

SÍNDROME DE BURNOUT E PSIQUIATRIA

Resumo

Introdução

A Síndrome de *Burnout* é uma resposta prolongada a estímulos stressantes emocionais e interpessoais crónicos no ambiente de trabalho. É definida por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal.

Objetivos

Compilar e sistematizar informação relativa à Síndrome de *Burnout* na classe médica, dando principal relevo à especialidade de Psiquiatria, para aumentar a consciencialização relativa a esta temática. É relevante para qualquer médico ter noção do conceito de *Burnout* e da dimensão deste problema, dado a sua prevalência na classe médica, assim como compreender as suas consequências, fatores implicados e estratégias a ser implementadas.

Metodologia

Utilizou-se a base de dados PubMed para pesquisa de artigos publicados nos últimos quinze anos, tendo sido utilizados os seguintes termos de pesquisa: *Burnout*; *Síndrome de Burnout*; *Medicina*; *Psiquiatria*; *Psiquiatras*. Foi complementada a pesquisa com a seleção de artigos em revistas internacionais da especialidade de Psiquiatria. Foram utilizados quer artigos originais, quer artigos de revisão.

Desenvolvimento

Revisão bibliográfica com foco nos seguintes aspetos: definição; epidemiologia; métodos de medição; fatores de vulnerabilidade, fatores precipitantes, fatores perpetuadores e fatores protetores; consequências; prevenção e tratamento.

Conclusões

O *Burnout* é uma consequência grave da exposição crónica a fatores stressantes relacionados com o trabalho. O *Burnout* nos médicos psiquiatras pode ser encarado como uma consequência da interação entre fatores predisponentes, precipitantes, perpetuadores e protetores.

É necessária mais investigação de forma a desenvolver e aplicar métodos de prevenção, deteção precoce e tratamento do *Burnout*, tanto a nível individual como ocupacional nestes especialistas.

Palavras-chave: *Burnout; Síndrome de Burnout; Medicina; Psiquiatria; Psiquiatra.*

Abstract

Introduction

Burnout Syndrome is an extended response to chronic stressful emotional and interpersonal stimuli in the work environment. It is defined by three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and diminishment of personal fulfillment.

Aims

Compile and systematize information on *Burnout* Syndrome in physicians, with a special emphasis in Psychiatry to raise awareness of this important theme. It is relevant for any physician to know about the concept of *Burnout* and the extension of this problem, given its prevalence in the medical profession in general, as well as to understand its consequences, factors involved and strategies to be implemented.

Material and Methods

Research in database such as Pubmed for articles published in the last fifteen years. Additionally, relevant papers in international journals of the speciality of Psychiatry were selected. Original and review articles were used.

Keywords used: *Burnout; Burnout Syndrome; Medicine; Psychiatrist; Psychiatry.*

Development

Bibliographical review focusing on the following aspects: definition; epidemiology; measurement methods; vulnerability, precipitating, perpetuating and protective factors; consequences; prevention and treatment.

Conclusions

Burnout is a serious consequence of chronic exposure to stressful work-related factors. The onset of *Burnout* in psychiatrists can be seen as a consequence of the interaction between predisposing, precipitating, perpetuating and protective factors.

More research is needed in order to develop and apply methods to prevent, detect in initial stages, and treat *Burnout*, in both individual and ocupacional levels.

Keywords: *Burnout; Burnout Syndrome; Medicine; Psychiatrist; Psychiatry.*

Agradecimentos

Índice

Glossário	1
1. Introdução	2
2. Desenvolvimento	3
2.1. Definição	3
2.2. Medição	8
2.2. Origem do <i>Burnout</i> - Fatores de Vulnerabilidade	9
2.4. Fatores Precipitantes e Fatores Perpetuadores	12
2.5. Fatores Protetores	13
2.6. Consequências	13
2.7. Intervenções	15
3. Conclusões	18
4. Referências	20

Glossário

Abreviaturas e acrónimos

EE, Exaustão Emocional

DP, Despersonalização

RP, Realização Pessoal

Ci, Cinismo

MBI, *Maslach Burnout Inventory*

ICD-10, *International Classification of Diseases - 10*

OMS, Organização Mundial de Saúde

MPT, *Munich Personality Test*

Modelo JDR, *Job Demands-Resources*

Modelo COR, *Conservation of Resources*

Modelo Areas of Worklife, AW

1.Introdução

O *Burnout*, é uma reação disfuncional ao *stress* laboral cumulativo e prolongado. (1)É um fenómeno que tem despertado atenção crescente nos investigadores e clínicos desde que foi descrito pela primeira vez nos anos setenta.

O objetivo desta revisão bibliográfica é a compilação e sistematização da informação relativa à Síndrome de *Burnout* na classe médica, com destaque para os médicos psiquiatras e médicos internos de psiquiatria.

Neste grupo de profissionais, para além das manifestações individuais é importante realçar as consequências sócio-profissionais do *Burnout*, uma vez que se reflete na qualidade do seu desempenho profissional e na relação com os doentes. Particularizando para a Psiquiatria, a incapacidade de lidar eficazmente com agentes de *stress* ocupacional crónicos pode comprometer a relação de proximidade e confiança médico-doente tão características desta especialidade. A Psiquiatria tem na sua base a ligação emocional com o paciente e a intimidade das relações interpessoais e, muitas vezes, surge o *Burnout* quando há quebra do vínculo médico-paciente. (2)

O médico psiquiatra deve desde o primeiro contato com o seu doente, procurar conhecê-lo, avaliar as suas dificuldades, problemas, aflições e oferecer o tratamento mais indicado possível. No entanto, para que possam exercer o melhor possível a sua função, estes profissionais necessitam que o seu bem-estar físico, mental e social seja total. É imperioso intervir através da consciencialização dos estudantes de medicina e dos médicos da importância de serem adotadas estratégias, quer a nível individual quer a nível organizacional, para prevenir a instalação desta síndrome, uma vez que suas consequências são devastadoras ao nível pessoal e profissional.

A revisão bibliográfica proposta pretende averiguar os fatores associados, consequências e intervenções no âmbito do *Burnout*. Para este efeito utilizou-se a base de dados PubMed para pesquisa de artigos publicados, tendo sido utilizados os seguintes termos de pesquisa: *Burnout*; *Síndrome de Burnout*; *Medicina*; *Psiquiatria*; *Psiquiatra*. Foram utilizados quer artigos originais, quer de revisão e complementada a pesquisa com artigos relevantes selecionados em revistas internacionais da especialidade de Psiquiatria.

2. Desenvolvimento

2.1 Definição

O *Burnout* tem sido alvo de intensa investigação desde o surgimento do conceito nos anos setenta, suscitando a atenção de clínicos e investigadores durante décadas até à atualidade.

(3)

Estudos referem que a síndrome de *Burnout* foi descrita em 1974 por Herbert Freudenberger, para descrever o esgotamento emocional gradual, perda de motivação e compromisso reduzido a nível profissional que observou na sua prática clínica (3) O próprio Freudenberger sofreu de *Burnout* duas vezes, tendo muitos dos seus relatos um carácter autobiográfico, o que aumentou a sua credibilidade na divulgação da mensagem acerca da síndrome. (3)

Por sua vez, de forma simultânea e independente, Christina Maslach, investigadora na área da Psicologia Social, fez a primeira caracterização desta síndrome atribuindo-lhe três dimensões chave: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e redução da realização pessoal (RP). (3)

A EE traduz-se por um esgotamento dos recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa. (4) As causas principais desta exaustão são a sobrecarga de trabalho e conflitos pessoais no trabalho. (5)

A DP, a segunda dimensão, representa a componente interpessoal do *Burnout* e traduz um distanciamento afetivo ou indiferença pessoal, com comportamentos negativos e inapropriados para com os outros. (5) Quando o alvo primário não são as pessoas, a DP passa a denominar-se por cinismo (Ci), que traduz o distanciamento à atividade laboral propriamente dita. (4) Os trabalhadores com níveis altos de DP diminuem o tempo que passam no local de trabalho, continuando a desempenhar as tarefas que lhe são incumbidas mas com uma energia, qualidade e desempenho inferiores. (5)

A última dimensão é a redução da RP que representa a componente de auto-avaliação do *Burnout*. (5) Exprime uma diminuição dos sentimentos de prazer e competência associados à execução do trabalho, havendo diminuição da capacidade e produtividade, baixa auto-estima e incapacidade de *coping*. (6) (4)

Esta descrição tridimensional feita por Maslach é a mais aceite por investigadores e

clínicos e a mais usada na literatura. (3)

Vários modelos têm surgido de forma a explicar a origem do *Burnout* e as suas consequências. (6) Os modelos iniciais focavam-se na tridimensionalidade da síndrome e frequentemente descreviam o processo por estágios. Em primeiro lugar, como resposta aos agentes geradores de *stress* crónico surgiria a EE o que, por sua vez, precipitaria reações negativas ao trabalho e pessoas (DP/Ci). Por fim, surgiria a diminuição dos sentimentos de prazer e competência associados à execução do trabalho (diminuição da RP). (6)

Mais recentemente os modelos têm mudado o foco e têm por base teorias acerca do *stress* no trabalho e os desequilíbrios que se encontram na origem da síndrome. O primeiro modelo a seguir as tendências atuais foi o modelo transacional e segundo este, há três estágios: primeiro surgem os agentes geradores de *stress* no trabalho (desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os recursos individuais); em segundo surge a resposta individual (exaustão e ansiedade); por fim surgem mecanismos de *coping*. (6)

Outros modelos surgiram na mesma linha do transacional. Por exemplo, segundo o modelo *Job Demands-Resources (JD-R)*, o *Burnout* é um fenómeno crónico e surge através de vivências de *stress* no trabalho, quando há discrepância entre as expectativas e motivações profissionais e pessoais e os recursos de trabalho reais disponíveis. (7) Outro exemplo é o modelo *Conservation of Resources (COR)*, que dá ênfase à importância de conservar os recursos disponíveis. Segundo este modelo, a perda ou a iminência de perder os recursos disponíveis pode agravar o *Burnout*. Um outro modelo que surge como uma pequena variante dos anteriores é o modelo *Areas of Worklife (AW)*, que aponta seis tópicos como fatores de risco quando em desequilíbrio: sobrecarga de trabalho, controlo, recompensa, comunidade, justiça e valores. (6)

Considera-se a antítese positiva do *Burnout*, o conceito de compromisso ou envolvimento (*Engagement*). Apesar de existir um consenso geral sobre tratar-se de um estado positivo e produtivo, há discordância quanto à sua definição. Para alguns autores é o oposto do conceito de *Burnout* sendo, nesta perspetiva, caracterizado por um estado de alta energia, forte envolvimento e sentimento de eficácia. (6) Noutra perspetiva, é caracterizado por um estado positivo afetivo-motivacional de satisfação caracterizado por três componentes: vigor, dedicação e absorção. É uma entidade distinta e independente do conceito de *Burnout*. (6) A relação entre estes dois conceitos continua a ser debatido, no entanto, já há uma proposta de um modelo alternativo que concilia estas duas visões. (8)

Existem 3 níveis de *Burnout*, com gravidade crescente de sintomas. (9) O primeiro

nível caracteriza-se por sintomatologia leve e resolução rápida; o segundo caracteriza-se por um entusiasmo decrescente, uma perda de interesse e períodos de irritação e tédio; no terceiro nível, a sintomatologia é crónica, mais evidente e perigosa. (9)

A definição de *Burnout* utilizada varia de acordo com o contexto e a intenção de quem aplica o termo. (3) Há diferenças individuais, sociais e culturais. Psicólogos, por exemplo, tendem a incluir todo o espectro de queixas a nível de gravidade enquanto os médicos, por outro lado, encaram o *Burnout* como um diagnóstico médico que se refere maioritariamente aos casos mais graves. (3) Um exemplo de diferença cultural é que na América do Norte não é um diagnóstico médico, enquanto que na Europa (por exemplo Suécia e Holanda) é um diagnóstico médico com direito a programas de tratamento e compensações financeiras. (3)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu o *Burnout* no *International Classification of Diseases - 10* (ICD-10), descrevendo-o como “estado de exaustão emocional” e não incluindo guidelines com critérios de diagnóstico. (3)

Alguns autores defendem que o *Burnout* é uma forma de depressão, não fazendo portando sentido inclui-lo em sistemas de classificação futuros. No entanto, há autores que defendem que é uma entidade independente e como tal necessita de critérios diagnósticos próprios. (4) A discussão das possíveis semelhanças, diferenças e complementaridade entre estes dois conceitos é importante, objetivando o aperfeiçoamento das questões diagnósticas e de intervenção mais eficazes.

A síndrome de *Burnout*, enquanto resposta inadequada e prolongada no tempo a fatores stressantes interpessoais e emocionais crónicos no contexto de trabalho, pode afetar todos os indivíduos de todas as áreas profissionais. No entanto, esta síndrome atinge principalmente “profissões de ajuda”, onde a “matéria-prima” de trabalho são as pessoas. (3)

Foi realizado e apresentado um estudo científico em 2016 pelo Instituto de Ciências Sociais de Lisboa a convite do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos com o objetivo de pesquisar, descrever e compreender o *Burnout* na classe médica a nível nacional. (10) A taxa de resposta foi de 29%, um valor bastante positivo quando comparado com o único estudo identificado nos EUA sobre *Burnout* na classe médica a nível nacional, a qual foi de 8%. (11) A nível Europeu não há termo de comparação uma vez que o único estudo identificado é dirigido unicamente aos especialistas médicos de família. (12)

Assim, através deste estudo dirigido à classe médica em Portugal, podemos constatar que 66% da população estudada encontra-se num nível elevado de EE, aproximadamente 39%

apresenta um nível elevado de DP e cerca de 30% reporta uma elevada diminuição da sua RP.

Estes dados revelam uma comparação desfavorável em relação ao panorama norte-americano: 38% dos médicos americanos reportaram níveis elevados de EE, 29% revelaram uma elevada DP e menos de 13% indicaram elevada diminuição da sua RP.

No entanto, os médicos inquiridos apresentam níveis de *Engagement* com o trabalho acima da média e de bem-estar pessoal semelhantes aos identificados para a população portuguesa em geral. Ou seja, os médicos reagem, com frequência e em média, de forma positiva aos desafios que lhes surgem.

Os melhores preditores de elevados níveis de EE são a perceção de baixos recursos e de elevadas exigências, a menor perceção de controlo pessoal sobre a vida e ter menos cuidados consigo próprio.

Quanto a níveis elevados de DP, os melhores preditores são ter uma menor identificação com a classe médica, percecionar baixos recursos e elevadas exigências associadas, ser homem e ter menos anos de prática.

Entre os preditores de elevada diminuição da RP destacam-se ter uma menor identificação com a classe médica, percecionar baixos recursos e elevadas exigências associadas à relação com o doente, ter menor otimismo e menor orientação para a resolução de problemas.

Por último, ansiedade, depressão, somatização, saúde física débil e falta de equilíbrio na relação trabalho / família surgem como as principais consequências da EE e da diminuição da RP. A maior perceção de erros médicos surge como principal consequência da DP.

As diferenças encontradas nos indicadores das diferentes especialidades médicas necessitam de uma interpretação atendendo às especificidades de cada uma. Para além disso, as subamostras não são representativas a nível estatístico.

Apesar dos resultados ainda serem preliminares, este estudo, vem reforçar a dimensão desta problemática e a necessidade de implementar medidas de mudança organizacional como forma de prevenção do *Burnout* na classe médica.

Na relação médico-doente os profissionais experienciam sensações e emoções fortes tais como empatia, medo, raiva, necessidade de salvar o doente e em caso de fracasso frustração, impotência e perda. (13)

Em Psiquiatria, sendo a principal ferramenta de trabalho o diálogo e tendo em conta a natureza pessoal da relação, essas emoções tendem a ser mais intensas. (13) São um grupo de profissionais que lida com questões vulneráveis do Ser Humano, o que os obriga a desenvolver

estratégias de *coping* e resiliência no sentido de ajudarem os seus doentes e simultaneamente preservarem a sua própria saúde mental. No entanto, muitas vezes essas estratégias não são suficientes.

As variáveis relacionadas com o local de trabalho foram descritas como sendo as maiores fontes de *stress* nos médicos psiquiatras. Exemplos dessas variáveis são a sobrecarga de trabalho, excesso de trabalho burocrático, escassez de *staff* e falta de suporte. (6)

De acordo com vários estudos as taxas de *Burnout* nos profissionais na área de Saúde Mental são descritas de moderadas a graves, sendo que se acredita que exista um risco acrescido de *Burnout* nestes profissionais (incluindo os médicos psiquiatras) comparativamente à restante população trabalhadora. (13) (14) (15)

Há estudos que defendem a possibilidade dos médicos psiquiatras terem uma suscetibilidade superior ao *Burnout* do que os restantes colegas da área da Saúde Mental. (16) (15) (17)

Em contrapartida existem estudos que não comprovam o risco acrescido para *Burnout* nos médicos psiquiatras comparativamente às restantes especialidades médicas. Por exemplo, num estudo de 2011 com uma amostra de 160 médicos (70 de clínica geral, 50 psiquiatras e 40 cirurgiões) o *Burnout* nos três grupos foi classificado como moderado, não existindo diferenças significativas entre eles. (18) Os médicos de clínica geral tiveram uma maior pontuação na EE, os cirurgiões uma maior pontuação na DP e menor na RP. Os médicos psiquiatras obtiveram a menor pontuação enquanto os cirurgiões obtiveram a maior pontuação para *Burnout*. Nesse mesmo estudo, médicos com maior número de doentes por dia estavam mais propensos a ter EE mas simultaneamente experimentavam um maior sentimento de RP. Médicos com mais anos de prática e com um número maior de doentes por dia tinham menor propensão para a DP. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género, a EE foi mais predominante em mulheres e a diminuição da RP em homens. É, no entanto, de ressaltar como pontos negativos do estudo o fato de se tratar de um estudo transversal e da amostra em estudo ser pequena. (18)

A Psiquiatria tem a particularidade de ter doentes, na sua generalidade, mais difíceis de lidar, constituindo verdadeiros desafios e suscetibilizando estes especialistas a desenvolverem *Burnout*. Quando um médico psiquiatra, se torna alvo de ódio, raiva ou mesmo violência por parte do seu doente, pode reagir afastando-se psicologicamente do trabalho por ser um processo difícil de gerir. Esta transferência negativa doente-médico psiquiatra pode igualmente levar a

uma sensação de perda de controlo para o especialista e culminar em frustração. (6)

Níveis de *Burnout* elevados relacionam-se com menor qualidade dos serviços prestados. O *Burnout* nos médicos psiquiatras manifesta-se por alteração a nível do comportamento (por exemplo, comportamentos de evicção) alterações na aparência (por exemplo, aspeto de fadiga), humor (por exemplo, maior irritabilidade e menor comunicação), o que se traduz numa menor qualidade do serviço prestado ao doente. Traços de personalidade de perfeccionismo e obsessão tendem a perpetuar o *Burnout*. (5)

Trabalhar com doentes desafiantes e com as famílias dos doentes tem sido associado a um maior nível de EE e DP nestes profissionais. As expectativas irrealistas por parte dos familiares, a impossibilidade de corresponder a estas expectativas e o exigir demasiado de si próprio resultam num processo extenuante para o médico psiquiatra responsável. (19)

Por sua vez, a diminuição da RP reflete problemas nas relações com os colegas, mais do que com os doentes. As relações com os colegas são muito importantes para a sensação de eficácia e realização no trabalho e quando são menos positivas podem gerar sentimentos de frustração. (19)

Tem sido estudada a importância das relações sociais para o desenvolvimento e resolução do *Burnout*, com realce para a relação com os colegas e superiores que se tem revelado crucial. Interações sociais negativas absorvem energia, desencorajam e distanciam as pessoas do seu trabalho. (6)

Num estudo sobre os tipos de vinculação, verificou-se que o tipo ansioso era mais frequentemente acompanhado por falta de civismo por parte dos colegas e associava-se a uma maior EE e Ci. Por sua vez o evitamento foi associado a menor número de encontros sociais positivos e com um maior sentimento de ineficácia. (20) As relações sociais são, portanto, um pilar fundamental para compreendermos a síndrome e toda a sua complexidade inerente.

2.2 Métodos de medição

O método Gold Standard para a deteção da síndrome de *Burnout* é o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Este instrumento consiste numa escala de auto-avaliação, determinando como as pessoas respondem a cada uma de 22 afirmações numa escala de 0-6. (13) Quanto maior a

pontuação nas subescalas da DP e EE e menor na RP maiores os níveis de *Burnout*.⁽¹³⁾ Este método avalia as três dimensões, contrariamente aos métodos iniciais que unicamente avaliavam uma dimensão. ⁽²¹⁾ O método é confiável, válido e fácil de administrar. Existem três versões consoante a área de trabalho: saúde, educação e população trabalhadora em geral (onde a despersonalização é substituída por cinismo). ⁽²²⁾

Se obtivermos valores elevados de *Burnout* numa dimensão- EE ou DP/Ci- podemos interpretar como possíveis sinais de alerta para transição para um estado de *Burnout*. No entanto, é necessária mais investigação para que se possa intervir preventivamente usando por base um diagnóstico auxiliado pelo poder preditivo desta ferramenta. ⁽²²⁾

2.3 Fatores de vulnerabilidade - importante

Fatores internos e externos têm papel na origem do *Burnout*, sendo divididos historicamente em três níveis: pessoal, organizacional e ocupacional. ⁽⁴⁾

No nível individual temos o tipo de personalidade e as variáveis demográficas; no ocupacional a interação com os doentes e os colegas; no organizacional o ambiente das organizações e instituições, recursos disponíveis e expectativas de performance dos indivíduos. ⁽⁴⁾

Ao nível individual, relativamente à personalidade alguns traços parecem propiciar ao desenvolvimento da síndrome. As pessoas com personalidade do tipo A caracterizam-se por serem competitivas, obsessivas, compulsivas, ambiciosas, perfeccionistas e com uma grandenecessidade de controlo. Estes traços de personalidade são muito comuns na classe médica e aparecem associados ao aumento do risco para *Burnout*. ⁽⁹⁾

Relativamente às variáveis demográficas, alguns estudos sugerem que as estudantes e internas do sexo feminino têm maior propensão a sofrer de *Burnout* e de EE, enquanto os internos do sexo masculino estão em maior risco para a DP; no entanto a associação é fraca. ⁽²³⁾ Não pertencer a minorias também parece estar associado a um maior risco de vir a sofrer de *Burnout*.⁽²³⁾

Eventos de vida negativos como história de doença grave, divórcio, problemas familiares e problemas financeiros parecem aumentar o risco desta síndrome em estudantes e internos. ⁽²³⁾

Ao nível organizacional surge *Burnout* quando há deterioração numa das seguintes áreas: sobrecarga de trabalho, controlo, recompensa, comunidade, justiça e valores.

A sobrecarga de trabalho faz com que os trabalhadores percam a capacidade de lidar com as exigências do trabalho. Quando este excesso de trabalho é crónico não há tempo para descansar, recuperar e estabelecer o equilíbrio propiciando ao desenvolvimento da síndrome. (6)

Há uma associação clara entre falta de controlo e síndrome de *Burnout*. Em oposição, quando os trabalhadores têm a percepção de que têm controlo e influência nas decisões, que têm autonomia e acesso aos recursos necessários para um trabalho efetivo, têm maior propensão a estarem envolvidos e sintonizados com a sua profissão. (6)

A área da comunidade está relacionada com as relações que os trabalhadores têm com as outras pessoas no trabalho. Falta de suporte, falta de confiança e conflitos não resolvidos, aumentam o risco de *Burnout*.(6)

A área da justiça surge no contexto das decisões no trabalho serem percebidas como sendo justas e iguais para todos. Quando os trabalhadores não se sentem respeitados podem surgir comportamentos de cinismo, raiva e hostilidade. (6)

Por fim, os valores são os ideais e as motivações que inicialmente atraem as pessoas para determinado trabalho. Quando há conflito de valores no trabalho, com discrepância entre os valores individuais e os valores organizacionais há grande risco de desenvolvimento de *Burnout*.(6)

Particularizando para a Psiquiatria, um estudo realizado em 2001 tendo como amostra médicos psiquiatras e internos da especialidade investigou a relação com variáveis demográficas, trabalho e atividades de lazer. A personalidade foi avaliada através do *MPT (Munich Personality Test)* e o *Burnout* através do *TM (Tedium Measure)*. Os internos obtiveram valores mais elevados no *TM* e de neuroticismo mas valores mais baixos na tolerância à frustração no *MPT*. Nas restantes variáveis em estudo não foram encontradas diferenças significativas. (24)

Outro estudo concluiu que os médicos psiquiatras diferem significativamente dos médicos de outras especialidades em vários itens relacionados com a personalidade. (13) Estes têm pontuações mais altas nas dimensões de neuroticismo, abertura e amabilidade mas menor pontuação na consciencialização. Relatam igualmente níveis superiores de EE relacionada com o trabalho e depressão do que outros médicos de outras especialidades. Um estudo realizado em

2004 encontrou uma associação fraca mas estaticamente significativa entre o grau de neuroticismo e a EE. (25) Deste modo, os mesmos traços de personalidade que atraem os jovens médicos a escolher a especialidade de Psiquiatria podem torná-los mais suscetíveis aos agentes de *stress*. (13) (26)

Para Deahl e Turner as principais fontes de *stress* externas para os médicos psiquiatras são a violência e o medo da violência, recursos limitados, enfermarias lotadas e uma cultura crescente de responsabilização e culpa dos serviços de saúde mental. (13)

Segundo Thompson as elevadas exigências sem recursos adequados, a má definição dos papéis, a responsabilidade sem a autoridade, a incapacidade de efetuar mudanças, o conflito de responsabilidades e o isolamento dos médicos psiquiatras em equipas de saúde mental constituem os principais problemas nesta classe. (13) Um estudo efetuado em profissionais de saúde, incluindo os médicos psiquiatras, identificou como os cinco principais fatores de *stress*: os trabalhos administrativos, falta de recursos, excesso de trabalho, responsabilidade pelos doentes e recaída dos doentes. (13)

Outro estudo realizado identificou longas horas de serviço, lidar com doentes hostis e difíceis, trabalhos burocráticos, equilibrar a vida pessoal e a vida profissional, lidar com situações de suicídio e homicídio como situações que despoletam elevados níveis de *stress*. (27)

O excesso de burocracia e de trabalho e a falta de tempo são os principais motivos para a Psiquiatria não ser uma primeira opção de escolha para os médicos recém- formados. (28)

O internato médico pode igualmente contribuir para o *stress* e *Burnout* nestes especialistas. Experienciam mais sentimentos de dúvida, medo e fadiga do que os colegas para além de terem um envolvimento superior com a parte pessoal e emocional dos doentes. (12)

Num estudo nacional realizado sobre os comportamentos suicidários nos internos de Psiquiatria, verificou-se que existe uma maior vulnerabilidade nos internos face à população geral, no entanto não é possível concluir que têm comportamentos suicidários superiores comparativamente aos internos de outras especialidades. (29) Os comportamentos suicidários podem estar associados a fatores específicos a que esta população está exposta tais como a insatisfação e *stress* laborais que tantas vezes culminam na síndrome de *Burnout*. (29) No entanto, muitas vezes já se encontram presentes durante o curso de medicina antes da inserção na vida profissional. (29) Fatores pessoais como a idade, o neuroticismo (caraterísticas de

instabilidade, estado de preocupação permanente, insegurança emocional, ansiedade elevada, com tendência à culpabilidade e geralmente com associação a sintomatologia psicossomática) e a abertura à experiência parecem estar associados a uma maior ocorrência destes comportamentos.(29) Por outro lado, maior idade no internato, a partilha de valores e a extroversão parecem funcionar como fatores de proteção. (29)A própria escolha da Psiquiatria como especialidade pode estar relacionada com a história familiar de patologia do foro psiquiátrico.(29) No estudo anteriormente referido, 27,1% tinham familiares em primeiro grau com historial de tentativas de suicídio e 13% com história de suicídio consumado.

A dimensão em que o *Burnout* atinge os profissionais também depende da experiência destes. Médicos psiquiatras jovens inexperientes apresentam maior nível de *stress* e menos mecanismos de *coping* do que médicos com mais experiência. (26)

2.4 Fatores precipitantes e fatores perpetuadores

Alguns fatores podem despoletar *Burnout* num grupo já por si suscetível. Lidar com doentes violentos é uma situação stressante para o médico psiquiatra e que pode funcionar como um *trigger* para a instalação e desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

O suicídio dos doentes é outro fator descrito como desencadeante do *Burnout* nestes especialistas. (26).Cerca de 47% dos médicos psiquiatras já experienciaram o suicídio de um dos seus pacientes nos primeiros cinco anos da sua prática clínica. Apesar de ser uma vivência devastadora e stressante para qualquer especialista, sabe-se que especialistas mais novos e menos experientes têm maior probabilidade de serem afetados do que os especialistas com mais anos de experiência clínica. (26)

Um estudo britânico de 2000 com uma amostra de 123 médicos psiquiatras identificou como os dois principais fatores geradores de *stress* nos médicos psiquiatras: o lidar com familiares difíceis e hostis e trabalhos com caráter de urgência. (30)

O *Burnout* depende igualmente da forma como se percebe e responde às situações geradoras de *stress*. O género tem um papel na forma como se lida com o *stress*. Por exemplo, as mulheres respondem através da diluição e diminuição da carreira (trabalhar em part-time) e usam estratégias para diminuir a vida pessoal e íntima (menos propensas a casar, mais propensas a ter

menos filhos e a divorciar-se). (26)

A personalidade desempenha um papel importante uma vez que para além de fator de vulnerabilidade pode perpetuar a síndrome de *Burnout* uma vez instalada. (26)

Foram identificados fatores sistémicos que contribuem para o *stress* em médicos psiquiatras: mudanças na prestação de cuidados no serviço de saúde, conflitos na gestão clínica, de tempo e de recursos. (31) (32)

2.5 Fatores protetores

É importante realçar que nem todos os médicos psiquiatras que estão expostos a agentes geradores de *stress* de forma crónica vão desenvolver *Burnout*. (33) Há fatores que têm um papel protetor no desenvolvimento de *Burnout* nos médicos psiquiatras.

Fatores motivacionais positivos ou fontes de satisfação no trabalho, como apreciação pelo trabalho bem feito, sentido de responsabilidade pelos outros, realização pessoal e salarial são fatores que podem ter um papel importante na gestão e minimização do *stress*.(13)

Ter uma vida não-profissional satisfatória é outro fator protetor identificado contra o *Burnout*.(34)

Outro fator protetor descrito é o trabalho académico. Este está negativamente correlacionado com a DP, EE e o *stress* global. Ao adicionar o ensino aos compromissos clínicos, apesar do aumento de carga de trabalho e do *stress* laboral, o aumento da realização profissional compensa. (13)

Estes fatores parecem ter um papel na prevenção da instalação do *Burnout* nos médicos psiquiatras mas não há evidência da sua utilidade uma vez instalada a síndrome. (13)

2.6 Consequências

Apesar do *stress* em pequenas doses poder ter um papel benéfico e adaptativo, os efeitos do *stress* crónico e do *Burnout* são devastadores. (9)

O *Burnout* está relacionado com um importante sofrimento psicológico e manifesta-se

através de sinais psico-sociais diversos. (22) Nos indivíduos em geral, existe uma diminuição da produtividade, aumento do absentismo, baixas médicas prolongadas, reformas antecipadas, consumo de substâncias psicotrópicas, estados depressivos e perturbações psicossomáticas. (22)

Uma saúde frágil contribui para o desenvolvimento de *Burnout* e a instalação da síndrome contribui para fragilizar a saúde. Das três dimensões a EE é a que tem maior valor preditivo das consequências físicas relacionadas com a exposição ao *stress* crónico. (6) A EE aparece geralmente associada a sintomatologia como cefaleias, hipertensão, episódios de gripe e perturbações do sono. (6) Quando as pessoas descrevem como estando elas próprias ou outros a sofrer de *Burnout* geralmente estão a referir-se à experiência da EE. (35)

Estudos têm demonstrado que há associação entre *Burnout* e um risco aumentado de admissão hospitalar por problemas cardiovasculares e problemas do foro mental. (6)

O *Burnout* pode tornar-se um fenómeno “contagioso” e perpetuar-se, uma vez que através das interações sociais as pessoas que sofrem de *Burnout* podem ter um impacto negativo nos colegas de trabalho, através de possíveis conflitos e da interferência com a normal execução das tarefas. (6)

No entanto, embora esta síndrome esteja associada a manifestações individuais e consequências sociais negativas, também pode desempenhar um papel protetor da psique humana. (36) Freudenberg descreve a DP como um mecanismo de proteção contra a EE ou um mecanismo homeostático num trabalhador exausto. (36) Por sua vez, Benbow descreve as mudanças negativas numa pessoa que sofre de *Burnout* como sendo um mecanismo de *coping*. (36)

Particularizando para a Psiquiatria, os médicos psiquiatras são um grupo identificado como tendo um elevado risco de depressão, suicídio, abuso de substâncias e comportamento disfuncional na relação médico-doente, mais do que os médicos de outras especialidades. (37) (38)

É descrita uma correlação entre níveis elevados de *Burnout* nestes especialistas e sentimentos menos positivos perante os doentes e consequentemente uma diminuição da qualidade dos serviços prestados. (39)

Outro efeito do *Burnout* nestes especialistas pode ser na satisfação laboral, tendo uma relação oposta. Quando o *Burnout* aumenta a satisfação laboral diminui e vice-versa. Um estudo

italiano de 2009 com uma amostra de 81 médicos psiquiatras identificou uma relação entre uma baixa pontuação na satisfação laboral e altas pontuações na EE na escala de *MB*. (19) Segundo este estudo a satisfação laboral parece ter um efeito protetor contra a instalação edesenvolvimento da síndrome de *Burnout*. No entanto, mais estudos são necessários para que a relação entre *Burnout* e satisfação laboral nos médicos psiquiatras seja melhor compreendida.

2.7 Intervenções

Muitos autores têm dado realce à importância das intervenções preventivas no *Burnout*. (40)

Para Maslach, não estando os indivíduos a trabalhar isolados mas numa rede social, deve-se atentar não só à componente individual como à ocupacional e organizacional. (40)

As intervenções para combater o *Burnout* devem, segundo a autora, basear-se em três princípios fundamentais:

- 1) A abordagem primária devem ser as intervenções preventivas. As consequências nefastas ao nível pessoal, profissional e organizacional da síndrome, fazem com que a sua prevenção seja primordial; a solução passa por evitar o problema em vez de o tratar. (40)
- 2) O compromisso ou envolvimento profissional é a melhor abordagem preventiva. O envolvimento com o trabalho permite que as pessoas lidem melhor com o *stress* e adquiram mais capacidade de *coping* perante situações adversas que lhes surjam. Desta forma, em vez do foco ser o problema passa a ser a sua resolução. (40)
- 3) A intervenção ao nível organizacional é mais eficaz do que ao nível individual. Se forem feitas alterações no ambiente de trabalho que vão afetar muitos funcionários o efeito será muito maior do que se a intervenção fosse realizada ao nível individual. (40)

As intervenções podem ocorrer ao nível individual, do grupo de trabalho e organizacional. Na generalidade, os estudos dão ênfase às estratégias individuais em prol das estratégias sociais ou organizacionais, apesar de existir evidência da importância dos fatores situacionais. (6) Das estratégias mais recomendadas, destacam-se: mudar os padrões de trabalho (trabalhar menos horas, com mais intervalos, evitar as horas extras, encontrar equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal), desenvolver estratégias de *coping*, aumentar o suporte social

(família, amigos e colegas), utilizar técnicas de relaxamento, promover a saúde e o *fitness* e desenvolver técnicas de auto-conhecimento.(6)

Iniciativas que pretendem moderar o excesso de trabalho complementadas com estratégias que visam melhorar o sono, promover o exercício físico e uma alimentação saudável têm impacto na componente de EE do *Burnout*. Por sua vez a dimensão da DP/Ci está relacionada com o sentido de comunidade e a congruência entre os valores pessoais e sociais. (6)

Numerosos estudos identificam que a dificuldade em equilibrar a vida pessoal é a principal origem do *stress* na classe médica. Um estudo que abordou a aplicação de intervenções em médicos agrupou esses procedimentos em técnicas de gestão de *stress*, sessões Balint, exercício e ocupacionais. (1)

As técnicas de gestão de *stress* incluem relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e terapia centrada no doente. (1)

A terapia cognitivo-comportamental e o relaxamento apresentam elevada eficácia na prevenção e tratamento da síndrome. Os métodos de grupo são mais benéficos e têm melhor relação custo-eficácia. (1)

É importante salientar que no entanto, dois estudos de revisão concluíram não existir evidência suficiente de que as intervenções de gestão de *stress* surtam efeito para além do período da intervenção. (1)

As sessões Balint destinam-se a treinar médicos sobre como prestar cuidados centrados no doente e aperfeiçoar a relação terapêutica médico-doente. Apesar dos poucos estudos vigentes da necessidade de mais investigação, estas sessões são reconhecidas por aumentarem a satisfação com o trabalho e reduzirem os níveis de *Burnout*.(1)

Demonstrou-se que dez minutos de exercícios de alongamento no local de trabalho ajuda a melhorar a saúde mental e física dos trabalhadores. O exercício aeróbio está associado a diminuição da EE, da DP sem alterar a RP. (1)

Relativamente às intervenções ocupacionais estudos têm mostrado que em locais onde se prioriza o bem-estar dos médicos e se tem como prioridade os cuidados prestados, avaliando o *Burnout* regularmente, há menos EE e menos erros médicos. (1)

Particularizando para a Psiquiatria, Holloway *et al.* definiram um conjunto de

intervenções quer individuais quer ao nível organizacional. (33) Na componente individual destacaram a importância do treino das competências sociais, das intervenções para gestão de *stress*, do suporte social e da gestão de tempo. Por sua vez, na componente organizacional destacaram a importância de definir o papel e as características do trabalho, melhorar as relações interpessoais, encorajar a descentralização da estrutura organizacional e melhorar o ambiente no trabalho. Neste mesmo estudo, os autores frisaram a importância do apoio formal dos médicos psiquiatras através de feedback e avaliação regulares.

As propostas de intervenções em Psiquiatria são semelhantes às propostas para outros grupos de profissionais mas atentando às especificidades desta área.

Estudos enfatizam a importância das mais variadas formas de suporte, tais como o suporte de pares, suporte formal através de feedback e avaliação da performance regulares. (6)

É sugerido igualmente, que os médicos psiquiatras avaliem com frequência a sua carga de trabalho, de forma a diminuir o risco de *Burnout*. Outra sugestão é que adotem um estilo de vida mais versátil, diversificando o seu trabalho (por exemplo ser professor em part-time) e /ou aprimorando a sua vida não profissional (por exemplo incluir novos *hobbies* e fomentar novos interesses pessoais). (6)

É necessário ter especial atenção aos médicos psiquiatras que trabalham em unidades de cuidados paliativos. Nestes profissionais é aconselhado que façam pausas regulares, que se foquem nos aspetos positivos, quer da vida pessoal quer da vida profissional, para que a sobrecarga emocional e as adversidades que os rodeiam não os vençam. É crucial evitarem serem “curadores feridos”, sendo necessário trabalhar o seu bem-estar físico, psicológico e social. (6)

3. Conclusões

O *stress* no trabalho tem repercussões importantes e inegáveis no indivíduo, podendo prejudicar não só o seu desempenho profissional, como o seu bem-estar físico, psicológico, familiar e social.

O *Burnout* surge como uma consequência grave da exposição crónica a fatores de *stress* relacionados com o trabalho. É uma entidade tridimensional que se caracteriza por EE, sentimentos de DP/Ci, bem como uma sensação de falta de RP e ineficácia. Manifesta-se por sintomas afetivos, comportamentais e físicos.

A profissão médica é muito exigente, quer pelos conhecimentos científicos que o clínico deve possuir, quer ao nível da sua prática. O contexto laboral dos médicos é muito complexo e com uma grande suscetibilidade a fatores geradores de *stress*, sendo um grupo de profissionais com um risco aumentado de desenvolver esta síndrome.

Particularizando para a especialidade de Psiquiatria, as taxas de *Burnout* nos profissionais na área de Saúde Mental (incluindo os médicos psiquiatras) são descritas em vários estudos de moderadas a graves.

Estudos revelam que particularidades individuais inerentes aos médicos que escolhem Psiquiatria como especialidade e particularidades da Psiquiatria em si contribuem para fragilizar estes especialistas. Traços específicos da personalidade (como por exemplo pontuação mais alta na dimensão neuroticismo do que os colegas de outras especialidades), podem aumentar o risco de desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

Há igualmente relatos de níveis superiores de EE relacionada com o trabalho e depressão nestes especialistas.

No entanto, são as variáveis relacionadas com o ambiente de trabalho que surgem como sendo a maior fonte de *stress* para os médicos psiquiatras.

Existem fatores que podem funcionar como *trigger* e despoletar o *Burnout*. O facto de os médicos psiquiatras trabalharem com pessoas emocionalmente fragilizadas, muitas vezes hostis e agressivas, estando frequentemente a ameaça e violência presentes constitui uma característica da

especialidade de Psiquiatria. Para além do ambiente de ameaça e violência, outro fator importante gerador de *stress* e que pode funcionar como *trigger* para o *Burnout* nestes especialistas é o suicídio dos doentes.

Porém, apesar dos fatores internos e externos anteriormente descritos, que vulnerabilizam os médicos psiquiatras, há estudos que contrariam o expetável e demonstram que as taxas de *Burnout* não são superiores aos colegas de outras especialidades.

É de ressaltar que nem todos os médicos psiquiatras sujeitos aos agentes geradores de *stress* vão desenvolver a síndrome de *Burnout*.

São igualmente descritos na literatura fatores protetores da instalação desta síndrome, tais como: fontes/fatores de satisfação e motivação no trabalho e ter uma vida não-profissional satisfatória. O trabalho académico surge como outro fator protetor, estando negativamente correlacionado com a DP, EE e o *stress* global.

Em suma, o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* nos médicos psiquiatras pode ser visto como um resultado da interação entre fatores predisponentes, precipitantes, perpetuadores e protetores.

As consequências desta síndrome nestes especialistas são devastadoras, daí a necessidade de mais investigação de forma a desenvolver e aplicar métodos de prevenção, deteção precoce e tratamento do *Burnout*, tanto a nível individual como ocupacional.

Sendo o foco dos estudos geralmente dirigido para a intervenção individual, apesar de reconhecida a importância das componentes ocupacional e organizacional, particularmente nos médicos psiquiatras, novos estudos neste âmbito devem ser encorajados. Estudos sobre os fatores protetores contra o *Burnout* nesta classe também devem ser encorajados.

Seria interessante que este trabalho de revisão fosse uma fonte de inspiração para a realização de trabalhos originais que possam investigar, mais detalhadamente, a realidade do *Burnout* nos médicos psiquiatras, nomeadamente a nível nacional.

4.Referências

1. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine* 2014;9:23556.
2. Bohnert P, O'Connell A. How to avoid burnout and keep your spark. *Current Psychiatry*. 2006;5(1):31-42.
3. Maslach C, P.Leiter M, B.Schaufeli W. Burnout: 35 years of research and practice. *Cancer Development International*. 2008;14(3):204-20.
4. W.Swider B, D.Zimmerman R. Born to Burnout: A meta analytic path model of personality, job Burnout, and work outcomes. *Elsrvier-Jornal of Vocational Behavior*. 2010;76:487-508.
5. Maslach C. Understanding Job Burnout. Stress and quality of working life:Greenwich,Connecticut: Current Occupational Health. 2006:37-51.
6. Maslach C, P.Leiter M. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:103-11.
7. Maslach C. Job Burnout : New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*. 2003;12(5):189-92.
8. Leona MR, Halbesleben JRB, Paustian-Underdahl SC. A dialectical perspective on burnout and engagement. *Burnout Res*. 2015;2:87-96.
9. Timoshin N. Psychiatrist Burnout: Tips on Promoting Resilience and Wellness. *Psychiatric Times*. 2012.
10. Vala J, Pinto AM, Moreira S, Lopes RC. Burnout na classe médica - estudo nacional. Instituto de Ciências Sociais. 2016.
11. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, N.Dyrbye L, MHPE WS, Satele D, et al. Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *American Medical Association*. 2012.
12. Soler J, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova R, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 2008;25:245–65.
13. Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*. 2007 6(2):186-9.
14. Ndeti D, Pizzo M, Maru H, Ongecha F, Khasakhala L, Mutiso V, et al. Burnout in staff

working at the Mathari psychiatric hospital. *Afr J Psychiatry*. 2008;11:199-203.

15. Vičentić S, Jovanović A, Dunjić B, Pavlović Z, Nenadović M, Nenadović N. Professional stress in general practitioners and psychiatrists: the level of psychological distress and burnout risk. *Vojnosanitetski Pregled* 2010;67:741-6.
16. Dennis N, Swartz M. Emergency Psychiatry Experience, Resident Burnout, and Future Plans to Treat Publicly Funded Patients. *Psychiatr Serv*. 2015;66(8):892-5.
17. Martini S, Arfken C, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry*. 2004 28(3):240-2.
18. Bojana P, Lecic-Tosevski D, Priebe S. Burnout in psychiatrists, general practitioners and surgeons. *World Psychiatry*. 2011;10(1):78.
19. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, et al. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv*. 2009;60:985-8.
20. Leiter M, Day A, Price L. Attachment styles at work: measurement, collegial relationships, and burnout. *Burnout Res*. 2015;2:25-35.
21. Maslach C, Leiter MP, Schaufel W. Measuring *Burnout*. *The Oxford Handbook of Organizational Wellbeing*. 2008:86-108.
22. Maroco J, Tecedor M. Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2009;10(2):227-35.
23. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education*. 2016;50:132-49.
24. Amstutz M, Neuenschwander M, Modestin J. J. Burnout in psychiatric physicians. Results of an empirical study. *Psychiatr Prax*. 2001;28:163-7.
25. McManus I, Keeling A, Paice E. Stress, Burnout and doctors attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med* 2004;2:29.
26. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in Psychiatrists: an etiological model. *Int J Psychiatry in Medicine*. 2005;35(4):405-16.
27. Rathod S, Roy L, Ramsay M, Bitwistle MDJ, Kingdon D. A survey of stress in psychiatric trainees working in the Wessex Region. *Psychiatr Bull*. 2000;24:133-6.
28. Mears A, Kendall T, Katona C. Career intentions in psychiatric trainees and consultants. London: Royal College of Psychiatrists 2002.
29. Marques JG, Roberto A, Guerra C, Costa MPd, Podlesek A, Beezhold J, et al. Suicidal

Behavior among Portuguese Psychiatry Trainees: Comparison with the European Situation. *Acta Med Port* 2015 Sep-Oct. 2015;28(5):608-12.

30. Rathod S, Roy L, Ramsay M, Das M, Birtwistle J, Kingdon D. A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *Psychiatr Bull*. 2000;24:133-6.
31. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, Burnout, Coping and Stress Management in Psychiatrists: Findings from a Systematic Review. *International Journal of Social Psychiatry*. 2004;50(1):54-65.
32. TG S, S K. Who do I serve? An experimental perspective of problems in retaining psychiatrists in New Zealand. *Australasian Psychiatry*. 2004;12:401-3.
33. Holloway F, Szmukler G, Carson J. Support systems. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000;6:226-35.
34. Garfinkel P, Bagby R, Schuller D, Williams C, Dickens S, Dorian B. Predictors of success and satisfaction in the practice of psychiatry: A preliminary follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2001(46):835-40.
35. Maslach C, B.Schaufeli W, P.Leiter M. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
36. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in Psychiatrists: an etiological model. *INT'L J PSYCHIATRY IN MEDICINE*. 2005;35(4):405-16.
37. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;13:161-8.
38. Myers M. Physician Impairment: Is It Relevant To Academic Psychiatry? *Academic Psychiatry*. 2008;32(1):39-43.
39. Holmqvist R, Jeanneau M. Burnout and psychiatric staff's feelings towards patients. *Psychiatry Res*. 2006;145:207-13.
40. Maslach C. Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. *The European Health Psychologist*. 2011;13(3).