

***Burnout* e a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: aspectos jurídico-sanitários em tempos de pandemia de COVID-19**

Burnout and patient safety in Primary Health Care: legal-sanitary aspects in times of the COVID-19 pandemic

Burnout y seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud: aspectos jurídico-sanitarios en tiempos de la pandemia del COVID-19

Waldemir de Albuquerque Costa¹

Natalia de Campos Carvalho²

Pedro Alexandre Barreto Coelho³

Karoline Medeiros Jacomel de Oliveira Silva⁴

Resumo

Objetivo: discutir os desafios para a construção de uma política pública de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira frente ao crescimento da síndrome de *burnout* entre seus profissionais. **Metodologia:** pesquisa bibliográfica e documental sobre a segurança do paciente e o *burnout* entre trabalhadores da APS utilizando o referencial dos direitos humanos e a matriz teórica de Maslach e Jackson. **Resultados:** o *burnout* possui implicações sanitárias severas nos profissionais da APS e repercute sobre o processo de trabalho das equipes, gerando prejuízos nas ações e estratégias de segurança do paciente. As políticas de segurança do paciente e de saúde do trabalhador no Brasil são dialógicas e complementares, mas mostram-se insuficientes para impactar o cenário do *burnout* na APS frente à estagnação e retrocessos vivenciados recentemente nesse nível de atenção. **Considerações finais:** a resposta institucional para a abordagem da síndrome de *burnout* na APS tem sido insatisfatória. Para além do arcabouço das políticas preexistentes, mostra-se urgente a realização de mudanças no financiamento da APS e no aporte de equipes multiprofissionais para a melhoria das condições de trabalho que, em última instância, refletem na segurança do paciente na rede primária.

Palavras-chave

Segurança do Paciente. Esgotamento Profissional. Atenção Primária à Saúde. COVID-19.

Abstract

Objective: to discuss the challenges of building public policy on patient safety in Brazilian primary health care (PHC) considering the increase in burnout syndrome among health professionals. **Methods:** bibliographic and documentary research on patient safety and burnout among PHC staff using Maslach and Jackson's human rights framework and theoretical matrix. **Results:** burnout has serious health consequences for PHC professionals

¹ Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil; médico, Estratégia Saúde da Família, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1128-2851>. E-mail: doutorwal@gmail.com

² Mestre em Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; consultora técnica, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6731-7462>. E-mail: natrmfc@gmail.com

³ Médico, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; médico, Estratégia Saúde da Família, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5610-1386>. E-mail: coelhopab@gmail.com

⁴ Graduada em Ciências Econômicas, Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná, Guarapuava, PR, Brasil; chefe de Seção Judiciária, Tribunal de Justiça de São Paulo, Santos, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9034-703X>. E-mail: karoline_jacomel@hotmail.com

and affects the work process of teams, damaging patient safety policies and strategies. Patient safety and worker health policies in Brazil are dialogic and complementary, but they are not sufficient to affect the burnout scenario in PHC, given the stagnation and setbacks that have recently been experienced at this level of care. **Conclusion:** the institutional response to dealing with burnout syndrome in PHC is unsatisfactory. In addition to the policy framework already in place, urgent changes are needed in PHC funding and in the contribution of multidisciplinary teams to improve working conditions, which will ultimately impact patient safety in the primary network.

Keywords

Patient Safety. Burnout. Primary Health Care. COVID-19.

Resumén

Objetivo: discutir los desafíos para la construcción de una política pública sobre seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud (APS) brasileña frente al crecimiento del síndrome de *burnout* entre sus profesionales. **Metodología:** investigación bibliográfica y documental sobre seguridad del paciente y *burnout* en trabajadores de la APS utilizando el marco de los derechos humanos y la matriz teórica de Maslach y Jackson. **Resultados:** el *burnout* tiene graves implicaciones para la salud de los profesionales de la APS y afecta el proceso de trabajo de los equipos, perjudicando las acciones y estrategias de seguridad del paciente. Las políticas de seguridad del paciente y salud del trabajador en Brasil son dialógicas y complementarias, pero insuficientes para impactar el escenario de burnout en la APS frente al estancamiento y retroceso experimentado recientemente en ese nivel de atención. **Consideraciones finales:** la respuesta institucional al abordaje del síndrome de *burnout* en APS ha sido insatisfactoria. Además del marco de política preexistente, es urgente realizar cambios en el financiamiento de la APS y en la contribución de los equipos multidisciplinarios para mejorar las condiciones de trabajo y que, en última instancia, reflejen la seguridad del paciente en la red primaria.

Palabras clave

Seguridad del Paciente. Agotamiento Profesional. Atención Primaria de Salud. COVID-19.

Introdução

A segurança do paciente, compreendida como a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde a um mínimo aceitável, tem se apresentado historicamente como um grave problema de saúde pública mundial (1). Segundo estudo de James (2), atualizando dados prévios do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), o número de mortes prematuras associadas a danos evitáveis decorrentes do cuidado hospitalar estaria estimado entre 210.000 e 400.000 americanos por ano. No Brasil, estudos com pacientes hospitalizados apontam para uma incidência 7,6% de eventos adversos (EA) – incidentes em saúde que resultam em dano ao paciente – dos quais 66,7% eram considerados evitáveis (3).

Dentre as iniciativas globais desenvolvidas nas últimas três décadas sobre esse tema destacam-se o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* (4), publicado em 1999 pelo IOM; e o programa *The World Alliance for Patient Safety* (5) e o grupo de trabalho

Safer Primary Care Expert Working Group (6) da Organização Mundial da Saúde (OMS), criados nos anos de 2004 e 2012. Essas ações alertaram a comunidade internacional para os riscos dos EA's sob uma perspectiva sistêmica, e não apenas individual, além de estimularem em diversos países o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para a segurança do paciente.

Apesar da repercussão global do tema, a OMS reconhece que a Atenção Primária à Saúde (APS), nível preferencial de atenção para o primeiro contato dos usuários dos sistemas de saúde, tem sido historicamente preterida em relação ao nível hospitalar nas investigações sobre a segurança do paciente (6). Além disso, existem lacunas importantes de conhecimento desse tema em países de renda baixa e média, sendo os principais estudos concentrados nos países de alta renda como EUA, Reino Unido, Nova Zelândia e Holanda (7,8). No sistema de saúde do Brasil, onde a APS se estrutura prioritariamente sob a forma da estratégia saúde da família (ESF), o debate sobre a segurança do paciente tem se desenvolvido de maneira tardia, embora avanços no campo acadêmico tenham sido observados na última década como a adaptação de questionário internacional de incidentes para o contexto brasileiro (9).

Revisões sistemáticas sobre a segurança do paciente na APS nos últimos 20 anos têm apontado para as falhas na comunicação (interprofissional e com o paciente) como o fator contribuinte mais frequente para EA's e os erros de medicamentos e de diagnósticos como os tipos mais comuns de EA (7,8,10). Questões relacionadas a erros de gerenciamento de recursos humanos na APS têm mostrado crescimento na literatura e contribuído para a ocorrência destes incidentes (7-10). Nesse escopo, surgem como temas recorrentes o trabalho excessivo dos profissionais da APS; a falta de funcionários, insumos e medicamentos; a pressão para diminuição do tempo de atendimento; e a falta de tempo para realização do registro adequado dos prontuários (8,10,11).

Uma das facetas mais emblemáticas desse processo é a síndrome de *burnout* – esgotamento físico e emocional resultante de estressores laborais crônicos (12). No Brasil, o *burnout* severo em profissionais da APS tem sido associado, dentre outros fatores, com a alta pressão assistencial; o trabalho em favelas, áreas de invasão e moradias coletivas; a ausência de suporte de equipe multiprofissional; e a disponibilidade de menos de um consultório por equipe nos serviços (12). Além desses elementos, tem causado preocupação o círculo vicioso de *depressão-violência* (13) no trabalho, quando profissionais com quadros depressivos intermediários/graves se tornam propensos a reagir de forma inadequada às queixas dos usuários que muitas vezes têm revidado com atitudes agressivas contra os

trabalhadores – insultos, ameaças, agressão física –, resultando na piora dos seus sintomas depressivos.

Estudos recentes realizados com enfermeiros e médicos da APS têm mostrado correlação negativa entre sobrecarga de trabalho e síndrome de *burnout* na qualidade dos atendimentos, segurança do paciente e cultura de segurança nos cuidados em saúde (14,15). Por isso, o desenvolvimento de políticas de melhoria das condições de trabalho e prevenção do *burnout* na APS mostra-se fundamental no debate sobre a segurança do paciente na atualidade (12,14,15).

A eclosão da pandemia de COVID-19, contudo, trouxe novos desafios para os sistemas de saúde e seus profissionais. No enfrentamento à doença, os trabalhadores da saúde se tornaram um grupo vulnerável pelo alto grau de exposição à COVID-19 em serviço (16,17). Além disso, o colapso das redes de saúde se refletiu num aumento vertiginoso da carga assistencial, na piora das condições de trabalho e, em muitos casos, na redução de recursos humanos com o crescimento do absenteísmo-doença entre os trabalhadores da saúde (18-20). Tal cenário colocou em xeque as políticas tradicionais de segurança do paciente, explodindo fatores contribuintes de incidentes e o risco de contaminação de profissionais e usuários nos serviços de saúde (18,19). Problemas de saúde mental entre trabalhadores de saúde ganharam proporções impensáveis e o *burnout* se tornou definitivamente um desafio para a gestão do trabalho e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (18,20), sobretudo numa projeção mundial pós-COVID-19 (19).

Diante dessa realidade, é trazida a seguinte pergunta de investigação: quais os desafios colocados para a construção de uma política pública de segurança do paciente na APS brasileira frente à relevância do *burnout* entre os trabalhadores de saúde? O tema desperta a revisão de questões sanitárias do *burnout* na segurança do paciente na APS e seu contexto jurídico no Brasil, levando em consideração os graves atravessamentos provocados pela pandemia de COVID-19.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental que buscou levantar e analisar publicações sobre a segurança do paciente e o *burnout* entre trabalhadores da APS, bem como leis, portarias e outras normativas governamentais sobre o tema no Brasil. Para tanto, foi utilizado o referencial teórico-normativo dos direitos humanos (21) na perspectiva da segurança do paciente como direito à vida e à saúde (22). E, na análise da realidade de trabalho da APS, utilizou-se a matriz teórica de Maslach e Jackson (23) no estudo e avaliação

da síndrome de *burnout* em trabalhadores, à semelhança de outras pesquisas nacionais já realizadas sobre o tema (12,24). A referência adotada é responsável pela sistematização do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), questionário de relevância mundial que aborda três dimensões fundamentais da síndrome de *burnout* – a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização profissional (23).

O artigo foi subdividido em duas partes: a primeira discutindo questões sanitárias sobre o *burnout* e a segurança do paciente na APS; e a segunda abordando os aspectos jurídicos do tema no Brasil e as perspectivas colocadas no contexto da COVID-19. Por fim, é realizada uma síntese sobre os desafios presentes diante dos direitos dos profissionais de saúde e usuários no país num cenário de crise política e subfinanciamento do setor.

Aspectos sanitários da síndrome de *burnout* na segurança do paciente na APS

A OMS, no escopo dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente (5), tem sugerido seis áreas prioritárias de atuação sobre esse tema para sistemas de saúde: identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação dos profissionais; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas. As metas foram escolhidas principalmente por sua relação de custo-efetividade – baixo investimento necessário para sua implantação e magnitude dos danos decorrentes da falta delas (5,6).

Dialogando com as estratégias da OMS, o nível primário de atenção se apresenta como campo privilegiado para a adoção dessas medidas pela importância de seus atributos *essenciais* nas redes de saúde – o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado (24). O acesso de primeiro contato deve ser prioritariamente acompanhado da qualidade do cuidado, do qual a segurança do paciente é um aspecto crítico e essencial. A coordenação do cuidado desenvolve questões diretamente ligadas à segurança, como o trabalho em equipe e a comunicação, além da transição do cuidado dos usuários entre profissionais e serviços de saúde. A longitudinalidade traz a tendência de se fornecerem diagnósticos e tratamentos mais objetivos e resolutivos, reduzindo os encaminhamentos desnecessários e a exposição a cascatas de dano nas transições pela rede de saúde. E a integralidade, por fim, ao abordar aspectos da promoção e da prevenção relaciona-se diretamente com a segurança do paciente, como na prevenção de EA's relacionados a intervenções indevidas (6).

Além desses, a APS ainda conta com os atributos *derivados* – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural – que contribuem na construção de vínculos e no trabalho de base territorial, imprescindíveis para uma visão mais ampliada da segurança entre famílias e comunidades (6).

Em contrapartida, a composição técnico-assistencial da APS, constituída essencialmente por tecnologias relacionais, torna esse nível de atenção bastante vulnerável a abalos e crises em seu corpo profissional (26). Cenários de grande instabilidade como os vivenciados durante a pandemia de COVID-19, com impacto direto sobre a sanidade física e psíquica de suas equipes, são capazes de reverberar como ondas negativas sobre os pontos mais sensíveis do processo de trabalho da APS e comprometer, em última instância, os mecanismos de segurança desse nível de atenção (20,27).

Segundo Mendes (26), o Brasil vive um processo de esgotamento do seu mais recente ciclo de APS (1994-2022), fruto de um crônico subfinanciamento que se soma a fragilidades políticas, ideológicas e institucionais não superadas nas últimas três décadas. A crise no setor vem se tornando mais dramática desde 2019, com a estagnação da cobertura da ESF, mantendo cerca de 1/3 da população do país descoberta da estratégia, acompanhada de hiatos importantes no custeio das equipes e de retrocessos no provimento médico na APS (28).

Mesmo antes do cenário pandêmico, a APS brasileira já enfrentava questões críticas na gestão do trabalho e cotidiano dos serviços, das quais o *burnout* se apresentava como evento-sentinela. Segundo estudo de Silva e colaboradores (12), o *burnout* severo já se encontrava presente em 11,4% das equipes da ESF de São Paulo, indicando falhas importantes de gerenciamento da APS. Em cidades de menor porte no Brasil, foram encontrados níveis alarmantes de exaustão grave (20,6%), de decepção com o trabalho (20,6%) e de despersonalização (28%) (24). Essas dimensões foram correlacionadas com a elevada carga de trabalho, negligência, absenteísmo, atitudes negativas no trabalho, intenção de sair e piora do estado de saúde mental, colocando em risco o meio de trabalho necessário para a segurança do paciente (12,24). Estudos utilizando o MBI em países de média e baixa renda apontaram para até 48% dos profissionais da APS com pelo menos uma das dimensões de *burnout* (29).

Em termos gerais, o *burnout* se apresenta como um transtorno psicossocial de 12 gradações, que vão desde a compulsão em demonstrar seu próprio valor e a incapacidade de se desligar do trabalho até o colapso físico e mental grave, com esvaziamento do sentido de vida (31). As principais manifestações clínicas da síndrome em trabalhadores da APS se

dão sob a forma de alterações psíquicas, como a lentidão do pensamento, dificuldade de concentração, prejuízo de memória, irritabilidade, esvaziamento emocional e outros sintomas ansiosos e depressivos (12,13,31). São frequentes também os sintomas físicos, como mialgias, fadiga refratária, cefaleia intensa, prejuízo do sono, disfunções digestivas, manifestações dermatológicas e agravamento de doenças crônicas preexistentes. Estágios graves da síndrome podem evoluir com depressão maior e ideação suicida. Nesses quadros, os profissionais expressam sentimentos de grande culpabilização individual e baixa compreensão sobre seu fenômeno sistêmico (12,13,31).

Com a evolução dos sintomas, o *burnout* passa também a impactar o processo de trabalho das equipes de ESF e comprometer o desempenho geral dos serviços. Uma das consequências mais prementes é o aumento do absenteísmo –doença que reduz consideravelmente o efetivo de profissionais nas linhas de frente da APS (13,32). Com a equipe reduzida, a carga assistencial se torna proporcionalmente maior sobre os trabalhadores remanescentes, aumentando o risco de adoecimentos em cadeia. Além disso, o primeiro afastamento se torna um forte preditor para licenças consecutivas (32). Em diversos municípios brasileiros, entraves jurídicos e orçamentários limitam a contratação em curto prazo de profissionais para reposição das equipes, prolongando o desgaste dos demais trabalhadores que permanecem nesses serviços (32).

Uma segunda expressão do *burnout* sobre as equipes da ESF se dá na piora da qualidade das relações entre colegas de trabalho e no aumento dos conflitos interpessoais nos serviços (12). Conexões fundamentais como o apoio lateral, o compartilhamento de casos clínicos e a construção de projetos terapêuticos singulares passam a ser prejudicados e, com isso, comprometem as práticas e as estratégias preventivas de segurança na APS (8,14,15). Entre as iniciativas mais afetadas, cabe destaque para a identificação precoce, notificação, análise em grupo e divulgação interpares de EA's ocorridos no ambiente de trabalho (6,8).

Em revisão sistemática sobre o *burnout* durante a pandemia de COVID-19, apontou-se para o aumento mundial da prevalência da síndrome em profissionais de saúde tanto durante quanto após os períodos de pico da doença (30). Os trabalhadores de países que adotaram medidas mais rígidas de isolamento social evoluíram, ainda, com níveis mais graves de despersonalização e decepção com o trabalho (30). Além da elevada ameaça de contaminação pela COVID-19 nos serviços, o crescimento da apatia, do distanciamento afetivo e da perda de concentração dos profissionais no período tem aumentado o risco da ocorrência de EA's na APS (20,30).

Em síntese, a literatura nacional e internacional vem alertando para os perigos da síndrome de *burnout* em profissionais da APS e seu prejuízo sobre recursos de trabalho essenciais para a segurança do paciente. Segue-se, no tópico seguinte, a discussão sobre o contexto jurídico do tema e os desafios para a efetivação das políticas relacionadas no Brasil.

Aspectos jurídicos e perspectivas sobre a segurança do paciente e o trabalho na APS

No Brasil, apesar da existência de normativas prévias sobre a segurança do paciente, a matéria só deixa de ser tratada de forma esparsa e passa a ser inserida como prioridade na agenda nacional a partir da publicação da Portaria MS/GM nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (33). A portaria tem como objetivo qualificar serviços de saúde em todo o país na temática da segurança do paciente através de cinco frentes prioritárias: promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente, sobretudo com a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino das profissões de saúde (33).

Para viabilizar os objetivos da PNSP, o Ministério da Saúde (MS) criou o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) com a participação de representantes de diversos segmentos do setor saúde e sob a liderança da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Desde então, o MS já produziu seis protocolos de referência para profissionais de saúde (prevenção de quedas; identificação do paciente; segurança no uso de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos e úlcera por pressão) e tem realizado diversas ações de comunicação e treinamentos com trabalhadores de todo o país. Além disso, já foram implantados quase 6.000 NSP's em serviços públicos e privados de saúde nos três níveis de atenção (34).

O MS conta ainda com o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), que permite o monitoramento, a análise e a investigação de EA's e queixas técnicas relacionadas à assistência em saúde (34).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), principal normativa para a organização do trabalho na APS brasileira, também aborda o tema da segurança do paciente incluindo-o entre as atribuições das equipes da ESF e dos gerentes das unidades de saúde (35).

Contudo, o advento da pandemia de COVID-19 trouxe para o país, entre outros aprendizados, a percepção de que o arcabouço da PNSP e da PNAB não se mostrou suficiente para a concretização da segurança do paciente no nível primário de atenção (19). O *burnout*, que já se mostrava relevante na APS brasileira, passa a ser um elemento central no cotidiano dos serviços durante a pandemia e necessita ser debatido para além das estratégias de responsabilização dos profissionais (18).

Em termos gerais, a segurança do paciente e a saúde do trabalhador da APS são matérias dialógicas e complementares e que visam, em última instância, a qualidade dos serviços e a proteção da saúde da população. Nesse sentido, a segurança dos usuários passa, necessariamente, pela garantia de condições saudáveis e seguras de trabalho para os profissionais de saúde que se encontram, atualmente, bastante fragilizados (17).

No Brasil, a segurança do trabalho é abordada na Constituição Federal de 1988 por meio da instituição do direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho (Art. 7º, Inc. XXII) (36). Além disso, o país é signatário de acordos internacionais voltados para o reconhecimento do direito a condições de trabalho justas e favoráveis, o que inclui a realidade dos trabalhadores da saúde (17).

Durante a pandemia, ganharam destaque as normativas direcionadas ao fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) nos serviços de saúde (17,19). O tema foi abordado na Lei nº 13.979/2020 (Lei de enfrentamento à COVID-19), em documentos da ANVISA (Resoluções de Diretoria Colegiada nº 349 e 356 e Nota Técnica 04/2020) e no Parecer Técnico nº 128/2020 do Conselho Nacional de Saúde, além da legislação trabalhista sobre EPI's, como o artigo 166 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e sua Norma Regulamentadora nº6 (NR6) (17).

No mesmo período foram mobilizados vultosos recursos da União, estados e municípios para o incremento da rede terciária de atenção do país, com custeio federal e habilitação de novos leitos de terapia intensiva, construção de hospitais de campanha e aquisição de ventiladores mecânicos, além de outros equipamentos. Em paralelo, a APS brasileira passou por mudanças em sua política de financiamento a partir da Portaria MS/GM nº 2.979/2019 que, com a chegada da pandemia, se mostraram prejudiciais ao custeio de grande parte dos serviços primários do país (28,37).

O novo modelo de alocação de recursos do MS substituiu os valores repassados pelo Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e pelas transferências mensais por habilitação das equipes da ESF, dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e dos gerentes de APS colocando, em seu lugar, repasses fundo a fundo nas modalidades de capitação

ponderada, pagamento por desempenho e incentivos para ações estratégicas. a capitação ponderada, maior componente de recursos da nova política (52%), passou a focar no cadastro de *peessoas/usuários* em detrimento da universalidade do sistema. Com isso, dificuldades no processo de cadastramento e restrições de alcance dos critérios de ponderação, agravados com as restrições da pandemia, significaram perdas de recursos para inúmeros municípios, a exemplo das cidades de São Paulo e Brasília (28,37).

Além da nova portaria, mudanças no custeio de equipes da ESF introduzidas pela PNAB de 2017 (introduzindo modelos concorrentes de APS e brechas no custeio dos agentes comunitários de saúde) e o congelamento de recursos instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), que representou perdas estimadas em R\$ 22,5 bilhões para a pasta da saúde, tiveram repercussões significativas no financiamento da APS nos últimos anos (28,37).

De modo sintético, a APS brasileira, que já passava por um período prolongado de subfinanciamento, teve de enfrentar todos os desafios impostos pela COVID-19 sem um aporte proporcional de recursos e chegando, em alguns casos, a resultar concretamente em perdas orçamentárias (28,37).

Por outro lado, no cotidiano dos serviços de APS, foram visíveis a superlotação das unidades de saúde e a ocorrência de incidentes, como erros na aplicação de vacinas, em diagnósticos e na prescrição de medicamentos, ligados a profissionais esgotados física e emocionalmente durante a pandemia (18,19). Médicos da APS da cidade de São Paulo chegaram a realizar paralisação das atividades e ameaçaram entrar em greve pela contratação de mais equipes da ESF, melhoria das condições de trabalho e pagamento das horas extras (38). Movimentos semelhantes chegaram a ser vistos em outras cidades do país.

Essas questões indicam que a garantia de condições seguras e saudáveis de trabalho na APS não poderão ser resolvidas somente com a oferta regular de EPI's ou com a construção de hospitais de campanha, mas passa por uma gestão do trabalho atenta aos desfalques das equipes já presentes no país, acentuados posteriormente com a pandemia (19). Fatores contribuintes de *burnout* na APS, como a alta pressão assistencial e a ausência de suporte de equipe multiprofissional, não estão sendo confrontados em nível nacional nem priorizados no repertório político de grande parte dos municípios brasileiros. O *burnout* na APS, assim, tem sinalizado para discussões sobre a segurança do paciente que atravessam a esfera da segurança do trabalho e do financiamento da rede primária numa agenda premente e inadiável (18,19,37).

Considerações finais

A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), bastante discutida em nível nacional e internacional, tem enfrentado desafios importantes diante do crescimento da síndrome de *burnout* entre os profissionais de saúde de todo o mundo.

A pandemia de COVID-19, por sua vez, colocou em xeque as políticas de segurança do trabalho no Brasil e demonstrou, em termos práticos, como a resposta institucional do país tem abordado de forma insatisfatória os preditores de *burnout* na APS. A rede primária brasileira, que já observava um cenário de estagnação e retrocessos, carece urgentemente de mudanças em seus mecanismos de financiamento e no aporte adequado de equipes multiprofissionais. São passos necessários para a recuperação da APS do país na projeção de uma realidade pós-COVID-19.

Cabe ainda mencionar que os serviços de APS da rede suplementar brasileira também passam por questões críticas em seu cotidiano assistencial (39, 40) e, com isso, necessitam de políticas mais incisivas de combate à precarização do trabalho para além do cenário da pandemia.

Por fim, destaca-se a importância do processo eleitoral de 2022, que pode ser decisivo na reversão de *operacionalismos e improvisos* (36) na política de saúde do país, trazendo para o repertório dos governantes a relevância do enfrentamento do *burnout* na APS. Portanto, o futuro pode ser ainda mais nebuloso para os profissionais e a população brasileira.

Referências

1. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. v 1.1. Final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. James JT. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *J Patient Saf* [Internet]. 2013 [citado em 29 abr. 2022];9(3):122-128. doi: <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182948a69>
3. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):279-84.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 1999.
5. World Health Organization. *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. Geneva: World Health Organization; 2005.

6. World Health Organization. The Safer Primary Care Expert Working Group. Safer Primary Care: a global challenge. Summary of inaugural meeting. Geneva: World Health Organization; 2012.
7. Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(9):1-21, set, 2014.
8. Al Lawati MH, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Family Practice* [Internet]. 2018 [citado em 29 abr. 2022];19:104. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
9. Marchon SG, Mendes Junior WV. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado em 29 abr. 2022]; 31(7):1395-1402. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00157214>
10. Panesar SS, Silva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 [citado em 29 abr. 2022];25:544-553. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>
11. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018 [citado em 29 abr. 2022];178(10):1317-1330. doi: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
12. Silva ATC, Lopes CS, Susser E, Coutinho LMS, Germani ACCG, Menezes PR. Burnout among primary health care workers in Brazil: results of a multilevel analysis. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. Nov. 2021 [citado em 29 abr. 2022]; 94(8):1863-1875. doi: <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01709-8>
13. Silva ATC, Peres MFT, Lopes CDS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015 [citado em 29 abr. 2022];50:1347–1355. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1039-9>
14. Hall LH, Johnson J, Watt I, O'Connor DB. Association of GP wellbeing and burnout with patient safety in UK primary care: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2019 [citado em 29 abr. 2022];69(684):e507-e514. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702713>
15. Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare* [Internet]. 2020 [citado em 29 abr. 2022];8(1):12. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare8010012>
16. Correia RF, Costa ACC, Moore DCBC, Gomes Junior SC, Oliveira MPC, Zuma MCC, et al. SARS-CoV-2 seroprevalence and social inequalities in different subgroups of healthcare workers in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet Regional Health – Americas* [Internet]. 2022 [citado em 29 abr. 2022];7:100170. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100170>

17. Barroso A, Minchetti D, Albuquerque A. Nota sobre o direito do profissional de saúde ao trabalho em condições saudáveis e seguras e a COVID. Grupo Técnico Jurídico - Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP). 2020. (Nota técnica).
18. Fundação Oswaldo Cruz. Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil - dados preliminares [Internet]. Rio de Janeiro: ENSP, CEE, FIOCRUZ. 2020/2021 [citado em 23 abr. 2022]. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/19773448bec7bce61f34c194c01bb169.PDF>
19. Machado MH, Wermelinger M, Machado AV, Vargas FL, Pereira EJ, Aguiar Filho W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML (Orgs.). Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz; 2022. p. 283-295.
20. Fournier JP, Amélineau JP, Hild S, Nguyen-Soenen J, Daviot A, Simonneau B, et al. Patient-safety incidents during COVID-19 health crisis in France: an exploratory sequential multi-method study in primary care. Eur J Gen Pract [Internet]. 2021 [citado em 29 abr. 2022];27(1),142-151. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.1945029>
21. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos (217 [III] A). Assembleia Geral das Nações Unidas. Paris; 1948.
22. Albuquerque A. A segurança do paciente à luz do referencial dos direitos humanos. R. Dir. sanit [Internet]. 2016 [citado em 29 abr. 2022];17(2):117-137. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i2p117-137>
23. Maslach C, Jackson S. Maslach burnout inventory, manual. Consulting Psychologists Press. Palo Alto; 1999.
24. Martins LF, Laport TJ, Menezes VDP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 [citado em 29 abr. 2022];19:4739–4750. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>
25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
26. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
27. Gray R, Sanders C. A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom. J Interprof Care [Internet]. 2020 [citado em 29 abr. 2022];34(5):672-678. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1823948>
28. Massuda A, Malik AM, Lotta G, Siqueira M, Tasca R, Rocha R. Brazil's Primary Health Care Financing: Case Study. Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care. Working Paper No. 1. 2022.

29. Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR, Ratcliffe H, Veillard J, Martin G, et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Res* [Internet]. 11 jun. 2018 [citado em 29 abr. 2022];2:4. doi: <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12779.3>
30. Silva JAM, Silva LEO, Araújo YL, Bottacin WE, Souza TT, Reis WCT. Burnout prevalence in health professionals facing Covid-19: a systematic review. *Res., Soc. Dev* [Internet]. 2021 [citado em 29 abr. 2022];10(16):e167101623591. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23591>
31. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-65 1974.
32. Souza WL, Nascimento CCN, Oliveira GB, Melo JEA, Fireman EF. Conhecimento publicado acerca do absenteísmo relacionado à Síndrome de Bournout com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *CBioS*. 2013;1(2):121-34.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2013 [citado em 29 abr. 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
34. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ações de Implantação do PNSP [Internet]. [citado em 29 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2017 [citado em 29 abr. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
36. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico; 1988.
37. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2022 [citado em 29 abr. 2022];38(2):e00164621. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
38. Collucci C. Com equipes desfalcadas pela Covid, médicos ameaçam greve em São Paulo. *Folha de S. Paulo* [Internet]. 12 jan. 2022 [citado em 29 abr. 2022]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/01/com-equipes-desfalcadas-pela-covid-medicos-ameacam-greve-em-sao-paulo.shtml>
39. Souza DO, Abagaro CP. A uberização do trabalho em saúde: expansão no contexto da pandemia de Covid-19. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. Jan. 2021 [citado em 29 abr. 2022];19:e00328160. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00328>

40. Lisboa AS. A inserção da Medicina de Família e Comunidade em empresas de planos privados de saúde no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva; 2020.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram com a concepção, elaboração, redação, revisão e aprovação do artigo.

Submetido em: 01/05/22
Aprovado em: 22/08/22

Como citar este artigo

Costa WA, Carvalho NC, Coelho PAB, Silva KMJO. *Burnout* e a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: aspectos jurídico-sanitários em tempos de pandemia de COVID-19. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2022 jul./set.;11(3): 133-147

<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i3.934>



License CC Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International