



Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Medicina
Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Jéssica Antunes Dias e Sousa

Síndrome de *Burnout* e suas estratégias de enfrentamento na Atenção Primária a
Saúde: uma revisão narrativa

Ouro Preto
2024

Jéssica Antunes Dias e Sousa

Síndrome de *Burnout* e suas estratégias de enfrentamento na atenção primária: uma revisão narrativa

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade

Orientadora: Érica Soares de Oliveira.

Ouro Preto
2024

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

S725s Sousa, Jessica Antunes Dias e.

Síndrome de Burnout e suas estratégias de enfrentamento na
Atenção Primária a Saúde [manuscrito]: uma revisão narrativa. / Jessica
Antunes Dias e Sousa. - 2024.

36 f.: il..

Orientadora: Esp. Erica Oliveira.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro
Preto. Escola de Medicina.

1. Burnout (Psicologia). 2. Burnout-Prevenção. 3. Medicina e família e
comunidade. 4. Atenção primária à saúde. I. Oliveira, Erica. II.
Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 613.62

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM
RESIDENCIA MEDICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Jéssica Antunes Dias e Sousa

Síndrome de Burnout e suas estratégias de enfrentamento na atenção primária: uma revisão narrativa

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 10 de julho de 2024.

Membros da banca

Especialista - Érica Soares de Oliveira - Orientadora - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Mestre - Barbara Britto Oliveira - Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro

Especialista - Letícia Gonçalves Caldeira - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Érica Soares de Oliveira, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 23/07/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 04/08/2025, às 21:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](#), informando o código verificador **0953294** e o código CRC **A80B0F55**.

Resumo

“Burnout” é uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, inicialmente descrita pelo psiquiatra H. J. Freudenberger, em 1974, e popularizada pela psicóloga social Christina Maslach. É prevalente entre profissionais de saúde, como médicos de família e comunidade e generalistas, devido à intensa carga emocional e variedade de responsabilidades. A síndrome não só impacta negativamente e individualmente os profissionais, mas também afeta a eficácia organizacional e os custos com saúde. Estratégias de intervenção são essenciais para mitigar esses efeitos e promover ambientes de trabalho mais saudáveis na atenção primária à saúde. A presente revisão sugere estratégias adaptativas e contextualizadas, pelo âmbito individual, coletivo e organizacional visando implementar, monitorar e avaliar intervenções eficazes contra esse desafio crescente.

Palavras-chave: *Burnout*, profissionais de saúde, prevenção.

Abstract

“Burnout” is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment, initially described by psychiatrist H. J. Freudenberger in 1974 and popularized by social psychologist Christina Maslach. It is prevalent among healthcare professionals such as family physicians and general practitioners due to intense emotional demands and a variety of responsibilities. The syndrome not only negatively impacts professionals individually but also affects organizational effectiveness and healthcare costs. Intervention strategies are essential to mitigate these effects and promote healthier work environments in primary healthcare. This review suggests adaptive and context-sensitive strategies aimed at implementing, monitoring, and evaluating effective interventions against this growing challenge.

Keywords: Burnout, healthcare professionals, prevention.

Lista de Figuras

Figura 1: Esquema procedimental da carreira médica	22
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1: Estratégias para melhorar o bem estar físico, psicológico e social.....	24
---	----

1.	Introdução	9
2.	Justificativa	12
3.	Objetivos	13
	3.1 Objetivo principal.....	13
	3.2 Objetivos específicos.....	13
4.	Metodologia	14
5.	Desenvolvimento.....	15
	5.1 Primeiras considerações.....	15
	5.2 Transformar o ambiente de trabalho em um ambiente de promoção de saúde e realizações.....	20
	5.3 Estratégias individuais.....	23
	Abordagem terapêutica e psicológica	25
	5.4 Papel das instituições de saúde na prevenção e tratamento.....	26
	Modelo de Consulta	28
	Estruturação do tempo de trabalho	29
	Estruturação da equipe e cogestão dos pacientes.....	29
6.	Conclusão	33
7.	Referências.....	35

1. Introdução

A expressão *burnout* foi introduzida na literatura científica através do psicanalista e psiquiatra norte americano H. J. Freudenberger, em 1974 e popularizado pela psicóloga social norte americana Christina Maslach e seus colaboradores (1, 2). É utilizada para descrever uma síndrome relacionada à exaustão que surge da constante exposição do indivíduo a situações emocionalmente exigentes ao longo de um extenso período, apresentando uma prevalência que pode variar de 3% a mais de 80% por todo o mundo (22, 60) entre os profissionais de saúde nos últimos anos (2, 3, 4, 5, 6).

De acordo com Maslach, a Síndrome de *Burnout* (SB) abrange três dimensões: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e redução da realização pessoal (RP). A exaustão emocional refere-se à sensação de estar emocionalmente sobrecarregado e exausto devido às demandas do trabalho e das responsabilidades, desencadeando emoções de autocrítica, apreensão e a sensação de não ser capaz de cuidar de si mesmo e dos outros. A despersonalização está relacionada à perda de interesse nas atividades, afastamento emocional, predominância de emoções desfavoráveis em relação ao ambiente e propósito profissional, podendo resultar em uma resposta aparentemente insensível para com a pessoa que está sendo atendida. Por fim, a realização pessoal é prejudicada pela predominância de emoções desfavoráveis e pela diminuição das percepções de competência, qualificação e pertencimento no papel desempenhado. Assim, conforme apontado por Maslach e Leiter, a SB começa com a deterioração do engajamento, onde "a energia se converte em exaustão, o envolvimento se transforma em cinismo e a eficácia se transforma em ineficácia" (1, 2, 4).

O cansaço dos profissionais da saúde representa um desafio significativo para os sistemas de saúde, podendo acarretar consequências adversas tanto para o prestador de cuidados quanto para os pacientes e as organizações de saúde. Por essa razão, o *burnout* tem sido objeto de atenção substancial em pesquisas nas últimas duas décadas (13, 14). Estudos recentes têm destacado que essa problemática afeta de maneira desproporcional as mulheres, imigrantes e a população negra, ampliando as disparidades no enfrentamento do esgotamento e evidenciando a necessidade de abordagens inclusivas na formulação de estratégias de prevenção e intervenção. A compreensão desses fatores é crucial para promover ambientes de

trabalho mais saudáveis e garantir uma APS eficaz e sustentável (19, 36, 75). Além disso, a SB desencadeia repercussões para a instituição, uma vez que esses efeitos se manifestam na eficácia da organização, na reputação de eficiência, nos gastos com a saúde dos colaboradores, na contratação e no desenvolvimento de novos talentos (4, 6).

Essa condição afeta aqueles que desempenham suas atividades de maneira constante em ambientes desfavoráveis, sendo os profissionais de saúde especialmente suscetíveis devido à constante pressão emocional decorrente da responsabilidade associada ao cuidado das pessoas (6, 8, 9). Médicos de variadas especializações enfrentam o risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout*. Aqueles envolvidos na atenção primária à saúde, incluindo generalistas e médicos de família e comunidade, parecem estar mais propensos, uma vez que lidam com uma variedade de estressores no ambiente profissional. (6) Estressores esses que passam desde problemas inerentes da especialidade, como responsabilidades que envolvem o cuidado abrangente de indivíduos e famílias em todas as etapas do ciclo de vida, atividades tanto em resposta a demandas espontâneas quanto agendadas, abrangendo áreas como clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, intervenções em pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins diagnósticos. Esse atendimento ocorre não apenas no consultório, mas também no domicílio e em outros espaços comunitários. E problemas estruturais como alta pressão assistencial, condições inadequadas de trabalho, ausência de tecnologias essenciais ao cuidado que podem resultar em desgaste emocional e, em longo prazo, levar ao adoecimento deste profissional (2, 5, 6, 7, 9).

Diante das consequências pessoais e sociais sofridas pelos médicos de família e comunidade, médicos generalistas e profissionais da APS, que reduzem a qualidade de vida e dos serviços de atendimento e promoção da saúde, é necessário que a SB tenha o reconhecimento de pesquisadores e profissionais como um problema a ser enfrentado. É de extrema importância a discussão de formas de intervenção e prevenção da síndrome, o que aponta uma necessidade de estudo e aprofundamento sobre o tema.

Essa revisão se propõe a sumarizar intervenções para lidar com o esgotamento dentro do ambiente da atenção primária à saúde, e se baseia em diversas fontes de literatura e assim produzimos recomendações que apoiam a

adaptação, implementação, monitorização e avaliação de estratégias contextualmente sensíveis e possíveis para enfrentar esse problema.

2. Justificativa

Esta revisão justifica-se por apresentar caminhos para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde, o que pode resultar em uma maior qualidade de cuidado com os pacientes, reduzindo erros médicos e promovendo ambientes profissionais mais seguros(1, 4, 9, 67). A implementação de estratégias eficazes de prevenção e intervenção contra o *burnout* contribui para a sustentabilidade operacional e financeira do sistema de saúde, ao reduzir a rotatividade de pessoal e os custos associados à saúde dos profissionais(4, 8, 67). Promover ambientes de trabalho saudáveis não apenas beneficia o bem-estar e a saúde mental individual, mas também pode reduzir a prevalência de problemas como ansiedade, depressão e a própria Síndrome de *Burnout* na categoria profissional(4, 10, 20).

Economicamente, a redução do *burnout* entre profissionais de saúde também tem impactos positivos, diminuindo custos com licenças médicas, treinamento e perda de produtividade(7, 29, 34). Também pode incrementar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Os resultados e recomendações de estudos rigorosos sobre *burnout* podem ser fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à promoção da saúde ocupacional e o bem-estar dos profissionais de saúde, incluindo medidas legislativas, diretrizes institucionais e programas de apoio específicos(9, 26). Assim, o presente trabalho visa ampliar o entendimento e as interpretações teóricas sobre a Síndrome de *Burnout*, com o intuito de promover impactos práticos, sendo mais um apoio teórico à saúde e ao trabalho das categorias mais afetadas, e, conseqüentemente, à qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

3. Objetivos

3.1 Objetivo principal

Realizar uma revisão de artigos que discutem medidas de intervenção que visem à redução da prevalência de Síndrome de *Burnout* (SB) em médicos de família e comunidade de forma a promover impactos práticos, fornecer apoio teórico à saúde e ao trabalho dessa categoria, o que, consequentemente, melhora a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

3.2 Objetivos específicos

Discutir fatores que levam à Atenção Primária à Saúde ter altos índices de Síndrome de *Burnout*.

Identificar medidas de intervenção que visem à redução da prevalência desta condição em profissionais médicos da estratégia da atenção básica à saúde.

Sumarizar estratégias de enfrentamento a essa condição

4. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo realizado por uma revisão narrativa de estudos sobre o tema prevenção e/ou terapêutica da SB em médicos da atenção primária à saúde. Essa metodologia é constituída por uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas, como explicitam Vosgerau e Romanowski (2014).

A busca de estudos foi realizada a partir das bases de dados via Pubmed, Scielo e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), em janeiro de 2024. Os seguintes descritores foram utilizados nas bases de dados da seguinte maneira, de forma combinada: *burnout prevention ou burnout treatment*, e *physicians, family ou physicians, primary care*.

A etapa de seleção foi constituída pela leitura dos títulos e resumos, considerando-se os critérios de relevância ao tema, que se discute prevenção e/ou terapêutica da síndrome de burnout dentro do contexto vivenciado pelos médicos de famílias e comunidades, independentes do tipo de estudo, sem delimitação de data, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que apresentavam duplicidade nas bases de dados, ou que não apresentavam o critério de inclusão. A seguir, aqueles que não foram excluídos neste primeiro crivo foram obtidos na íntegra para avaliação subsequente, totalizando 122 estudos.

No eixo de análise, buscou-se classificar os estudos de acordo com temáticas semelhantes, para o desenvolvimento da discussão, além de ter selecionado e sumarizado estratégias de enfrentamento da Síndrome de Burnout abordadas nos artigos analisados.

5. Desenvolvimento

5.1 Primeiras considerações

A Atenção Primária da Saúde (APS) ou Atenção Básica se destaca por um conjunto de iniciativas que englobam a promoção, manutenção, preservação, antecipação de danos, diagnóstico, intervenção, gestão e reabilitação da saúde, tanto no plano individual quanto coletivo. Emprega tecnologias de alta complexidade, as quais têm por objetivo solucionar as questões de saúde mais comuns e pertinentes em sua área de atuação cuja diversidade de cenários é compatível com a própria diversidade humana (9, 10, 11). Barbara Starfield, professora e pesquisadora da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizado pela longitudinalidade e integralidade das ações, acrescido da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos. É uma parte essencial do sistema de saúde para atingir seu objetivo de melhorar a saúde das populações de forma a cuidar do indivíduo com suas particularidades ao longo de toda a sua jornada de vida, despertando a prevenção em saúde e cuidando das enfermidades mais comuns, desde a infância até a maioridade e fim de vida. Também faz parte do trabalho da atenção básica gerir os recursos em saúde disponíveis à população, com um modelo de cuidado baseado em evidências científicas que leva em consideração a família, o ambiente, as necessidades de cada cidadão, e a disponibilidade econômica tanto da parte do paciente como da parte da gestão em saúde (65, 66). Ela ocupa assim os mais diversos cenários de atuação: populações vulnerabilizadas, comunidades urbanas, rurais, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, entre tantas outras, sendo a entrada da população no sistema de saúde. A APS necessita de uma força de trabalho competente, eficaz e motivada, associada a disponibilização de recursos e meios para fornecer serviços de alta qualidade e contribuir para a melhora da saúde da população (9, 10, 11, 13, 65). Além disso, é importante destacar que esses funcionários são a primeira linha de atendimento para os pacientes, solucionando 90% dos casos ou encaminhando-os para níveis adequados de cuidados especializados, coordenando a saúde dos pacientes, além de outras responsabilidades mencionadas anteriormente (19, 20, 75).

A problemática do esgotamento em médicos da APS representa um desafio crítico que limita diretamente o exercício da profissão. A literatura sobre a prevalência

dessa síndrome nos profissionais médicos é extensa e pode variar de 3% a mais de 80% por todo o mundo (22, 60). As maiores prevalências são encontradas nas especialidades que atuam na linha de frente dos serviços de saúde, entre eles a Medicina de Família e Comunidade, generalistas e médicos da APS (22, 23, 25, 47, 59, 60, 61). O cenário exige uma análise aprofundada, considerando não apenas a carga de trabalho intensa, mas também as características intrínsecas da prática médica na atenção primária (11, 12, 13, 21, 61). O ambiente propício para o desenvolvimento da síndrome de esgotamento é causado pelo constante equilíbrio entre o atendimento a uma demanda cada vez maior, a complexidade das decisões clínicas diárias e a escassez de recursos (5, 6, 7, 68, 75). Além disso, o MFC também tem responsabilidade com a longitudinalidade da relação médico-paciente ao longo da vida de todos do território, tendo que lidar com situações emocionalmente difíceis, dilemas éticos, conflitos, adoecimentos e toda a complexidade que envolve as relações familiares e a vida em comunidade, desde uma nova vida até a morte, ao mesmo tempo que oferece apoio ao paciente e às famílias em momentos críticos (5, 8, 10, 75). Destaca-se a parte comunitária do trabalho, sendo parte de condições de intensa vulnerabilidade habitacional, financeira, intelectual, históricas dentre outras, principalmente em territórios de conflitos e com alto índice de violência e desigualdade (11, 24). A atuação médica tem enfrentado uma crescente pressão externa, contradizendo as expectativas de autonomia e respeito no ambiente de trabalho. A desvalorização social se manifesta no desrespeito por parte da população, com a possibilidade frequente de confrontos violentos nos serviços de saúde e até mesmo envolvimento em processos judiciais (16, 19). Todos esses fatores atuam substancialmente aumentando a carga de estresse no ambiente de trabalho.

Em relação às condições institucionais, podemos citar a pressão para alto desempenho, centrada na produtividade e não necessariamente na qualidade do atendimento, o que prejudica a autonomia, desvaloriza essa carreira perante a sociedade além das condições de trabalho frequentemente precárias, com equipamentos insuficientes. A falta de recursos afeta a falta de tecnologias necessárias, espaço adequado, condições de trabalho dignas e remuneração desses profissionais. Esses profissionais são especialistas e geralmente recebem salários mais baixos que os demais especialistas dessa categoria profissional, além de poucas oportunidades de crescimento na carreira (11, 19, 24, 25, 26, 36). Dessa forma,

espera-se que um ambiente de trabalho equipado com infra estruturas apropriadas para o desenvolvimentos das ações incubidas pela APS seja um ponto básico para prevenção de *burnout* nos profissionais.

Conforme a Organização Mundial da Saúde, o *burnout* é um fenômeno ocupacional vinculado ao estresse crônico no ambiente de trabalho que não é bem administrado. Esta definição ressalta que o estresse relacionado ao trabalho é a causa principal do burnout, sublinhando, portanto, a necessidade de se focar nas condições do local de trabalho (75). A instauração da SB ocorre de forma gradual e lenta, afetando o indivíduo progressivamente. Podem-se distinguir três fases para a manifestação dessa síndrome: Na primeira fase, as necessidades de trabalho superam os recursos disponíveis, causando estresse no local de trabalho. A percepção de uma sobrecarga de tarefas em quantidade e qualidade é notável neste ponto. No segundo momento, o indivíduo é visto fazendo um esforço para se ajustar e criar uma resposta emocional ao desajuste percebido. Os sinais de cansaço, tensão, irritabilidade e até mesmo ansiedade começam a aparecer, o que exige que o sujeito se adapte psicologicamente. Isso se reflete em sua performance no trabalho, com a redução de seu interesse e responsabilidade pela função. Por fim, na terceira fase, ocorre o enfrentamento defensivo, em que o sujeito adota atitudes e comportamentos como forma de se proteger das tensões experimentadas, resultando em distanciamento emocional, retração, cinismo e rigidez (15, 16, 60).

São diversos os sintomas associados ao *Burnout* que se encontram na literatura. Entre eles, estão os sintomas físicos, como fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono e do sistema respiratório, cefaleias/enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, disfunções sexuais e alterações menstruais em mulheres (4, 58 75). Os sintomas psíquicos incluem perda de atenção ou concentração, mudanças na memória, sentimentos de alienação, solidão e impotência, impaciência, baixa autoestima, astenia/desânimo/disforia/depressão e desconfiança/paranoia (4, 17). Os sintomas comportamentais incluem descuido ou exagero, irritabilidade, aumento da agressividade, incapacidade de relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, consumo de substâncias, comportamento de alto risco e pensamentos suicidas (20, 24, 34, 39, 40). Além disso, os sintomas defensivos incluem ironia e cinismo, inclinação para se isolar, sensação de onipotência, perda de interesse pelo

trabalho ou até mesmo pelo lazer, ausência frequente e impulsos para abandonar o trabalho. O cansaço afeta todas as facetas da vida de uma pessoa, incluindo danos pessoais e profissionais. Pode causar mais erros médicos e atendimentos de pior qualidade ao paciente. Também pode afetar a instituição, afetando a produtividade, a reputação da organização e os custos com tratamento de saúde dos funcionários e na contratação de novos funcionários (2, 4, 6, 11, 16, 27, 29, 74). Portanto, é importante entender que a eficácia dos sistemas de saúde depende de serviços primários de saúde saudáveis e motivados, tanto em termos de cuidado com a população quanto em termos econômicos.

Quando negligenciado, o esgotamento médico desencadeia uma cascata de efeitos. Os elementos estressores no ambiente de trabalho e a pressão interna comprometem a regulação emocional, intensificando atitudes destrutivas. Uma pesquisa realizada na Austrália revelou que 16% dos Profissionais de Cuidados Primários experimentaram depressão, enquanto mais de 50% consideravam a possibilidade de renúncia devido ao estresse relacionado ao trabalho (27). Médicos esgotados enfrentam desafios na manutenção de relacionamentos interpessoais, resultando em declínio na saúde mental e abuso de substâncias (27). Além da elevada incidência de esgotamento médico, foi constatado que mais de um terço dos MFC sofrem de diferentes graus de depressão, ansiedade e estresse (38). Um estudo japonês identificou que 5,8% dos médicos tinham pensamentos suicidas várias vezes por semana (39). Essa associação também foi evidente na França, onde foi observado que a exaustão emocional está correlacionada a uma propensão suicida em uma amostra de 1.890 MFC (40), e quando comparado a outras especialidades médicas da atenção primária enfrentam taxas de suicídio mais elevadas em comparação a outros especialistas, estando os MFC na segunda colocação (20, 26, 28). No Brasil há uma repetição desse cenário: num estudo recente conduzido no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, foi documentada uma alarmante taxa de prevalência de 100% de SB em nível moderado entre os 89 médicos que integram a APS e participaram da pesquisa (6, 29). Além disso, a pandemia de COVID-19 introduziu novos fatores de estresse, incluindo condições laborais inseguras e aumento nas cargas de trabalho, agravando ainda mais o esgotamento entre os profissionais da medicina (28, 29, 30).

Diante desse cenário, é evidente que os cuidadores de saúde da APS sofrem consequências severas em sua saúde física e mental devido ao esgotamento. Além disso, esse estado está conectado ao aumento das ausências no trabalho, à diminuição da eficiência, à queda na satisfação profissional e à intenção de abandonar o emprego, além de outras consequências já relatadas anteriormente (11, 29, 33, 34). Adicionalmente, o esgotamento exerce impactos adversos na qualidade do atendimento prestado e na satisfação dos pacientes. Uma análise abrangente ofereceu evidências de que a exaustão médica está ligada ao mal funcionamento e à viabilidade das instituições de saúde, principalmente por contribuir para o afastamento profissional e a rotatividade dos médicos, exacerbando assim a crescente escassez de médicos de cuidados primários e consequentemente restrição ao acesso no cuidado em saúde. Secundariamente, isso resulta na diminuição da qualidade do atendimento ao paciente (5, 28, 29, 45, 63). Verificou-se que médicos que apresentam altos índices de despersonalização são particularmente propensos a oferecer cuidados de qualidade inferior aos pacientes (29, 32, 63). Ao mesmo tempo, médicos com altos níveis de exaustão emocional são especialmente inclinados a expressar intenções de deixar seus cargos (4, 8, 29, 67, 71, 76). Não é surpreendente, portanto, que o bem-estar dos médicos seja cada vez mais proposto como um indicador de qualidade na prestação de cuidados de saúde (25, 29, 32, 36, 37).

Além das consequências pessoais e institucionais, a SB na atenção primária também denota grande prejuízo financeiro (68). Uma pesquisa recente conduzida nos Estados Unidos calculou que os custos anuais atribuíveis ao esgotamento totalizam cerca de 4,6 bilhões de dólares, principalmente vinculados à rotatividade de funcionários e à diminuição das horas de atendimento clínico (26). No cenário do Canadá, foi estimado o valor global associado ao esgotamento, considerando todos os MFC em atividade no Canadá, é avaliado em 213,1 milhões de dólares americanos. Deste montante, 185,2 milhões de dólares são atribuíveis à aposentadoria precoce, enquanto 27,9 milhões de dólares estão relacionados à redução das horas de atendimento clínico (35). Os médicos de família representaram a maior parte dos custos do burnout, respondendo por 58,8%, seguidos pelos cirurgiões com 24,6% e outros especialistas com 16,6% (35). Enquanto os sistemas de saúde enfrentam essas diversas dificuldades, essas estimativas destacam quão significativa poderia ser a redução da carga por meio de ações preventivas e promocionais para lidar com

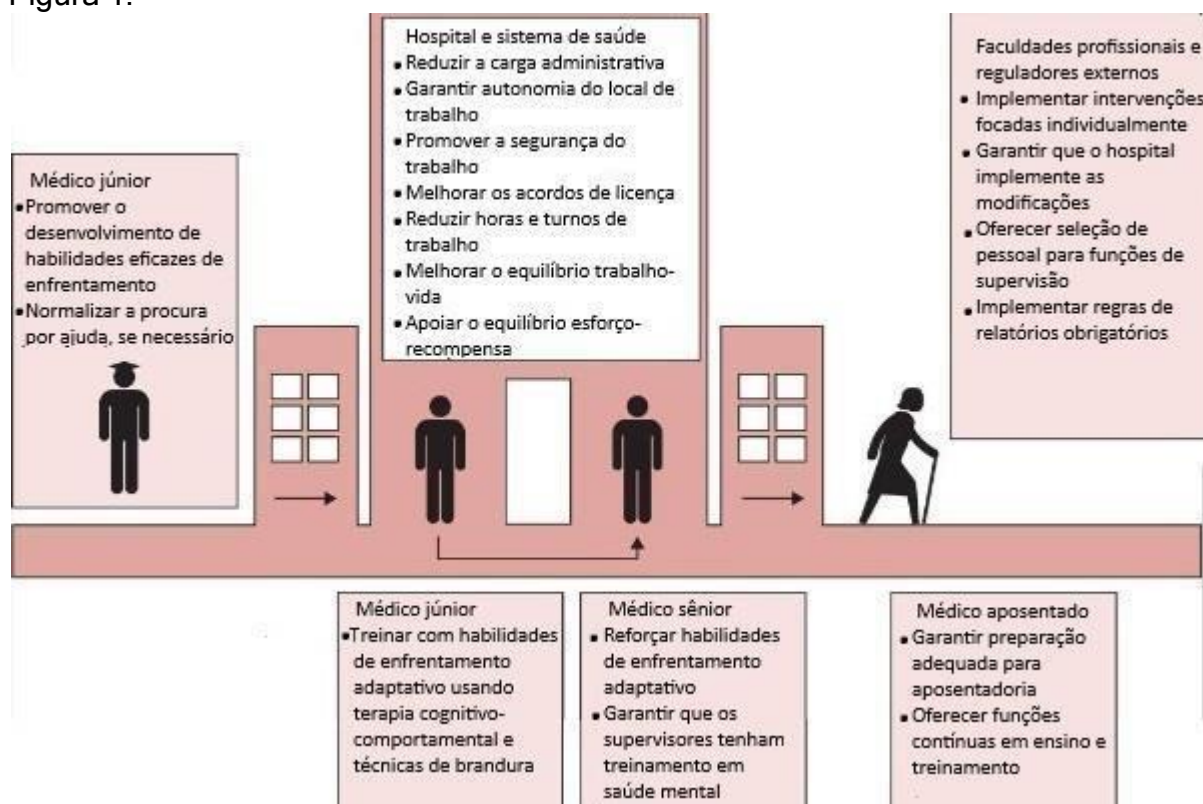
o esgotamento entre os médicos. (26, 32, 35, 48, 62). É importante salientar que independentemente da verdadeira taxa de esgotamento entre os médicos, os níveis atuais são insustentáveis devido às repercussões negativas para todos os envolvidos: médicos, instituições e pacientes.

Diante desses números pode-se compreender a importância de se discutir formas de prevenir e tratar essa condição na APS. As evidências mostram que promover ambientes de trabalho mentalmente saudáveis pode reduzir o esgotamento clinicamente significativo dos médicos se vários métodos forem usados de forma coordenada (20, 41, 42, 43). Estas incluem ações preventivas e programas de reintegração no trabalho, que são aplicados em níveis tanto individuais quanto organizacionais, sendo estes últimos associados a efeitos mais significativos do tratamento (20, 41, 42, 43).

5.2 Transformar o ambiente de trabalho em um ambiente de promoção de saúde e realizações

As evidências mais sólidas sobre a promoção de ambientes de trabalho mentalmente saudáveis indicam que é crucial reconhecer o significado do trabalho e incentivar o engajamento e a responsabilidade do trabalhador. Dessa forma, uma das principais estratégias para prevenir a síndrome é destacar a importância dos valores humanos no local de trabalho, transformando-o em um ambiente que promova a saúde e sua realização (4, 20). Uma ilustração de como essa estratégia pode ser eficaz é apresentada na Figura 1, a qual enfatiza os três níveis primordiais nos quais as ações voltadas para a saúde mental dos profissionais da medicina devem atuar: primeiramente o médico em si, na promoção de habilidades de enfrentamento individuais e buscar ajuda quando necessário. Em segundo lugar, a estrutura do sistema de saúde e as entidades profissionais, ao reduzir a carga de trabalho por indivíduo, permitir que seus profissionais tenham um equilíbrio trabalho-vida adequado, promover a segurança e bem estar no ambiente de trabalho e dar acesso aos direitos trabalhistas. Por fim, os reguladores externos, na implementação de regras e intervenções, fornecimento de cuidado ao trabalhador, criação de ambiente que propicie a mudança nas instituições(20). Embora esta revisão aborda as intervenções direcionadas aos médicos individualmente, é importante salientar que essa não deve ser considerada a abordagem mais crucial. Pelo contrário, há uma necessidade urgente de um foco mais amplo nas medidas organizacionais (20, 45).

Figura 1:



Esquema procedimental da carreira médica.

Traduzido e adaptado de: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8).

5.3 Estratégias individuais

Muitas estratégias para cultivar uma vida saudável são amplamente conhecidas, com boas evidências e recomendada pelos médicos aos seus pacientes: manter uma dieta nutritiva, atividade física regular, sono reparador, horários equilibrados, tempo para família e amigos, entre outros. Os médicos são encorajados a seguir os mesmos conselhos de autocuidado físico que dão aos seus pacientes e é necessário que a vida profissional permita essa estratégia (63, 75). A Tabela 1 sumariza estratégias para melhorar o bem-estar físico, psicológico e social que podem ser buscadas pelo próprio profissional(75). As abordagens ligadas ao profissional incluem práticas de consciência plena ou métodos cognitivo-comportamentais na busca do desenvolvimento da resiliência e empatia, visando aprimorar a aptidão profissional e otimizar as competências de comunicação e estratégias individuais de enfrentamento (17, 20, 45, 58, 64, 75).

TABELA 1
Estratégias para melhorar o bem-estar físico, psicológico e social³⁴⁻⁴¹

Bem-estar físico	Bem-estar psicológico	Bem-estar social
• Coma refeições e lanches equilibrados e nutritivos • Evite alimentos processados e bebidas açucaradas • Beba quantidades adequadas de água • Manter um peso corporal saudável • Faça exercícios diariamente • Durma o suficiente • Evite o uso excessivo de álcool • Abster-se de usar tabaco	• Reconhecer os fatores de estresse e gerenciá-los antes que levem ao esgotamento • Identificar e rotular emoções negativas para que possam ser gerenciadas de forma eficaz • Esteja ciente de pensamentos e crenças pessoais e seja intencional ao escolhê-los • Manter um estilo de vida bem equilibrado • Aprenda e pratique técnicas de meditação e atenção plena • Definir propósito na vida	• Estabelecer e manter relacionamentos próximos e saudáveis • Comunicar-se honestamente sobre problemas e preocupações • Resolver conflitos com outras pessoas antes que eles aumentem • Saiba quando a ajuda é necessária e peça-a no trabalho e em casa • Evite fofocas e co-ruminação sobre problemas • Procure o que há de bom nos outros

Traduzido e adaptado de : Smith ML, Crowley M, Liese BS. Physician wellness: Managing stress and preventing burnout. J Fam Pract. 2023 May;72(4):172-178.

Abordagem terapêutica e psicológica

As estratégias centradas no indivíduo geralmente abrangem métodos de mindfulness (atenção plena) ou abordagens cognitivo-comportamentais, visando elevar a proficiência profissional e aprimorar as competências de comunicação e enfrentamento (75). A prática da atenção plena é um pilar essencial da psicologia positiva e está diretamente relacionada à diminuição da exaustão emocional ao mesmo tempo que auxilia na melhora do humor e da resposta ao estresse (14, 17, 20, 27, 28, 45, 64, 75). *Mindfulness* é descrito como uma prática dirigida internamente para aliviar a tensão corporal e acalmar a mente. O cerne da atenção plena é manter-se no presente, adotando uma postura de aceitação sem julgamento e sem esforço. A meditação consciente é vista como uma terapia suplementar que demonstrou ser promissora na redução do estresse negativo e dos elementos externos que contribuem para o esgotamento. Diversos estudos investigaram essas técnicas de intervenção "fundamentadas na atenção plena" e indicaram que elas podem desempenhar um papel significativo na diminuição do estresse e do esgotamento (20, 27, 28, 45, 64, 75). Por exemplo, o treinamento em mindfulness pode auxiliar as pessoas a reconhecerem os primeiros sinais de esgotamento - observando alterações no corpo (como dores de cabeça ou tensão muscular), sentimentos (como irritabilidade ou cinismo) ou pensamentos (auto acusação ou culpa direcionada a outros) - antes que se tornem avassaladores. É essencial reconhecê-los, nomeá-los e aceitar sua presença para dar o primeiro passo em direção ao enfrentamento dessa condição (17, 27, 38, 44, 61, 75).

Além disso, a satisfação no local de trabalho pode ser aumentada por meio da promoção de habilidades cognitivas-comportamentais como resiliência e empatia entre os funcionários (28, 61). Foi visto como um fator que impacta a interação entre médico e paciente a capacidade de empatia, que consiste em entender os sentimentos e pensamentos de outra pessoa e comunicar essa compreensão. A capacidade de empatia tem sido associada a vários benefícios, como melhor comunicação, maior adesão ao tratamento e melhores resultados clínicos associados a um menor esgotamento profissional (28, 44, 61). A resiliência é conceituada como um processo em constante evolução e adaptabilidade diante das intercorrências da

vida e representa a capacidade de uma pessoa de resistir, encontrar motivação e força para enfrentar o estresse e prosperar diante das dificuldades. Além de melhorar a saúde mental dos profissionais de saúde, a resiliência é vital para reduzir os efeitos prejudiciais do estresse ocupacional (17, 20, 28, 51, 63). A melhoria da regulação emocional pode conectar a atenção plena e a resiliência, reduzindo o esgotamento ao fortalecer os mecanismos de enfrentamento.

A prática da atenção plena parece ser mais eficaz na prevenção dos estágios iniciais do *burnout*, ao reduzir os sentimentos negativos e, conseqüentemente, a sensação de sobrecarga. Por outro lado, o fortalecimento da resiliência parece ser um programa eficaz no tratamento do *burnout* em estágios avançados, ao promover sentimentos positivos e facilitar um envolvimento equilibrado, o crescimento pessoal e o comprometimento (3, 28, 44, 61).

Em síntese, as intervenções que se baseiam na atenção plena e na promoção da resiliência podem ter impactos tanto diretos nos níveis de burnout quanto indiretos, ao modificar os níveis de afeto negativo e positivo. De maneira geral, essas práticas podem formar uma estratégia contra o esgotamento a nível individual (3, 17, 44).

5.4 Papel das instituições de saúde na prevenção e tratamento

Ultimamente, observa-se uma mudança de perspectiva em relação ao burnout, que passou a ser reconhecido não apenas como um desafio individual, mas como uma questão que impacta toda a estrutura de saúde, tendo suas raízes em aspectos do ambiente de trabalho e da cultura organizacional. As publicações apontam que os programas recentes de intervenção para lidar com o esgotamento entre médicos têm gerado benefícios modestos e necessitam de melhorias através da implementação de estratégias focalizadas nas organizações (20, 45, 49, 51, 75).

Embora as intervenções individuais sejam úteis e motivadoras para os profissionais, restringir-se exclusivamente a este nível em algumas circunstâncias pode resultar em que os profissionais percebam as intervenções direcionadas como uma carga adicional pessoal (ou podem culpar-se por sua falta de "resiliência"), ao invés de reconhecê-las como recursos compartilhados para promover um ambiente de saúde próspero (20, 45, 63).

A administração organizacional, política e prática de gestão de pessoas têm um impacto significativo na forma como os trabalhadores interagem com o trabalho. Essas práticas servem como cenário para questões como estrutura e relações de poder, condições de trabalho, tecnologia e valores (8, 45, 47, 51). Existem vários fatores que têm sido identificados como importantes para o esgotamento dessa carreira, incluindo a quantidade de atendimentos, a organização dos postos de saúde, os fluxos de cuidado, a proporção de profissionais por população e a gestão dentro da estrutura da atenção primária brasileira (5, 8, 45, 47, 50, 63, 74). É fundamental que os administradores compreendam que o bem-estar mental dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) impacta diretamente a qualidade dos serviços oferecidos e sua interação com o trabalho e a comunidade. Com isso em mente, elaboramos uma lista de algumas medidas práticas que os gestores podem adotar:

- *Redução da carga de trabalho:*

É possível reduzir a carga de trabalho por meio da redução efetiva das horas trabalhadas por indivíduo. Esses resultados podem ser alcançados por meio da flexibilização dos horários, aumento do número de profissionais por área de atuação, garantia dos direitos trabalhistas e incentivo à resolução de problemas relacionados ao trabalho apenas durante o horário de expediente (45, 51, 52, 75). Os médicos que trabalham menos horas clínicas e, assim, reduzem o esgotamento, estão mais satisfeitos com as suas carreiras, têm menos probabilidades de abandonar os seus empregos e proporcionam uma melhor experiência ao paciente (45, 76). O experimento do Group Health Cooperative, com sede em Seattle, no início dos anos 2000 implementou mudanças nos cuidados primários com o objetivo de melhorar o desempenho do Triple Aim. Este método proposto por Don Berwick e seus colegas visa otimizar o sistema de saúde com três objetivos principais: melhorar a saúde da população, melhorar a experiência do paciente e reduzir os custos. No entanto, durante esse experimento ocorreram aumentos nos custos, reduções na qualidade do atendimento e um aumento no esgotamento médico não intencional. Em 2006, o Group Health alterou sua estratégia, focando primeiro na qualidade de vida dos médicos, estendendo a duração das consultas e diminuindo o número de pacientes por médico. Como resultado, o esgotamento dos médicos diminuiu significativamente,

com melhorias substanciais na qualidade clínica, na experiência dos pacientes e na redução de custos (20, 67, 69).

- *Estabelecimento de pausas e respeito ao tempo individual para autocuidado:*

O período de descanso é um direito fundamental do trabalhador, protegido pela legislação. No Brasil, conforme o Artigo 71 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em qualquer trabalho contínuo com duração superior a seis horas, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação, que deve ser de, no mínimo, uma hora e, a menos que haja acordo escrito ou contrato coletivo em contrário, não pode ultrapassar duas horas. Para os profissionais que atuam sob outros regimes de contrato, fora da CLT, a Lei 3991/1961 estabelece a duração normal de trabalho para médicos, garantindo um descanso de 10 minutos a cada 90 minutos de trabalho, desde que haja outro profissional disponível para atender os pacientes. Essa regra é excepcionalmente flexível em situações de urgência e/ou emergência, em que a saúde do paciente é a prioridade absoluta do médico (51, 52, 53, 54).

- *Implementações dentro do modelo de trabalho:*

Estas intervenções foram classificadas em três grupos: 1) Consulta; 2) Tempo útil de trabalho; 3) Equipe.

Modelo de Consulta

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é sugerido para promover consultas adequadas na Atenção Primária à Saúde (APS), atendendo às necessidades e desejos dos médicos e dos pacientes. Para adotar uma abordagem centrada na pessoa, o médico deve ser capaz de empoderar o paciente, compartilhar possibilidades e compactuar as decisões a serem tomadas. Isso requer um equilíbrio sensível e uma mediação cuidadosa entre o conhecimento técnico e o objetivo do médico e o sofrimento do paciente, que é especialista em sua própria experiência. Quando as decisões são tomadas em conjunto, há evidências de que a adesão aos medicamentos, as mudanças nos hábitos de vida e a satisfação com o tratamento são maiores (64, 65, 66). Portanto, para atingir a alta resolutividade desejada, é essencial

que todos os médicos da APS se familiarizem cada vez mais com essa técnica. Esse conhecimento quando aplicado tende a deixar o atendimento menos penoso.

Outros pontos importantes levantados incluem o planejamento pré-consulta, onde são revisadas as condições do médico, do consultório e do próximo paciente, antes deste ser chamado, e o aumento do tempo de consulta para que o cuidado seja exercido com qualidade (51, 57, 62, 67, 75).

Estruturação do tempo de trabalho

A padronização de fluxo de trabalho para renovação de receitas e agendamento de horários regulares para tarefas administrativas, com tempo protegido, para essa finalidade é fundamental para a prevenção do esgotamento (51, 57). O uso do prontuário eletrônico, discussão de casos com especialistas focais, acompanhamento de resultados laboratoriais, resposta a mensagens e solicitações de documentos são algumas dessas tarefas administrativas, e é necessário incluir o tempo dedicado a essas tarefas no tempo útil de trabalho (51, 62, 67, 68).

Outra alternativa apresentada foi a contratação de auxiliares para execução desses afazeres administrativos, permitindo que os médicos e enfermeiros se concentrem no atendimento ao paciente, além de estar associada a reduções significativas no tempo de documentação dos prontuários eletrônicos de saúde (EHR) e a melhorias na produtividade (26, 67, 75).

Estruturação da equipe e cogestão dos pacientes

A valorização dos profissionais da enfermagem no cenário da atenção primária é fundamental para a promoção de um sistema de saúde eficaz e sustentável. Os enfermeiros desempenham um papel importante na prevenção e promoção da saúde. Seu conhecimento clínico e habilidades de comunicação o ajudam a estabelecer relações de confiança com as comunidades, o que facilita o acesso e adesão ao tratamento e a adesão ao tratamento. Investir no treinamento, reconhecimento e condições de trabalho dos profissionais de enfermagem aumenta a capacidade do sistema de saúde de atender às demandas da população e melhora a equidade e a qualidade dos serviços oferecidos (45). Para estabelecer confiança mútua ao delegar tarefas e responsabilidades, o médico deve compreender a

educação, treinamento e escopo de atuação desses profissionais. A combinação de conhecimentos, culturas e disciplinas entre enfermeiros e médicos pode melhorar a garantia da integralidade do cuidado e também compartilhar o trabalho. A exaustão afeta a rotatividade de profissionais e a construção de respeito e confiança ao longo do tempo (67, 70). Ampliar o suporte técnico proporcionado pelos enfermeiros para lidar com a carga excessiva de trabalho, ao mesmo tempo em que se promove a coesão da equipe e um ambiente de trabalho saudável, pode ser a estratégia eficaz para diminuir o risco de esgotamento entre esses profissionais (45, 58).

O benefício mais aparente para os médicos especificamente pode estar relacionado com a ajuda adicional para gerir a carga de trabalho excessiva e a pressão de tempo, mas por outro lado, foi demonstrado que, nas equipes compostas por médicos de atenção primária e enfermeiros, a percepção de delegação de tarefas está associada a menor esgotamento relatado pelos médicos, mas a um aumento de esgotamento entre os enfermeiros (45, 55).

Um modelo proposto para equilibrar o cuidado ao paciente é a cogestão que envolve dois profissionais (um médico e um enfermeiro) compartilhando a responsabilidade pelas tarefas necessárias para gerenciar os cuidados de um paciente (55, 70). Estas tarefas incluem consultas, manejo farmacológico, educação do paciente, acompanhamento de diagnósticos e coordenação de cuidados administrativos. A cogestão envolve uma estrutura organizacional horizontal, onde ambos os profissionais compartilham igualmente as responsabilidades e tem os seguintes atributos vitais:

1. Comunicação Eficaz: Deve ser bidirecional, clara e em tempo hábil, utilizando ferramentas como o prontuário eletrônico e telefonemas, especialmente em ambientes onde o contato direto é limitado. É crucial para desenvolver planos de cuidados ao paciente, gerenciar mudanças no estado de saúde, individualizar metas de tratamento e definir os papéis de cada profissional na coordenação dos cuidados. A comunicação deve ser oportuna e adequada às necessidades do paciente. Deve ser recíproca, com igual compartilhamento de ideias, informações sobre novos pacientes e feedback necessário para melhorar a qualidade do atendimento (62, 70, 71).

2. Respeito e Confiança Mútuos: Desenvolvem-se ao longo do tempo e são fundamentais para reduzir redundâncias e melhorar a eficiência(70).

3. Filosofia de Cuidado Compartilhada: Formando uma filosofia compartilhada, os membros da equipe devem ter estilos de prática complementares e alinhados com objetivos comuns de atendimento ao paciente. É necessário alinhar ética de trabalho, abordagens de tratamento e protocolos de resolução de conflitos para equilibrar a carga de trabalho e evitar o esgotamento. Para determinar quem toma a decisão final sobre os cuidados, é fundamental estabelecer um protocolo de resolução de conflitos. Uma ética de trabalho semelhante, bem como estilos de gerenciamento de tempo, é essencial para evitar o desequilíbrio na carga de trabalho, o que pode levar ao esgotamento e ao ressentimento, ameaçando a comunicação e o respeito e o atendimento ao paciente(25, 55, 70).

A literatura existente aborda benefícios do trabalho em equipe e cuidados colaborativos, mas não captura completamente os atributos da cogestão entre enfermeiros e médicos, devendo a distribuição das responsabilidades serem apropriadas de cada membro da equipe, negociadas e acordadas individualmente, para que as tarefas sejam delegadas adequadamente, minimizando a sobrecarga de qualquer membro da equipe. Quando administradores, médicos e formuladores de políticas incentivam uma co-gestão eficaz, a carga de trabalho individual dos médicos é aliviada, prevenindo assim a tensão, o esgotamento e a fadiga, especialmente diante da crescente complexidade dos pacientes (55, 70). A eficaz cogestão entre a equipe pode ampliar o acesso aos serviços de saúde, pois os pacientes contam com dois profissionais de cuidados primários que estão familiarizados com suas necessidades individuais e plano de tratamento, o que promove a continuidade do atendimento e a integralidade do cuidado a saúde. Com a distribuição equitativa de responsabilidades, a cogestão entre enfermeiros e médicos possibilita mais tempo para consultas adicionais e/ou uma abordagem mais personalizada para atender às necessidades específicas de cada paciente (70). Além disso, é relacionada a resultados clínicos positivos para os pacientes, com redução das taxas de hospitalização, melhoria da segurança e do acesso aos cuidados (71).

Para além da atuação da enfermagem, um número crescente de evidências tem respaldado o uso de equipes interdisciplinares em ambientes ambulatoriais. A

presença de psicólogos, fisioterapeutas e demais profissionais interdisciplinares é extremamente positiva na redução da carga de trabalho e melhora dos cuidados aos pacientes (8, 9, 51, 71). Para desenvolver relacionamentos de equipe funcionais que permitam a delegação eficaz de tarefas, é essencial que a equipe esteja completa e disponha de tempo suficiente para trabalhar em conjunto, aprendendo a aproveitar ao máximo as habilidades de cada membro. Sem equipes bem equipadas, treinadas e estáveis, a complexa tarefa de distribuir o trabalho de forma eficiente entre uma equipe de cuidados primários pode se tornar impraticável (55, 56, 58, 72).

6. Conclusão

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial no sistema de saúde, oferecendo uma ampla gama de serviços que vão desde a promoção da saúde até a reabilitação, atendendo tanto indivíduos quanto comunidades inteiras, inclusive aquelas em situação de vulnerabilidade. No entanto, os profissionais de saúde que trabalham nessa área enfrentam um desafio crescente: o *burnout*.

O *burnout*, definido pela Organização Mundial da Saúde como um fenômeno ocupacional causado pelo estresse crônico no trabalho, afeta tanto a saúde pessoal quanto profissional dos médicos da APS. Os sintomas incluem fadiga, distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, entre outros, e podem levar a consequências graves, como erros médicos e até pensamentos suicidas.

A prevalência do esgotamento entre os médicos da APS varia significativamente, mas é especialmente alta entre aqueles que trabalham na linha de frente, como os de Medicina de Família e Comunidade. Isso é exacerbado por uma carga de trabalho intensa, decisões clínicas complexas e recursos limitados, o que pode resultar em uma série de consequências negativas, incluindo uma redução na qualidade do atendimento e na satisfação dos pacientes.

É fundamental abordar medidas de intervenção relativas ao esgotamento na APS, tanto a nível individual quanto organizacional, sendo essas últimas medidas as mais significativas. Isso inclui a promoção de ambientes de trabalho saudáveis, programas de prevenção e reintegração no trabalho, e a valorização do bem-estar dos profissionais de saúde como um indicador de qualidade do serviço.

As estratégias individuais para enfrentar o esgotamento na APS abrangem o autocuidado físico e práticas como *mindfulness* e abordagens cognitivo-comportamentais. O *mindfulness*, ao reduzir o estresse e permitir o reconhecimento precoce dos sinais de esgotamento, é fundamental. Enquanto isso, a resiliência promove uma adaptação positiva ao estresse, prevenindo os estágios iniciais do *burnout* e tratando os estágios mais avançados.

Entretanto, recentemente, tem havido uma alteração na perspectiva do *burnout*, que passou de ser visto como uma questão individual para ser reconhecido

como um problema que afeta toda a estrutura da saúde, tendo suas raízes em aspectos do ambiente de trabalho e da cultura organizacional. Sugere-se que diminuir o risco de burnout em médicos exige alterações nas organizações, além do apoio aos profissionais individualmente.

As instituições de saúde têm um papel crucial na prevenção e tratamento do *burnout*, reconhecendo-o como uma questão sistêmica. Intervenções organizacionais são essenciais, complementando as estratégias individuais. Reduzir a carga de trabalho, estabelecer pausas adequadas e respeitar o tempo individual para autocuidado são medidas práticas que as instituições podem adotar. Exemplos incluem flexibilização dos horários, aumento do número de profissionais por área e garantia de pausas regulares conforme a legislação trabalhista. Entre as estratégias para lidar com o esgotamento no ambiente de trabalho da APS, abordamos três áreas principais: consulta, tempo útil de trabalho e equipe. No modelo de consulta, destaca-se o método centrado na pessoa como eficaz, promovendo decisões conjuntas entre médico e paciente. No que diz respeito ao tempo de trabalho, propõe-se a padronização de fluxo de trabalho, uso eficiente do prontuário eletrônico e contratação de auxiliares para tarefas administrativas. Quanto à equipe, destaca-se a valorização dos profissionais de enfermagem, a cogestão entre médicos e enfermeiros, bem como o uso de equipes interdisciplinares. Essas medidas visam distribuir equitativamente as responsabilidades, promovendo eficiência e melhorando os cuidados ao paciente.

A literatura existente sobre estresse e exaustão, bem como as experiências pessoais dos autores, fornecem as bases para as sugestões apresentadas neste artigo. No entanto, há poucos estudos randomizados e controlados sobre intervenções destinadas a aliviar o esgotamento e o estresse dos médicos. As pesquisas adicionais são necessárias para determinar as categorias de intervenções úteis para reduzir o esgotamento, quais intervenções ou combinações de intervenções podem ser mais eficazes e os métodos mais adequados para desenvolver e implementar essas intervenções. A fim de desenvolver uma base inicial de evidências para ampliar a compreensão das intervenções para tratar o problema do esgotamento médico, são necessários estudos rigorosos, bem planejados e generalizáveis que abordem essas questões.

Referências

1. Schaufeli, Wilmar B., Michael P. Leiter, e Christina Maslach. "Burnout: 35 Years of Research and Practice". *Career Development International* 14, nº 3 (19 de junho de 2009): 204-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/13620430910966406> Acesso em 3 mar. 2024.
2. Tomaz, Henrique Cisne, Fábio Solon Tajra, Andrea Conceição Gomes Lima, e Marize Melo dos Santos. "Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 24 (28 de setembro de 2020): e190634. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190634> Acesso em 3 mar. 2024.
3. Molero Jurado, María Del Mar, María Pérez-Fuentes, José Gázquez Linares, e Ana Belén Barragán Martín. "Burnout in Health Professionals According to Their Self-Esteem, Social Support and Empathy Profile". *Frontiers in Psychology* 9 (20 de abril de 2018). Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00424> Acesso em 1 fev. 2024.
4. Pêgo, Francinara Pereira Lopes e, e Delcir Rodrigues Pêgo. "Síndrome de Burnout". *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* 14, nº 2 (2016): 171-76.
5. Passos, Barbara Guarany, Gracielly Maria Marinho Aragao, Anny Karolinny Ferreira Sobrinho, Carolina Helena Lira Viana da Silva, Gabrielle Lutterbach Erthal, Camila Coelho Nóbrega Riedel, João Victor Oliveira Cavalcanti, e Júlio Oliveira Rocha. "Fatores de Risco Para Síndrome de Burnout Entre Médicos: Risk Factors for Burnout Syndrome among Physicians". *Brazilian Journal of Health Review* 5, nº 5 (29 de setembro de 2022): 19965-71. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-172> Acesso em 3 fev. 2024.
6. Montandon F, Pereira RPA, Savassi LCM. Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout em médicos da atenção primária: uma revisão narrativa com busca sistematizada. *Rev Bras Med Fam Comunidade*.2022;17(44):2937. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2937](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2937) Acesso em 7 fev. 2024.
7. Silva, Salvyana Carla Palmeira Sarmiento, Marco Antonio Prado Nunes, Vanessa Rocha Santana, Francisco Prado Reis, José Machado Neto, e Sonia Oliveira Lima. "A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil". *Ciência & Saúde Coletiva* 20, nº 10 (outubro de 2015): 3011-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014> Acesso em 4 mar. 2024.
8. Lima, Raitza Araújo dos Santos, Ariani Impieri de Souza, Renata Hirschle Galindo, e Katia Virginia de Oliveira Feliciano. "Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife". *Ciência & Saúde Coletiva* 18 (abril de 2013): 1051-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400018> Acesso em 3 fev. 2024.
9. Ayaslier, Ata Arda, Beyza Albayrak, Esra Çelik, Özgür Özdemir, Özlem Özgür, Emrah Kirimli, Ilker Kayi, e Sibel Sakarya. "Burnout in Primary Healthcare Physicians and Nurses in Turkey during COVID-19 Pandemic." *Prim Health Care Res Dev*, 2023, e4-e4.

10. Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015Oct;20(10):3011-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014> Acesso em 1 fev. 2024.
11. Zarei, E.; Ahmadi, F.; Sial, MS; Hwang, J.; Qui, PA; Usman, SM Prevalência de Burnout entre profissionais de saúde primários e seus preditores: um estudo no Irã. *Internacional J. Meio Ambiente. Res. Saúde Pública* 2019, 16, 2249. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16122249> Acesso em 8 mar. 2024.
12. Ayaslier AA, Albayrak B, Çelik E, Özdemir Ö, Özgür Ö, Kırımlı E, Kayı İ, Sakarya S. Burnout in primary healthcare physicians and nurses in Turkey during COVID-19 pandemic. *Prim Health Care Res Dev.* 2023 Jan 9;24:e4. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S146342362200069X> Acesso em 8 mar. 2024. PMID: 36617850; PMCID: PMC9884527.
13. Lima RA dos S, Souza AI de, Galindo RH, Feliciano KV de O. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013Apr;18(4):1051-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400018> Acesso em 9 mar. 2024.
14. Zarei, E.; Ahmadi, F.; Sial, MS; Hwang, J.; Qui, PA; Usman, SM Prevalência de Burnout entre profissionais de saúde primários e seus preditores: um estudo no Irã. *Internacional J. Meio Ambiente. Res. Saúde Pública*, 2019, 16 , 2249. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16122249> Acesso em 3 mar. 2024.
15. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med.* 2014 Feb 17;9(1):23556. doi: 10.3402/ljm.v9.23556. PMID: 24560380; PMCID: PMC3929077.
16. Pêgo FPLe, Pêgo DR. Burnout Syndrome. *Rev Bras Med Trab.*2016;14(2) DOI:171-176.
17. Montero-Marin J, Tops M, Manzanera R, Piva Demarzo MM, Álvarez de Mon M, García-Campayo J. Mindfulness, Resilience, and Burnout Subtypes in Primary Care Physicians: The Possible Mediating Role of Positive and Negative Affect. *Front Psychol.* 2015 Dec 17;6:1895. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01895> Acesso em 8 mar. 2024. PMID: 26733900; PMCID: PMC4681844.
18. Farber BA. Treatment strategies for different types of teacher burnout. *J Clin Psychol.* 2000 May;56(5):675-89. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200005\)56:5<675::aid-jclp8>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200005)56:5<675::aid-jclp8>3.0.co;2-d) Acesso em 3 fev. 2024. PMID: 10852153.among
19. Russo G, Perelman J, Zapata T, Šantrić-Milićević M. The layered crisis of the primary care medical workforce in the European region: what evidence do we need to identify causes and solutions? *Hum Resour Health.* 2023 Jul 14;21(1):55. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00842-4> Acesso em 3 fev. 2024. PMID: 37443059; PMCID: PMC10347862.
20. Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, Dean K, Henderson M. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet.* 2021 Sep

4;398(10303):920-930. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8) Acesso em 5 fev. 2024. PMID: 34481571; PMCID: PMC9618683.

21. West CP, Hauer KE. Reducing Burnout in Primary Care: A Step Toward Solutions. *J Gen Intern Med.* 2015 Aug;30(8):1056-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3348-9> Acesso em 8 fev. 2024. PMID: 25910601; PMCID: PMC4510233.

22. Montandon F, Pereira RPA, Savassi LCM. Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout em médicos da atenção primária: uma revisão narrativa com busca sistematizada. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2022;17(44):2937. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2937](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2937) Acesso em 3 fev. 2024.

23. Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência coletiva [Internet]*. 2015 Oct;20(10):3011-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014> Acesso em 2 fev. 2024.

24. Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, Dean K, Henderson M. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet.* 2021 Sep 4;398(10303):920-930. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01596-8. PMID: 34481571; PMCID: PMC9618683.

25. Edwards ST, Marino M, Balasubramanian BA, Solberg LI, Valenzuela S, Springer R, Stange KC, Miller WL, Kottke TE, Perry CK, Ono S, Cohen DJ. Burnout Among Physicians, Advanced Practice Clinicians and Staff in Smaller Primary Care Practices. *J Gen Intern Med.* 2018 Dec;33(12):2138-2146. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4679-0> Acesso em 3 fev. 2024. Epub 2018 Oct 1. PMID: 30276654; PMCID: PMC6258608.

26. Sterling R, Rinne ST, Reddy A, Moldestad M, Kaboli P, Helfrich CD, Henrikson NB, Nelson KM, Kaminetzky C, Wong ES. Identifying and Prioritizing Workplace Climate Predictors of Burnout Among VHA Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med.* 2022 Jan;37(1):87-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07006-x> Acesso em: 4 mar. 2024. Epub 2021 Jul 29. PMID: 34327656; PMCID: PMC8321506.

27. Malik H, Annabi CA. The impact of mindfulness practice on physician burnout: A scoping review. *Front Psychol.* 2022 Sep 20;13:956651. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.956651> Acesso em 3 fev. 2024. PMID: 36204751; PMCID: PMC9530040.

28. Yuguero O, Ramon Marsal J, Esquerda M, Vivanco L, Soler-González J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *Eur J Gen Pract.* 2017 Dec;23(1):4-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173> Acesso em 8 fev. 2024. Epub 2016 Oct 10. PMID: 27723375; PMCID: PMC5774288.

29. Hodgkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham CA, Peters D, Esmail A, Panagioti M. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022 Sep 14;378:e070442. Disponível em:

<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442> Acesso em 3 mar. 2024. PMID: 36104064; PMCID: PMC9472104.

30. Nedić Ó; Belkić K. Fatores estressantes e esgotamento no trabalho entre enfermeiros e médicos de atenção primária que trabalham em um centro respiratório ambulatorial dedicado para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 . *Sou J Ind Med* . 2023 ; 66 : 510-528. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajim.23475> Acesso em 3 fev. 2024.

31. PASSOS, BG; ARAGÃO, GMM; SOBRINHO, AKF; DA SILVA, CHLV; ERTHAL, GL; RIEDEL, CCN; CAVALCANTI, JVO; ROCHA, JO Fatores de risco para Síndrome de Burnout entre médicos: Fatores de risco para síndrome de burnout entre médicos. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde* , [S. l.] , v. 5, pág. 19965-19971, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n5-172. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/52610>. Acesso em: 3 fev. 2024.

32. Panagioti M , Panagopoulou E , Bower P, et al. Intervenções controladas para reduzir o esgotamento em médicos : uma revisão sistemática e meta-análise . *JAMA Estagiário Med*. 2017;177(2):195-205. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674> Acesso em 10 fev. 2024.

33. Rangel EL, Castillo-Angeles M, Kisat M, Kamine TH, Askari R. Lack of Routine Healthcare among Resident Physicians in New England. *J Am Coll Surg*. 2020 Jun;230(6):885-892. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.11.005> Acesso em 4 fev. 2024. Epub 2019 Nov 23. PMID: 31765695.

34. Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, Dean K, Henderson M. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet*. 2021 Sep 4;398(10303):920-930. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8) Acesso em 3 fev. 2024. PMID: 34481571; PMCID: PMC9618683.

35. Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jun 13;14:254. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-254> Acesso em 5 fev. 2024. PMID: 24927847; PMCID: PMC4062768.

36. Stanetić K, Petrović V, Marković B, Stanetić B. The Presence of Stress, Burnout Syndrome and the Most Important Causes of Working Stress Among Physicians in Primary Health Care - an Observational Study from Banja Luka, Bosnia and Herzegovina. *Acta Med Acad*. 2019 Aug;48(2):159-166. Disponível em: <https://doi.org/10.5644/ama2006-124.254> Acesso em 10 fev. 2024. PMID: 31718216.

37. Shikino K, Kuriyama A, Sadohara M, Matsuo T, Nagasaki K, Nishimura Y, Nonaka S, Izumiya M, Moriya M, Ohtake Y, Makiishi T. Work-related stress and coping methods of internists and primary care physicians during the COVID-19 pandemic in Japan: A mixed-method study. *J Gen Fam Med*. 2022 May 23;23(5):327-335. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jgf2.560> Acesso em 8 mar. 2024. PMID: 35942469; PMCID: PMC9347816.

38. Bedolla J., Andrew LB (2018). Uma revisão dos dados e ferramentas: tratando o esgotamento clínico com treinamento em atenção plena. Disponível em <https://www.ebmedicine.net/Treating-Clinician-Burnout-With-Mindfulness-Training> Acesso em 5 fev. 2024.
39. Wada K., Yoshikawa T., Goto T., Hirai A., Matsushima E., Nakashima Y., et al. (2010). Associação de depressão e ideação suicida com demandas e queixas irracionais dos pacientes entre médicos japoneses: uma pesquisa transversal nacional. *Internacional J. Comportamento. Med.* 18 384-390. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9132-7> Acesso em 22 fev. 2024.
40. Lheureux F., Truchot D., Borteyrou X. (2016). Tendência suicida, problemas de saúde física e comportamentos de dependência entre clínicos gerais: sua relação com o burnout. *Estresse no Trabalho* 30 173-192. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1171806> Acesso em 2 fev. 2024.
41. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016 Nov 5;388(10057):2272-2281. Disponível em: [https://doi:10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X) Acesso em 22 fev. 2024. Epub 2016 Sep 28. PMID: 27692469.
43. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Intervenções controladas para reduzir o esgotamento em médicos : uma revisão sistemática e meta-análise . *JAMA Estagiário Med.* 2017;177(2):195-205. Disponível em: <https://doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674> Acesso em 8 mar. 2024.
44. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Galvan L, Soler-González J. Cross-sectional study of the association between empathy and burnout and drug prescribing quality in primary care. *Prim Health Care Res Dev.* 2019 Oct 30;20:e145. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000793> Acesso em 3 fev. 2024. PMID: 31663492; PMCID: PMC6842647.
45. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis . *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):195-205. Disponível em: <https://doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674> Acesso em 10 fev. 2024.
46. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. The specific needs of doctors with mental health problems: qualitative analysis of doctor-patients' experiences with the Practitioner Health Programme. *J Ment Health.* 2017 Apr;26(2):161-166. Disponível em: <https://doi:10.1080/09638237.2016.1244712> Acesso em 22 fev. 2024. Epub 2016 Nov 12. PMID: 27841030.
47. Angela R. Hiefner, Petra Constable, Kristin Ross, Dan Sepdham, Joseph B. Ventimiglia The Journal of the American Board of Family Medicine Jul 2022, 35 (4) 716-723; Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.04.210441> Acesso em 4 fev. 2024.
48. Kung A, Cheung T, Knox M, Willard-Grace R, Halpern J, Olayiwola JN, Gottlieb L. Capacity to Address Social Needs Affects Primary Care Clinician Burnout. *Ann Fam Med.* 2019 Nov;17(6):487-494. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2470> Acesso em 10 fev. 2024. PMID: 31712286; PMCID: PMC6846269.

49. Mantri S, Jooste K, Lawson J, Quaranta B, Vaughn J. Reframing the Conversation Around Physician Burnout and Moral Injury: "We're Not Suffering From a Yoga Deficiency". *Perm J*. 2021 Sep 21;25:21.005. Disponível em: <https://doi.org/10.7812/TPP/21.005> Acesso em 19 mar. 2024. PMID: 35348087; PMCID: PMC8784069.
50. Albuquerque FJB de, Melo C de F, Araújo Neto JL de. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol Reflex Crit [Internet]*. 2012;25(3):542-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300014> Acesso em 10 fev. 2024.
51. Dillon EC, Tai-Seale M, Meehan A, Martin V, Nordgren R, Lee T, Nauenberg T, Frosch DL. Frontline Perspectives on Physician Burnout and Strategies to Improve Well-Being: Interviews with Physicians and Health System Leaders. *J Gen Intern Med*. 2020 Jan;35(1):261-267. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05381-0> Acesso em 10 mar. 2024. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31659668; PMCID: PMC6957654.
52. Sullivan EE, McKinstry D, Adamson J, Hunt L, Phillips RS, Linzer M. Burnout Among Missouri Primary Care Clinicians in 2021: Roadmap for Recovery? *Mo Med*. 2022 Jul-Aug;119(4):397-400. PMID: 36118800; PMCID: PMC9462904.
53. Brasil. Medida provisória nº 1.569-9, de 11 de dezembro de 1997. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 dez.
54. Lei nº 3.991, de 15 de dezembro de 1961. Dispõe sobre a duração normal do trabalho para médicos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 16 dez. 1961. Seção 1, p. 12602.
55. Samuel T. Edwards , Christian D. Helfrich , David Grembowski , Elizabeth Hulen , Walter L. Clinton , Gordon B. Wood , Linda Kim , Danielle E. Rose , Greg Stewart O *Jornal do Conselho Americano de Medicina Familiar*, janeiro de 2018, 31 (1) 83-93; Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.01.170083> Acesso em 19 mar. 2024.
56. Allison A. Norful, Krystyna de Jacq, Richard Carlino, Lusine Poghosyan *The Annals of Family Medicine* May 2018, 16 (3) 250-256; DOI: 10.1370/afm.2230
57. Thomas Bodenheimer , Christine Sinsky Os *Anais da Medicina de Família* , novembro de 2014, 12 (6) 573-576; Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1713> Acesso em 11 mar. 2024.
58. Zarei, E.; Ahmadi, F.; Sial, M.S.; Hwang, J.; Thu, P.A.; Usman, S.M. Prevalence of Burnout among Primary Health Care Staff and Its Predictors: A Study in Iran. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 2249. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16122249> Acesso em 4 fev. 2024.
59. Račić, M., Virijević, A., Ivković, N., Joksimović, BN, Joksimović, VR, & Mijovic, B. (2019). Fadiga por compaixão e satisfação por compaixão entre médicos de família na República de Srpska, Bósnia e Herzegovina. *Jornal Internacional de Segurança Ocupacional e Ergonomia*, 25 (4), 630-637. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1440044> Acesso em 3 fev. 2024.

60. Youssef D, Youssef J, Abou-Abbas L, Kawtharani M, Hassan H. Prevalence and correlates of burnout among physicians in a developing country facing multi-layered crises: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2022 Jul 23;12(1):12615. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16095-5> Acesso em 3 mar. 2024. PMID: 35871153; PMCID: PMC9308770.
61. Montero-Marin J, Zubiaga F, Cereceda M, Piva Demarzo MM, Trenc P, Garcia-Campayo J. Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 2016 Jun 16;11(6):e0157499. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157499> Acesso em 8 mar. 2024. Erratum in: *PLoS One*. 2020 Apr 1;15(4):e0231370. PMID: 27310426; PMCID: PMC4911164.
62. Linzer M, Poplau S, Grossman E, Varkey A, Yale S, Williams E, Hicks L, Brown RL, Wallock J, Kohnhorst D, Barbouche M. A Cluster Randomized Trial of Interventions to Improve Work Conditions and Clinician Burnout in Primary Care: Results from the Healthy Work Place (HWP) Study. *J Gen Intern Med*. 2015 Aug;30(8):1105-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3235-4> Acesso em 19 fev. 2024. Epub 2015 Feb 28. PMID: 25724571; PMCID: PMC4510236.
63. Gregory ST, Menser T, Gregory BT. An Organizational Intervention to Reduce Physician Burnout. *J Healthc Manag*. 2018 Sep-Oct;63(5):338-352. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JHM-D-16-00037> Acesso em 19 mar. 2024. PMID: 30180032.
64. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804. PMID: 11032203.
65. GUSSO, G; LOPES, J. M.C., DIAS, L. C., organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p
66. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico [recurso eletrônico] / Moira Stewart [et al.] ; tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa ; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes - 3. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2017. e-PUB.*
67. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573-6. doi: 10.1370/afm.1713.
68. Linzer M, Poplau S, Grossman E, Varkey A, Yale S, Williams E, Hicks L, Brown RL, Wallock J, Kohnhorst D, Barbouche M. A Cluster Randomized Trial of Interventions to Improve Work Conditions and Clinician Burnout in Primary Care: Results from the Healthy Work Place (HWP) Study. *J Gen Intern Med*. 2015 Aug;30(8):1105-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3235-4> Acesso em 20 mar. 2024. Epub 2015 Feb 28. PMID: 25724571; PMCID: PMC4510236.
69. Reid RJ ,Coleman K ,Johnson EA ,e outros. A casa médica do Group Health no segundo ano: economia de custos, maior satisfação do paciente e menos desgaste para os prestadores. *Saúde Aff (Millwood)*. 2010; 29 (5): 835-843.

70. Norful AA, de Jacq K, Carlino R, Poghosyan L. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Ann Fam Med*. May 2018;16(3):250-256. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2230> Acesso em 21 mar. 2024.
71. Norful AA, He Y, Rosenfeld A, Abraham CM, Chang B. Revisiting Provider Communication to Support Team Cohesiveness: Implications for Practice, Provider Burnout, and Technology Application in Primary Care Settings. *Int J Clin Pract*. 2022 Jun 7;2022:9236681. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2022/9236681> Acesso em 1 mar. 2024. PMID: 35801142; PMCID: PMC9197664.
72. Dai M, Willard-Grace R, Knox M, et al. (2020) Team configurations, efficiency, and family physician burnout. *J Am Board Fam Med* 33 (3):368-377, Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.03.190336> Acesso em 19 mar. 2024. PMID:32430368.
73. Agana DF, Porter M, Hatch R, Rubin D, Carek P. Job Satisfaction Among Academic Family Physicians. *Fam Med*. 2017 Sep;49(8):622-625. PMID: 28953294.
74. Crawford PF 3rd, Rupert J, Jackson JT, Walkowski S, Ledford CJW. Relationship of Training in Acupuncture to Physician Burnout. *J Am Board Fam Med*. 2019 Mar-Apr;32(2):259-263. Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.02.180204> Acesso em 9 mar. 2024. PMID: 30850462.
75. Smith ML, Crowley M, Liese BS. Physician wellness: Managing stress and preventing burnout. *J Fam Pract*. 2023 May;72(4):172-178. Disponível em: <https://doi.org/10.12788/jfp.0592> Acesso em 1 fev. 2024. PMID: 37224542.
76. Bodenheimer T, Haq C, Lehmann W. Continuity and Access in the Era of Part-Time Practice. *Ann Fam Med*. 2018 Jul;16(4):359-360. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2267>. Acesso em 21 fev. 2024. PMID: 29987087; PMCID: PMC6037528.