

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

GILEADE FABRICIO WALL FAGUNDES

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A SITUAÇÃO DA SAÚDE DOS MÉDICOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM DIFERENTES PAÍSES E SOLUÇÕES PRÁTICAS
ADOTADAS PARA A MELHORIA DELA

CURITIBA

2014

GILADE FABRICIO WALL FAGUNDES

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A SITUAÇÃO DA SAÚDE DOS MÉDICOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM DIFERENTES PAÍSES E SOLUÇÕES PRÁTICAS
ADOTADAS PARA A MELHORIA DELA

Artigo apresentado a Especialização em
Medicina do Trabalho, do Departamento de
Saúde Comunitária da Universidade Federal do
Paraná, como requisito parcial à conclusão do
Curso.

Orientador: DR. DANTE LAGO

CURITIBA

2014

Resumo

A saúde hoje passa por um descompasso entre o crescimento da demanda da sociedade e do serviço ofertado. A Organização mundial da Saúde (OMS) apontou o investimento da atenção primária à saúde (APS) como sendo a melhor forma de lidar com esta necessidade. No Brasil a APS é representada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem recebido importante carga de trabalho e atribuições nos últimos anos. Esta cobrança pelo atendimento da população e da melhoria da qualidade do serviço, realizada pelo Ministério da Saúde, tem acarretado desgaste dos funcionários. Constantemente há falta de algum membro da equipe, sobrecarregando os demais. Este trabalho tem como objetivo compreender os motivos pelos quais os médicos não tem optado pela prática da atenção primária a saúde e quais foram os mecanismos utilizados para combater este problema. Toda via, este trabalho não pretende esgotar o tema, mas sim fomentar outros trabalhos e discutir com os médicos os pontos que levam ao sofrimento que desperta esta estratégia defensiva

Palavras chave: atenção primária, burnout, absenteísmo, médicos, especialidade

Sumário

1. Apresentação-----	05
2. Justificativa e Objetivos-----	06
3. Ideias Investigadas-----	06
4. Metodologia e Métodos-----	07
5. Desenvolvimento-----	07
5.1 Bem estar do médico v.s. qualidade do serviço prestado-----	07
5.2 Patologias e Autotratamento-----	08
5.3 Custo social e financeiro da rotatividade de médicos-----	09
5.4 Como lidar com estes problemas?-----	10
6. Conclusão-----	12
7. Referencias Bibliográficas-----	13

9. Apresentação

A globalização tem feito com que a organização social no mundo ocorra cada vez mais de forma complexa. Os sistemas de saúde, sendo um dos pilares das sociedades contemporâneas, não tem conseguido atuar como deveriam, sem acompanharem o desenvolvimento e em consequência deste descompasso, não atendem as necessidades da população. Este descompasso tem sido um grande causador de stress social, pois as pessoas não tem suas carências nesta área supridas gerando descontentamento. A insatisfação da população com os serviços de saúde vem se manifestando há muito tempo, sendo amplamente divulgada pelos meios de comunicação. Isto motivou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a mobilizações no intuito de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, como também a implementação de melhora na qualidade dos serviços. Um dos principais marco dessa nova fase foi a Declaração de Alma Ata¹, que definiu os cuidados primários de saúde como sendo o novo caminho para gerar a mudança necessária. Alinhado a este mesmo objetivo a OMS publicou o Relatório Mundial de Saúde em 2008 intitulado *Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*.

Não obstante dos esforços realizados por diversos países, o Brasil tem se empenhado nesta complexa tarefa de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). O Ministério da Saúde (MS) tem como estratégia prioritária para a implementação da APS o Programa de saúde da Família (PSF) (site DAB), implantado em 1994. A partir de 2006 o nome mudou para Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é a principal porta de entrada do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF através de suas ações individuais e coletivas tem o desafio de promover de forma integral e contínua a melhoria da qualidade de vida nas diferentes comunidades dentro do Brasil, mesmo que exista tamanha disparidade entre as regiões do país (Site DAB; PROMEF).

O Diretório de Atenção Básica (DAB), um braço do MS, tem lançado diversos programas para apoiar o desenvolvimento da ESF. Pode-se citar dentre eles o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Programa de Qualificação da Atenção Primária a Saúde (APSUS), Projeto de expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (PROVAB), entre outros. Todos estes

programas citados demonstram a preocupação que o MS tem em estruturar a APS, para que se possa melhorar de forma global a saúde dentro do território brasileiro.

A APS está centrada sobre quatro pilares: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do sistema (Starfield, 2002). Porém o cumprimento dessas premissas básicas são, provavelmente, os geradores dos principais estressores no trabalho da equipe de saúde (mestrado Giuliano Dimarzio). O trabalho cotidiano na APS agrega na sua organização, fatores que levam a sofrimento de seus trabalhadores na ordem física, cognitiva, psíquica (Estadual, n.d.).

Vemos a preocupação do MS em qualificar a APS, porém sem melhorar as condições de trabalho para os diversos funcionários. Diante dessas considerações, e sabendo-se que cada município tem suas particularidades, este trabalho procura compreender as causas básicas de baixa aderência e esgotamento dos médicos da APS no Brasil através de uma revisão bibliográfica sobre o tema.

10. Justificativa e Objetivos

Tem sido debatido nos meios de comunicação a falta de médicos que atuam na atenção primária a saúde, e ao mesmo tempo o governo federal adotou uma programa discutível para solucionar esta demanda. Além disto, em cursos de especializações, reuniões acadêmicas (fóruns, jornadas, congressos) se discutem, de forma ampla, a saúde dos diversos tipos de trabalhadores e raramente se fala do trabalhador médico. Fazendo parte da atenção primária notei que os argumentos usados contra a classe médica eram imprecisos, sem ter uma real análise sobre as causas. Entendo que para se conseguir sanar esta demanda é necessário compreender claramente quais foram os fatores que levaram a saúde no Brasil a ter este problema para então gerar políticas para melhoria do sistema.

11. Ideias Investigadas

Compreender os motivos que fazem a baixa adesão de médicos na atenção primária. Comparar a experiência de outros locais e analisar as soluções encontradas para frear este possível blackout.

12. Metodologia Aplicada

Para o presente estudo foi realizada pesquisa bibliográfica com artigos publicados em diferentes revistas, utilizando a base de dados do National Library of Medicine e palavras chaves como absenteísmo, atenção primária a saúde, saúde do profissional médico e necessidades dos médicos, além de selecionar trabalhos publicados, em sua grande maioria, há menos de 10 anos. Após a leitura cuidadosa dos artigos os temas debatidos em cada um foram agrupados para melhor entendimento.

13. Desenvolvimento

13.1 Bem estar do médico v.s. qualidade do serviço prestado

Os médicos são importantes personagens do sistema de saúde, e evidências demonstram que quando estes profissionais não estão bem a qualidade do serviço prestado é comprometida((Wallace, Lemaire, & Ghali, 2009)(Sargent, Sotile, Sotile, Rubash, & Barrack, 2009)(Graham, J., Albery, I. P., Ramirez, A. J. and Richards, M. A. (2001)). Logo esta discussão é válida não somente para a melhoria do bem estar do médico como indivíduo, mas sim para poder haver melhoria da qualidade do sistema de saúde ofertado.

É necessário que se compreenda o que é bem estar. Shanafelt, D. et al.(2003) comentam que “O bem estar vai além de mera ausência de sofrimento, prosperidade e alcançar sucesso em vários aspectos na vida pessoal e profissional”. Este termo envolve toda a complexidade entre saúde física, mental e emocional.

Um trabalho canadense demonstra que a prática médica em sua rotina é estressante, 64% dos profissionais entrevistados sentem que seus trabalhos são

extremamente pesados, e 48% teve considerável aumento na sua carga de trabalho no último ano (Guide, n.d.). Há documentos que demonstram que a carga horária semanal é de 50-60 horas semanais, muitas vezes trabalhando mais de 24 horas ininterruptas (Williams ES, 2007). Além desses fatores estressores há outros, como situações cheias de emoções associados a temores, sofrimento, falhas e morte, que culminam na dificuldade de se relacionar entre o paciente, a família do paciente e colegas de trabalho (Levin et al., 2007). Não obstante destes fatos que são comuns a nossa realidade há outros problemas estressores como o aumento da burocracia na prática médica, aumento na demanda dos pacientes, problemas com pagamentos, descompasso entre a demanda do paciente e o serviço ofertado (Umehara, Ohya, Kawakami, Tsutsumi, & Fujimura, 2007) (Levin et al., 2007).

13.2 Patologias e autotratamento

Quando adoecem, de forma geral, os médicos menosprezam suas doenças e procrastinam o tratamento, segundo Arnetz (Arnetz, 2001) eles “ignoram, tem indiferença e descuidam de suas próprias saúde”. Por exemplo, um levantamento estatístico do Canadá demonstra que 18% dos médicos canadenses tem o diagnóstico de depressão, somente 25% destes cogitaram a hipótese de procurar ajuda e somente 2 % procurou tratamento (Guide, n.d.). Outros trabalhos clássicos demonstram que esta categoria profissional tem propensão a cometer suicídio seis vezes maior que a população geral, maior chance de eventos cardiovasculares.

Em especial, está crescendo entre os médicos a síndrome de burnout, que é consequência dos elevados níveis de estresse no ambiente de trabalho (Trigo, R.T; Teng, C.T.; Hallak, 2007), podendo afetar mais de 40% dos médicos (Henderson, 1984). A importância de se discutir esta síndrome é a correlação que ela possui entre o absenteísmo, alto turnover das equipes e redução da satisfação com o trabalho (Dunn, Arnetz, Christensen, & Homer, 2007). Ela é caracterizada pela exaustão emocional (EE), distanciamento afetivo (DE) e baixa realização profissional (RP) ((Organization, 1998)WHO, 1998). Um estudo finlandês realizado com 2671 médicos, demonstrou que os maiores escores desta doença estão nos profissionais que atuam nas unidades de saúde e visita domiciliar, em segundo em hospitais,

porém sem diferença entre as especialidades (Olkinuora, Asp, & Juntunen, 1992). Já outros trabalhos demonstram que o maior número de casos está entre especialidades de medicina da família, clínica médica, psiquiatria e medicina do trabalho (Goehring, Bouvier Gallacchi, Künzi, & Bovier, 2005), (Cathébras et al, 2004),(Priebe, 2011). Outros autores descrevem que profissionais com tendência a neurose, padrão de comportamento tipo A e pessimistas tem maior chance de desenvolver burnout (Ogińska-Bulik, 2005)(Mcmurray et al., 2001), pois internalizam suas experiências estressantes, tem dificuldade para perceber estes fatores e dificuldade para perceber suas consequências.

Uma pesquisa realizada com médicos da atenção primária na Suíça com “n” de 1784 entrevistados demonstrou que a maioria acometida por burnout moderado e grave era de homens, mantenedores do lar, trabalhando em média 55 horas por semana e em zona semirural ou rural. Esses profissionais relatavam como fator estressor excesso de carga de trabalho, expectativas dos pacientes, dificuldade para equilibrar a vida pessoal e profissional, ganho limitado, isolamento social em relação a outros colegas e cuidado médico incerto (Goehring et al., 2005).

Diversos estudos tem demonstrado preocupação com acadêmicos e recém formados, pois se percebeu que os profissionais mais jovens tem tendência a ter patologias psiquiátricas, chegando a ser o dobro de doutores mais experientes (Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back, 2002). De acordo com Cohen e Pattern, 22% dos médicos residentes recém formados da cidade de Alberta, Canadá não optariam em cursar a faculdade de medicina se tivessem esta opção(Cohen & Patten, 2005), já outro trabalho realizado nos EUA estima que 30 a 50% não cursariam a faculdade de medicina novamente (Felton, 1998).

13.3 Custo social e financeiro da rotatividade de médicos

Algo muito comentado sobre a realidade brasileira é a alta rotatividade de médicos nos serviços de atenção primária a saúde tanto no setor público quanto no privado. Isto também está ocorrendo em países desenvolvidos, e tem como fatores causais estresse excessivo no trabalho, burnout e insatisfação (Ashley, 2003) (Gardiner, 2005) (Grunfeld et al., 2000). Em um estudo realizado na Universidade de Ottawa, 50% dos médicos pensaram semanalmente em deixar a parte acadêmica

de medicina e 30% e abandonar a medicina totalmente (Guide, n.d.). Além da perda da qualidade do serviço com o alto turnover de profissionais, outra fator preocupante é o custo estimado para repor um novo médico. Nos EUA estimasse ser próximo a US\$150.000 a 300.000 por médico. Isto depende do tempo usado para conseguir um novo trabalhador, gasto com as entrevistas, treinamentos e a receita perdida pela saída do antigo empregado. Para o calculo destes valores não foram considerados gastos adicionais como bônus, gastos com mudanças, custos com promoção e multas rescisórias (Wallace et al., 2009), (Buchbinder, Wilson, Melick, & Powe, 1996).

13.4 Como Lidar com estes problemas?

“Em tais condições podemos perceber um movimento consciente de luta contra a insatisfação ou contra a indignidade, a inutilidade, a desqualificação e a depressão graças aos privilégios de uma organização do trabalho, deixada em grande parte, à discrição do trabalhador”(Dejours, 1949) . Tendo em vista os problemas aventados, alguns países e universidades tem promovido discussões e ações para melhoria da qualidade de vida dos médicos, pois se entendeu que o investimento sobre a qualidade de vida destes profissionais irá gerar retorno positivo sobre a qualidade do serviço prestado (Frank, Segura, Shen, & Oberg, 2010) (Tyzuk, 2012)

Tem-se notado que o treinamento do médico para ter a sua prática diária centrada na pessoa, e não na doença, aumenta a satisfação do profissional e diminui a incidência de burnout (Beckman et al., 2012). Um trabalho realizado em Greater Rochester, Nova Iorque com n de 871 médicos atuando na atenção primária notou que os profissionais que se submeteram a este treinamento mostraram melhorias em seu bem estar e tiveram aprimoramento na sua prática clínica, aumentando a qualidade do serviço ofertado(Epstein et al., 2009).

Outras três áreas na vida deste profissional da saúde que não recém atenção são a nutrição, sono e auto cuidado ((Tyzuk, 2012). Estes profissionais não se alimentam adequadamente durante as horas de trabalho(Winston, Johnson, & Wilson, 2008), interferindo negativamente na cognição, assim levando a perda de qualidade

do trabalho (Asheley,S., 2003). Também sabe-se que o médico que tem este cuidado tem maiores chances de sucesso no seu tratamento, aumentando a aderência do paciente.O que se sugere é promover pausas regulares para refeições, aumentar a oferta de comidas saudáveis nos refeitórios e a acessibilidade. ((Tyzuk, 2012).

A prática de exercícios diária geralmente diminui com o avançar do treinamento médico (Frank, E. 2007). A Agência de Saúde Pública do Canadá recomenda para pessoas entre 18 e 65 anos pratiquem no mínimo 150 minutos, ideal 300 minutos, de atividade física de intensidade média a pesada por dia. A média diária dos médicos canadenses é de 20 a 35 minutos dia, sendo de atividade moderada (Frank & Segura, 2009). Modificações simples podem estimular a prática de exercícios como locais para guardar as bicicletas com segurança, vestiários para se limpar após a atividade física e encorajar a equipe a participar de eventos locais como caminhadas e corridas ((Tyzuk, 2012). Porém algo muito eficaz é investir nos estudantes durante a graduação estimulando hábitos saudáveis (Frank, E., 2007). Um exemplo disto é o programa implantado na Universidade de British Columbia intitulado como “Rede de Apoio ao Bem Estar”, em que recém orientação e são estimulados a buscarem o bem estar através da nutrição, atividade física, saúde emocional, e comprometimento com o meio. Este programa tem como objetivo que os estudantes levem estes hábitos para suas carreiras médicas (University of British Columbia).

Outro ponto a ser abordado é o número de horas de sono. Dois terços dos médicos residentes reportaram dormir menos de 06 horas por dia e um a cada cinco dorme menos do que 05 horas por dia (Baldwin & Daugherty, 2004). Diversos estudos tem discutido os efeitos nocivos sobre a privação de sono sobre a prática clínica (Philibert, 2005)(Fok, Townson, Hughes, & William, 2007). A seriedade sobre isto é tal que ficar 18 horas trabalhando sem dormir pode ser mais incapacitante do que ter 0,05% de álcool na corrente sanguínea (Williamson & Feyer, 2000).

O auto cuidado é outro ponto problemático. Um terço de jovens doutores irlandeses não consultaram com um clínico geral ou médico de família nos últimos 05 anos e quando precisaram de tratamento 92% deles se auto prescreveram (Uallachain, 2007). Esta é uma prática antiética disseminada entre os médicos

(Montgomery, Bradley, Rochfort, & Panagopoulou, 2011). Vários países tem iniciado programas para tornar os médicos em pacientes, a exemplo do Norway's Physicians (Rosvold, 2002) e Britain's Doctors for Doctors Unit (BMA). Este último programa está disponível o ano inteiro, podendo o médico pedir auxílio via telefone para ele mesmo ou para sua família. Outro programa é o ofertado pela Universidade de Washington chamado Wellness Service (University of Washington Medicine), em que o profissional pode procurar ajuda a qualquer momento.

14. Conclusão

Após analisar diferentes trabalhos realizados em diversos países, e que a maioria era de países desenvolvidos, notamos que a falta de profissionais na atenção primária não ocorre somente no Brasil. A diferença é que nestes países os Governos e as universidades tentaram entender as causas e estão investindo para melhorar a qualidade de vida dos profissionais, já que esta é uma forma de investir na saúde (Tyzuk, 2012). Porém em nosso país, o governo brasileiro encontrou uma saída que poderia trazer retorno de forma mais rápida e que atendeu os seus interesses políticos através de determinados programas. Com o exposto podemos compreender que a alta rotatividade de médicos e a falta destes nos serviços primários a saúde é um mecanismo de defesa dos trabalhadores (Dejours, 1949)

Este trabalho sugere que a classe médica brasileira se reúna em suas entidades para discutir este tema e procurar gerar políticas sérias para a melhoria do bem estar do médico.

15. Referência Bibliográfica

Arnetz BB (2001), Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001; 12: 203-13

Asheley, W.; Cockrell, S., Outcomes of Physician Job Satisfaction: A narrative review, implications, and Directions for Future Research. *Health Care Management Review*, 2003, June V.28, n°2.

Baldwin, D. C., & Daugherty, S. R. (2004). Sleep deprivation and fatigue in residency training: results of a national survey of first- and second-year residents. *Sleep*, 27(2), 217–23. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15124713>

Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(6), 815–9. doi:10.1097/ACM.0b013e318253d3b2

BMA Counselling and Doctor Advisor Service; <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/doctors-well-being>

Buchbinder, S. B., Wilson, M., Melick, C. F., & Powe, N. R. (1996). . . . HEALTH ECONOMICS . . . Estimates of Costs of Primary Care Physician Turnover, 5(11), 1431–1438.

Cathébras, P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D., Burnout among French general practioners, *Presse Med*, 2004 Dec 18;33(22):1569-74.

Cohen, J. S., & Patten, S. (2005). Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 5, 21. doi:10.1186/1472-6920-5-21

DAB - endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php

Dunn, P. M., Arnetz, B. B., Christensen, J. F., & Homer, L. (2007). Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1544–52. doi:10.1007/s11606-007-0363-5

Dejours, Cristophe; A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho, 1949. 5° Ed. ampliada - São Paulo - Cortez Editora.

- Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). CLINICIAN ' S CORNER Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout , Empathy , and Attitudes Among Primary Care Physicians, *302*(12).
- Estadual, U. (n.d.). Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde Decisive factors relating to workload in a primary healthcare unit, 3393–3402.
- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, *48*(4), 237–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9800422>
- Fok, M. C., Townson, A., Hughes, B., & William, C. (2007). Work hours , sleep deprivation , and fatigue :, (September), 387–392.
- Frank, E., & Segura, C. (2009). Health practices of Canadian physicians Recherche. *Canadian Family Physician*, *55*.
- Frank, E., Segura, C., Shen, H., & Oberg, E. (2010). Predictors of Canadian physicians' prevention counseling practices. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, *101*(5), 390–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214054>
- Frank, E. et al, Basic Demographics, health practices, and health Status of U.S. Medical Students , 2007 *American Journal of Preventive Medicine* , Volume 31 , Issue 6 , 499 – 505
- Frank, E et al.,A Quantitative Assessment of a 4-year Intervention That Improved Patient Counseling Through Improving Medical Student Health, *MedGenMed*. 2005; 7(2): 4.
- Gardiner, M., Sexton, R., Durbridge, M. and Garrard, K. (2005), The role of psychological well-being in retaining rural general practitioners. *Australian Journal of Rural Health*, *13*: 149–155. doi: 10.1111/j.1440-1854.2005.00677.x
- Goehring, C., Bouvier Gallacchi, M., Künzi, B., & Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Medical Weekly*, *135*(7-8), 101–8. doi:2005/07/smw-10841
- Graham, J., Albery, I. P., Ramirez, A. J. and Richards, M. A. (2001), How hospital consultants cope with stress at work: implications for their mental health. *Stress and Health*, *17*: 85–89. doi: 10.1002/smi.884
- Grunfeld, E., Whelan, T. J., Zitzelsberger, L., Willan, a R., Montesanto, B., & Evans, W. K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, *163*(2), 166–9. Retrieved from

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=80206&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Guide, C. M. A. (n.d.). *CMA Guide to Physician Health and Well-Being*.

Levin, S., Aronsky, D., Hemphill, R., Han, J., Slagle, J., & France, D. J. (2007). Shifting toward balance: measuring the distribution of workload among emergency physician teams. *Annals of Emergency Medicine*, 50(4), 419–23. doi:10.1016/j.annemergmed.2007.04.007

Mcmurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R., Nelson, K., & Career, S. (2001). Results from the Physician Work Life Study. *J Gen Int Med*, 15, 372–80.

Montgomery, a J., Bradley, C., Rochfort, a, & Panagopoulou, E. (2011). A review of self-medication in physicians and medical students. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 61(7), 490–7. doi:10.1093/occmed/kqr098

Ogińska-Bulik, N. (2005). The role of personal and social resources in preventing adverse health outcomes in employees of uniformed professions. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 18(3), 233–40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16411561>

Olkinuora, M., Asp, S., & Juntunen, J. (1992). Original article Scand J Work Environ Health 1992 ; 18 suppl 2 : 110-112 Stress symptoms , burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians . by Olkinuora M , Asp S , Juntunen J , Kauttu K , Strid L , Aarimaa M Affiliation : Institute of Occupational Health , Helsinki , Finland . This article in PubMed : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1514065 Stress symptoms , burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians, (c), 110–112.

Organization, W. H. (1998). WHO 2008.pdf.

Philibert, I. (2005). Sleep loss and performance in residents and nonphysicians: a meta-analytic examination. *Sleep*, 28(11), 1392–402. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16335329>

Priebe, S. (2011). BURNOUT SYNDROME AMONG PHYSICIANS – THE ROLE OF. *Psychiatria Danubina*, 23(4), 389–395.

PROMEF, Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade Ciclo 06, módulo 02, *Evidências de Benefício da Estratégia Saúde da Família sob o Olhar da Gestão*

Relatório Mundial de Saúde 2008 *Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*²

Rosvold, E. O. (2002). Physicians in illness and health 1. *Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo, Dissertati*.

Sargent, M. C., Sotile, W., Sotile, M. O., Rubash, H., & Barrack, R. L. (2009). Topics in Training, 1579–1586.

Shanafelt, T. D., Bradley, K. a, Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358–67. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874308>

Shanafelt, Tait D et al.(2003), **The well-being of physicians**. American Journal of Medicine, The , Volume 114 , Issue 6 , 513 – 519

STARFIELD, Barbara. **Atencao Primaria- Equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasilia, Unesco- Ministério da Saúde,2002.

Tratado de Medicina de Família e Comunidade Vol I Cap 01

Trigo, R.T; Teng, C.T.; Hallak, J. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34, 223–233.

Tyzuk, K. (2012). Physician health : A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians, (October), 419–423.

Uallachain, G.; Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees. *Irish Medical Journal*, 2007, 100(6):489-491.

Umehara, K., Ohya, Y., Kawakami, N., Tsutsumi, A., & Fujimura, M. (2007). Association of work-related factors with psychosocial job stressors and psychosomatic symptoms among Japanese pediatricians. *Journal of Occupational Health*, 49(6), 467–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18075207>

University of Washington Medicine
<http://www.uwmedicine.org/education/gme/residents-fellows/gme-wellness-service>

University of British Columbia Faculty of Medicine. Well- Being. UBC Medicine Wellness Initiative Network.

Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. a. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702), 1714–21. doi:10.1016/S0140-6736(09)61424-0

Williams ES, ROndeau KV, Xiao Q, Francescutti LH (2007) Heavy physician workloads: impact on physician attitudes and outcomes. *Health Serv Manage Res*, 2007 Nov; 20(4):261-9,

Williamson, a M., & Feyer, a M. (2000). Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. *Occupational and Environmental Medicine*, 57(10), 649–55. Retrieved from

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1739867&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Winston, J., Johnson, C., & Wilson, S. (2008). Barriers to healthy eating by National Health Service (NHS) hospital doctors in the hospital setting: results of a cross-sectional survey. *BMC Research Notes*, 1, 69. doi:10.1186/1756-0500-1-69

World Health Organization, Guidelines, for the primary prevention of mental, neurological, na psychosocial disorders: Staff Burnout. In: Geneva Division of Mental Health World Health Organization, pp 91-110, 1998.