

GESTÃO EM SAÚDE NO BINÔMIO INCREMENTO DE QUALIDADE – SAÚDE OCUPACIONAL DO PROFISSIONAL

DANILO AUGUSTO BLANCO DOS SANTOS

Médico, Mestre pelo Curso de Psicanálise e Saúde Mental da FATECBA, especialista em Psiquiatria pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSC-SP, drdaniloblanco@gmail.com, (Autor)

RESUMO

A Síndrome de Burnout e a Depressão atingem profissionais de diversas áreas, em especial a área da saúde, ao redor do mundo. A pesquisa objetivou aplicar dois testes, Maslach Burnout Inventory e Patient Health Questionnaire-9, em uma população de profissionais de saúde em duas Unidades de Pronto Atendimento, na cidade de Jacareí, afim de identificar a incidência das duas patologias e compará-las a epidemiologia geral e a epidemiologia dentro da população de profissionais de saúde, identificando dessa forma o clima do ambiente laboral destas unidades. Os resultados encontrados revelaram que as unidades têm incidência inferior a outros serviços de prestação de saúde. Discute-se então a eficiência dos programas de saúde do trabalhador implantados em relação a sua eficiência e verifica-se a necessidade de investigação em relação a baixa realização profissional em profissionais de saúde.

Palavras chave: Profissional de Saúde; Saúde Laboral; Burnout; Depressão; Gestão de Saúde.

ABSTRACT

Burnout Syndrome and Depression affect professionals from different areas, especially the health area, around the world. The research aimed to apply two tests, Maslach Burnout Inventory and Patient Health Questionnaire-9, in a population of health professionals in two Emergency Care Units, in the city of Jacareí, in order to identify the incidence of the two pathologies and compare them to epidemiology general and epidemiology within the population of health professionals, thus identifying the climate of the working environment of these units. The results found revealed that the units have a lower incidence than other health services. The efficiency of the implemented worker's

health programs in relation to their efficiency is then discussed, and there is a need for investigation in relation to the low professional fulfillment in health professionals.

Key words: Healthcare professional; Occupational Health; Burnout; Depression; Health Management.

INTRODUÇÃO

A Revolução Industrial desencadeou transformações radicais na forma de produzir e de viver das pessoas e, conseqüentemente, deu novo impulso à Saúde Ocupacional ou Medicina do Trabalho. Desde então, acompanhando as mudanças e exigências dos processos produtivos e dos movimentos sociais, suas práticas têm se transformado, incorporando novos enfoques e instrumentos de trabalho, em uma perspectiva interdisciplinar, delimitando o campo da Saúde Ocupacional e, mais recentemente, da Saúde dos Trabalhadores. No Brasil, esse desenvolvimento ocorreu tardiamente e reproduziu o processo dos países do Primeiro Mundo.⁹

Nos últimos anos a relação entre estresse ocupacional e saúde mental dos trabalhadores tem sido pesquisada em virtude dos níveis alarmantes de incapacidade temporária, absenteísmo, aposentadorias precoces e riscos à saúde associados à atividade profissional.¹ Segundo o Ministério da Previdência Social, doenças motivadas por fatores de riscos ergonômicos – tais como má postura e esforços repetitivos – e sobrecarga mental têm sido as principais causas de afastamento do trabalho.²

As inovações tecnológicas e organizacionais traduziram-se basicamente, na última década, pela implantação de Programas de Qualidade Total, que trazem em sua concepção mudanças na qualificação dos trabalhadores e exigem uma crescente intervenção desses nos processos produtivos. Estas mudanças pressupõem uma maior participação e envolvimento dos trabalhadores, necessitando da sua própria identificação com os objetivos da empresa. A pressão da modernidade pela qualidade que atinge toda a sociedade pressiona, por sua vez, também os trabalhadores, gerando no limite conseqüências para sua saúde física e mental.¹⁰

Países como China, Alemanha e Estados Unidos têm divulgado suas experiências ao enfrentamento da saúde mental dos profissionais de saúde oferecendo um panorama relacionado ao sofrimento psíquico daqueles que estão na linha de frente do atendimento. É inevitável que os profissionais da saúde, atuantes incansavelmente na linha de frente, estejam mais vulneráveis a questões emocionais, pois lidam também com seus sentimentos de impotência, fracasso, estresse pelas condições e sobrecarga de trabalho.¹²

Os transtornos mentais são a terceira principal causa de concessão de benefício previdenciário por incapacidade no Brasil. A exposição ocupacional a estressores psicossociais pode comprometer a saúde mental dos

trabalhadores. Uma publicação conjunta da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciou para a relevância da relação entre fatores psicossociais no trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores. Condições de exposição crônica a estressores psicossociais desfavoráveis no trabalho estão associadas a queixas psicossomáticas, sintomas psiquiátricos e mudanças no bem-estar. Dificuldades em esclarecer o nexos causal entre doença mental e estressores ocupacionais ocorrem pela falta de padronização de protocolos para abordagem dos diversos fatores de risco.¹¹

Os profissionais de saúde são suscetíveis a desenvolver transtornos mentais, como Depressão e Síndrome de Burnout, visto que cotidianamente lidam com intensas emoções — sofrimento, medo, morte, sexualidade —, sendo vulneráveis a um alto grau de estresse, bem como a uma crescente exaustão física e psicológica.¹³

A depressão é uma emoção universalmente vivenciada por as pessoas em algum período de suas vidas. Distinguir a emoção “normal” da depressão, da doença que demanda tratamento médico é, frequentemente, problemático para aqueles que não têm formação nas ciências da saúde mental. Estigmas e desinformação em nossa cultura criam concepções populares equivocadas e disseminadas de que uma doença mental como a depressão, não é doença, mas sim, deficiência de caráter que pode ser superada através do esforço³

Define-se o transtorno depressivo como um processo marcado pela lentificação dos processos psíquicos, redução de energia, anedonia, humor depressivo e/ou irritável, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, pensamentos negativos e desesperança. A gravidade e frequência dos sintomas variam entre os indivíduos.⁸

Em contrapartida, a Síndrome de Burnout caracteriza-se pela exaustão emocional, desrealização profissional e despersonalização, nos trabalhadores que sentem que já não têm condições de realizar com a mesma energia uma mesma função desempenhada como era realizada anteriormente.⁵

A despersonalização caracteriza por instabilidade emocional, que faz com que o profissional trate pacientes e colegas de organização de maneira desumanizada. A baixa realização profissional é caracterizada por uma tendência do trabalhador a autoavaliar-se de forma negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional. A Síndrome de Burnout é um evento psicossocial ligado diretamente à situação laboral, em que o

sujeito perde sua realização pessoal em virtude da sua rotina ou ambiente de trabalho. A atividade produtiva não se desenvolve de forma individual, mas sim num contexto social, em que deve haver o equilíbrio da saúde mental individual e coletiva.⁴

Identificar e avaliar uma determinada população com atividade laboral em prestação de serviços de saúde sobre sua saúde mental é uma ferramenta que nos permite uma leitura direta do ambiente de trabalho, afim avaliar as estratégias de saúde laboral implementadas, além de embasar a formulação de novas estratégias e intervenções que incrementem a qualidade de vida do trabalhador, e por conseguinte, a qualidade do serviço de saúde prestado.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional transversal, cuja população-alvo incluiu os funcionários da saúde de duas unidades de Saúde do município de Jacareí, estado de São Paulo: Unidade de Pronto Atendimento Dr. Thelmo de Almeida Cruz (UPA) e Unidade de Retaguarda Covid-19 (URC). As unidades foram escolhidas devido à facilidade de acesso a elas e por serem gerenciadas pela Sociedade Beneficente Caminho de Damasco (SBCD), uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, reconhecida como de utilidade pública municipal e federal e detentora de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS), além de ser parceira da Secretaria Municipal de Saúde.

Foram considerados elegíveis todos os agentes de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e farmacêuticos, atuantes há pelo menos seis meses nas unidades, em junho de 2021. Entre 352 (UPA: 42 médicos, 38 enfermeiros, 85 técnicos de enfermagem e 13 farmacêuticos; URC: 27 médicos; 39 enfermeiros, 98 técnicos de enfermagem e 10 farmacêuticos) indivíduos elegíveis, houveram 12 recusas (0,034%) de participação no estudo.

As unidades estudadas possuem características homogêneas quanto tipo inicial de atendimento prestado, uma vez que ambas trabalhavam em regime de pronto atendimento.

A UPA conta com 178 funcionários assistenciais de saúde que são instrumentos disponíveis diretos a população para prestar assistência adequada em situações de urgência e emergência de complexidade intermediária entre a rede básica de saúde (unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família) e os serviços hospitalares.

Em contrapartida, A URC conta com 174 funcionários assistenciais de saúde e as mesmas atribuições de atendimento da UPA, entretanto, esse atendimento em virtude da pandemia COVID-19, é prestado exclusivamente a pacientes com sintomas respiratórios, ou casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2.

Os seguintes questionários foram utilizados:

1. Maslach Burnout Inventory (MBI)

O MBI avalia a forma como o trabalhador vivencia seu meio de trabalho, tem seu método de avaliação a partir de três dimensões exaustão emocional, realização profissional e despersonalização. Ele avalia índices de Burnout de acordo com os escores de cada dimensão, sendo que altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional indicam alto nível de Burnout. Devemos reforçar a importância de avaliar o MBI como um constructo tridimensional, ou seja, as três dimensões devem ser avaliadas e consideradas, a fim de manter sua perspectiva de síndrome.⁵ O teste é composto por 22 questões (Quadro 1) que identificam características das dimensões que compõem a síndrome. Tais questões devem ser pontuadas seguindo uma escala do tipo Likert, com variação de 1 a 7, sendo: 1: nunca; 2: uma vez ao ano ou menos; 3: uma vez ao mês ou menos; 4: algumas vezes no mês; 5: uma vez por semana; 6: algumas vezes por semana;

todos os dias. Para o diagnóstico de burnout, deve-se obter classificação alta nas questões voltadas para exaustão emocional (> 25 pontos), alta para despersonalização (> 8 pontos) e baixa para realização profissional (< 34 pontos). Entretanto, é válido lembrar que as tabelas e o método de avaliação das pontuações podem sofrer pequenas variações.¹⁴

Quadro 1- Variáveis do MBI

1. Sinto-me emocionalmente esgotado (a) com o meu trabalho.
2. Sinto-me esgotado (a) no final de um dia de trabalho.
3. Sinto-me cansado (a) quando me levanto pela manhã e preciso encarar outro dia de trabalho.
4. Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.
5. Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos.
6. Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.
7. Lido eficazmente com o problema das pessoas.

8. Meu trabalho deixa-me exausto (a).
9. Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.
10. Tenho me tornado mais insensível com as pessoas.
11. Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.
12. Sinto-me com muita vitalidade.
13. Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho.
14. Creio que estou trabalhando em demasia.
15. Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.
16. Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.
18. Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.
19. Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.
20. Sinto-me no limite de minhas possibilidades.
21. Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.
22. Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas.

Fonte: Maslach Burnout Inventory

As questões voltadas para Exaustão Emocional compreendem 9 itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), para a Despersonalização 5 itens (5, 10, 11, 15 e 22) e para a baixa Realização Pessoal 8 itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

2. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9):

O PHQ-9 caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação relativamente rápido. O teste é composto por 09 questões (Quadro 2) que identificam características típicas do Transtorno Depressivo. Tais questões devem ser pontuadas levando em consideração os últimos 15 dias e seguindo uma escala do tipo Likert, com variação de 0 a 3, sendo: 0: nunca; 1: vários dias; 2: mais da metade dos dias; 3: quase todos os dias. Sendo o score avaliada da seguinte forma: 1-4, Depressão Mínima; 5-9, Depressão Leve; 10-14, Depressão Moderada; 15-19, Depressão Moderadamente Grave; 20-21, Depressão Grave⁶. O teste é um instrumento válido para ser usado no rastreamento de episódio depressivo maior em estudos epidemiológicos, entretanto ele apenas aponta os indivíduos em maior risco de estar apresentando episódio depressivo maior. O diagnóstico definitivo da doença somente poderá ser firmado através da consulta com profissionais de saúde mental. Trata-se de um teste simples, rápido, que pode ser aplicado por entrevistadores treinados.⁷ O teste foi aplicado por nos entrevistados por médico psiquiatra. Os

entrevistados com depressão mínima não serão considerados como portadores de transtorno depressivo.

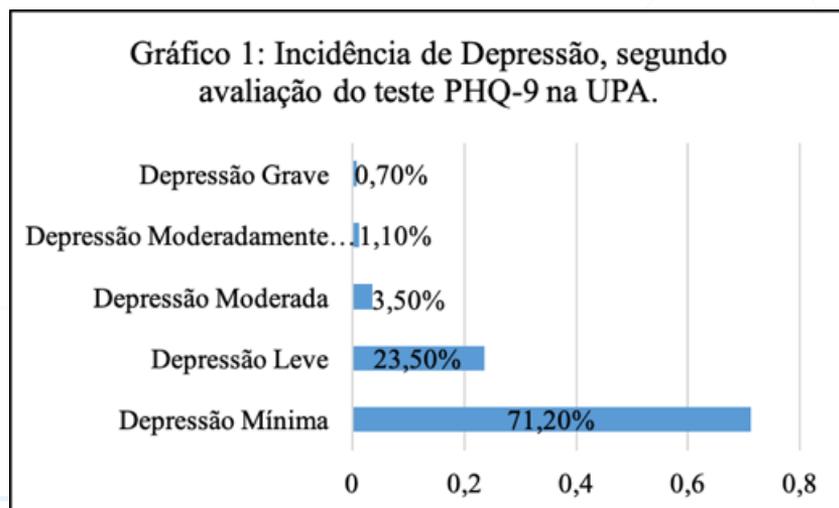
Quadro 2 - Variáveis do PHQ-9

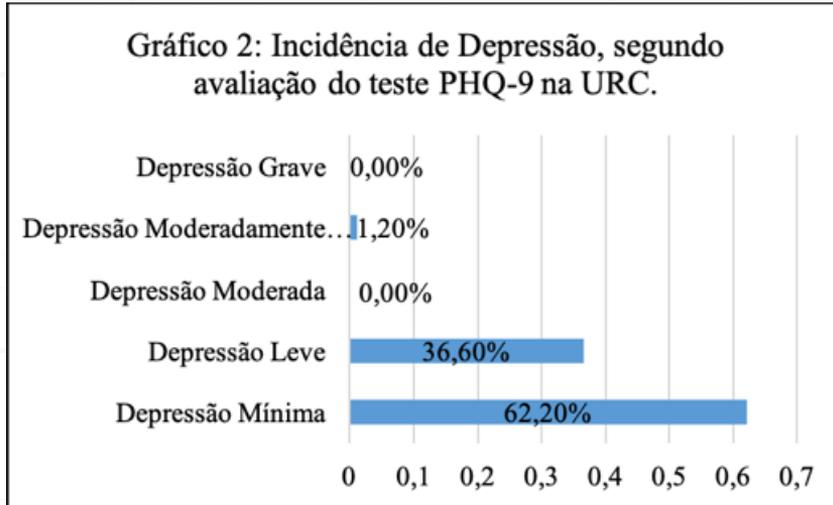
2. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas
3. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva
4. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume
5. Se sentir cansado/a ou com pouca energia
6. Falta de apetite ou comendo demais
7. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a
8. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão
9. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume
10. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a

Fonte: Patient Health Questionnaire-9

RESULTADOS

Os dados foram divididos de acordo com a unidade onde foram coletados a fim análise sobre a possível divergência entre unidades administradas pela mesma empresa e com as mesmas políticas.





Em relação ao teste PHQ-9 aplicado, ao analisar os dados obtemos informações de que na UPA, onde trabalham 178 funcionários assistenciais de saúde, a incidência de Depressão Mínima que corresponde a inexistência de sintomas depressivos é de 71,2%, enquanto os índices de Depressão leve e Depressão Moderada correspondem, respectivamente, a 23,5% e 3,5% (Gráfico 1). Em contrapartida os dados coletados na URC, onde trabalham 178 funcionários assistenciais de saúde, revelam uma incidência de Depressão Mínima de 62,2%, Leve de 32,2% e Moderadamente Grave de 1,2% (Gráfico 2).

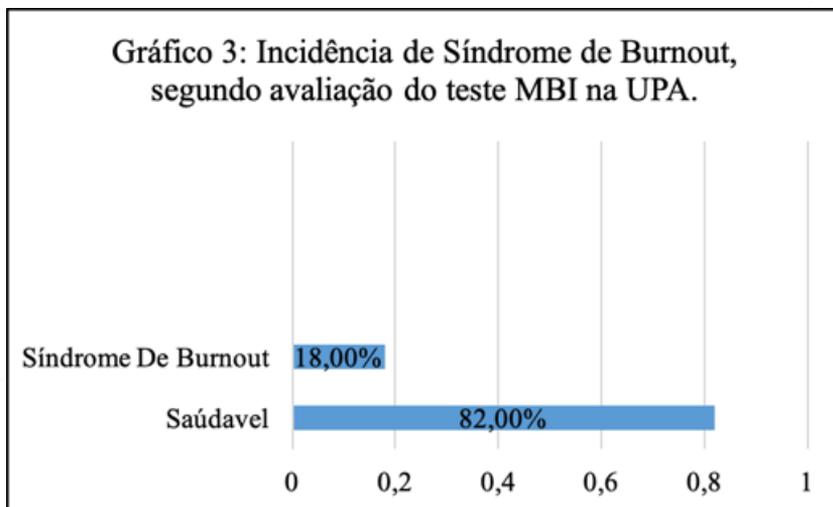
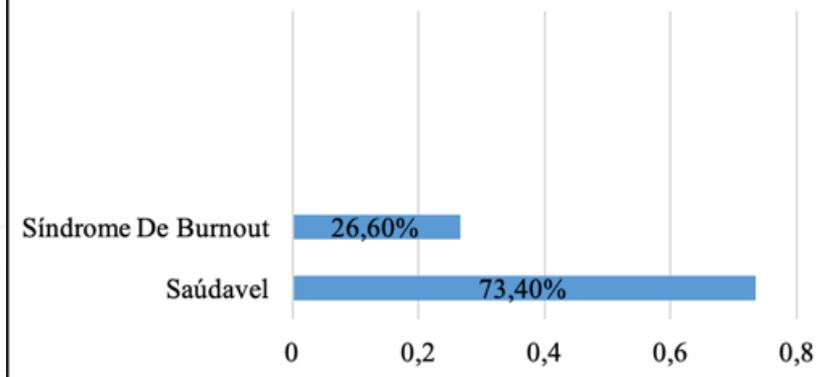
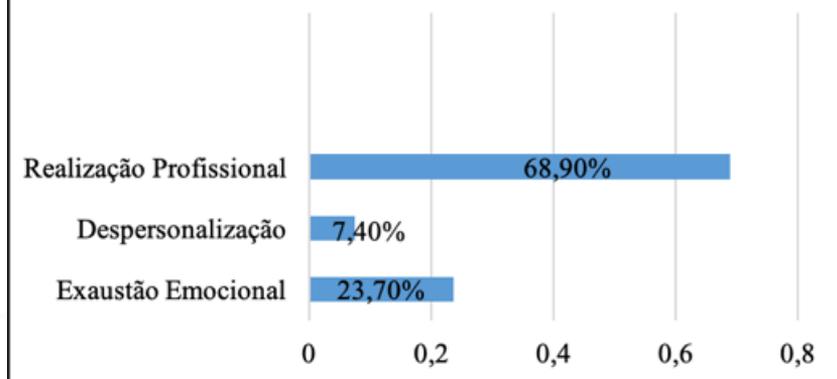


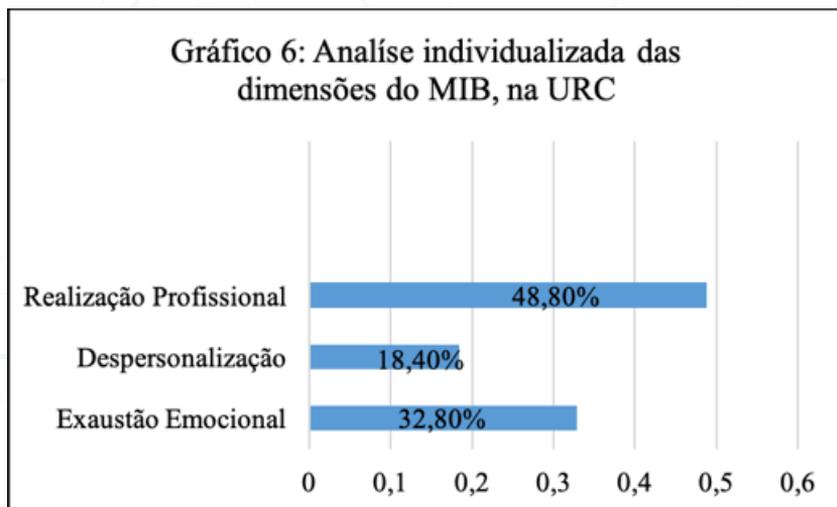
Gráfico 4: Incidência de Síndrome de Burnout, segundo avaliação do teste MBI na URC.



Os resultados obtidos pelo teste MIB aplicado foram destrinchado em duas formas de análise. Na primeira os resultados foram divididos entre saúdável *versus* portador da Síndrome Burnout, sendo na UPA a incidência de 18% (Gráfico 3) da síndrome, enquanto da URC, esta incidência foi de 26,6% (Gráfico 4).

Gráfico 5: Análise individualizada das dimensões do MIB, na UPA





Na segunda forma de análise do teste MIB, os dados foram apresentados levando em conta as três dimensões abordadas pelo mesmo. Na UPA, 69% dos profissionais se consideram realizados profissionalmente, 23,5 % apresentam sinais de exaustão emocional e 7,4% tem sinais de despersonalização (Gráfico 5). Em contrapartida, na URC, 48,8% dos profissionais se consideram realizados profissionalmente, 32,8 % apresentam sinais de exaustão emocional e 18,4% tem sinais de despersonalização (Gráfico 6).

DISCUSSÃO

O estudo realizado revalida a ideia de PAIANO (2020) sobre a necessidade de desenvolver estratégias que considerem todos os fatores da vida laboral, especialmente a carga de trabalho por longas horas, ausência de descanso, a fim de evitar o desgaste emocional dos trabalhadores. Além de estratégias locais, no cenário da assistência à saúde, os gestores devem seguir as recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e proporcionar um ambiente de trabalho seguro para que os profissionais exerçam suas atividades com qualidade e com sua saúde mental preservada, levando em conta que cada pessoa, país e cultura reage de forma diferente diante da doença.¹⁵

Em relação à epidemiologia geral, a Depressão prevalece em cerca de 15% a 25% das mulheres e 5% a 12% em homens, independentemente do tipo de etnia, nível de escolaridade, aspectos econômicos ou estado civil.¹⁶ Ao analisar os dois serviços de saúde temos uma incidência de 28,8% (UPA) e 37,8% (URC), números que superam a epidemiologia comunitária.

Em relação a epidemiologia da Síndrome de Burnout, uma pesquisa realizada pela International Stress Management Association (Isma-BR) em 2018 calcula que 32% dos trabalhadores no país padecem dela.²⁰ Segundo análise dos dois serviços de saúde temos uma incidência da SB de 18% (UPA) e 26,6% (URC), números abaixo da média internacional.

Embora a incidência de Depressão esteja superior a epidemiologia da população geral, quando analisamos o nicho profissionais de saúde a incidência é menor que a média encontrada neste tipo de população. Conforme publicação da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, tendo como fonte a Revista Proteção, periódico voltado para saúde ocupacional, uma pesquisa da pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande Dos Sul (UFRGS), revelou o importante e preocupante resultado de que mais da metade de uma amostra de que mais da metade de uma mostra de 1054 profissionais de saúde apresentou elevados níveis de Burnout e sintomas depressivos: Técnicos de enfermagem 68,2% com alto nível de Burnout e 68,7% com depressão clinicamente significativa; Médicos (346 profissionais entrevistados): 45,6% com alto nível de Burnout e 42,9% com depressão; Enfermeiros (150 profissionais entrevistados): 60% com alto nível de Burnout e 55,9% com depressão.¹⁸

Os grandes desafios diários e a enorme responsabilidade com a vida do próximo, onde falhas e inseguranças não são permitidas, constituem fator de risco acrescido para o desenvolvimento de Depressão entre os profissionais de saúde. Nem todos os profissionais possuem a mesma capacidade para lidar com a proximidade da morte, a impossibilidade do erro, o convívio com a dor e o sofrimento. Muitas vezes há um temor do relato de seus problemas, já que muitos se sentem desamparados para o enfrentamento do estresse. Há uma tendência de que a exposição dos sentimentos conflitantes seja encarada como fraqueza emocional e falta de profissionalismo.¹⁷

Os índices positivos em relação ao esperado para essa classe profissional evidenciam um ambiente laboral mais saudável do que a média, construído pela gestão, em relação a outros ambientes de prestação de serviços de saúde. Como estratégia, as unidades contam com o projeto “Cuidando de Quem Cuida” implantado pela gestão da SBCD, e que oferece a todos os colaboradores, que fazem parte do quadro profissional das Unidade de Pronto Atendimento ações de saúde, humanização e bem-estar. As estratégias foram articuladas com o apoio das comissões médicas e de enfermagem que enxergam que o profissional em um bom ambiente e satisfeito oferta

melhor qualidade de atendimento. A programação inclui ações práticas, como sessões de alongamento, ginástica laboral, técnicas de relaxamento, respiração e orientação nutricional, e também ações teóricas, com debates informativos sobre saúde física e mental.

O projeto vai de encontro as propostas de Gomes (2015) que apontam como a melhor forma de tratamento do trabalhador deprimido, ou mesmo de prevenção do adoecimento mental, é a oferta melhores condições de trabalho e a valorização das relações interpessoais. Ações desse porte têm impacto direto sobre a qualidade do serviço, visto que um profissional em melhor condição de saúde mental, é capaz de prestar um serviço assistencial com maior qualidade.

Embora os resultados sejam satisfatórios em relação a Depressão e a SB, é preocupante observar a alta incidência de profissionais que não encontram realização profissional, 31,1% (UPA) e 48,8% (URC), fato que exige mais estudos a fim de identificar possíveis fatores que corroborem para essa insatisfação.

Além disso é preciso destacar, que embora as duas unidades tenham a mesma gestão e programas, a uma incidência maior de Depressão e Síndrome Burnout na URC, fato que se justifica pelos profissionais estarem na linha de frente para combate da pandemia COVID-19 e, por conseguinte, estarem mais expostos a inseguranças e a prognósticos muitas vezes ruins, que logicamente tem impacto sobre a saúde mental do trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inúmeros são os estabelecimentos de saúde no Brasil, tanto públicos quanto privados, e esses números vêm aumentando a cada ano. Considerando essa conjuntura, o mercado de trabalho na área hospitalar torna-se bastante atrativo, demandando não só profissionais que cuidam da saúde, como também aqueles responsáveis por coordenar os estabelecimentos de saúde.

Além de ter bons profissionais de saúde e outros especialistas hospitalares, é necessário que os centros de saúde tenham gestores competentes para, assim, garantir o andamento apropriado das atividades diárias e proporcionar aos pacientes o melhor atendimento possível e aos funcionários a segurança de um ambiente de trabalho saudável.

A gestão de saúde deve adotar estratégias como uma política de prevenção para colaboradores, buscando manter sua saúde física e psicológica através de programas de bem-estar. Ao adotar essa estratégia, a gestão também estará apoiando o desenvolvimento do colaborador que tem impacto direto na satisfação profissional e na qualidade de seu atendimento. Uma boa gestão em saúde precisa olhar sempre para os aspectos de saúde de seus recursos humanos.

AGRADECIMENTOS

A valiosa colaboração dos profissionais de saúde que fizeram parte desta pesquisa e por meio de sua participação permitiram esta análise em relação a sua saúde laboral.

A Sociedade Beneficente Caminho de Damasco – SBDC, por abrir as portas de unidades sobre seu gerenciamento para que este trabalho fosse realizado.

REFERÊNCIAS

1. FOGAÇA, Monalisa de Cássia et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]**. 2008, v. 20, n. 3, pp. 261-266. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300009>. Acessado em: 9 Agosto 2021
2. LORENA, Talita. **SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**: Estudo da Previdência Social indica mudança nas causas de afastamento do trabalho. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/noticias/previdencia/beneficios/saude-e-seguranca-do-trabalho-estudo-da-previdencia-social-indica-mudanca-nas-causas-de-afastamento-do-trabalho>. Acesso em: 12 ago. 2021.
3. STAHL, SM. **Psicofarmacologia – Bases neurocientíficas e aplicações clínicas**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda; 1998.
4. CARLOTTO, MS et al. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cad. Saúde Pública**. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kyyFwZLMGHSNpBC5gpNr4r/?lang=pt>. Acessado em: 12 ago. 2021.

5. CARLOTTO, MS, Sheila Gonçalves. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo**. 2004, v. 9, n. 3, pp. 499-505. ISSN 1807-0329.
6. SPITZER, RL et al. **Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study**. JAMA 1994; 272:1749-56.
7. SANTOS, Ina, et.al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2013, v. 29, pp. 1533-1543. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612> . Acesso em: 12 ago. 2021.
8. ASSUNÇÃO, SSM et al. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**. 1998;55(7):459-69.
9. MENDES, René *et al.* **História da Medicina do Trabalho**. [S. l.], 2003. Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/historia-da-medicina-do-trabalho>. Acesso em: 17 ago. 2021.
10. OLIVEIRA, Simone. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 1997, v. 13, n. 4, pp. 625-634. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000400006>>. Acessado em: 10 Agosto 2021
11. SILVA-JUNIOR, João Silvestre et al. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**. 2015, v. 18, n. 04, pp. 735-744. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-54972015000400005>>. ISSN 1980-5497. Acessado em; 10 Agosto 2021
12. SAIDEL, Maria et al. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e49923, 2020. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49923/33859>>. Acesso em: 10 ago. 2021.

13. GÓMEZ-GASCÓN, T, et. Al. **Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals.** BMC Fam Pract. 2013.
14. MACHADO, Isadora. Burnout: impacto da pandemia nos profissionais da saúde. **SANARMED**, 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/burnout-impacto-da-pandemia-nos-profissionais-da-saude-colunistas>. Acesso em: 4 ago. 2021.
15. PAIANO, Marcelle et al. Mental health of healthcare professionals in China during the new coronavirus pandemic: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2020, v. 73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>. Acessado 10 Agosto 2021
16. KAPLAN, H et al. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria clínica.** (9ª ed.). 2007. Porto Alegre: Artmed.
17. GOMES, Rafael Sanches Moreno et al. Transtornos depressivos em profissionais de saúde: Depressive disorders in health professionals. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília.** 2015, v. 1, n. 4, p. 122-128, 30 mar. 2015. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/5670/3797>. Acessado em: 21 ago. 2021.
18. KLASSMANN, Bruna. Pesquisa identifica altos níveis de síndrome de burnout e depressão em profissionais da saúde. **Revista Proteção.** 2021. Disponível em: <https://protecao.com.br/geral/pesquisa-identifica-altos-niveis-de-sindrome-de-burnout-e-depressao-em-profissionais-da-saude/>. Acessado em: 18 ago. 2021.
19. FABICHAKA C, Silva-Junior JS, Morrone LC. Síndrome de Burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho.** 2014.
20. NEVES, Úrsula. Síndrome de Burnout entra na lista de doenças da OMS. **PEBMED.** 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/sindrome-de-burnout-entra-na-lista-de-doencas-da-oms/>. Acessado em: 18 ago. 2021.