil foi identificado em São Paulo em 26 de fevereiro de 2020. Em 13 de março o Ministério da Saúde confirmou a transmissão comunitária e foram publicados os primeiros decretos estaduais regulamentando critérios de isolamento e quarentena. Em 17/03/20 ocorreu o primeiro óbito no Brasil em Belo Horizonte (MG). Em 24 de março de 2020 houve registro de COVID-19 em todos os estados e no Distrito Federal (SILVA, Isadora Vida de Mefano et al., 2020).

A primeira resposta a pandemia teve como protagonista o setor de saúde e as medidas envolveram particularmente a Atenção Primária, a Atenção Hospitalar, e urgências e emergências, bem como a vigilância em saúde. Apesar de implementada de modo heterogêneo no Brasil, as propostas para Atenção Primária visavam: a garantia do fluxo de atendimento, o acompanhamento, o monitoramento e vigilância da população coberta (BRASIL, 2020; SILVA et al., 2020).

A pandemia envolveu uma doença transmissível entre humanos, com manejo incerto e com real potencial de letalidade. A publicação de protocolos clínicos mais que diariamente, ocorriam ao longo de um mesmo dia, trazendo heterogeneidade de condutas entre os vários serviços. Inúmeras drogas surgiam como a “salvação” para o problema, mas, infelizmente, as evidências clínicas não corroboravam o endosso do uso.

Frente a essas dúvidas clínicas e terapêuticas, tendo por plano de fundo a ameaça do colapso dos sistemas de saúde representada pela falta de acesso a leitos de UTI e respiradores, as únicas propostas universais envolviam as medidas de restrição de trânsito e isolamento social: amplamente divulgadas pela mídia, entoada pela expressão “fique em casa”.

Nesse cenário de discussão técnica complexa, a polarização política experimentada no Brasil, interferiu direta e negativamente nesse contexto. Para ilustrar, em 24/03/2020, enquanto todo esforço era dirigido ao “fique em casa”, sua Excelência o Presidente da República Jair Bolsonaro fez pronunciamento nacional criticando tal medida.

Diante dessas incertezas clínicas e políticas, o impacto da pandemia ainda não pode ser dimensionado, inclusive pelo fato do problema ainda estar em curso. No entanto, separando apenas um dos aspectos, que talvez seja aquele que ganhe maior transcendência ao longo da história, identifica-se em janeiro de 2021 um total aproximado de noventa e dois milhões de pessoas no mundo acometidas por COVID-19 e quase dois milhões de mortes pela doença. No Brasil, no final de 2020, contabilizava-se cerca de oito milhões e meio de casos confirmados e mais de duzentas mil mortes (OMS, 2020).

Algumas cidades no Brasil – quase todas as cidades do estado do Rio de Janeiro – experimentaram as medidas de restrição denominadas internacionalmente como “lockdown”.

Todos os serviços ditos não essenciais pararam. Escolas, universidades, lazer e comércio: todos fechados. Restrição de acesso a determinados pontos das cidades, especialmente em transporte público, apenas conseguido através de justificção. Pessoas não ligadas a serviços essenciais tinham bastante dificuldade de trânsito nos meses iniciais da Pandemia. O mundo parou de fato, a mídia não falava em outro assunto que não fosse a atualizaço dos números de acometidos e óbitos por COVID-19, número de leitos disponíveis (tanto no SUS quanto na rede suplementar) e o reforço do “fique em casa”.

Os serviços de saúde ambulatoriais também promoveram restriçoes ao acesso através da limitaço de agendamentos ou através do atendimento exclusivo a casos de COVID-19 e grupos prioritários, como gestantes, recém-nascidos e portadores de outras doenças infectocontagiosas. Naquele momento, o Ministério da Saúde enviou o já referido ofício 1756/2020 ao CFM solicitando a orientaço para a telemedicina.

Não bastasse a complexidade para organizar os sistemas de saúde, a falta de experiência e evidências científicas para o manejo da doença e a polarizaço política interferindo nos planos de ação, havia o medo de contaminaço por parte dos profissionais de saúde. O “fique em casa” não valia para algumas atividades, especialmente para os profissionais de saúde. Esse medo de contaminaço foi potencializado pelo desabastecimento universal de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Nesse cenário as autoridades confeccionaram diretrizes para uso e reutilizaço desses EPIs, que até então eram descartáveis, incluído a permissão do uso de máscaras confeccionadas com tecido (ANVISA, 2020).

Com a flexibilizaço das medidas de restriço, os serviços essenciais gradualmente retomaram a abertura ao longo do ano de 2020. Com isso, regras foram criadas na tentativa de diminuir a contaminaço da populaço: o “fique em casa” ganha o “use máscara” como elemento de apoio. Inevitavelmente o impacto dessa necessária orientaço recaiu também sobre a demanda dos EPIs.

Os profissionais de saúde que trabalham em surtos virais, especialmente aqueles nas “linhas de frente”, estão sob o risco de eventos psicológicos adversos. Destaca-se aqui a APS como porta de entrada, possibilitando o contato com indivíduos apresentando inúmeras demandas com variado grau de complexidade. Ansiedade, depressão, estresse agudo, insônia, esgotamento ou estresse traumático secundário estão entre as principais repercussões sobre a saúde desses profissionais (SCHWARTZ *et al.*, 2020).

Em situaçoes de pandemia, o enfoque dos estudos aponta para os aspectos biológicos da doença. Entretanto, há consenso que a pandemia da COVID-19 interfere também na saúde mental e no próprio bem estar das pessoas (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020). A APS,

sendo potente na redução de iniquidades e garantidora do acesso, aparece como uma das principais respostas à pandemia. Não só pelo manejo de pacientes com manifestações leves, mas pela capacidade de lidar com esses problemas oriundos do isolamento social prolongado e precarização da vida econômica. Nesse contexto, transtornos mentais, violência doméstica, agudização de agravos crônicos, são mais frequente e impõem mais carga sobre o cotidiano de ações dos profissionais da APS (SARTI *et al.*, 2020).

4.5 A SÍNDROME DE BURNOUT

Síndrome (do grego *syndromos*, que significa andar junto) é um conjunto de sintomas ou sinais que ocorrem associadamente e que podem ser determinados por diferentes causas (PORTO, 2014). Burnout é um termo de origem inglesa que designa “algo que deixou de funcionar por exaustão de energia” (PÊGO; PÊGO, 2016). A Síndrome de Burnout é o fenômeno clínico caracterizado pelo esgotamento de energia decorrente do estresse crônico no local de trabalho sendo, portanto, um determinante imperiosamente ocupacional (OPAS, 2019).

O termo Burnout foi mencionado pela primeira vez em 1969 por H. B. Bradley na expressão *staff Burnout*, no entanto o termo ganha vulto com os estudos de:

a. Herbert Freudenberger (1974), psicólogo americano que realizou estudo sobre a mudança de atitudes em profissionais de saúde um ano após o início de seus trabalhos (LIMA, 2016). Ele observou que muitos dos voluntários com os quais trabalhava, apresentavam um processo gradual de desgaste no humor ou desmotivação e,

b. Christina Maslach e seus colaboradores (1981), que validaram o termo após série de estudos envolvendo profissionais da área da saúde e humanas, permitindo a identificação da sintomatologia e a consequente criação do instrumento de pesquisa denominado *Maslach Burnout Inventory* (LIMA, 2016). O estudo se baseou no reconhecimento da forma como as pessoas enfrentavam a estimulação emocional em seu trabalho, chegando a conclusões similares a Freudenberger definindo uma síndrome caracterizada por três dimensões: esgotamento de energia, aumento do distanciamento mental do próprio trabalho (ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho) e redução da eficácia profissional.

As reflexões sobre a Síndrome de Burnout no Brasil começaram em 1987 com publicações de artigos em revistas especializadas. Uma pesquisa realizada na plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) mostrou que, no Brasil em 2016, 14 grupos se dedicavam a pesquisas relacionadas a Síndrome (MOREIRA;

SOUZA, 2018). Desde então os trabalhos têm concluído sobre a significativa prevalência da Síndrome de Burnout na população trabalhadora.

No universo de trabalhadores das mais distintas áreas, identifica-se que ocorre uma exposição peculiar aos riscos de desenvolvimento da Síndrome de Burnout entre profissionais que lidam diretamente com pessoas. Nos serviços de atenção à saúde há a singularidade do lidar com a dor e com o sofrimento, o que submete os profissionais a uma carga adicional de estressor psíquico (MOREIRA; SOUZA, 2018; PÊGO; PÊGO, 2016). Ademais, dois outros elementos se apresentam nos serviços de saúde, imprimindo vulnerabilidade aos profissionais: falhas de comunicação institucional e fragilidade de vinculação trabalhista, que no cenário político neoliberal atual só tende a piorar (GIOVANELLA *et al.*, 2019; MOREIRA; SOUZA, 2018).

A Síndrome de Burnout é caracterizada por três dimensões: esgotamento de energia, aumento do distanciamento mental do próprio trabalho (ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho) e redução da eficácia profissional. O determinante ocupacional e perpetuado é o elemento chave para o desenvolvimento etiológico que pode ser analisado por quatro grupos de características, conforme:

- Características organizacionais: burocracia, excesso de normas, falta de autonomia do profissional, comunicação ineficiente, mudança organizacional frequente e rigidez nas normas institucionais, ambiente de trabalho ou profissões que predispõe(m) o empregado a riscos físicos e até de vida, clima que impera no ambiente laboral e impossibilidade ou inexistência de ascensão profissional;
- Características pessoais: indivíduos com baixa autoestima, controladores, que têm dificuldade em tolerar frustração, impacientes, esforçados, passivos, perfeccionistas, rígidos, excessivamente críticos, muito idealistas, com excesso de dedicação, com alta motivação, muito exigentes consigo mesmos e com os outros;
- Características do trabalho: sentimento de injustiça e de falta de equidade nas relações laborais, sobrecarga provocada tanto pela qualidade como pela quantidade excessiva de demandas, baixa expectativa profissional, tipo de ocupação do indivíduo, suporte organizacional precário, relacionamento conflituoso entre os colegas, trabalho por turnos ou noturno, falta de controle e participação nas decisões, alta pressão no trabalho, conflito com seus valores pessoais ao ter que atuar profissionalmente contra eles e ausência de retorno ou feedback quanto aos serviços prestados; e
- Características sociais: falta de suporte familiar e social, valores e normas culturais do próprio indivíduo e tentativa de manutenção do status social diante de uma baixa salarial (DA SILVA, *et al.*, 2017).

Aspectos da personalidade e as próprias expectativas criadas pelo profissional podem desencadear o desenvolvimento do problema. Nesse ponto vale a reflexão sobre um aspecto contraditório no desenvolvimento do Burnout: a ação do próprio profissional no desenvolvimento do problema.

“O século passado foi imunológico e hoje é neuronal” (OLIVEIRA, 2018). Em outras palavras, a sociedade estava em guerra contra determinantes infecto-parasitários e hoje entra em combate contra determinantes psíquicos com raiz no exagero imperativo pela positividade

que se configura como uma violência sendo que, dessa vez, a violência não vem de fora: tem suas origens dentro do próprio indivíduo (OLIVEIRA, 2018). O profissional, inserido numa sociedade que prega a felicidade sem limite, logo percebe o quão isso é inatingível e o resultado é a frustração.

O que antes era tido como suficiente, agora não é mais. Então, superar-se continuamente é algo visto como ético e desejável. Assim quaisquer sentimentos negativos são imediatamente excluídos visando a maximização do desempenho: surge o profissional proativo e multi-tarefa. O profissional tem sua subjetividade e socialidade atravessada pela busca do êxito, deixando de olhar para limitações sobre si mesmo (OLIVEIRA, 2018) dando origem a uma mente convencida a aumentar a eficiência produtiva (RODRIGUES FILHO; JUNGES, 2018).

Embora aparentemente livre, o profissional é escravo dele mesmo, numa busca constante pelo aperfeiçoamento e melhoria da produtividade. Surge a auto exploração onde o “eu” trava uma guerra consigo mesmo: uma guerra onde não há vencedor. Camuflado, o sistema no qual o profissional está inserido procura não o obrigar a nada, mas sinaliza a necessidade de aperfeiçoamento e melhoria de produtividade. Surge então uma possibilidade atraente para solução dos problemas: nasce o interesse crescente por recursos favoráveis a medidas de manejo dirigidas diretamente ao profissional para que se molde as necessidades do serviço ou mercado (RODRIGUES FILHO; JUNGES, 2018) o que será discutido a seguir.

Determinantes do trabalho até agora identificados como fatores desencadeadores de estresse contínuo entre os médicos de família foram: inadequada comunicação institucional e a burocracia organizacional do trabalho, a falta de apoio dos cargos superiores, a insatisfação com a carreira e o salário, sendo este associado à alta despersonalização. Como fatores desencadeadores da Síndrome de Burnout foram observados fatores como: alta carga de trabalho ou turnos extras, expectativa não realista do trabalho e falta de recursos, como a escassez de instrumentos na atenção primária (MOREIRA, SOUZA, YAMAGUCHI 2018).

Uma vez reconhecida a síndrome, é importante destacar o elemento para definição diagnóstica da condição. O instrumento quantitativo mais utilizado para identificar a presença de Burnout é o *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS) usado em mais de 95% dos estudos sobre Burnout (MARÔCO *et al.*, 2016).

Existem duas versões do MBI: *Human Services Survey* (HSS) dirigida a prestadores de serviços e *General Survey* (GS) aplicada a uma ampla gama de profissões. O inventário é aplicado exclusivamente para avaliação da SB e não leva em consideração os antecedentes e as consequências do processo de adoecimento. É importante avaliar o MBI como um construto

tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas a fim de manter sua perspectiva da síndrome (CARLOTTO; CÂMARA, 2007).

A construção do questionário partiu das dimensões “exaustão emocional” e “despersonalização”. A dimensão “baixa realização profissional” surgiu posteriormente. Inicialmente o inventário possuía 47 itens administrados em uma amostra de 605 sujeitos de várias ocupações. Quatro itens se destacaram e trinta foram descartados por não apresentarem peso fatorial. Após segunda aplicação em amostra de 420 sujeitos com perfil igual ao anterior, os mesmos quatro elementos emergiram tendo apenas três deles apresentado significância empírica. A consistência interna das três dimensões foi considerada satisfatória, pois apresentou um alfa de Cronbach que ia de 0,71 a 0,90 e os coeficientes de teste e reteste de 0,60 a 0,80 em períodos de até um mês (CARLOTTO; CÂMARA, 2007).

A tradução para a língua portuguesa ocorreu em 2001 por Benevides-Pereira: do inglês para o português e desse para o inglês. Sobre as versões em inglês (original e a conseguida após tradução reversa) foram realizados ajustes para manutenção da intencionalidade dos itens e para possibilitar a aplicação na população brasileira (CARLOTTO; CÂMARA, 2007).

A versão validada em língua portuguesa do MBI-HSS é constituída por 22 itens ordinais que refletem as três dimensões do Burnout: i) exaustão emocional - composta por nove questões (exemplo - item 1: *O meu trabalho deixa-me emocionalmente esgotado?*), ii) descrença/despersonalização - composta por cinco questões (exemplo - item 5: *Sinto que trato alguns dos meus clientes de forma impessoal?*), e iii) realização profissional - composta por oito questões (exemplo - item 9: *sinto que influencio positivamente a vida das pessoas através do meu trabalho?*). O formato de resposta é ordinal com sete pontos, variando de 0 – ‘Nunca/Nenhuma vez’ a 6 – ‘Sempre/Todos os dias’ (MARÔCO *et al.*, 2016).

É possível definir a SB pela pontuação alcançada nas três dimensões avaliadas. Para exaustão emocional, uma pontuação maior ou igual a 27 é elevada; de 17 a 26, moderada; e menor que 16, baixa. Para despersonalização, pontuações iguais ou maiores que 13 são elevadas; de 7 a 12, moderadas; e menores que 6, baixas. A pontuação relacionada à insatisfação profissional vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de zero a 31 indicam elevada insatisfação; de 32 a 38 moderada insatisfação; e maior ou igual a 39, baixa insatisfação (RODRIGUES FILHO; JUNGES, 2018).

O anexo A contempla a escala *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* traduzida do original em Inglês para a língua portuguesa, projetada exclusivamente para profissionais cujo trabalho envolve o contato e a interação intensos com indivíduos (FERNANDES, 2016). Por sua vez, o anexo B traz a relação entre as questões e as respectivas

dimensões possibilitando a mensuração da magnitude do acometimento em cada uma delas. Conforme dito anteriormente, é necessário que as três dimensões sejam afetadas para conferir maior fidedignidade ao real diagnóstico desse agravo (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

A título de exemplo, tendo essa definição como critério diagnóstico, um estudo de revisão sistemática publicado pela Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, analisou artigos publicados entre 1996 e 2015 que definiam a síndrome como um nível severo de acometimento nas três dimensões. O resultado do estudo revela uma prevalência de Síndrome de Burnout em 17% nos MFC, sendo essa a segunda mais afetada dentre as especialidades médicas, superada em prevalência apenas pela Medicina Intensivista com 22% dos profissionais acometidos (MOREIRA; SOUZA; YAMAGUCHI, 2018).

Vale ressaltar que apesar da vasta literatura mencionando Burnout essa condição ainda não faz parte da nosografia médica, com previsão de inclusão na próxima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID – XI) em 2022. Para demonstrar essa questão tem-se, por exemplo, as instruções normativas do INSS, que reconhecem a Síndrome, mas que pela falta de elemento de codificação diagnóstica, orientam o uso do código Z73.0 - Esgotamento, (na lista B, do anexo II, do grupo V) para a finalidade de comprovação pericial dessa doença, configurando-a como acidente de trabalho ou situação equiparada (BRASIL, 1999).

Esse decreto reconhece também como fator etiológico ou fator de risco, os determinantes ocupacionais descritos nos códigos Z56.3 (ritmo de trabalho penoso) e Z56.0 (outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho). Assim o empregado segurado, uma vez diagnosticado com a síndrome e sendo necessário o afastamento do trabalho, deve receber o “benefício previdenciário acidentário” (B91), o que inclui a necessidade de emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), e não o “auxílio-doença previdenciário” (B31).

Mais uma vez ressalta-se a imperiosa necessidade de relação do desenvolvimento da Síndrome de Burnout com estressores do contexto ocupacional para definição diagnóstica, não devendo esse termo ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida (OPAS, 2019). A Síndrome de Burnout sempre se manifesta com sintomas psicológicos negativos e diretamente associados ao trabalho, e não deve se confundir com outras patologias não associadas ao trabalho. O estresse crônico ou estresse ocupacional se apresenta com sintomas negativos trazendo riscos ao organismo. Outro diagnóstico diferencial é a fadiga crônica que, por sua vez, se refere ao acometimento mais difuso envolvendo componentes somáticos. Além

desses há a própria depressão que se traduz pelo sentimento de derrota e letargia, determinada por outro elemento que não seja o trabalho (ANDRADE *et al.*, 2007).

Na literatura sobre o tema identificam-se duas possibilidades de manejo para a Síndrome: medidas dirigidas à organização do serviço e medidas dirigidas diretamente aos profissionais. Sobre as medidas dirigidas aos serviços, aparecem como propostas a melhoria de comunicação, o suporte de equipe para solução de demandas, mudanças de fluxos organizacionais e mudança na intensidade ou no cronograma da jornada de trabalho (CLOUGH *et al.*, 2017; RUOTSALAINEN *et al.*, 2016).

As medidas dirigidas aos profissionais podem ser agrupadas em três amplas categorias: as que se concentram na mudança cognitiva-comportamental (*Mindfulness*, por exemplo), as que se concentram puramente em técnicas de relaxamento e as medidas de discussão focada (Grupos *Balint*, por exemplo). Dentre essas medidas ganham destaque aquelas que envolvem as terapias cognitivas comportamentais como as técnicas de *coping*, que tem o *Mindfulness* como ferramenta mais comumente descrita (CLOUGH *et al.*, 2017; RUOTSALAINEN *et al.*, 2016).

Coping se refere a qualquer conjunto de estratégias, dirigidas ao estressor ou a própria emoção, utilizadas pelo indivíduo para se adaptar a circunstâncias adversas. Essas estratégias podem se dirigir a ações, comportamentos ou pensamentos utilizados para lidar com o estressor. Assim, dependendo da qualidade e quantidade desse recurso, o indivíduo pode tornar-se mais vulnerável ou resistente aos efeitos adversos do estressor. Dada a variabilidade nas reações individuais e a possibilidade de mudança de estratégia a qualquer momento, é impossível prever a resposta individual ao *Coping* (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA 1998).

O médico deve ter a responsabilidade de se envolver no auto cuidado e usar estratégias adaptativas para promover seu bem estar (DYRBYE *et al.*, 2017). No entanto, revisões sistemáticas e metanálises recentes apontam em seus resultados, que a qualidade da evidência disponível sobre a eficácia desses programas é insuficiente (CLOUGH *et al.*, 2017; PANAGIOTI *et al.*, 2017; RUOTSALAINEN *et al.*, 2016). Outrossim, retoma-se a necessidade de atenção frente a atraente solução dos problemas dirigindo ao profissional o ônus de se moldar as necessidades do serviço ou mercado (RODRIGUES FILHO; JUNGES, 2018).

Por outro lado, as medidas dirigidas diretamente à organização dos serviços apresentam efeito significativamente melhor e, portanto, as medidas devem ser primeiramente dirigidas aos serviços. Os sistemas devem ser responsáveis pela criação de um ambiente ou cultura proativa em relação a diminuição do estresse do profissional (DYRBYE *et al.*, 2017).

Além da menor efetividade, as análises das ações dirigidas diretamente aos profissionais apontam que os benefícios são conseguidos apenas durante o período de execução das técnicas e, por outro lado - apesar de proporcionarem melhores resultados - as ações organizacionais encontram potencial restrito devido as barreiras para implantação (CLOUGH *et al.*, 2017; RODRIGUES FILHO; JUNGES, 2018).

Os estudos são recorrentes em suas conclusões: medidas protetivas devem ser orientadas para o manejo da síndrome. Percebe-se na literatura a descrição de ações, ora dirigidas diretamente aos profissionais, ora dirigidas a organização do serviço, sendo ofertadas a diferentes categorias profissionais, em diferentes tipos de serviços e em diferentes lugares do mundo. Críticas ao tempo de manutenção e intensidade dessas ações já foram descritas (PANAGIOTI *et al.*, 2017). As revisões sistemáticas analisam a medida de magnitude de sintomas da Síndrome antes e depois da aplicação dessas intervenções e, com isso, conclui sobre a efetividade de cada ação.

Apesar da significativa quantidade de estudos, as intervenções em si são poucas, especialmente aquelas dirigidas aos serviços. Em nenhum deles foi identificado a participação do profissional na definição de medidas que pudessem, de maneira viável, contemplar suas expectativas e necessidades na tentativa de proteger-se do adoecimento.

5 PRESSUPOSTO DO ESTUDO

As pesquisas dirigidas aos fatores etiológicos e medidas de manejo para o Burnout mostram que os elementos discutidos não são específicos para os serviços de APS, tampouco para o MFC que atua nesse cenário. A APS impõe ao MFC um ambiente trabalhista complexo com determinantes e estressores singulares sendo necessário que tais elementos sejam identificados. No mesmo sentido, as medidas de manejo também requerem uma indicação bastante criteriosa tendo em vista essas mesmas especificidades.

Pressupõe-se que reconhecer os elementos identificados pelos próprios profissionais em exercício na APS, promoverá incremento de conteúdo construído com base nas percepções, expectativas e experiências dos próprios profissionais.

6 METODOLOGIA

O âmago do projeto é o reconhecimento de percepções dos médicos de família que atuam na APS do estado do Rio de Janeiro a respeito dos seguintes aspectos: a. da Síndrome de Burnout, b. de seus elementos desencadeadores, c. medidas de manejo e d. das consequências, tanto para si quanto para o serviço. A seguir, descreve-se a metodologia utilizada para atingir os objetivos pretendidos.

6.1 TIPO DE ESTUDO E REFERÊNCIA METODOLÓGICA

Tendo em vista o objetivo do projeto, que é reconhecer percepções de profissionais especialistas expostos a estressores ocupacionais no ambiente ocupacional específico da APS, optou-se por um estudo de levantamento exploratório com análise qualitativa.

A escolha pelo método qualitativo justifica-se pela necessidade de reconhecimento das percepções, dos pontos de vista e experiências de vida dos profissionais envolvidos (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004), buscando melhorar a compreensão sobre a síndrome. O método qualitativo busca responder a questões do tipo “por que” ao invés de “o que”, podendo ser aplicadas de modo mais estruturado ou flexível (DONGRE *et al.*, 2009).

Uma vez que tem por objetivo a análise de percepções subjetivas, a pesquisa é exploratória e será dirigida a médicos que, possivelmente, tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 1991).

A proposta envolve um delineamento que, considerando o roteiro de entrevistas que foi utilizado, é do tipo “levantamento” pois se caracteriza pela interrogação direta de pessoas (GIL, 1991) o que permitirá a obtenção de dados a partir do ponto de vista dos entrevistados.

6.2 ELABORAÇÃO DO TESTE E ROTEIRO DE ENTREVISTA

Para a coleta das informações foi elaborado um questionário semiestruturado baseado em questões que permitem a interação recíproca entre o pesquisador e o participante (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004)

O roteiro de entrevista é composto de dois blocos: o primeiro com questões que visam a caracterização do perfil socioprofissional e, o segundo, com questões que vão ao encontro dos objetivos específicos da pesquisa (APÊNDICE A).

Sobre o primeiro momento, a entrevista caracterizou-se pela objetividade de buscar repostas para os quesitos: idade, sexo, tempo de formação, tipo de especialização (residência ou título), local de atuação, tipo de financiamento da unidade, tempo de atuação na unidade, número de vínculos empregatícios, atividade de docência ou preceptoria concomitante e

principal fonte de renda atual. Sobre a segunda etapa, elencou-se a entrevista como técnica de coleta dados, uma vez que permite adaptações que a tornam eficazes na obtenção das informações desejadas (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A primeira questão foi direcionada à identificação da familiaridade do profissional com o tema. No total, foram oito questões que abrangeram as seguintes macros categorias: compreensão da síndrome, elemento estressor ocupacional de caráter duradouro, percepção sobre o resultado de medidas já experimentadas, expectativa quanto a possíveis medidas de manejo, percepção das consequências da síndrome sobre o serviço da APS e implicações da pandemia do COVID-19 nesses quesitos.

Foram realizadas duas entrevistas iniciais. Os dois primeiros entrevistados foram definidos pelo próprio pesquisador que elegeu dois médicos de família de seu convívio profissional próximo. Essas duas primeiras entrevistas visaram testar o roteiro de entrevistas, a dinâmica da realização das entrevistas à distância e troca dos termos de consentimento por canal digital. Verificada a viabilidade dessa interação à distância, algumas fragilidades foram identificadas apontando para necessidade de ajuste no questionário.

Sobre essas fragilidades foi identificado que, utilizando as questões inicialmente elaboradas, os entrevistados não eram instigados a discorrer justamente sobre suas percepções. Após o ajuste do roteiro de entrevistas, as entrevistas passaram a ser dirigidas aos profissionais indicados por esses dois primeiros entrevistados.

6.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram convidados médicos, especialistas em medicina de família, que atuam na APS do estado do Rio de Janeiro. O pesquisador foi diligente sobre a definição de “especialista” dirigindo a entrevista apenas aos profissionais detentores do registro de qualificação da especialidade. Para isso, foi questionado objetivamente, ainda na primeira etapa da entrevista, se o profissional era especialista em medicina de família.

Essa questão foi extrapolada pelo questionamento sobre o requisito cumprido para esse registro pelo CFM: certificação expedida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (prova de título) ou conclusão de programa de Residência Médica (CFM, 2018). Tendo em vista o tempo de formação, nenhum dos entrevistados estaria apto a obter o registro por uma terceira via, que limita a conclusão de especialização médica, pós-graduação ou mestrado até 15/04/1989 (CFM, 2018).

Da mesma forma, foi dirigido questionamento objetivo sobre a atual atuação no âmbito da APS como médico de assistência direta. Foram incluídos aqueles que estivessem em atuação na assistência na APS, concomitantemente ou não com atividades de docência ou preceptoria.

Sendo a intenção desse projeto a discussão de elementos específicos da APS, foram excluídos médicos que não atuam nesse cenário. Foram excluídos também os não especialistas em Medicina de Família, afinal, incluir profissionais que não foram preparados para atuar no âmbito da APS poderia trazer questões de ordem diferenciada. Foram excluídos também os médicos de família que estavam atuando exclusivamente na gestão ou docência. Ou seja: que não estivessem executando atividades de assistência médica diretamente na APS.

6.4 AMOSTRA

A amostragem foi do tipo “bola de neve”: uma vez selecionados pelo pesquisador, os entrevistados indicaram outros profissionais para participação na pesquisa. Com isso, privilegia-se profissionais que detêm as informações e experiências que se deseja conhecer (DEWES, 2013). Assim, ao término de cada entrevista, era solicitado ao entrevistado que indicasse um Médico de Família em atuação na APS para que fosse destinado o convite. Os convites seguintes foram destinados ao endereço eletrônico dos indicados.

Uma vez que respondiam favoravelmente a participação da pesquisa, os entrevistados recebiam nova mensagem contendo orientações básicas sobre como ocorreria a interação e a cópia do TCLE. Dentre essas orientações, estava aquela que solicitava a devolução de cópia assinada do TCLE e o número de contato em que fosse possível a interação via chamada de vídeo pelo aplicativo Whatsapp®. Uma vez recebida a resposta, o TCLE era devolvido com a assinatura do pesquisador e uma mensagem de texto era encaminhada ao aplicativo Whatsapp® do futuro entrevistado para agendamento da entrevista.

Em uma situação específica, o pesquisador precisou retornar o contato com o último entrevistado para solicitar nova indicação. Foi tentado o agendamento da entrevista por três vezes com o médico indicado, mas, por contratempos informados pelo profissional, as entrevistas eram adiadas.

O tamanho da amostra foi por saturação: uma vez identificado o padrão de repetição de determinados elementos das categorias de análise, o pesquisador interrompeu a aplicação do questionário em novos participantes. A identificação do padrão de repetição foi conseguida através da audição do conteúdo das entrevistas e registro das categorias de análise preliminares. Com esse procedimento sendo realizado ao término de cada entrevista conclui-se, após a décima interação, que o conteúdo era suficiente.

6.5 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Devido às restrições de circulação e interação por conta da pandemia do COVID-19 vigentes durante o período destinado a realização das entrevistas, essas interações individuais foram realizadas através de aplicativo de teleconferência audiovisual. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi encaminhado ao endereço eletrônico do participante. Foi solicitado que, caso estivesse de acordo com a participação, o profissional imprimisse e enviasse ao *e-mail* do pesquisador a cópia assinada do TCLE. Em seguida, o participante recebeu como resposta a cópia do TCLE assinada também pelo pesquisador.

Agendadas as entrevistas, as interações ocorreram por chamada de vídeo através do aplicativo Whatsapp® que, no período de desenvolvimento do estudo, apresentava sua licença de uso gratuita. Todas as entrevistas ocorreram sem intercorrências que limitassem a gravação ou inviabilizassem a transcrição. Poucas foram as intercorrências reconhecidas pelo pesquisador como falhas de comunicação, em que fosse necessária a solicitação ao entrevistado de repetição do conteúdo da fala.

No início da entrevista era orientado ao entrevistado sobre a dinâmica da interação: dois blocos de questões distintos. Era informado ao participante, conforme disposto no TCLE, que por qualquer motivo a entrevista poderia ser interrompida. Nenhum entrevistado manifestou desconforto com relação às questões do roteiro.

Quanto ao segundo bloco, oito questões visaram averiguar as percepções dos profissionais com relação à Síndrome. No total, o tempo das entrevistas variaram entre 6'38" (entrevistado 10) e a 16'54" (entrevistado 6).

O conteúdo de áudio das entrevistas foi gravado com uso de programa específico para essa função, disponível no aparelho celular do pesquisador. Ressaltando o compromisso assumido com os participantes, os arquivos de áudio foram imediatamente transferidos para outra unidade de armazenamento distinta e apagados do dispositivo móvel. Assim, entende-se que a segurança do conteúdo, tanto para acesso indevido quanto extravio, foi resguardada.

As entrevistas foram armazenadas em pasta digital protegida por senha e assim permanecerão durante o prazo definido de cinco anos, conforme orientações que constam nas Resoluções CNS 466/12 e 510/16. Uma vez salvos, os conteúdos foram transcritos sendo esses arquivos de texto salvos sob os mesmos cuidados dirigidos ao conteúdo das entrevistas.

6.6 TRATAMENTO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

6.6.1 Pré-análise

A análise de conteúdo foi o principal procedimento metodológico do projeto. Buscou-se organizar e qualificar as unidades de registro e contexto, obtidas a partir das falas dos entrevistados. Conforme os pressupostos de Bardin (1977), a análise de conteúdo se desenvolveu na sequência de pré-análise, exploração e tratamento, detalhados a seguir.

Após transcrição de todas as entrevistas, foi realizada a leitura flutuante do conteúdo. Em continuidade, foi realizada leitura crítica em que os elementos de registro e contexto foram grifados, facilitando a identificação e registro das categorias preliminares. Sobre essas categorias preliminares, segundo Bardin (1977), tanto as unidades de registros (palavra, expressão ou frase em si) quanto as unidades de contextos (significado contextual da palavra, expressão ou frase) foram consideradas.

As questões do primeiro bloco foram diretas e orientadas apenas para o reconhecimento de perfil socioprofissional dos entrevistados. As respostas foram registradas de maneira objetiva, e podem ser visualizadas na Tabela 1 do tópico de resultados.

Quanto ao texto das falas referentes às questões do segundo bloco, orientado para a investigação dos elementos das categorias de análise, foi esmiuçado e em seguida, seus elementos reagrupados em acordo as macros categorias envolvidas conforme apresentado a seguir. Nesse sentido, os reagrupamentos obedeceram a uma lógica que envolve a relação entre as macros categorias em estudo e as questões elaboradas para coleta dos dados que pudessem responder às lacunas. O quadro 1 apresenta a relação entre as macro categorias e questões associadas.

Quadro 1 - Macro categorias e respectivas questões

Macro categoria	Questões
Percepção sobre a Síndrome	1. O que você sabe sobre a Síndrome de Burnout incluindo definição, causas e apresentação?
Estressor ocupacional duradouro	2. Em relação ao seu trabalho como médico na Atenção Primária, que elementos estressores você identifica no cotidiano do seu serviço?
Percepção da consequência para si e para o serviço	3. Você identifica implicações, na sua vida em pessoal, decorrentes da exposição continuada a esses estressores? Se sim, quais? 4. Você identifica implicações, no seu trabalho na APS, decorrentes da exposição continuada e esses estressores? Se sim, quais?
Implicações da Pandemia do COVID-19	5. Você identifica novos estressores surgidos com a pandemia do COVID-19? Se sim, quais?

Percepção sobre medida já experimentada	<p>6. Você já tentou fazer algo para manejar algum desconforto trazido pelo convívio com estressor ocupacional? Se sim, quais foram e quais resultados?</p> <p>7. Seu gestor ou gerente de unidade já propôs algo para manejar algum desconforto trazido pelo convívio com estressor ocupacional? Se sim, quais foram e quais os resultados?</p>
Elementos de fala livre	8. O que mais você gostaria de falar sobre o assunto que não tenha sido perguntado?

Fonte: elaboração própria.

6.6.2 Exploração

Possíveis unidades de significação – unidades de registro ou unidades de contexto - identificadas e destacadas na pré-análise foram organizadas em quadros de referência. Foi confeccionado um quadro para cada macro categoria. Assim, com a sistemática inserção de dados nesses quadros no decorrer das entrevistas, foi possível a identificação do padrão de repetição das unidades de registro permitindo a identificação da saturação.

6.6.3 Tratamento

Após a reorganização em quadros distintos na etapa de pré-análise, conseguiu-se a determinação de termos chaves possivelmente representativos das categorias de análise definitivas: procedimento de recategorização. Esses termos chaves se referem às unidades de registro em si ou às sínteses de elementos de unidades de contexto. Esse procedimento envolveu a análise das falas dos entrevistados, permitindo a aproximação semântica de termos, traduzidos em verbetes que resguardam o conceito ou a ideia identificada pelo pesquisador.

Uma vez identificadas as categorias de análise definitivas, partiu-se para identificação da frequência de repetição. Nesse projeto, foi considerado o padrão de repetição das categorias de análise definitivas, ou seja, foi considerada a frequência de repetição entre os entrevistados. Assim, caso o entrevistado tenha citado repetidas vezes determinado termo ou ideia (unidade de registro ou unidade de contexto), esse elemento só foi contabilizado uma vez no resultado.

Por exemplo, se um entrevistado utilizou o termo “esgotamento” cinco vezes, após o tratamento esses termos foram aglutinados como categoria de análise definitiva “esgotamento”. Da mesma forma, o uso de unidades de registro ou contexto que expressassem como cerne um mesmo conceito ou ideia identificados por um único verbete que expressasse a essência da informação coletada.

Justifica-se esse procedimento, pois considerar a frequência de termos antes do processo de tratamento ou pela frequência de repetição individualizada levaria a uma majoração de elementos que, na verdade, corresponderiam a uma mesma categoria definitiva e dificultaria a decisão de interrupção das entrevistas, uma vez que a amostragem deveria obedecer a regra saturação.

7 RESULTADOS

Foram realizadas dez entrevistas com Médicos de Família. Cinco atuavam na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde e cinco na Atenção Primária da rede suplementar. A amostra composta principalmente por mulheres (80%) apresentou média de idade de 38 anos e tempo médio de atividade profissional como médico de 11 anos, sendo de aproximadamente quatro anos como especialista em medicina de família. A maioria dos profissionais (90%) era de especialistas oriundos dos programas de residência médica. Metade informou possuir outras fontes de renda além da recebida pela atuação na Atenção Primária. No entanto, todos alegaram ter o atual emprego na APS como principal fonte de renda. Alguns entrevistados (30%) exerciam atividades de docência ou preceptoria. A tabela 1 apresenta o registro das respostas às questões do primeiro bloco da entrevista.

Tabela 1 - Perfil socioprofissional dos entrevistados.

Participantes x dados de perfil	Sexo	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Obtenção do RQE (PT – Prova de título ou RE – Residência)	Tempo de atuação na especialidade (anos)	Cenário atual (APS no SUS ou RS – Rede suplementar)	Tempo de Atuação no cenário atual (anos)	Possui outras fontes de renda?	APS é a principal fonte de renda?	Desenvolve atividade de preceptoria ou docência no atual serviço da APS
1	F	37	10	RE	7	SUS	7	Sim	Sim	Sim
2	F	34	4	RE	1	SUS	1	Não	Sim	Não
3	F	53	28	RE	0,5	SUS	0,5	Sim	Sim	Não
4	F	49	20	RE	3	SUS	3	Sim	Sim	Não
5	M	38	8	PT	3	RS	2	Não	Sim	Não
6	M	32	9	RE	6	SUS	6	Sim	Sim	Sim
7	F	32	7	RE	3	RS	3	Não	Sim	Não
8	F	42	11	RE	8	RS	4	Sim	Sim	Sim
9	F	34	7	RE	4	RS	3	Não	Sim	Não
10	F	35	7	RE	4	RS	2,5	Não	Sim	Não
Médias	M – 20% F – 80%	38,6 anos	11,1 anos	RE – 90% PT – 10%	3,9 anos	SUS – 50% RS – 50%	3,2 anos	Sim – 50% Não – 50%	Sim – 100%	Sim – 30% Não – 70%

Fonte: elaboração própria.

Sobre o segundo bloco de perguntas, a primeira questão do roteiro buscava averiguar a óptica do participante na conceituação da Síndrome de Burnout. Assim, foi possível

identificar nas falas o quanto eles relacionam a patologia com estressores presentes no local do trabalho. Da mesma forma, todos relacionaram o problema a uma apresentação envolvendo sinais e sintomas negativos, como pode ser visualizado no Quadro 2, que apresenta as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados e o agrupamento em categorias definitivas.

Destaca-se a fala do entrevistado 05 que se aproxima bastante da definição utilizada como referencial nesse projeto:

Consiste numa síndrome de esgotamento profissional... É... Onde o profissional, ele não... Não se mantém motivado ao trabalho... Não se mantém disposto... Um alto índice de absenteísmo... Ao trabalho... E de... De estresse profissional e, também que acarreta uma série de complicações em sua vida profissional (entrevista 05).

Quadro 2 – Categorias de análise relativas às percepções sobre a Síndrome de Burnout, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados.

Unidades de significação/fala entrevistado	Categorias de análise
Exausta, esgotamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Esgotamento; • Estafa/cansaço; • Exaustão; • Diagnóstico diferencial com outras patologias; • Estresse; • Angústia.
Estafa, exaustão, nível máximo de estresse.	
Angústia, perder o controle mesmo	
Cansaço extremo.	
Esgotamento profissional.	
Esgotamento.	
Esgotamento mental relacionada ao trabalho, muitas vezes é confundido com depressão.	
Estado de cansaço extremo, semelhante a um estado depressivo.	
Humor depressivo, esgotamento físico e mental intenso.	
Sintoma de ansiedade, de depressão, de estafa.	

Fonte: elaboração própria.

Ainda sobre a primeira questão, cinco entrevistados citaram em suas falas sintomas psíquicos específicos como “ansiedade” e “depressão”. É importante destacar que, apesar de serem termos que podem conotar outros espectros clínicos, a análise de contexto mostra que foram apontados dentro dos limites de definição da síndrome.

Em algumas entrevistas os aspectos de distanciamento do trabalho e queda de produtividade surgiram de maneira indireta, exigindo uma avaliação contextual complexa para a identificação. No entanto, apesar dessa identificação, a frequência das apresentações foi discreta.

A segunda questão da entrevista apontou para o reconhecimento de estressor ocupacional de caráter duradouro. Três elementos se destacaram nos resultados: a. pressão

assistencial, citada por 90%, b. desvalorização do problema pela gestão citada por 60% deles e c. problemas organizacionais, citados por 50% dos entrevistados (Quadro 3).

A categoria de análise “pressão assistencial” traduz o grande número de atendimentos que o profissional realiza ao longo do expediente. A categoria de análise “problemas organizacionais” traduz o conceito, identificado na literatura, que versa sobre o impacto relativo à exposição à burocracias ou falta de fluxos definidos no ambiente de trabalho, como elemento desencadeador do Burnout (CLOUGH *et al.*, 2017; RUOTSALAINEN *et al.*, 2016).

Quadro 3 - Categorias de análise relativas às percepções sobre os estressores ocupacionais, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados.

Unidades de significação/fala entrevistado	Categorias de análise
Cobrança da gerência, cobrança de metas, número de consultas, não tem diálogo para questionar.	<ul style="list-style-type: none"> • Pressão assistencial; • Desvalorização do problema pela gestão; • Problemas com fluxos e organização; • Falta de Insumo; • Problema na garantia da integralidade; • Jornada de trabalho extensa; • Telemedicina; • Vulnerabilidade trabalhista.
Falta de insumos, alguns encaminhamentos que não saem, número populacional.	
Falta de insumo, falta de apoio (da gestão)	
Não tem material, muitas inseguranças (trabalhista), pacientes são cada vez mais doentes.	
Não consegue uma agenda confortável, cobrança dos cargos superiores, parece não entender o que a gente desenvolve na ponta, volume de trabalho, agendamento muito rígido, as pessoas precisam cada vez mais dos sistemas de saúde, não consegue ter uma flexibilização (na agenda).	
Pressão assistencial muito grande, falta organização do processo de trabalho dentro da unidade, faltando algum material, pressões que vem de um nível mais administrativo que não condizem com a realidade, não tem nem reconhecimento o valor devido do seu trabalho.	
Sobrecarga, o aumento do número de pacientes que cada vez tão procurando mais o serviço, telemedicina, desorganização do serviço.	
Curto tempo de atendimento, ausência de intervalo entre as consultas.	
Falta de autonomia, problemas sociais por conta dos pacientes (O paciente começa a voltar, te demandar demais: “troca, tá caro, tá isso, tá aquilo”), tô muito disponível pros meus pacientes - no sentido de estar inserida diretamente no local onde eles estão o tempo todo - isso é um fator estressor, porque eles ainda não conseguem entender que não é uma emergência, a gestão (querem algumas atitudes que não condizem com a nossa forma de trabalhar).	

A pressão assistencial, a dificuldade de resolução dos pacientes, a carga horária extensa.	
--	--

Fonte: elaboração própria.

A falta de insumos e deficiências para a garantia da integralidade só apareceram nas falas dos entrevistados que atuam no SUS. Sobre a falta de insumos, quatro dos cinco especialistas atuantes no SUS citaram esse elemento. A telemedicina – optativa e remunerada para os médicos do SUS e, por outro lado abruptamente iniciada na maioria dos serviços da AP da rede suplementar – aparece como estressor entre os profissionais que atuam no setor privado. Apesar de aparecer discretamente como resposta à questão de número 02, o elemento “telemedicina” foi citado por três dos cinco especialistas da APS suplementar. A fala do entrevistado 06 sintetiza esses achados:

Primeiro a necessidade, a pressão assistencial muito grande. E aí você fica sobrecarregado, tentando se desdobrar para atender todas as necessidades e acaba tendo a sensação de que não tá conseguindo. Outro fator que leva a isso é a questão mesmo de falta organização do processo de trabalho dentro da unidade. Às vezes é um consultório que tá com... Sei lá... Faltando algum material... Uma coisa estragada... Você tem que sair da sala para buscar, pra trocar. E outra questão também, que a gente tem pressões gerenciais, pressões que vem de um nível mais administrativo que não condizem com a realidade [...] (entrevista 06).

A terceira questão refere-se às percepções sobre as consequências da exposição a estressores ocupacionais para o próprio. Por outro lado, a questão 04 alude às percepções sobre as consequências para o serviço, gerados pelo convívio com esses elementos estressores (quadros 4 e 5). O desânimo, o cansaço ou a indisposição, considerados aqui com sinônimos, correspondem ao principal elemento identificado como consequência a exposição aos estressores.

Quadro 4 – Categorias de análise relativas às percepções sobre as consequências de convívio com estressores ocupacionais para si, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados.

Unidades de significação/fala entrevistado	Categorias de análise
Chegar sem vontade de não fazer nada em casa, sem ânimo, perda mesmo de vontade de fazer qualquer coisa.	<ul style="list-style-type: none"> • Desânimo, cansaço ou indisposição; • Sintomas psíquicos; • Perda de qualidade do sono; • Interferência negativa no convívio social; • Repercussão orgânica.
Má qualidade de sono, indisposição até pra sair e ir trabalhar.	
Estresse, angustiada.	
Problemas em casa, chega em casa cansado, estressado, só fala do trabalho e influencia muito na sua vida pessoal.	
Não me sinto estressado com o trabalho.	

De uma maneira leve, tem dias que você fica meio sugado, não tem muita vontade de fazer mais nada.	
Principalmente na questão do sono, inquietude, concentração e, até mesmo, tendo reflexo no convívio interpessoal dentro da própria família.	
Infecção urinária, não almoço, muito estressada em casa, fico muito cansada.	
Cansando física, psicologicamente.	
Ansiedade, dificuldade pra dormir.	

Fonte: elaboração própria.

Quadro 5 - Categorias de análise relativas às percepções sobre as consequências de convívio com estressores ocupacionais para o serviço, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados.

Unidades de significação/fala dos entrevistados	Categorias de análise
Distância do que é o seu principal trabalho, o que você menos quer fazer é atender.	<ul style="list-style-type: none"> • Insensibilidade ou intolerância; • Aumento de chance de erro; • Intenção de saída.
Qualidade do trabalho, eu não vou saber lidar com algumas situações ou posso lidar erradamente.	
Estresse.	
Ficando mais duro, cansado, manter a vontade de trabalhar, amar o que você faz, perde um pouco a paciência na vontade de permanecer.	
Não me vejo limitado.	
Um pouco de irritabilidade, não atender uma demanda, não fazer alguma coisa.	
Diminuição da própria concentração, pode deixar passar despercebido alguma situação importante, ficando mais estressado.	
Menos paciência, desejo de ouvir com atenção, fazer o exame clínico minucioso, qualidade do seu atendimento.	
No que eu forneço pra eles não.	
Uma menor tolerância, explodir com mais facilidade.	

Fonte: elaboração própria.

Sintomas psíquicos como estresse, ansiedade seguem como resposta de 60% dos entrevistados. A interferência na qualidade do sono ganha destaque por ter sido mencionada por três dos 10 dos profissionais entrevistados. Com caráter mais objetivo, o entrevistado 08 cita a ocorrência de infecção urinária de repetição denotando a repercussão orgânica do problema:

Eu tenho infecção urinária, eu às vezes não almoço, chego muito estressada em casa, fico muito cansada, (...) E, fora as questões práticas da coisa, que é: realmente não ter tempo pra urinar... faz uma diferença na vida da pessoa... Não beber uma água... Faz uma diferença a vida da pessoa... Não almoçar... Faz uma diferença... Eu percebo essas consequências mais imediatas (entrevista 08).

Sobre a quarta questão, que alude à repercussão sobre o serviço, a interferência na relação médico – paciente é notória. 70% dos entrevistados apontam a insensibilidade e intolerância frente às demandas do usuário como consequência do convívio com elementos estressores (quadro 5). O entrevistado 04, trouxe uma reflexão bastante ilustrativa sobre a questão dessa consequência:

Eu acho que a gente vai, talvez, ficando mais duro... Assim é... Mais... É... Menos, como é que eu vou dizer... Sensível aos problemas das pessoas... Porque a gente vai ficando cansado, né? É difícil... É difícil, manter essa ternura, essa vontade de trabalhar, de... né? De amar o que você faz... Acho que a gente, às vezes, perde um pouco a paciência... Então a gente segue, mas isso influencia sim no dia a dia, na paciência, na vontade de permanecer (entrevista 04).

Outro elemento identificado como consequência para o serviço pelo convívio duradouro com elementos estressores é o aumento da chance de erro. Também vale destacar a intenção de saída do emprego, o que em uma análise mais generalizada, pode estar relacionada à rotatividade de profissionais médicos da APS, elemento regularmente citado na literatura sobre o tema gestão da APS.

A questão de número 05 buscou identificar elementos novos trazidos pela pandemia da COVID-19 (quadro 6). Decretada pela OMS em março de 2020, na ocasião da entrevista, os profissionais já conviviam com esse problema há alguns meses. O medo de contaminação e de transmissão aos parentes, além da mudança de perfil dos atendimentos nos serviços, figuraram como os principais estressores surgidos com a Pandemia.

Quadro 6 - Categorias de análise relativas às percepções sobre a interferência da Pandemia da COVID-19 sobre os estressores ocupacionais, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados.

Unidades de significação/fala dos entrevistados	Categorias de análise
O que vai ser de mim a partir daí, medo de transmitir alguma coisa.	<ul style="list-style-type: none"> • Medo de contaminação; • Mudança de perfil de atendimento na APS; • Telemedicina; • Insegurança de manejo de pacientes.
O medo de uma doença desconhecida que gera o estresse principal.	
Maior angústia dos pacientes, uma somatização maior.	
Muito medo de pacientes graves viessem parar na clínica e a gente não tem suporte pra atender esses pacientes.	
Telemedicina desorganizada, me gerou uma certa insegurança profissional.	

Esses atendimentos que classificam como COVID, a gente chega lá muitas vezes e vê que não é. E pacientes procurado o atendimento, mais por queixas de ansiedade relacionadas.	
A telemedicina porque a gente não tem segurança no atendimento.	
Medo de contrair a doença	
A atenção primária ficou um pouquinho de lado, né? E trabalhar com telemedicina também foi uma coisa bastante estressante.	
Medo de, de contaminação, de levar pra casa e também não abordar adequadamente um paciente.	

Fonte: elaboração própria.

Conforme mencionado anteriormente, aqui a telemedicina aparece em maior magnitude, especialmente ao olhar isolado a fração dos profissionais que atuam na APS da rede suplementar. A inexperiência de manejo clínico dos pacientes acometidos pelo COVID-19 também se apresenta como fator estressor. A fala do entrevistado 10 traz esses dois elementos:

Eu acho que o medo de, de contaminação, né? Principalmente de levar pra casa... De se contaminar e levar pra casa... Um medo de também não abordar adequadamente um paciente e esse paciente acabar se agravando (entrevista 10).

As medidas de manejo experimentadas por iniciativa própria, levantadas a partir da questão de número 06, apresentaram um resultado mais variado. Assim, cuidados dirigidos a autoestima, meditação, tentativa de organização de fluxos, mudança de local de trabalho e redução da jornada, correspondem a unidades de registro apontadas como medidas que trouxeram resposta positiva, no entanto sendo citadas por apenas um dos entrevistados (quadro 7).

Quadro 7 - Categorias de análise relativas às percepções sobre as medidas de manejo por iniciativa própria, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados.

Unidades de significação/fala dos entrevistados	Categorias de análise
<i>Spinnig</i> , Yoga, amigos e a família.	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade física; • Atividade de lazer, distração e relaxamento; • Psicoterapia e meditação; • Convívio social (família e amigos); • Cuidado com autoestima; • Organizações de processos de trabalho;
Atividade física, comecei a me cuidar mais, como fazer unhas, ir ao shopping, foquei na parte do lazer.	
Meu lazer, convívio maior com a minha família, uma diversão maior, uma viagem.	
Meditação, terapia.	
Atividade física, música.	
Organizar os fluxos.	
Não levar trabalho pra casa, atividade física, de descontração.	

Atividade física, mudança de local de trabalho, me forçar a almoçar, terapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da jornada; • Demissão do trabalho.
Atividade física regular, acompanhamento psicológico regular.	
Diminuir a carga horária	

Fonte: elaboração própria.

Ainda sobre as respostas à questão de número 06, as falas encontram convergência nos elementos interação social, psicoterapia, atividades de lazer e, especialmente, atividade física: citada como medida de manejo efetiva por 60% dos entrevistados. A fala do entrevistado 01 ilustra os benefícios da atividade física e da interação social:

Eu lembro de tá lá no Spinnig, e mente trabalhando aquilo... E botando pra fora aquilo... E chegar em casa mais relaxada... Mais tranquilo... Era momento de desabafo... E os amigos e a família... De tá ali conversando e eu depois botar a cabeça no travesseiro e tá pensando: “caramba, que bom que eles vieram... ou que eu fui porque fez a diferença...” (entrevista 01).

A questão de número 07 buscou averiguar possíveis intervenções para manejo de estressor ocupacional de iniciativa da gestão, e que já houvesse sido experimentadas pelos entrevistados. Nas falas, um entrevistado aponta sobre uma intervenção com resultado positivo, outro sobre uma intervenção com resultado indiferente e, um terceiro, sobre o resultado danoso. O destaque para essa questão envolve a redundância de “não” ou “nenhuma” como resposta de 70% dos entrevistados. A objetividade da unidade de significação “não”, pode ser exemplificada nas falas:

Nunca. Nunca trouxeram nada pra ajudar... (risos). Só demandas... Só exigem sempre mais... (entrevista 08).

Um... Não... Nunca... (entrevista 09).

Não! Nunca houve nenhuma intervenção nesse caso (entrevista 10).

Finalmente, a questão de número 08 buscou averiguar elementos que o entrevistado deseja-se acrescentar. A estigmatização de indivíduos acometidos aparece como sugestão de algo a ser trabalhado. A interação multidisciplinar aparece como possível medida protetiva. O determinante da personalidade como fator de risco para o desenvolvimento do problema também foi sinalizado (quadro 8).

Apesar da atual situação da APS no Rio de Janeiro, já discutida anteriormente, não foi identificado nas falas dos entrevistados elementos que apontassem para insatisfação ou intenção de luta por mudanças nas regulamentações e política.

Quadro 8 - Categorias de análise relativas às exposições livres, segundo as unidades de significação identificadas na fala dos entrevistados.

Unidades de significação/fala dos entrevistados	Categorias de análise
E sempre marcada por tido esse problema. Ela nunca mais foi vista como boa profissional que é!	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento sinérgico da gestão; • Estigmatização do indivíduo acometido; • Interação multidisciplinar; • Processo irreversível para o indivíduo naquele local; • Determinante pessoal como predisponente.
Talvez rodas de discussões, alguns encontros com... Só dos profissionais, ter profissionais de outras áreas.	
(...) Fica na mesma coisa de falar sempre a mesma coisa e o pessoal fazer ouvido de mercador...	
Eu acho que a gente é muito desamparado nesse aspecto.	
A gerência também entender... A coordenação também entender... O que de fato nós fazemos na ponta...	
Eu não tenho assim, com clareza, um exemplo de alguém que esteve em Burnout, e conseguiu deixar isso pra trás e se organizou e conseguiu ficar bem naquele mesmo local, naquele mesmo ambiente de trabalho.	
Eu acho que não tem nada a acrescentar, a não ser a desorganização dentro desses serviços que a gente não tem apoio.	
Eu acho que depende muito também de como a gente se posiciona frente aos problemas.	
Acho que na verdade, as perguntas abrangem bastante o assunto.	
Acho que nada... Acho que abordou bem.	

Fonte: elaboração própria.

No entanto, apesar do espaço ser livre permitindo qualquer tipo de resposta, o chamamento da gestão para ações sinérgicas para manejo do problema foi citado por 50% dos entrevistados. A resposta do entrevistado 05 exemplifica esse elemento:

Para as estruturas organizacionais, enquanto o funcionário estiver produzindo, então isso (...). Acabe não gerando uma discussão ou a discussão não seja valorizada. Mas a gente sabe que isso tem sido cada vez mais comum. E a gente debater as estruturas... Acho que... Que... É... A gerência também entender... A coordenação também entender... O que de fato nós fazemos na ponta... Acho seria um bom caminho também, para gente poder diminuir a sobrecarga de trabalho, o esgotamento profissional... Acho que não passa só da nossa atitude pessoal, mas sim de um... de uma evolução da estrutura organizacional da empresa... (entrevista 05).

O quadro 9 apresenta as categorias de análise definitivas resultantes da análise das unidades de significação ou categorias preliminares (ambas correspondendo às unidades de

registro ou contexto). A síntese dos resultados conseguidos após a etapa de tratamento relacionou cada unidade de significação a uma à categoria definitiva e aos respectivos entrevistados fonte.

Quadro 9 - Macro categorias, categorias preliminares, categorias definitivas e relação de citação.

Macro Categoria	Unidades de significação	Recategorização – Categoria de análise definitiva	Entrevistado fonte
Percepção sobre a Síndrome	Exausta, esgotamento, cansaço, estafa, estado de cansaço extremo.	Esgotamento	1,2,3,4,5,6,7,8, 9 e 10
	Estresse, Angústia, humor depressivo, ansiedade	Sintomas Psíquicos	2, 7, 8, 9 e 10
Estressor ocupacional duradouro	Cobrança da gerência, cobrança de meta, falta de diálogo, falta de insumo, falta de apoio, muitas inseguranças, pacientes muito doentes, volume de trabalho, sobrecarga, telemedicina, desorganização, curto tempo de atendimento, dificuldade de resolução dos pacientes, encaminhamentos que não saem.	Pressão assistencial	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10
		Desvalorização do problema pela gestão	1, 3, 4, 5, 6 e 9
		Problemas com fluxos organização	5, 6, 7, 8 e 9
		Falta de insumos	2, 3, 4 e 6
		Problema na garantia da integralidade	2 e 10
		Jornada de trabalho extensa	9 e 10
		Vulnerabilidade trabalhista	4
		Telemedicina	7
Percepção da consequência para si	Vontade de não fazer nada, sem ânimo, má qualidade do sono, indisposição, estresse, problemas em casa, estressado, principalmente a questão do sono, reflexo no convívio interpessoal, muito cansada, infecção urinária, ansiedade.	Desânimo, cansaço ou indisposição	1, 2, 4, 6, 8 e 9
		Sintomas psíquicos	3, 4, 7, 8, 9 e 10
		Perda da qualidade do sono	2, 7 e 10
		Interferência no convívio social	4 e 7
		Repercussão física	8.
	Distância, o que você menos quer é atender, qualidade do trabalho, lidar	Insensibilidade, intolerância	1, 2, 3, 6, 7, 8 e 10

Percepção da consequência para o serviço	erradamente, ficando mais duro, não manter vontade de trabalhar, irritabilidade, diminuição da atenção, menos paciência, perda de qualidade, menor tolerância.	Aumento de chance de erro	2, 7 e 8
		Intenção de saída	3
Implicações da Pandemia do COVID-19	Medo de transmitir, medo de me contaminar, somatização, telemedicina, queixas de ansiedade, atenção primária ficou de lado, não abordar adequadamente.	Medo de contaminação e transmissão	1, 2, 8 e 10
		Mudança de perfil de atendimento na APS	2, 3, 6 e 9
		Telemedicina	5, 7 e 9
		Insegurança de manejo de pacientes	2 e 10
Percepção sobre medida já experimentada por iniciativa própria	Spinnig, Yoga, amigos, família, atividade física, fazer as unhas, lazer, shopping, meditação, terapia, música, mudança de local de trabalho, acompanhamento psicológico, diminuição de carga horária.	Atividade física	1, 2, 5, 7, 8 e 9
		Atividades de lazer	2, 3, 5 e 7
		Psicoterapia	4, 8 e 9
		Interação social	1 e 3
		Cuidados dirigidos a autoestima	2
		Meditação	4
		Tentativa de organização de fluxos	6
		Mudança de local de trabalho	8
Percepção sobre medida já experimentada	Não, nenhuma, gerente interfere de maneira boa, tentando resolver questões de fluxo, não teve um resultado bacana.	Nenhuma proposta de iniciativa da gestão	1, 2, 3, 5, 7, 9 e 10
		Ação com resultado positivo	4
		Ação com resultado pouco expressivo	6

por iniciativa do gestor		Ação com resultado negativo	8
Elementos da fala livre	Sempre marcada por ter tido esse problema, alguns encontros, gerência entender, coordenação entender, coisa meio terminal, a gente não tem apoio, como se posiciona frente ao problema,	Estigmatização do indivíduo acometido	1
		Envolvimento sinérgico da gestão	2, 3, 4, 5 e 7
		Interação multidisciplinar	2
		Processo irreversível para o indivíduo naquele local	6
		Determinante pessoal com predisponente	8

Fonte: elaboração própria.

8 DISCUSSÃO

Para discussão do conteúdo das falas buscou-se o diálogo deste conteúdo previamente categorizado com o aporte teórico contemplado no estudo. Para isso, a apresentação dessa etapa encontra-se organizada de acordo com as macros categorias de análise apresentadas na metodologia.

8.1 PERCEPÇÕES SOBRE A SÍNDROME DE BURNOUT

Conforme discutido anteriormente, a Síndrome de Burnout é definida como fenômeno clínico caracterizado pelo esgotamento de energia decorrente do estresse crônico no local de trabalho (OPAS, 2019). A primeira questão da entrevista buscava identificar justamente a percepção dos entrevistados a respeito desse conceito.

A análise das respostas a essa questão mostra que os profissionais reconhecem que a síndrome se traduz por sinais e sintomas negativos e desencadeados por elementos ocupacionais. Interessante é o surgimento do termo “esgotamento”, o mesmo utilizado na definição conceitual da síndrome, como o mais frequente entre as respostas. Apesar de todos relacionarem a síndrome com essas manifestações negativas e associarem aos estressores do trabalho, nenhum participante citou o *Maslach Burnout Inventory*: instrumento necessário para definição diagnóstica da síndrome.

A respeito da população de trabalhadores em risco, um dos entrevistados discursa sobre sua percepção de frequência entre “médicos e professores”. Embora restrinja esse risco a essas duas populações, ele traz o reconhecimento da maior incidência sobre grupos de trabalhadores específicos que, conforme a literatura, é maior em profissões que lidam diretamente com pessoas (MOREIRA; SOUZA, 2018).

8.2 ESTRESSORES OCUPACIONAIS DURADOUROS

É possível identificar na literatura elementos considerados estressores ocupacionais no âmbito dos serviços de saúde em geral e, também, elementos específicos aos quais estão expostos os Médicos de Família. Uma inadequada comunicação institucional e a burocracia organizacional do trabalho, a falta de apoio dos cargos superiores, a insatisfação com a carreira e o salário são elementos estressores que podem ser generalizados aos médicos de qualquer especialidade. Especificamente para a Medicina de Família, a alta carga de trabalho ou turnos extras, expectativa não realista do trabalho e falta de recursos, como a escassez de instrumentos na atenção primária, correspondem aos principais elementos estressores (MOREIRA; SOUZA, 2018).

Conforme apresentado nos resultados, todos esses elementos aparecem como resposta ao quesito e com uma importante frequência de citação entre os entrevistados. As categorias “pressão assistencial”, que traduz o grande número de atendimentos que o profissional realiza ao longo do expediente, e a “desvalorização do problema pela gestão” se destacam justamente pela frequência de citação entre os entrevistados. Apesar da identificação esperada, de acordo com elementos da literatura, identifica-se pela análise do contexto a magnitude da interferência negativa desses elementos no cotidiano do Médico de Família.

Considerado o perfil socioprofissional dos entrevistados, dois pontos se destacam na análise dos dados. O primeiro se dirige a falta de insumo que aparece exclusivamente entre os entrevistados que atuam no SUS. Outro elemento é a telemedicina que aqui, em uma dimensão de investigação mais ampla, ainda aparece numa frequência discreta, mas surge com maior frequência na avaliação específica de estressores surgidos com a pandemia.

A telemedicina foi implementada como atividade optativa para os médicos do SUS recentemente. Logo, apenas os profissionais dispostos a executá-la, iniciaram essa atividade. A contratação e prestação de serviços ocorreram de maneira distinta nas equipes de ESF. Os profissionais exerciam essa prática no local de trabalho e com equipamentos disponibilizados pelo gestor para execução das atividades. Diferentemente, na saúde suplementar, a ação surgiu de modo abrupto tão logo surgiram as primeiras resoluções aprovando algumas práticas relacionadas à telemedicina. Em sua maioria com jornada de 40 horas semanais, os Médicos de Família da saúde suplementar se encontraram – de hora para outra – num regime de plantões e escalas para garantia do atendimento via telemedicina. Os profissionais realizavam as atividades de suas casas, com uso de seus próprios equipamentos e recursos (energia elétrica, equipamento de informática e acesso à internet).

Um aspecto relevante trazido pelas entrevistas corresponde à fragilidade na integralidade. A integralidade da atenção envolve tanto as ações de prevenção e promoção quanto a coordenação do cuidado do paciente. As fragilidades da Rede de Assistência interferem na qualidade do cuidado inclusive trazendo risco de agravamento ao paciente. Sem esses fluxos garantidos, os profissionais da APS manejam pacientes de complexidade fora dos limites de atuação, o que pode se comportar como elemento estressor. Uma prática integral visa justamente organizar os processos de trabalho e tecnologias distintos, permitindo que trabalhos parcelares resultem em uma intervenção mais completa sobre o indivíduo (PAIM; SILVA, 2010).

Não identificado nas fontes que alicerçaram o referencial teórico, essa fragilidade em garantir a integralidade da atenção do paciente aparece como elemento estressor. Identificar

essa preocupação por parte do profissional que atua na APS é interessante, pois mostra tanto o senso de responsabilização pelo usuário, quanto o de coordenador do cuidado, atributos sensíveis ao Médico de Família.

O número elevado de adscritos, apesar de menos frequente, também surge entre os elementos. É possível que esteja relacionada à revisão da PNAB de 2017. No Rio de Janeiro, uma sequência de acontecimentos potencializou a magnitude dessa questão. Analisando os últimos três anos, observa-se um processo contínuo incidindo sobre a APS do município. Tem – se no início do período a revisão da PNAB que, associado ao corte de verbas, leva ao desmonte da APS local. Períodos de greve, novas distribuições de equipe e território e a declaração da pandemia do COVID-19, desorganizaram o trabalho de muitas equipes numa dimensão que ainda não pode ser totalmente estimada.

Outro elemento identificado na literatura é a fragilidade na vinculação trabalhista. Nesse aspecto é relevante ressaltar que durante o período das entrevistas, parcela significativa dos Médicos de Família do município do Rio de Janeiro passou por alterações no contrato de trabalho. Esses profissionais, antes abrigados pelas Organizações Sociais (OS), foram demitidos ao longo dos anos de 2019 e 2020, sendo então ofertados a eles contratos de trabalho temporários ou por pessoa jurídica para tentativa de manutenção das equipes (JUNQUEIRA, 2019).

Retomando os marcos regulatórios recentes anteriormente apresentados (EC 95/2016, Lei nº 13.467/2017, Revisão da PNAB em 2017), é oportuno citar os efeitos dessas medidas sobre a APS do SUS, especificamente no Rio de Janeiro, que tem sido o centro de diversas crises na APS. Observa-se que o contexto político – econômico tem gerado efeitos negativos na gestão, organização e acesso aos serviços de saúde, sendo intensas as consequências no âmbito da APS.

A Emenda Constitucional 95/2016 e a PNAB 2017 foram identificados como condicionantes dos rumos adotado na política de saúde do Rio de Janeiro. Constata-se nesse período entre 2013 a 2018: a. decréscimo de receita do município destinada a saúde, b. a queda da cobertura da APS para patamar menor que 70% com destaque para redução de cobertura da saúde bucal, c. redução sistemática do número de médicos tanto da APS quanto os envolvidos em outros níveis, d. redução do contingente de Agentes de Saúde, e. aumento do tempo de resposta à solicitação de ambulâncias, f. queda da oferta de leitos, de vagas para consulta com especialistas, g. queda do número de gestantes com mais de 6 consultas de pré-natal (O'DWYER *et al.*, 2019).

Ressalta-se que os profissionais vivem nos últimos anos uma situação de importante insegurança trabalhista, atrasos salariais, envolvimento com greve e exposição ao cenário de corte de postos de trabalho.

O cenário de incertezas também foi realidade na Atenção Primária da Saúde Suplementar. Em 2020 os Médicos de Família de uma das principais operadoras da saúde suplementar atuante no Rio de Janeiro, experimentaram o processo de “pejotização”. Mesmo em pleno curso da pandemia Médicos de Família foram demitidos e recontratados como “pessoa jurídica”.

Apesar disso, contraditoriamente, apenas uma das entrevistadas fala sobre a fragilidade da vinculação trabalhista como elemento estressor relacionado ao trabalho. Pondera-se que reflexões sobre esse elemento estivessem camufladas pela significativa magnitude da pressão assistencial, incertezas trazidas pela pandemia e a escassez de insumo vivenciada no SUS. Por outro lado, a alienação desses profissionais, em se perceberem como trabalhadores do setor de serviços, pode ser aventada. O setor passa por constantes transformações que buscam o aumento da produção havendo, paralelamente, a desvalorização profissional (MOREIRA; SOUZA, 2018).

8.3 PERCEPÇÕES DAS CONSEQUÊNCIAS DE CONVIVER COM O ESTRESSOR OCUPACIONAL TANTO PARA SI QUANTO PARA O SERVIÇO

Sobre as consequências do convívio com estressor ocupacional, dois eixos foram pesquisados: consequências para si e para o serviço. As informações foram conseguidas através de duas perguntas distintas para cada uma das macros categorias.

Partindo das dimensões do *Maslach Burnout Inventory*, exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, é possível relacionar as falas dos entrevistados a alguns dos elementos pesquisados através desse instrumento. Considerando as suas 22 questões, é possível identificar que os entrevistados citam como consequência para si grande parte dos elementos do questionário de Maslach. Falas como “fico esgotada”, “no final do dia não tenho ânimo pra nada”, “ficando mais duro”, dialogam diretamente com os alguns critérios do questionário para definição diagnóstica da Síndrome de Burnout. É importante destacar as falas que apontam para consequências mais concretas envolvendo a repercussão de adoecimento físico.

Em relação ao impacto sobre serviço, a repercussão envolve majoritariamente a intolerância, o distanciamento e o prejuízo da qualidade, o que também preenche alguns critérios do questionário. Importante destacar que o “erro médico” surge no conteúdo como

possibilidade dentro do contexto da perda de qualidade. A intenção de saída do serviço corrobora com a questão ligada a rotatividade dos profissionais na APS, também descrita na literatura.

8.4 IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

A literatura indica que profissionais que trabalham em surtos virais estão susceptíveis a eventos psicológicos adversos e que, aqueles que atuam na linha de frente, encontram-se ainda mais expostos ao risco de desenvolvimento de ansiedade, depressão e insônia (SCHWARTZ *et al.*, 2020). Neste estudo, a percepção sobre novos estressores surgidos com a pandemia do COVID-19 envolve o reconhecimento destes no âmbito da APS. Dentre os resultados, o medo de contaminação, insegurança para manejar uma condição clínica nova e a telemedicina surgem como os principais elementos estressores.

As entrevistas foram realizadas num período aproximado de seis meses de convívio com a Pandemia. O medo de contaminar-se e de transmitir o vírus aos convivas era patente. A exposição a um agente causador de uma doença de história natural incerta, associado à restrição universal de EPIs surge com elemento estressor para os profissionais. No SUS, soma-se a isso a falta de insumos básicos.

No mesmo sentido, essa evolução clínica incerta, trouxe também mudança no perfil de atendimento na APS sendo percebido como estressor. A edição de protocolos e diretrizes clínicas para manejo da COVID-19 era frequente, havendo recorrente mudança das condutas clínicas. A incerteza e inexperiência no manejo dos pacientes com síndrome gripal se apresentou então como elemento estressor.

Citada pelos profissionais da APS da rede suplementar, a telemedicina, “o exercício da medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados com objetivo de assistência, educação e pesquisa em saúde” (CFM, 2002), surge como resposta às limitações de acesso impostos pela pandemia da COVID-19.

Em 19/03/2020 o CFM respondeu ao então Ministro de Estado da Saúde (Sua Excelência o Senhor Luiz Henrique Mandetta) com o Ofício 1756/2020 que, em caráter de excepcionalidade durante a pandemia do COVID-19, reconheceu a possibilidade e eticidade da utilização da telemedicina considerando os ditames da Resolução nº 1643/2002. O resultado foi a publicação, em 16/04/2020, da Lei 13989/2020, autorizando o uso da telemedicina durante a crise ocasionada pelo Coronavírus.

Logo, os atendimentos através de telemedicina começaram a ser solicitados aos médicos de modo abrupto e urgente sob o pretexto de garantia de acesso, agora permitidos pelos

citados dispositivos regulatórios. Assim, o profissional se viu incluído em uma atividade em que ele não tinha experiência, pois até então a telemedicina estava vedada no Brasil (CREMERJ, 2020). Assim, num curto espaço de tempo, os profissionais estavam lidando cotidianamente com essa nova modalidade de consultar.

8.5 MEDIDAS DE MANEJO EXPERIMENTADAS POR INICIATIVA PRÓPRIA E/OU DO GESTOR

Da mesma maneira que se analisou a percepção das consequências, a percepção sobre as experiências a respeito de medidas de manejo foi separada em dois eixos: medidas experimentadas por iniciativa própria e aquelas partidas de orientação da gestão.

Quase todos os entrevistados haviam experimentado, por conta própria, alguma medida para diminuir as experiências advindas pelo convívio com estressor ocupacional. Justamente por se tratar de iniciativa individual, as categorias de análise para essa macro categoria foram diversificadas. Mesmo assim, conseguiu-se agrupar as categorias, que se apresentaram em maior frequência.

A atividade física e dedicação de tempo a momentos de lazer despontam como as principais medidas experimentadas e com bom resultado. Importante ressaltar que a procura por apoio profissional, especialmente a psicoterapia, aparece com frequência relevante e, também, com relato de bom resultado.

A desorganização e burocratização de fluxos constam na literatura como elementos estressores e, portanto, infere-se que a ajustes nesses processos tragam impacto positivo sobre os profissionais. No entanto, essa ação só aparece diretamente na fala de um dos entrevistados. A análise de contexto de algumas falas remete à redundância de tentativas em vão de diálogo com a gestão na expectativa de superação desse elemento.

Elementos como: cuidado com a autoestima, meditação, mudança de local de trabalho e redução da jornada, também aparecem de modo isolado em algumas falas. Apesar da baixa frequência de citação, esses elementos trouxeram experiências positivas aos entrevistados. Dentre eles, a literatura prevê a mudança de local de trabalho e redução da jornada não como elemento protetivo, mas sim como consequência do adoecimento. A mudança de local de trabalho – que pode ser entendida como propulsora de rotatividade – e a redução de carga horária, impactam diretamente a APS, uma vez que desconstroem o vínculo e interferem na continuidade do cuidado.

A propósito, sobre as iniciativas da gestão, os entrevistados foram quase unânimes sobre a ausência de proposta do gestor para manejo da condição. Em uma das experiências a

ação do gestor foi pontual, sobre uma demanda específica e pessoal do profissional, trazendo algum benefício. Por outro lado, uma entrevistada trouxe também uma interferência pontual do gestor trazendo dano ainda maior. De modo geral, as falas apontam para o distanciamento e insensibilidade dos profissionais que ocupam as esferas gerenciais sobre o problema que estressa na ponta: 70% dos entrevistados responderam à pergunta com um constrangedor e objetivo “não”.

8.6 ELEMENTOS DE FALA LIVRE

A última questão da entrevista possibilitou ao entrevistado a fala livre sobre o assunto. Justamente por ser de livre iniciativa, não havia previsão daquilo que seria manifestado pelos profissionais entrevistados. Seria possível a identificação de uma infinidade de categorias de análises nas falas. No entanto, mesmo nesse espaço livre, identificou-se convergência das categorias.

Quatro elementos apareceram isoladamente nas falas: a estigmatização do profissional acometido pela Síndrome, a possibilidade de benefício através de apoio e atuação com equipe multidisciplinar, a irreversibilidade do processo que culmina na saída do serviço e a predisposição individual por componente da personalidade. Nesse quesito, mais uma vez, a desvalorização do problema pela gestão ganha espaço. Cinco entrevistados usaram o tempo para ratificar a indiferença da gestão, inclusive propondo o chamamento do gestor para ações sinérgicas de enfrentamento.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou analisar a percepção desses profissionais a respeito de elementos desencadeadores, manejo e consequências da Síndrome de Burnout envolvendo a percepção dos Médicos de Família. A revisão da literatura e as falas conseguidas com as entrevistas trouxeram informações relevantes sobre essas questões.

A pressão assistencial e a desorganização dos fluxos expressas nas falas dos entrevistados dialogam diretamente com a literatura, embora seja preciso ressaltar que os estudos consultados não tratavam especificamente dos Médicos de Família ou da APS. Contudo, os achados em questão vão ao encontro da identificação desses elementos como desencadeadores da SB.

Ainda na avaliação dos estressores, a desvalorização do problema pela gestão ganha magnitude pela frequência de citação entre os entrevistados. Essa desvalorização adquire vulto pela falta de participação do eixo gerencial nas propostas de manejo para controle de estressores ocupacionais.

O surgimento de problemas na garantia da integralidade, não identificado na literatura, também desperta a atenção. A percepção de falha na integralidade como elemento estressor pode traduzir a experiência de sofrimento do profissional ao identificar a limitação do cuidado ou, em outra óptica, por se colocar no lugar do outro.

Apesar de pouco mencionada nas entrevistas, a revisão da literatura e a percepção do atual cenário da APS no Rio de Janeiro exigem a ponderação da vulnerabilidade trabalhista como elemento estressor. Essa vulnerabilidade, caracterizada por contratos trabalhistas sem a garantia de direitos básicos ao profissional, é parte de um cômputo maior que envolve o desfinanciamento e a mudança de política de assistência no sistema público e, no privado, o aumento do lucro.

Sobre as consequências, chama a atenção a insensibilidade e intolerância com o indivíduo sob cuidado: elementos presentes no questionário de Maslach. O erro médico e a intenção de saída do local de trabalho também surgem entre as consequências. Atentando para os profissionais e campos de pesquisas dos estudos avaliados na revisão de literatura, identifica-se que as consequências do convívio com os estressores se manifestam de forma parecidas entre as diferentes especialidades e cenários de atuação. A interferência no padrão do sono, identificada na revisão, também aparece na fala dos entrevistados (SCHWARTZ *et al.*, 2020).

A abordagem das implicações da pandemia do COVID-19 se fez mandatária pela proporção global do problema. A APS, apesar de garantir o acesso de demandas livres, tem seu dia a dia voltado para ações programadas. A mudança desse perfil, onde a atenção se dirige

principalmente para casos agudos ou agudizados, permeados por importante componente psíquico ganha destaque entre os estressores.

No setor privado, a telemedicina exigiu a adaptação abrupta por parte dos profissionais. Estendeu o trabalho para além da jornada habitual, interferindo nos momentos de repouso. Assim, é citada pelos profissionais da saúde suplementar como elemento estressor trazido pela pandemia.

Sobre as medidas de manejo o estudo buscou separadas aquelas iniciadas por decisão individual daquelas propostas pela gestão. A atividade física aparece como medida frequentemente adotada pelos profissionais e, daqueles que a adotaram, todos referiram bons resultados. A respeito das medidas propostas pela gestão, o redundante “não” expressado pelos entrevistados, está entre os principais achados do projeto.

Ratifica-se a necessidade de aprofundamento nos estudos que envolvem o cenário complexo da APS em que múltiplos atores interagem com múltiplas demandas. Estudos sinérgicos, envolvendo a gestão e as ciências sociais, sobre o processo de trabalho são necessários para identificar propostas que protejam o trabalhador desses estressores. Espera-se com isso a preservação do binômio sistema e profissional de saúde, nesse projeto representado pelo Médico de Família que, na atual conjuntura situa-se em posição vulnerável ao acometimento pela Síndrome de Burnout.

REFERÊNCIAS

- ANAMT - Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **ANAMT 50 anos em 50 histórias**. São Paulo: ANAMT, 2018. 281 p. Disponível em: https://www.anamt.org.br/portal/wp-content/uploads/2018/04/anamt_50_anos_em_50_historias.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.
- ANDRADE, E. O. et al. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA A SAÚDE DOS MÉDICOS DO BRASIL Brasília – DF**. [S.l.: s.n.], 2007. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/include/asaudedosmedicosdobrasil.pdf>.
- ANS, Agência nacional de Saúde Suplementar. **RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 440 , DE 13 DE DEZEMBRO DE 2018**. . Brasil: [s.n.]. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=rw&id=MzY2MQ==>>. , 2018
- ANTONIAZZI, A. S. O conceito de. v. 5, n. 1, 2000.
- ANVISA. Nota Técnica Nº 04/2020 GVIMS / GGES/ANVISA. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que Devem Ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (2019- nCoV). **Agência Nacional De Vigilância Sanitária – Anvisa**, p. 1–92, 2020.
- ARAUJO, E. C. et al. Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Banco Mundial**, p. 1–16, 2018. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>.
- ARIAS-CASTILLO, L. et al. Perfil do médico de família e comunidade. Definição Iberoamericana. **Wonca**, p. 1, 2010.
- AZAM, K.; KHAN, A.; ALAM, M. T. Causes and adverse impact of physician burnout: A systematic review. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 27, n. 8, p. 495–501, 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional originalmente publicado no Diário Oficial da União de 5 de outubro de 1988**. [S.l.: s.n.]. , 1988
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XXII. Anexo que aprova a Política Nacional de Atenção Básica**.
- BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Presidência da República**, p. 1–143, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.
- _____. Lei 8080/90. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm Acesso em: 05 set. 2006.**, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária à saúde: versão 9. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**, v. 9, p. 1–41, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo->

clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a síndrome de Burnout no Brasil. **Psico**, v. 39, n. 2, p. 152–158, 2008.

_____. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 2007.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.220/2018. n. D, 2018.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.643/2020. **Diário Oficial da União de 26 de agosto de 2020, Seção I, p. 205**, n. I, p. 205, 2020.

CLOUGH, B. A. et al. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: A systematic review. **Systematic Reviews**, 2017.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: Desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. SUPPL. 1, p. 7–16, 2008.

COSTA, B. S.; COSTA, S. S.; CINTRA, C. L. D. Os possíveis impactos da reforma da legislação trabalhista na saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 109–117, 2018. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/301/pt-BR/os-possiveis-impactos-da-reforma-da-legislacao-trabalhista-na-saude-do-trabalhador>>. Acesso em: 6 fev. 2020.

CREMERJ. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro **Telemedicina continua sem regulamentação no país, diz cremerj 13/03/2020**. Disponível em: <<https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/4592>>.

DA SILVA, D. K. C. et al. Burnout no trabalho de médicos pediatras. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 2–11, 2017.

DEWES, J. O. Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2013.

DIAS, V. M. de C. H. et al. Orientações sobre Diagnóstico, Tratamento e Isolamento de Pacientes com COVID-19. **Journal of Infection Control**, v. 9, n. 2, p. 56–75, 2020. Disponível em: <<http://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/295/pdf>>.

DONGRE, A. R. et al. Application of qualitative methods in health research: An overview. **Online Journal of Health and Allied Sciences**, v. 8, n. 4, p. 1–5, 2009.

DYRBYE, L. N. et al. Development of a research agenda to identify evidence-based strategies to improve physician wellness and reduce burnout. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 743–744, 2017.

FERNANDES, M. A. M. O Burnout e o Engagement na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de

Nespereira. p. 1–84, 2016.

FRIAS JÚNIOR, C. A. S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. Disponível em:

<<https://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/friasjrcasm/capa.pdf>>.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, 2002.

GILVANE, Paulo; PENA, Lopes; MINAYO-GOMEZ, Carlos. ok DOENÇA Trab 3. p. 371–383, 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, jun. 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=pt&tlng=pt>.

GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 10, p. e00178619, 2019.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. de V. C. **Sistemas de saúde: Componentes e Dinâmica. Políticas e sistema de saúde no Brasil**, 2012.

GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M. L. F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 6–8, set. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500006&lng=pt&tlng=pt>.

GUIMARAES, C. **Atenção Primária à Saúde**. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/atencao-primaria-a-saude>>.

JUNIOR, N. S. V.; ALVES, F. J. S. A. A Emenda Constitucional 95 E Seus Efeitos. **a Emenda Constitucional 95 E Seus Efeitos**, v. 22, n. 2, p. 54–75, 2017.

KAGERMANN, H.; WAHLSTER, W.; HELBIG, J.. Securing the future of German manufacturing industry: Recommendations for implementing the strategic initiative INDUSTRIE 4.0. **Final Report of the Industrie 4.0 Working Group**, n. April, p. 1–84, 2013.

LIMA, A. S. Prevalência E Fatores Associados À Síndrome De Burnout Nos Profissionais Da Saúde Da Atenção Primária De Juiz De Fora. p. 1–90, 2016. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2016/03/Dissertação-final-versão-CD.pdf>>.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de saúde: Componentes e Dinâmica. Políticas e sistema de saúde no Brasil**, p. 218–255, 2012. Disponível em: <[http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Sistemas de sa%FAde.pdf](http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Sistemas%20de%20sa%20FAd.pdf)>.

MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 11, p. e00068419, 2019.

MAGALHÃES, R.; VENDRAMINI, A. Os impactos da quarta revolução industrial. **GV-executivo**, 2018.

MARÔCO, J. et al. Burnout in Portuguese healthcare professionals: An analysis at the National level | Burnout em profissionais da saúde Portugueses: Uma análise a nível nacional. **Acta Medica Portuguesa**, v. 29, n. 1, p. 24–30, 2016.

MARTÍNEZ DE LA CASA MUÑOZ, A. et al. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. **Atención Primaria**, v. 32, n. 6, p. 343–348, 2003. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656703792944>>.

MEIRELLES, Di. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, v. 26, n. 1, p. 119–136, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572006000100007&lng=pt&tlng=pt>.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 61–68, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100009&lng=pt&tlng=pt>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avanços, Desafios e Oportunidades no Complexo Industrial da Saúde em Serviços Tecnológicos**. [S.l: s.n.], 2018. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Livro-Complexo-Industrial-serviços-tecnológicos-WEB.pdf>>.

_____. **Norma Operacional Básica. 01/96. Diário Oficial da União**. [S.l: s.n.], 1996
MOREIRA, Hyan de Alvarenga; SOUZA, Karen Nattana de; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, p. 3, 12 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v43/2317-6369-rbso-43-e3.pdf>>.

MORELLI, S. G. S.; SAPEDE, M.; SILVA, A. T. C. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1–9, 2015.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=pt&tlng=pt>.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020.

NACIONAL, Conselho; CONFERENCE, Global; CARE, Primary Health. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental.

Saúde em Debate, v. 42, n. spe1, p. 434–451, 2018.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, 2004.

O'DWYER, Gisele et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4555–4568, dez. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555&tlng=pt>.

OLIVEIRA, Geilson Fernandes de. HAN, Byung-Chul. Sociedade do cansaço. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015. 80 p. **Horizontes Antropológicos**, v. 24, n. 52, p. 375–382, dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832018000300375&lng=pt&tlng=pt>.

OPAS/OMS BRASIL. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. **Banco de notícias**, p. 3, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. **Informacion principal pandemia**, p. 1–30, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>.

PADULA, M. I. A. P.; MARCOS, M.; DEMARZO, P. A Medicina de Família e Comunidade , a Atenção recomendações e potencialidades Education : recommendations and potentialities. p. 157–172, 2006.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, p. 109–114, 2010.

PANAGIOTI, M. et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians. **JAMA Internal Medicine**, v. 177, n. 2, p. 195, 1 fev. 2017a. Disponível em: <<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2016.7674>>.

_____. Controlled interventions to reduce burnout in physicians a systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, v. 177, n. 2, p. 195–205, 2017b.

PÊGO, F. P. L. E.; PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 171–176, 2016.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, p. 251–263, 2001.

REMEDIO, J. A.; DONÁ, Selma Lúcia. A pejetização do contrato de trabalho e a reforma trabalhista. **Revista do Direito do Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho**, v. 4, n. 2, p. 61, 5 fev. 2019.

RODRIGUES FILHO, E. M.; JUNGES, J. R. Burnout between intensive care physicians or

the burnout society. **Saude e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 809–819, 2018.

RUOTSALAINEN, J. H. et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. **Sao Paulo Med. J.**, v. 134, n. 1, p. 92, 2016.

SAKURAI, R; ZUCHI, J. D. A REVOLUÇÕES INDUSTRIAIS ATÉ A INDÚSTRIA 4.0. **Revista Interface Tecnológica**, v. 15, n. 2, p. 480–491, 30 dez. 2018.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. [S.l: s.n.], 2018. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/1>>

SCHWARTZ, R. et al. Addressing Postpandemic Clinician Mental Health. **Annals of Internal Medicine**, v. 17, n. December, p. 1–21, 2020.

SILVA, I. V. M. et al. A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês: relatório técnico e sumário executivo. 2020.

SILVEIRA, S. L. M.; CÂMARA, S. G.; AMAZARRAY, M. R. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 386–392, 2014.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 289–301, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500289&lng=pt&tlng=pt>.

STARFIELD, B. Atenção primária e sua relação com a saúde. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.**, 2002.

VIEIRA, F. S.; E BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 28, 23 dez. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/21860>>.

APÊNDICE A – Questionário semi-estruturado para coleta de dados primários.

1. O que você sabe sobre a Síndrome de Burnout, incluindo definição, causas e apresentação?
2. Em relação ao seu trabalho como médico na Atenção Primária, que elementos estressores você identifica no cotidiano do seu serviço?
3. Você identifica implicações, para a sua vida pessoal, decorrentes da exposição continuada a esses estressores? Se sim, quais?
4. Você identifica implicações, no seu trabalho na APS, decorrentes da exposição continuada a esses estressores? Se sim, quais?
5. Você identifica novos estressores surgidos com a pandemia do COVID-19? Se sim, quais?
6. Você já tentou fazer algo para manejar algum desconforto trazido pelo convívio com o estressor ocupacional? Se sim, o que foi feito e quais foram os resultados?
7. Seu gestor ou gerente de unidade já propôs algo para manejar algum desconforto trazido pelo convívio com estressor ocupacional? Se sim quais foram e quais os resultados?
8. O que mais você gostaria de falar sobre o assunto que não tenha sido perguntado?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Prezado participante,

Você está sendo convidado a participar de pesquisa relacionada a **Síndrome de Burnout nos Médicos de Família que atuam na APS do estado do Rio de Janeiro (CAAE 33374720.4.0000.5241)**. O projeto está em desenvolvimento por **Thiago da Cunha Tomas**, discente do mestrado de Medicina de Família do PROFSAUDE/Fiocruz, sob orientação da **Prof.^a Dr.^a Elenice da Cunha Machado**.

O objetivo da pesquisa é de aumentar o conhecimento sobre a Síndrome de Burnout em Médicos de Família em atuação na Atenção Primária. O motivo da sua participação se deve ao fato de ser especialista em Medicina de Família e estar atuando (ou ter atuado) na APS em municípios do Rio de Janeiro. Sua participação é voluntária: não é obrigatória e você tem total autonomia para decidir se quer ou não participar. Inclusive, pode retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá nenhuma penalização caso decida não participar, desistir ou optar por retirar sua participação. Contudo, saiba que sua participação é extremamente importante para a condução e conclusão da pesquisa. Apenas o pesquisador e o orientador – que se comprometem com o dever do sigilo e confidencialidade – terão acesso ao conteúdo e identificação.

A sua participação consistirá em responder a perguntas de um roteiro previamente desenvolvido. A entrevista, a ser realizada através de aplicativo de teleconferência, será gravada em meio digital protegido por senha. Posteriormente serão transcritas e, da mesma maneira, salvas em arquivos digitais também protegidos. As perguntas serão abertas e por isso o tempo da participação dependerá de você. Estima-se uma duração de aproximadamente 20 minutos. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo por 5 (cinco) anos, conforme Resoluções CNS 466/12 e 510/16. Com o fim desse prazo o material será descartado.

Não estão previstos gastos por parte do participante para a participação do projeto. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente dessa pesquisa, você terá direito à indenização através das vias judiciais conforme previstos nos dispositivos legais em vigor.

O benefício relacionado a sua participação é indireto uma vez que as conclusões da pesquisa poderão, futuramente, alicerçar medidas que melhorem as condições de práticas trabalhistas na APS. Já os riscos previstos para essa pesquisa correspondem: a. ao desconforto em responder as perguntas, b. acidental extravio dos dados ou c. acesso não autorizado aos dados. Com isso em vista, o pesquisador se compromete a agir com diligência no manuseio e armazenamento. Visando a redução do risco de extravio, procederá a transferência do arquivo para duas unidades de armazenamento distintas, imediatamente após o término da entrevista. Sobre o acesso indevido, os arquivos serão mantidos nas referidas unidades com acesso sob proteção de senha. Os resultados serão apresentados na ocasião da defesa da dissertação para banca de avaliação.

Esse documento é composto de 1 (uma) página. Caso concorde e deseje participar, imprima esta página, coloque a data, autorize a gravação e armazenamento da entrevista, assine e envie para o email thiagocunhatomas@gmail.com. Em seguida, você receberá como resposta a cópia desse TCLE assinada também pelo pesquisador.

Em caso de quaisquer dúvidas quanto a condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz. O comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz
Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – RJ. CEP: 21040-090
Telefone: 3865-9710 - Email: cep.epsjv@fiocruz.br
Outrossim, para contato com o pesquisador responsável:
Rua: Mário de Araújo, nº 136 Centro – Nilópolis - RJ
Tel: (21) 988984856 e E-mail: thiagocunhatomas@gmail.com

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2020.

Pesquisador: Thiago da Cunha Tomas

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada: “Do outro lado da mesa: a Síndrome de Burnout no Médico de Família.”

Autorizo a gravação e armazenamento do conteúdo de minha entrevista.

Participante

ANEXO A – Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI-HSS).

No quadro abaixo apresentam-se 22 afirmações sobre sentimentos relacionados com a sua atividade profissional, utilizando a Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). Leia cada uma delas e responda de acordo com a sua opinião. Para isso, assinale com uma cruz (X) em frente a cada afirmação tendo em conta a escala que se segue. Caso nunca tenha tido tal sentimento, assinale “0” (nunca). Em caso afirmativo, assinale a frequência (de 1 a 6) que melhor descreve com que frequência se sente dessa forma.

Escala de Avaliação						
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes, ou menos, por ano	Uma vez, ou menos, por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

Itens		0	1	2	3	4	5	6
1	Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.							
2	Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.							
3	Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.							
4	Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.							
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.							
6	Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.							
7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.							
8	Sinto-me esgotada (o) pelo meu trabalho.							
9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
10	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.							
11	Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.							
12	Sinto-me com muita energia.							
13	Sinto-me frustrada (o) pelo meu trabalho.							
14	Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.							
15	Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.							
16	Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado estresse.							
17	Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.							
18	Sinto-me cheia (o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.							
19	Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.							
20	Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.							
21	No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.							
22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.							

Fonte: (CARLOTTO; CÂMARA, 2008)

ANEXO B – Dimensões e itens do MBI-HSS.

Dimensão	Ordem na escala	Item	Afirmação
Exaustão emocional >=27 = elevada 17 - 26 = moderada <16 = baixa	1	1	Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.
	2	2	Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.
	3	3	Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.
	4	6	Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.
	5	8	Sinto-me esgotada (o) pelo meu trabalho.
	6	13	Sinto-me frustrada (o) pelo meu trabalho.
	7	14	Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.
	8	16	Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado estresse.
	9	20	Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.
Despersonalização >= 13 = elevada 7 - 12 = moderada < 6 = baixa	1	5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.
	2	10	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.
	3	11	Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.
	4	15	Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.
	5	22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.
Realização pessoal <31 = elevada insatisfação 32 - 38 = moderada insatisfação >39 = baixa insatisfação	1	4	Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.
	2	7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.
	3	9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
	4	12	Sinto-me com muita energia.
	5	17	Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.
	6	18	Sinto-me cheia (o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.
	7	19	Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.
	8	21	No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.

Fonte: (CARLOTTO; CÂMARA, 2008)