

A saúde mental do anestesiologista e a síndrome de *burnout*

Mental health in anesthesiology and burnout syndrome

Verônica Botelho Teixeira¹, Paulo José Ribeiro Teixeira², Fábio Lopes Rocha³

DOI: 10.5935/2238-3182.20160004

RESUMO

A síndrome de *burnout* é compreendida como uma resposta ao estresse laboral crônico e apresenta as seguintes dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. A anesthesiologia possui características próprias que contribuem de forma diferenciada para a ocorrência dessa síndrome: proximidade do sofrimento e da morte, dificuldades na interação com outros membros da equipe médica, estresse físico do ambiente cirúrgico e a privação do sono. Estudos em todo o mundo revelam que médicos apresentam taxas alarmantes da síndrome. No Brasil, pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina e publicada em 2007 mostrou que 57% dos médicos apresentavam algum grau preocupante de *burnout*. Levantamentos epidemiológicos realizados com anesthesiologistas do Brasil e de outros países evidenciam que a prevalência dessa síndrome nessa categoria também é elevada. A prevenção de *burnout* deve iniciar-se com o esclarecimento dos anesthesiologistas sobre sua alta prevalência, muitas vezes desconhecida pelos profissionais. Além disso, devem ser tomadas medidas, tanto no nível individual quanto no nível institucional, para que a prevenção seja mais efetiva. Essas medidas incluem modificações no ambiente de trabalho que visem a reduzir o estresse e melhorar a convivência entre os profissionais, promovendo a autonomia e a participação individual nas tomadas de decisões, além de medidas individuais que promovam o relaxamento e reduzam a frustração e a autocrítica exacerbada.

Palavras-chave: Anesthesiologia; Esgotamento Profissional; Saúde Mental.

ABSTRACT

The burnout syndrome is a response to work stress and presents itself as the following aspects: emotional exhaustion, depersonalization and a reduced feeling of personal accomplishment. Anaesthesiology has particular features that contribute to the occurrence of the syndrome: closeness of suffering and death, relationship issues between the medical team, physical stress at the surgical environment and sleep deprivation. In Brazil, a research conducted by the Federal Council of Medicine and published in 2007 showed that 57% of the doctors presented warning level of burnout. Others epidemiological surveys conducted in Brazil and other countries showed that the syndrome prevalence in anaesthesiologists is also high. Burnout prevention should begin with the anaesthesiologists clarification about its prevalence, often unknown by those professionals. Besides that, some measures must be taken at the individual and organizational level to improve the prevention. Those measures include workplace changes to reduce stress and improve the professional relationships, encouraging individual autonomy and participation in decision-making, as well as individual measures that promotes relaxation and reduces frustration and self-criticism.

Key words: Anesthesiology; Burnout, Professional; Mental Health.

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médico Psiquiatria. Mestre em Ciências da Saúde. Coordenador do Programa de Psiquiatria da Residência Médica do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Médico Psiquiatra. Doutor em Ciências da Saúde. Coordenador da Clínica Psiquiátrica do IPSEMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Paulo José Ribeiro Teixeira
E-mail: pj.ribeiroteixeira@gmail.com

INTRODUÇÃO

Médicos são profissionais que vivem um profundo paradoxo. Desempenham seu ofício sob um compromisso básico para com os doentes, baseado no aforismo hipocrático: “curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre”. Entretanto, muitas vezes se esquecem de cuidar da própria saúde, abstêm-se de procurar ajuda de colegas e recorrem à automedicação, com prejuízos em sua vida pessoal e em sua capacidade de cuidar de outras pessoas. Essa realidade é particularmente grave em relação à saúde mental dos médicos em geral e à saúde mental dos anesthesiologistas em particular.^{1,2}

A expressão “*staff burn-out*” foi usada pela primeira vez em 1974 pelo psiquiatra Herbert Freudenberger para descrever uma síndrome caracterizada por exaustão, desilusão e distanciamento em trabalhadores da área de saúde mental.³ Atualmente, a síndrome de *burnout* é compreendida como uma resposta ao estresse laboral crônico, quando as estratégias de enfrentamento falham em seu manejo, resultando em colapso no processo adaptativo.⁴

A prevenção e o tratamento de *burnout* são de extrema relevância. A presença dessa síndrome pode corromper o profissionalismo, reduzir a qualidade do cuidado, aumentar o risco para erros e promover a aposentadoria precoce. Contribui também para o uso problemático de álcool, a ideação suicida e a quebra de relacionamentos.^{5,6}

Nesse artigo, os autores discorrerão em um primeiro momento sob a saúde mental dos médicos em geral, com ênfase em estudos que avaliaram a prevalência de *burnout* nessa categoria e, em particular, entre anesthesiologistas. Em um segundo momento, delinearão estratégias para detecção de *burnout* em profissionais de saúde e diretrizes para sua prevenção e tratamento.

A SAÚDE MENTAL DO MÉDICO

A profissão médica está relacionada a um conjunto de estressores que se fazem presentes ainda na vida acadêmica e que concorrem para a gênese de distúrbios fisiológicos e psicológicos. Condições de trabalho inadequadas, remuneração incompatível, excesso de trabalho, necessidade permanente de estudo e atualização, falta de preparo para lidar com demandas emocionais dos pacientes e ausência de lazer

são estressores relevantes. Entretanto, parece que o fator mais importante é a insatisfação profissional.^{1,4}

Em face dessas circunstâncias, não é de se surpreender que médicos apresentem taxas elevadas de transtornos psiquiátricos. Depressão, transtornos de ansiedade e aqueles relacionados ao uso de álcool ou outras drogas são problemas comuns. Entretanto, frequentemente, não procuram tratamento e muitas vezes recorrem à automedicação.^{1,7}

A prevalência de depressão ao longo da vida entre os médicos é de 13% em homens e 20% em mulheres, comparável à da população geral; todavia essas taxas são maiores que as da população em estudantes de medicina e médicos residentes (15 a 30%).⁸ Além do sofrimento pessoal, a depressão causa redução da capacidade de trabalho e maior taxa de erros médicos.⁸ Um estudo extenso realizado na Austrália encontrou uma prevalência de depressão em médicos de 5% para homens e de 8,1% para mulheres. Nesse estudo a prevalência de depressão entre anesthesiologistas foi de 7,1%.⁷

Estudos específicos acerca da prevalência de transtornos de ansiedade entre médicos e estudantes de medicina não são comuns. Dados do estudo australiano revelaram que aproximadamente 9% dos médicos relataram terem recebido diagnóstico de transtorno de ansiedade em algum momento da vida, em contraste com 5,9% da população. Diagnóstico atual de transtorno de ansiedade foi reportado por 3,7%, versus 2,7% na população. Todavia, entre anesthesiologistas a prevalência foi menor, de apenas 2,4%.⁷

O abuso de álcool é outro problema relevante entre os médicos. Um levantamento recente realizado nos EUA mostrou que 15,3% dos profissionais apresentavam abuso ou dependência de álcool, sendo 12,9% do sexo masculino e 21,4% das médicas.⁹ Nesse estudo, a anesthesiologia estava entre as especialidades com as maiores taxas, junto com a dermatologia, cirurgia ortopédica, medicina de urgência e patologia. No Brasil, uma pesquisa realizada com médicos pelo Conselho Federal de Medicina encontrou uma taxa surpreendentemente baixa de 1,7% para a dependência de álcool. No entanto, os autores acreditam que tenha havido subestimação.¹⁰

Os médicos apresentam uma taxa de mortalidade menor que a população geral para todas as causas, exceto suicídio.¹¹ No Brasil, aproximadamente 5% dos médicos afirmam se sentir sem esperanças, infelizes e apresentam ideias de suicídio.¹² Assim, embora a prevalência de depressão entre os médicos seja comparável à da população geral, o risco de suicídio é

significativamente maior.^{13,14} Uma metanálise que incluiu 25 estudos de taxas de suicídio entre médicos comparadas com população de referência mostrou que a razão das taxas agregadas para médicos do sexo masculino foi de 1,41 (IC 95% = 1,21-1,65) e para as médicas de 2,27 (IC 95% = 1,90-2,73).¹⁵ No estudo realizado na Austrália, 13,2% dos anestesiologistas avaliados relataram que tiveram pensamentos suicidas nos últimos 12 meses.⁷

Fatores já identificados na população em geral, como idade mais avançada, ser divorciado, solteiro ou estar em processo de separação, sofrer de depressão ou abuso de substância, sofrer de dor ou doença crônica e ter história de comportamento de risco, elevam o risco de suicídio em médicos. Todavia, fatores relacionados à profissão, como excesso de trabalho e perda recente de status profissional ou econômico também são importantes. Fatores protetores incluem tratamento adequado, suporte familiar e social, resiliência e fé religiosa.⁸

BURNOUT: ESTUDOS DE PREVALÊNCIA _____

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve a síndrome de *burnout* com as seguintes dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. A exaustão emocional manifesta-se pelo sentimento de que pouco se pode fazer pelos pacientes ou pelas demais pessoas. O indivíduo tende a apresentar sentimentos de raiva, irritabilidade, impaciência e desesperança. Além disso, torna-se menos amistoso e cortês, sendo comum a ocorrência de conflitos. Sinais e sintomas físicos como baixa de energia, fadiga crônica, tensão muscular, elevada susceptibilidade a doenças, náuseas, cefaleias e dores no corpo também podem estar presentes. A despersonalização caracteriza-se por um sentimento de alienação em relação aos demais. Outras pessoas, sejam pacientes ou colegas, são vistas de forma negativa e o indivíduo busca minimizar ou evitar os contatos pessoais no ambiente de trabalho. Por fim, o sentimento de baixa realização pessoal no trabalho tem por base uma percepção de que nada a fazer vale à pena ou produz resultados significativos. Embora essa percepção possa ser verdadeira em alguns casos, a expectativa negativa prévia acaba levando a uma avaliação inadequada da própria atitude ou dos resultados obtidos.^{16,17}

A anestesiologia é uma especialidade que possui características que contribuem de forma diferenciada

para o estresse profissional e a ocorrência de *burnout* entre os profissionais que a exercem. Magalhães et al.¹⁸ elencaram algumas dessas características. São elas a proximidade do sofrimento e da morte, as necessidades físicas e emocionais dos pacientes e a pressão para se obter sempre bons resultados. Questões ligadas ao relacionamento dentro da equipe também são relevantes, destacando-se as interações com cirurgiões, obstetras e outros profissionais. Esse tipo de relação pode envolver confusão quanto às responsabilidades de cada um e podem surgir divergências sobre como atingir os objetivos e selecionar elementos que devam ser prioritários. Há também o estresse físico decorrente de fatores do ambiente cirúrgico, que incluem poluição sonora, exposição a gases anestésicos, radiação, látex, infecções, frio ou calor excessivo, uso de cadeiras desconfortáveis ou mesmo limitação de espaço. O ruído nas salas de cirurgia pode ser suficiente para provocar hiperatividade simpática e efeitos adversos cognitivos e psicológicos. Outro fator de importância é a privação de sono, haja vista que a anestesiologia é uma especialidade que exige a disponibilidade diuturna de profissionais durante todo o ano.¹⁸

Diversos estudos foram realizados para avaliar a prevalência da síndrome de *burnout* nas várias especialidades médicas. Médicos informam taxas alarmantes de *burnout*. Na pesquisa realizada no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina e publicada em 2007, a maioria dos médicos (57%) manifestou algum grau preocupante de *burnout*, sendo que 23% foram classificados como padecendo de *burnout* grave e 10% de *burnout* extremo.¹²

Outro estudo realizado nos Estados Unidos e publicado em 2012 documentou que a classe médica daquele país apresenta taxas de *burnout* mais altas do que a população controle. Quase 45% dos 7.288 médicos que compuseram o estudo pontuaram com escores elevados nas subescalas de despersonalização e exaustão emocional do *Maslach Burnout Inventory*. Os médicos trabalhavam em média 10 horas semanais a mais que a população controle e tinham mais dificuldade em conciliar o trabalho com sua vida social e familiar.⁶

Levantamento recente realizado em 2015 pelo site Medscape com médicos que o acessam encontrou prevalência de 46%, taxa semelhante à investigação norte-americana. Em uma escala de zero a sete de avaliação da gravidade de *burnout* (sendo 0= “não interfere em minha vida” e 7=“tão grave que penso em deixar a Medicina”), 10% dos médicos que padeciam de *burnout*

se avaliaram nos valores seis e sete. As causas mais importantes de *burnout* citadas pelos médicos foram excesso de atividades burocráticas, excesso de horas de trabalho e remuneração insuficiente.¹⁹

A prevalência de síndrome de *burnout* entre anestesiolistas também é elevada. A taxa entre os 309 anestesiolistas que participaram do estudo americano citado foi ligeiramente superior à taxa global dos médicos em geral.⁶ Já na pesquisa realizada pelo site Medscape, a taxa de *burnout* em anestesiolistas foi de 44%, um pouco abaixo da média geral. Desses, 9% se avaliaram como padecendo de *burnout* grave.¹⁹ Por fim, no estudo australiano citado anteriormente – no qual foram avaliadas separadamente a prevalência das três dimensões da síndrome de *burnout* -, os anestesiolistas apresentaram taxas de despersonalização e de baixa realização no trabalho próximas das dos clínicos gerais (32,3% versus 32,1% e 14,2% versus 12,0%, respectivamente) e taxa menor de exaustão emocional (24,6% versus 33,1%).⁷

Outros estudos tiveram os anestesiolistas como população-alvo específica. No Brasil, estudo publicado em 2013 e realizado no Distrito Federal revelou que, dos 134 anestesiolistas entrevistados, 10,4% apresentaram síndrome de *burnout*. Nesse estudo, observou-se que a síndrome ocorreu principalmente em homens (64,2%) na faixa de 30 a 50 anos (64,2%), com mais de 10 anos de profissão (64,2%), com atuação em plantões noturnos (71,4%) e sedentários (57,1%).¹⁸ Em outro estudo realizado na Faculdade de Medicina do ABC (Santo André), os sintomas de *burnout* foram detectados em 100% dos anestesiolistas (n=59), sendo que 80% apresentavam risco médio ou alto para essa síndrome.²⁰ Em Recife, em uma amostra composta de 110 anestesiolistas associados à Cooperativa dos Médicos Anestesiolistas de Pernambuco (COOPANEST-PE), a análise subjetiva da qualidade de vida revelou que 44,6% dos participantes tinham percepção negativa ou indefinida sobre sua qualidade de vida, sendo que o grau de satisfação com a saúde e o excesso de trabalho apresentaram influência negativa nesse resultado.²¹

Estudo realizado na França avaliou fatores associados à *burnout* nas equipes de anestesiologia e de reanimação. Dos 1.550 indivíduos que participaram do estudo, o total de 62,3% tinha sintomas de *burnout*, sendo que 6,3% possuíam os três componentes da síndrome.²² Na cidade de Mexicali (México), estudo realizado com amostra de 92 anestesiolistas obteve prevalência de 44% para essa síndrome, sendo 9,3% em grau moderado e 6,9% em grau elevado.²³

ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

A prevenção de *burnout* deve iniciar-se com o esclarecimento dos anestesiolistas sobre a alta prevalência dessa síndrome, muitas vezes desconhecida pelos médicos em geral. Em levantamento realizado em Santo André, 76% desses profissionais desconheciam a existência da síndrome de *burnout*.²⁰ Além disso, é importante que se faça a mensuração de sua magnitude nos diversos hospitais e serviços médicos onde esses especialistas atuam. A avaliação da prevalência e da gravidade da síndrome de *burnout* pode ser realizada utilizando-se o Inventário de *Burnout* de *Maslach*, um instrumento de avaliação autoaplicável relativamente simples (Tabela 1).^{24,25}

Tabela 1 - Inventário de *Burnout* de *Maslach*

1.	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.
2.	Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado.
3.	Quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.
4.	Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender sentem-se a respeito das coisas.
5.	Sinto que estou tratando alguns receptores de meu trabalho como objetos pessoais.
6.	Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.
7.	Sinto que trato com muita efetividade os problemas das pessoas que tenho que atender.
8.	Sinto que meu trabalho está me desgastando.
9.	Sinto que estou influenciando positivamente a vida das pessoas por meio de meu trabalho.
10.	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei esse trabalho.
11.	Preocupo-me com esse trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.
12.	Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho.
13.	Sinto-me frustrado por meu trabalho.
14.	Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.
15.	Sinto que realmente não me importa o que está ocorrendo com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.
16.	Sinto que trabalhar direto com as pessoas me estressa.
17.	Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável com os receptores de meu trabalho.
18.	Sinto-me estimulado depois de trabalhar diretamente com quem tenho que atender.
19.	Creio que consigo coisas muito valiosas nesse trabalho.
20.	Sinto-me com se estivesse no limite de minhas possibilidades.
21.	No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma.

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Inventário de *Burnout* de Maslach

22. Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.

Escore para cada item:
0 (Nunca) – 1 (Poucas vezes ao ano ou menos) – 2 (Uma vez ao mês ou menos) – 3 (Poucas vezes ao mês) – 4 (Uma vez na semana) – 5 (Poucas vezes na semana) – 6 (Todos os dias)

Avaliação por dimensões:

Exaustão emocional: itens 01, 02, 03, 06, 08, 13, 14, 16 e 20

Despersonalização: itens 05, 10, 11, 15 e 22

Realização no trabalho: itens 04, 07, 09, 12, 17, 18, 19 e 21 (devem ser avaliados de forma inversa)

Fonte: Lautert L 1995²⁵.

Alternativamente, o anestesiológico também pode detectar se está propenso a desenvolver *burnout*. Em entrevista publicada no *site* da *American Medical Association*, o Dr. Mark Linzer, especialista no estudo de *burnout* em médicos, propôs algumas questões para que o próprio médico avalie seu risco de desenvolver *burnout*. Essas questões encontram-se expostas de forma adaptada na Tabela 2.²⁶

Ainda se carece de estudos controlados que comprovem a eficácia de medidas específicas para a prevenção de *burnout* na categoria médica em geral e na anesthesiologia em particular. Contudo, diversos autores sugerem estratégias promissoras. Para se conseguir que essas estratégias sejam realmente eficazes, é necessário que a instituição, as chefias de equipe e os profissionais médicos trabalhem em conjunto.

Ainda em 1998 a OMS recomendou algumas ações que devem ser tomadas em nível institucional para se prevenir o *burnout*. Entre elas se destacam o treinamento dos profissionais em gerenciamento de tempo e técnica de relaxamento, bem como o esta-

belecimento de limites de horas trabalhadas.¹⁶ Além disso, Rama-Maceiras *et al.*²⁷ sugerem algumas medidas a serem implementadas pelas coordenações dos serviços de anesthesiologia. São elas:

- promover uma liderança positiva e um clima agradável de relacionamento entre os membros da equipe, encorajando a comunicação e a participação em grupos de apoio;
- garantir a justiça organizacional, não recompensando ritmos de trabalho acelerados e desorganizados;
- encorajar os profissionais a se engajarem nas tomadas de decisões, estimulando a autonomia e a participação em programas de controle de qualidade;
- evitar cobranças irreais dos membros da equipe e garantir o reconhecimento das metas atingidas, fornecendo ferramentas e estratégias para superá-las;
- reduzir a pressão pelo tempo em que as tarefas devem ser realizadas, diminuindo assim a fadiga emocional e o caos no trabalho;
- perceber a tensão no ambiente de trabalho e diagnosticar os membros da equipe que padecem de *burnout*, bem como aqueles com risco de desenvolvê-lo;
- identificar agentes estressores específicos no ambiente de trabalho;
- garantir que todos realizem tarefas gratificantes e permitir que sintam que estão fazendo a diferença na vida de alguém;
- estimular estilos de vida saudáveis.

Os mesmos autores²⁷ também recomendam medidas individuais que devem ser aplicadas pelos anesthesiologistas:

Tabela 2 - Avaliação do risco de se desenvolver *burnout*

1.	Você possui alta tolerância ao estresse?	Estresse é o preditor número um de <i>burnout</i> e os anesthesiologistas não deveriam ignorá-lo. Médicos que trabalham sob condições de muito estresse apresentam risco 15 vezes maior de desenvolver <i>burnout</i> .
2.	Sua prática profissional é muito caótica?	Cuidar bem de pacientes motiva o profissional de saúde. Ambientes de trabalho extremamente caóticos pioram a qualidade da assistência e da relação com os pacientes. Uma mudança na organização do ambiente de trabalho não só melhora a assistência como também diminui o risco de <i>burnout</i> .
3.	Há discordância de valores com a liderança do serviço?	Médicos necessitam sentir que seus líderes compartilham dos mesmos valores que orientam o cuidado ao paciente.
4.	Você age como "tampão emocional" de seus pacientes?	Médicos frequentemente necessitam atuar no sentido de poupar o paciente das dificuldades que eles próprios enfrentam na prestação de assistência. Esse papel pode chegar a um limite insustentável.
5.	Seu trabalho interfere constantemente em sua vida familiar?	Ter tempo com qualidade para o convívio familiar auxilia o médico a trabalhar melhor.
6.	Você tem controle sobre sua escala de trabalho e sobre seu tempo livre?	Quando o trabalho aumenta sem que haja controle sobre a escala de trabalho, o estresse aumenta e junto com ele o risco de <i>burnout</i> .
7.	Você cuida de si?	A negligência com o cuidado de si mesmo acaba por levar à negligência com o cuidado aos pacientes.

Fonte: adaptado de: How to beat burnout: 7 signs physician should know. AMA Wire. 2015²⁶

- identificar os objetivos pessoais e profissionais, visando a estabelecer adequado equilíbrio entre vida pessoal e profissional;
- descobrir *hobbies* e outras atividades de interesse;
- identificar agentes estressores que possam ser eliminados da rotina diária;
- buscar um estilo de vida saudável, com dieta balanceada e prática regular de atividade física;
- realizar intervalos durante o trabalho;
- tirar férias com frequência;
- praticar a autorreflexão e liberar as emoções;
- diferenciar o autoconhecimento da autocritica excessiva;
- aprender e praticar a resiliência;
- buscar a excelência e não a perfeição.

Complementando as medidas já citadas, Gurman *et al.* propuseram outras que podem auxiliar o anestesiológico a lidar com o estresse e promover a prevenção de *burnout*. Entre elas se destacam a prática da meditação, o estabelecimento de prioridades, a busca de suporte e assistência, quando necessários, a evitação de situações embaraçosas e possíveis crises, a atitude flexível e o senso de humor.²⁸

CONCLUSÃO

Diversos estudos demonstraram a alta prevalência de *burnout* entre os anestesiológicos, com taxas bem mais altas que as da população geral. Isso se deve a fatores de risco que permeiam a especialidade, favorecendo o desenvolvimento da exaustão emocional, da baixa realização no trabalho e do afastamento pessoal. O profissional que sofre de *burnout* se torna menos eficiente, contribui menos nas resoluções de problemas enfrentados, é menos criativo e proativo e gera mais gastos em saúde e faltas no trabalho. Assim, é imprescindível que as instituições médicas e os serviços de anestesiologia implementem medidas preventivas no ambiente de trabalho que reduzam a prevalência da síndrome e que contribuam para o bem-estar físico e mental dos profissionais.

O esclarecimento dos anestesiológicos sobre a síndrome de *burnout* é também importante para que estes identifiquem os fatores de risco individuais, estabeleçam mudanças no estilo de vida e para que possam buscar o auxílio e tratamento necessários quando se perceberem acometidos por essa síndrome.

REFERÊNCIAS

1. Miller NM, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J*. 2000; 93(10):966-73.
2. Rose GL, Brown RE Jr. The impaired anesthesiologist: not just about drugs and alcohol anymore." *J Clin Anesth*. 2010; 22(5):379-84.
3. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *JA. Journal of social issues*. 1974;30:159-65.
4. Gouveia VV, Barbosa GA, Massud M. Bem-estar e saúde mental. In: Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB, Gouveia VV. *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007. p.29-48.
5. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, Shanafelt TD. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296(9):1071-8.
6. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Oreskovich MR. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85.
7. National Mental Health Survey of Doctors and Medical Students. 2013. [Citado em 2015 jul 28]. Disponível em: https://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/research-project-files/bl1132-report-nmhdms-full-report_web
8. Bright RP, Krahn L. Depression and suicide among physicians. *Curr Psychiatr*. 2011;10(4):16-30.
9. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Boone S. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2015;24(1):30-8.
10. Barbosa GA, Gouveia VV, Carneiro MB, Massud M. Uso de drogas psicotrópicas. In: Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB, Gouveia VV. *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007. p.173-82.
11. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg O. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health* 2011;11:173.
12. Massud M, Barbosa GA, Gouveia VV. Indicadores de Saúde Mental. In: Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB, Gouveia VV. *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007. p.143-58.
13. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on genderspecific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996;168(3):274-9.
14. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA*. 2003; 289(23): 3161-6.
15. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis)." *Am J Psychiatry* 2004; 161(12):2295-302.
16. World Health Organization-WHO. Burnout. In: WHO. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva: WHO; 1998. Chap. 5, p. 591-110. [Citado em 2015 jul 28]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/924154516X.pdf>

17. Bertolote JM, Fleischmann A. Staff burnout. *Gohnet*. 2001-2002; 2:5-7.
18. Magalhães E, Oliveira ACMS, Govêia CS, Ladeira LCA, Queiroz DM, Vieira CV. Prevalência de síndrome de burnout entre os anesthesiologistas do Distrito Federal. *Rev Bras Anesthesiol*. 2015; 65(2):104-10.
19. Peckham C. Physician burnout: it just keeps getting worse. *Medscape*. 2015. [Citado em 2015 jul 28]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/838437>
20. Serralheiro FC, Braga ALF, Garcia MLB, Grigio T, Martins LC. Prevalência da síndrome de burnout em anesthesiologistas de Instituição de Ensino Superior em Medicina. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2011; 36(3):140-3.
21. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Damázio Filho O, Teles JF. Avaliação da qualidade de vida dos anesthesiologistas da cidade do Recife. *Rev Bras Anesthesiol*. 2010; 60(1):42-51.
22. Mion C, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013; 32:175-88.
23. Palmer-Morales LY, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Velez R, Searcy-Bernal R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anesthesiologistas de la ciudad de Mexicali. *Gac Méd Méx*. 2005; 141(3):181-3.
24. Maslach C, Jackson E. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2:99-113.
25. Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro [tese]. Salamanca: Universidad Pontificia Salamanca; 1995.
26. How to beat burnout: 7 signs physicians should know. *AMA Wire*. 2015. [Citado em 2015 jul 28]. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/ama-wire/post/beat-burnout-7-signs-physicians-should>
27. Rama-Maceiras P, Jokinen J, Kranke P. Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015; 28(2):151-8.
28. Gurman GM, Klein M, Weksler N. Professional stress in anesthesiology: a review. *J Clin Monit Comput*. 2012; 26(4):329-35.