

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Síndrome de *Burnout* em Estudantes de Medicina

CATARINA ISABEL RAMOS VILAS BOAS GONÇALVES
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM **MEDICINA**

2016

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto

- Artigo de Revisão Bibliográfica

Título: Síndrome de *Burnout* em Estudantes de Medicina

Autora: Catarina Isabel Ramos Vilas Boas Gonçalves¹

Orientadora: Dra. Margarida Sara Salazar Mendes Moreira²

Co-Orientadora: Dra. Maria Margarida Pinheiro da Silva Branco³

**Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Centro Hospitalar do Porto**

¹ Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; número de aluno: 200900283.

Endereço eletrónico: catarinagoncalves91@gmail.com

² Assistente Graduada de Psiquiatra do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Responsável da Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde - Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António; Assistente Convidada do ICBAS

Endereço eletrónico: margaridasara@hotmail.com

³ Psicóloga do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde - Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António

Endereço eletrónico: margaridabranco.psic@gmail.com

Resumo

Introdução

A síndrome de *Burnout* tem sido alvo de investigação extensa nas últimas décadas no sentido da sua maior compreensão. Tem particular incidência em médicos e estudantes de medicina, o que a torna especialmente importante para os indivíduos afetados, para o ensino médico e para os cidadãos, enquanto potenciais futuros doentes. Porém, a abordagem deste tema e o estudo desta síndrome em estudantes de medicina portugueses é ainda escassa.

Objetivos

Compilar e sistematizar informação relativa à Síndrome de *Burnout* em estudantes de medicina, para perceber qual o estado da arte e aumentar a consciencialização nas escolas médicas, motivando os seus responsáveis para a adoção de atitudes preventivas e interventivas.

Metodologia

Utilizou-se a base de dados *Pubmed*, para pesquisa de artigos publicados nos últimos dez anos, tendo sido utilizados os seguintes termos de pesquisa: *Burnout*; *Burnout Syndrome*; *Medicine*; *Students*; *Portuguese*.

Desenvolvimento

Revisão bibliográfica sobre a síndrome de *Burnout* relativamente aos seguintes aspectos: definição; dados epidemiológicos; métodos de medição; fatores de vulnerabilidade, nomeadamente variáveis sociodemográficas, personalidade, morbilidade psiquiátrica e estrutura e funcionamento das faculdades de medicina; fatores protetores; consequências e intervenções com vista à prevenção, deteção precoce e tratamento do *Burnout*. Inclusão de uma reflexão sobre o tema baseada na experiência pessoal da autora, enquanto estudante de medicina.

Conclusões

A investigação realizada até ao momento permitiu uma adequada aquisição de conhecimento sobre o conceito de *Burnout* e a síndrome de *Burnout* que fundamenta a necessidade de observar a ocorrência desta síndrome nas Escolas Médicas, estabelecendo parcerias entre todos os intervenientes, para desenvolver e aplicar métodos de prevenção,

deteção precoce e reversão do *Burnout*, tanto a nível individual como ocupacional, com alteração de políticas e práticas institucionais.

Palavras-chave: *Burnout*; Síndrome de *Burnout*; Medicina; Estudantes; Portugueses.

Abstract

Introduction

Burnout has been target of extensive research in the latest decades in order to achieve a better understanding of the syndrome. It has a high prevalence in doctors and medicine students, what makes it important to those who suffer from it, to academic institutions and to citizens, as the future patients. However, research in portuguese medical students is still precary.

Aims

To summarize existing data on *Burnout* in medicine students in order to understand the state of art and increase consciousness in medical schools, stimulating an interventive attitude.

Material and Methods

Research on *Pubmed* for articles published during the past tens years. Keywords used: Burnout; Burnout Syndrome; Medicine; Students; Portuguese.

Development

Up to date on Burnout: definition; epidemiology; measurement instruments; vulnerability factos, like sociodemographic variables, personality, psychiatric morbidity and structure and operation of medicine school; protective factors; consequences and interventions to prevent, early detect and treat Burnout. Inclusion of a reflection on Burnout based on the autor's personal experience, as a medicine student.

Conclusions

Research done until present time has given a reasonable knowledge of *Burnout*. Now it's importante to build partnerships between all participants, in order to develop and apply methods to prevent, early detect, and treat *Burnout*, in both individual and ocupacional levels, and changing institucional politics and practices.

Keywords: Burnout; Burnout Syndrome; Medicine; Students; Portuguese

Agradecimentos

À Dra. Sara Moreira, Orientadora da Tese, por aceitar de imediato apostar neste trabalho, incentivando e orientando a realização do mesmo.

À Dra. Margarida Branco, Co-Orientadora da Tese, por todas as orientações e conhecimentos aplicados.

A ambas por terem sempre o inestimável cuidado de atentarem a pessoa por detrás do trabalho.

A todos os docentes, profissionais de saúde e colegas com quem tive o privilégio de trabalhar, e que tendo sido fonte de valiosas aprendizagens, serviram de inspiração para este trabalho.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio incondicional durante este caminho conjunto.

Índice

Glossário	1
1. Introdução.....	2
1.1. Objetivos	2
1.2. Metodologia.....	2
2. Desenvolvimento	3
2.1. Definição	3
2.2. Medição.....	6
2.3. Origem do <i>Burnout</i> – Fatores de Vulnerabilidade	7
2.3.1. Variáveis sociodemográficas	8
2.3.2. Personalidade.....	8
2.3.3. Morbilidade Psiquiátrica.....	9
2.3.4. Faculdade de Medicina.....	10
2.4. Fatores Protetores	13
2.5. Consequências.....	14
2.6. Intervenções	15
2.7. Breve Reflexão Pessoal.....	20
3. Conclusões.....	22
4. Referências	23

Glossário

Abreviaturas e acrónimos

EE, Exaustão Emocional

DP, Despersonalização

RP, Realização Pessoal

Ci, Cinismo

MBI, *Maslach Burnout Inventory*

MBI-SS, *Maslach Burnout Inventory – Student Survey*

ICBAS, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

CHP, Centro Hospitalar do Porto

CHSJ, Centro Hospitalar São João

UBI, Universidade da Beira Interior

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

OMS, Organização Mundial de Saúde

1. Introdução

A síndrome de *Burnout* enquanto resposta inadequada, prolongada no tempo, a fatores stressantes interpessoais e emocionais crônicos no contexto de trabalho, pode afetar todos os indivíduos de todas as áreas profissionais, tendo particular incidência em médicos e estudantes de medicina.[1,2,3] O *Burnout* tem sido alvo de atenção por parte de clínicos e investigadores, motivando intensa investigação durante décadas desde o surgimento do conceito, com o objetivo de perceber o que o origina e favorece, como se manifesta, que consequências acarreta para o próprio e os que o rodeiam e, conseqüentemente, quais as formas de prevenir, detetar precocemente e tratar.[1,2,3,4,5]

Apesar da extensa literatura sobre o *Burnout* em médicos, a sua abordagem em estudantes de medicina, nomeadamente nas Escolas Médicas Portuguesas, é ainda escassa.

Pela sua importância tanto para o estudante de medicina, futuro médico, enquanto indivíduo e profissional, como para o ensino médico e os cidadãos, enquanto potenciais utentes dos serviços de saúde, que desejam a melhor prática clínica possível, abordar este tema na qualidade de estudante de medicina, assume especial importância.

1.1. Objetivos

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo compilar e sistematizar informação relativa à Síndrome de *Burnout* em estudantes de medicina, nomeadamente, a sua definição, métodos de medição, fatores de vulnerabilidade, consequências, com especial foco nas formas de prevenção, deteção precoce e tratamento, de forma a perceber qual o estado da arte e poder contribuir para uma maior consciencialização desta problemática nas escolas médicas, motivando assim a atuação na adoção de atitudes preventivas e interventivas.

1.2. Metodologia

Foi utilizada a base de dados *Pubmed* para pesquisa de artigos, tendo sido utilizados os seguintes termos de pesquisa: *Burnout; Burnout Syndrome; Medicine; Students; Portuguese*. Foram selecionados os artigos publicados nos últimos dez anos, tanto artigos de revisão como originais.

2. Desenvolvimento

2.1. Definição

Segundo a literatura, a definição de *Burnout* utilizada varia de acordo com o contexto e a intenção de quem aplica o termo.[5] Estudos referem que o conceito de *Burnout* terá surgido nos anos setenta, simultaneamente de dois focos distintos, para descrever a exaustão da capacidade dos trabalhadores para manterem um envolvimento intenso com impacto significativo no trabalho: Freudenberger e Maslach e seus colaboradores.[5]

Fredenberger, em 1974, inspirou-se no termo *Burnout* então usado para descrever o efeito devastador do abuso crónico de drogas ilícitas.[5] *Burnout* seria como a “extinção de uma vela, de uma fogueira” que em tempos fora uma chama que ardia fortemente, mas cujo fogo só pode ser mantido na presença de recursos suficientes.[5]

Já Maslach e seus colaboradores definiram *Burnout* como uma síndrome tridimensional relacionada com o padrão de resposta prolongada no tempo, resposta essa que pode ser inadequada, a fatores stressantes interpessoais e emocionais crónicos no contexto de trabalho, composta por três dimensões chave: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e diminuição da Realização Pessoal (RP).[1,2,5,6,7,8,9]

Esta definição tridimensional apresentada por Maslach adquiriu aceitação praticamente universal entre investigadores e clínicos.[5,8]

Assim, entende-se EE como uma excessiva solicitação do indivíduo, com esgotamento dos seus recursos emocionais, morais e psicológicos, e sentimentos de frustração e medo de não ser capaz de manter o nível de *performance*, levando à perceção de incapacidade de cuidar do outro.[1,3,6,7,8]

A DP refere-se ao distanciamento afetivo, indiferença emocional e sentimentos negativos e cínicos na relação com o trabalho e com os outros, nomeadamente, com aqueles que são motivo da sua atividade profissional, como os doentes, no caso dos profissionais de saúde, com os colegas e outros profissionais.[1,3,6,7,8] Os indivíduos começam a ignorar as características do trabalho que o tornavam único e estimulante, para se protegerem dos resultados negativos que possam vir a experienciar.[6,8] Nas atividades profissionais em que o alvo primário do trabalho não são pessoas, DP é substituída por Cinismo (Ci), e refere-se ao distanciamento do trabalho propriamente dito.[8]

A redução da RP traduz a diminuição dos sentimentos de competência, eficácia, prazer e realização associados à execução do trabalho.[1,3,7,8]

Segundo Maslach, o *Burnout* define-se por altos níveis de EE e DP e baixos de RP. [6,7] As 3 dimensões do *Burnout* estão interrelacionadas, porém, a forma como essa relação ocorre depende da consequência laboral em questão, o que apoia a teoria de que a dimensão com valor superior terá maior relação com o que originara *Burnout* naquele indivíduo.[6] A presença de um valor elevado numa dimensão poderá precipitar as outras duas.[2] Elevada EE sugere uma inadequada adaptação às dificuldades, e pode progredir para indiferença e distanciamento – aumentando a DP – como tentativa de minimizar a EE.[2] Isto pode evoluir para um sentimento de incompetência, com perda de significado e importância das atividades, despertando insatisfação – diminuição da RP. EE e Ci elevados sugerem que poderá ocorrer progressão dos sintomas e precipitar a diminuição de RP.[2] Os níveis elevados de EE, Ci e RP encontrados em alguns estudos, sugerem que se não forem adotadas medidas preventivas, poderá haver progressão com diminuição de RP, completando a tríade do *Burnout*. [2] Outros estudos apontam para que elevada EE associada a posterior diminuição da RP, origem DP, completando a tríade de *Burnout*. [2]

Assim, o conceito nasceu associado a profissões da área dos serviços humanos, que requerem o cuidado de terceiros, como professores e profissionais de saúde, com destaque para os médicos.[1,4,5] No final dos anos oitenta, passou a ser considerado uma síndrome que poderia afetar indivíduos de qualquer profissão, e de atividades que psicologicamente se assemelham a uma profissão, como é o caso dos estudantes.[1,2,5] Foi, assim, redefinido por Maslach *et al* (1996) como “um estado de EE em que o indivíduo revela Ci sobre o valor da sua atividade profissional e dúvida das suas capacidades de *performance* (baixa RP)”. [5]

A medicina, pelas suas características altamente exigentes, é uma área de especial risco para o desenvolvimento de *Burnout*. [3] Historicamente, os estudos começaram por incidir em médicos numa fase avançada da carreira, que seriam afetados pela substituição dos sentimentos iniciais de idealismo e fascínio pela prática clínica, por pragmatismo e rotina. [3] Porém, nos últimos anos, têm sido estudadas fases mais precoces da carreira médica, como os estudantes e médicos nos primeiros anos de formação, verificando-se que, frequentemente, o *Burnout* começa a deixar as suas sementes precocemente durante a formação nas Escolas Médicas, maturando até à formação como especialista, podendo assim afetar o médico em qualquer fase da sua formação e atividade profissional. [2,3,4,7,9] Para muitos, o *Burnout* é, inclusivé, um fenómeno inerente ao processo de formação e prática clínica. [8]

No caso dos estudantes, especialmente para aqueles ainda não em contacto com doentes, a definição de *Burnout* pode sofrer ligeiras diferenças, caracterizando-se por: EE resultante das exigências académicas; Ci, enquanto atitude apática e de indiferença em relação às atividades académicas, e baixa Eficácia Profissional (semelhante a RP), na medida em que se percebe

como incompetente enquanto estudante.[2,8] Nestes, o *Burnout* pode ser considerado uma medida do *stress* induzido pelos estudos.[10]

Segundo dados recolhidos de diferentes estudos, a prevalência de *Burnout* em estudantes de medicina varia entre 14.5% e 71%.[3,4,11] Esta grande variabilidade reflete a utilização de diferentes critérios, tais como a bi ou tridimensionalidade da definição usada, e instrumentos de medição não específicos para estudantes.[2] Nos estudos com critérios mais restritos a prevalência é inferior.[2]

Dados de um estudo em particular mostraram que a prevalência de *Burnout* duplicou do primeiro para o terceiro ano do curso (ano em que os estudantes iniciam o contacto clínico), atingindo aí o seu pico, o que ilustra o desenvolvimento de *Burnout* durante os anos pré-clínicos, e a sua continuação para os anos clínicos.[7] Durante os três primeiros anos, a EE e a RP aumentaram.[7] 88% dos estudantes do terceiro ano apresentaram moderada a elevada EE ou DP.[7] Dados de outro estudo mostram também que o *Burnout* está presente desde os anos pré-clínicos (prevalência de 71% no início do terceiro ano).[9]

A prevalência de *Burnout*, EE e DP nos estudantes encontra-se, segundo o primeiro estudo, ao nível dos valores mais baixos encontrados para médicos, o que poderá mostrar que se desenvolve com o tempo e a prática clínica.[7] Para os estudantes do último ano do curso, os valores de prevalência assemelham-se aos encontrados para médicos, nomeadamente internos de medicina interna e cirurgia geral, cuja prevalência é superior a 50%.[4,12]

Investigação nesta área mostra que é altamente provável que a maioria dos estudantes seja afetada por *Burnout*, em algum grau, ao longo do curso.[8]

Alguns estudos defendem uma definição bidimensional (sem a dimensão da RP) ou unidimensional do *Burnout*: EE ou DP.[7,13] O termo é, ainda, utilizado por alguns apenas como sinónimo de exaustão.[5] Gabe *et al* defendem que a EE poderá ser o elemento fundamental do *Burnout*, refletindo excesso de trabalho e perda de autonomia e de controlo do ambiente de trabalho.[7] Porém, apesar de salientar a importância destas dimensões para o desenvolvimento de *Burnout*, a definição unidimensional poderá sobrestimar a sua prevalência.[7] Opositores desta visão referem ainda que uma elevada RP pode proteger de *Burnout* indivíduos com elevada EE ou DP.[7]

Profissionais com formação na área da psicologia tendem a ver o *Burnout* como um fenómeno contínuo de *stress* crónico resultante de um ambiente de trabalho altamente stressante e frustrante, incluindo todo o espectro de queixas a nível de gravidade.[5]

Por outro lado, os médicos tendem a procurar um diagnóstico dicotómico, considerando o *Burnout* como uma condição médica que se refere maioritariamente aos casos de maior gravidade, e abordando-o de forma a integrar os diferentes dados (incluindo a informação do

MBI) para obter o diagnóstico (contrariando a hipótese de simplificar o *Burnout* à dimensão de Exaustão Emocional).[5]

Algumas diferenças culturais são também observadas na classificação do *Burnout*. Na América do Norte, a sua popularidade deriva de não ser um diagnóstico médico, tornando-o socialmente aceite e com reduzido estigma psiquiátrico associado. Contrariamente, na Europa, a popularidade deriva de ser um diagnóstico médico, com direito a compensações financeiras e programas de tratamento (p.ex.: Suécia e Holanda).[5]

O *Burnout* foi incluído pela OMS no ICD-10, na categoria de “problemas relacionados com dificuldades de gestão da vida”, descrito apenas como um “estado de exaustão vital” e não incluindo *guidelines* com critérios de diagnóstico.[3,5]

Alguns autores defendem que não deve ser considerado como uma patologia independente, mas como uma forma de Depressão, não aconselhando a sua inclusão nos futuros sistemas de classificação.[14] No entanto, segundo Schaufeli & Enzmann, *Burnout* difere de depressão pela sua relação específica com o contexto de trabalho, enquanto a última atinge todas as áreas da vida.[6] Difere também de *stress* laboral, por se relacionar com o nível de exigência que excede as capacidades de resposta do indivíduo no trabalho (McGrath).[6]

Considera-se como antítese positiva do *Burnout*, o conceito de Compromisso.[8] Este ilustra aquilo que é perdido com o *Burnout*, isto é, o que começa por ser um trabalho sentido como importante, significativo, interessante e desafiador, torna-se desagradável e sem significado (reduzida RP).[8] *Burnout* e Compromisso organizacional são os melhores preditores da saúde dos indivíduos no contexto de trabalho.[15]

Uma outra visão sobre o *Burnout* é apresentada pela Teoria Existencial, segundo a qual indivíduos que sentem necessidade de acreditar que as suas vidas têm significado, que as suas ações, nomeadamente o seu trabalho, são úteis e importantes, sucumbem ao *Burnout* perante a “incapacidade de atingir os objetivos específicos a que se tinham proposto”. [8]

2.2. Medição

Considerando a definição tridimensional de *Burnout*, o método de deteção *gold standard* é o *Maslach Burnout Inventory* (MBI).[1,3,7] Este é uma escala de autoavaliação de tipo *Likert*, em que o indivíduo avalia em sete possibilidades, um conjunto de sentimentos expressos em frases.[1] Tem uma estrutura trifatorial, de 3 subescalas: EE, DP e RP.[1,3] Existem três versões adaptadas à área de trabalho: saúde, educação e população trabalhadora em geral (em que DP

é substituída por Ci). Schaufelli, Martinez *et al* adaptaram uma versão para estudantes, baseada na versão usada para a população geral, e designada *Maslach Burnout Inventory – Student Survey* (MBI-SS).[1,11] Nesta, DP designa-se Descrença. Estudos conduzidos em Portugal, Espanha e Holanda, demonstram a validade da estrutura tripartida da escala, apoiando a conceptualização teórica tridimensional.[1]

Como referido, é indicador de *Burnout* um resultado com valores elevados de EE (igual ou superior a 27) e DP (igual ou superior a 10) e valores baixos de RP (igual ou inferior a 33).[1,3,13] Os valores frequentemente encontrados para profissionais de saúde são, em média: 22.19 para EE, 7.12 para DP e 36.53 para RP. [13]

Estudos revelam tratar-se de um instrumento fiável, sensível e válido para avaliar *Burnout* em estudantes universitários. A principal limitação apontada é não apresentar um *score* global de *Burnout*. [1]

Escalas como *Copenhagen Burnout Inventory* e *Oldenburg Burnout Inventory*, foram apontadas como possíveis instrumentos alternativos para a medição do *Burnout*. Contudo, o MBI mantém-se o método *gold standard*. [5]

Alguns estudos referem que os níveis de *Burnout* são inferiores quando autorrelatados, podendo indicar que os indivíduos não estarão tão conscientes quanto os que os rodeiam dos efeitos do *Burnout* no seu comportamento. [6]

2.3. Origem do *Burnout* – Fatores de Vulnerabilidade

Aquilo que se considera estar na origem do *Burnout* nos estudantes de medicina é semelhante ao que se verifica para outras atividades profissionais, com as devidas adaptações. [5] Segundo Farber (1983), a tendência cultural para individualização e narcisismo produz a “receita perfeita para o *Burnout*: a primeira gera *stress* e frustração, e o segundo diminui a capacidade de *coping*. [5]

Vários autores têm tentado perceber quais os fatores e como estes operam de forma a favorecer o desenvolvimento de *Burnout* durante a formação médica. [2,10]

Por definição, o *Burnout* resulta de uma reação a um ambiente *stressante*. [1,2,5,6,7,8,10] Evidência científica das últimas décadas, refere que os estudantes de medicina são constantemente expostos a um nível de *stress* considerável durante o curso, com elevada toxicidade psicológica, que, se persistente, pode originar *Burnout*. [2] Os médicos não procuram para si a ajuda que prestariam aos outros, comportamento que parece ser adotado também pelos estudantes de medicina. [10]

A origem do *Burnout* terá fatores internos e externos.[6] Historicamente estes fatores têm sido classificados em três níveis: organizacional (ambiente psicológico das organizações e instituições, recursos disponíveis e expectativas de *performance* depositadas sobre os indivíduos), ocupacional (interação com doentes, colegas e outros profissionais) e individual (dados sociodemográficos e personalidade).[6]

2.3.1. Variáveis sociodemográficas

Apesar de historicamente terem sido os primeiros preditores usados, atualmente verifica-se que têm fraco poder preditivo.[6]

A associação do *Burnout* com o sexo não é clara, surgindo dados contraditórios em diferentes estudos: maior prevalência no sexo masculino [11], maior prevalência no sexo feminino [16], ou ausência de diferença estatisticamente significativa entre ambos [2,17].

A associação com a idade também varia com o estudo: em alguns não existe associação, enquanto outros referem uma associação com idades mais jovens.[2,11]

Relativamente ao estado civil, estudantes solteiros apresentam níveis de EE e *Burnout* significativamente superiores.[3,11] Não pertencer a minorias está também associado a *Burnout*, com valores superiores de EE e, especialmente, de DP.[3,8] Porém, há maior prevalência de reduzida RP nos estudantes de minorias.[3] Não ter filhos, viver com os pais e não ter rendimentos próprios também está associado a *Burnout*.[11]

Eventos de vida negativos, nomeadamente história de doença grave, estão associados a *Burnout*, contariamente aos eventos positivos.[3,7,8].

2.3.2. Personalidade

De acordo com alguns estudos, o *Burnout* está associado à personalidade tipo A.[8,10] Níveis elevados de neuroticismo, perfeccionismo, comportamento obsessivo-compulsivo, impulsividade, e níveis baixos de extroversão, sensatez e amabilidade são importantes no *Burnout*.[2,6,7,8,10]

A impulsividade é um preditor de *Burnout* em estudantes de medicina no terceiro ano, independentemente da carga de trabalho, associando-se a comportamentos de risco, impaciência, falhas no planeamento estratégico e de objetivos, podendo colocar os estudantes em risco futuro.[3,7,8,10] Nestes, a frustração de estar dependente do tutor para decidir e atuar pode levar a distanciamento (DP).[3,7,8,10]

Uma autoestima dependente da *performance* é preditor e pré-requisito para *Burnout* (especialmente para as dimensões EE e DP).[10]

Globalmente, a personalidade condiciona a predisposição para desenvolver *Burnout*, porém apenas explica uma pequena variação (apenas 33% da variação de EE, 21% da variação de DP e 27% da variação de RP), não sendo o fator determinante.[3,6,10]

2.3.3. Morbilidade Psiquiátrica

A prevalência de patologia psiquiátrica em estudantes de medicina varia de acordo com os estudos (16% num estudo no Reino Unido).[10] Dados apontam para que tenham maior taxa de depressão que a população geral mesmo antes de iniciarem o curso e que aproximadamente um quarto tenha patologia psiquiátrica clinicamente significativa diagnosticada.[10]

Um estudo realizado na UBI em estudantes de medicina, utilizando o *Inventário de Saúde Mental de Ribeiro*¹, mostrou pior saúde mental para estudantes do sexo feminino e no ciclo pré-clínico, com pico no terceiro ano.[18] Daqueles com saúde mental abaixo da média, 8,6% eram seguidos em consulta e 6% realizavam terapêutica farmacológica a longo prazo para sintomas relacionados.[18] Cerca de 10% do total já realizara terapêutica farmacológica sem prescrição médica, apresentando saúde mental significativamente pior.[18] Não foi analisada a relação com o *Burnout*. [18]

Noutro estudo referente à saúde mental dos estudantes universitários que frequentam a consulta de psiquiatria do CHSJ, 47,8% tinham patologia psiquiátrica prévia, com predomínio dos estudantes de medicina (do primeiro e do último ano).[19] As patologias mais diagnosticadas foram as do grupo das Perturbações Neuróticas, relacionadas com o *Stress* e Somatoformes (35%)², com a Depressão como diagnóstico mais frequente.[19] Não é feita referência específica ao diagnóstico de *Burnout*. [19]

A literatura refere uma associação do *Burnout* com história de depressão prévia ao curso, ideação suicida (*Burnout* 2 a 3 vezes mais provável) e sintomas depressivos no primeiro ano do curso (preditor significativo), sendo frequente a presença de patologia psiquiátrica nos indivíduos com *Burnout*. [3,8,10,20] A EE é significativamente superior nos indivíduos com morbilidade psiquiátrica. [3]

¹ Instrumento de rastreio de saúde mental validado para a população portuguesa que infere sobre Ansiedade, Depressão, Perda de controlo emocional/comportamental, Afeto positivo e Laços emocionais, as quais se agrupam em Distress Psicológico e Bem-estar Psicológico. [18]

² Perturbação de Ansiedade Generalizada (15,7%), Perturbação de Pânico (11,2%), Perturbação Obsessiva Compulsiva (5,2%) e Perturbações de Adaptação (6%). [19]

2.3.4. Faculdade de Medicina

A Faculdade de Medicina tem características únicas, geradoras de *stress* (para além das que são comuns ao ensino superior no geral), e que influenciam a construção da identidade profissional do estudante, associando-se ao desenvolvimento e perpetuação de *Burnout*, o que apoia a sua natureza ocupacional.[2,8,21]

O ambiente de aprendizagem em que o estudante está inserido caracteriza-se pelas suas vertentes física, social e psicológica, pelas interações com a instituição, colegas e outros profissionais, e pelos diferentes currículos (formal, informal, e oculto).[21]

O modelo tradicional de ensino está associado a: dificuldade de adaptação no início do curso com exames competitivos de acesso à faculdade; mudança do ensino secundário para uma realidade de maior responsabilidade e autonomia; frustração gerada pelo contacto tardio com a clínica, com o ciclo pré-clínico a ficar aquém das expectativas; insatisfação com o curso e as estratégias de ensino; e desejo de desistir, motivado pela elevada sobrecarga de trabalho e sobrevalorização dos momentos de avaliação.[2]

Quando a separação entre ciclos pré-clínico e clínico é mais tradicional há mais atitudes negativas dos estudantes em relação ao curso.[10] Assim, verifica-se uma tendência para maior integração da componente clínica desde cedo.[10] Porém, não há evidência de que outro modelo possa favorecer os estudantes mais vulneráveis.[10]

As diferentes fases da formação médica estão associadas a diferentes desafios que em alguns casos favorecem o *Burnout*.

No primeiro e segundo ano, o *Burnout* surge fortemente associado ao nível de apoio prestado pelos profissionais da faculdade.[3,8,21] Durante os primeiros três anos do curso foi encontrado um aumento significativo da EE, DP e da RP, com níveis moderados a elevados de EE e DP no terceiro ano.[7] A EE reflete o excesso de trabalho, a falta de apoio e a perda de autonomia e de controlo do ambiente de trabalho.[7] O aumento da RP parece contrabalançar a EE e DP, sendo possível que ocorra um agravamento com a progressão para a clínica.[7]

A transição para o ciclo clínico é considerado um momento fulcral, de elevada ansiedade, incerteza, expectativas e medos.[2,10] Isto advém da mudança por si só, do sentimento de limitação a nível do conhecimento científico, e, muito importante, do início do contacto direto com doentes, muitos em estado grave, com mau prognóstico, aumentando a responsabilidade.[2,10] Acrescenta-se, ainda, uma elevada sobrecarga de trabalho e de conteúdos teóricos a adquirir, realização de rotações de horário, mal organizadas, conduzindo a um sentimento de falta de controlo sobre a sua agenda, turnos noturnos, exposição a internos de especialidade em

Burnout,³ elevado *stress*, reduzida confiança e experiência, falta de tempo para lazer, família e amigos, preparação para exames de acesso a especialidade e a escolha da mesma.[2,3,8,10,21]

A falta de confiança na aquisição de competências necessárias para o exercício futuro de medicina gera um sentimento de ineficácia e conseqüente desconforto com as atividades do curso, o que pode culminar em descontentamento, ansiedade e desespero, levando o estudante a considerá-las stressantes, sem significado, e não sentindo gratificação pelo seu esforço, gerando mais sentimento de ineficácia, continuando o ciclo vicioso.[2,9,10] O próprio descontentamento associado à sobrecarga de trabalho e avaliações, e à responsabilidade inerente ao tratamento de doentes, poderá contribuir para o sentimento de falta de preparação para exercer medicina e insatisfação relativamente ao curso, com desejo de desistir.[2,9] Não foi encontrada associação significativa com a frequência de chamadas noturnas ou com o número elevado de observações.[3,8]

Apesar da tendência para aumento dos níveis de *Burnout* no ciclo clínico, alguns aspetos mantêm-se durante todo o curso, tais como: mau ambiente geral; sobrecarga de trabalho (muitas competências a adquirir com recursos limitados de tempo e memória); não se considerar capaz de ser médico mesmo quando tem boa *performance*; necessidade de adiar projetos pessoais e elevada pressão social e académica relativamente ao aproveitamento escolar e ao relacionamento com colegas e professores.[1,7,11,21]

Por oposição, um ambiente de aprendizagem otimizado, em que a faculdade apoia aos estudantes, trabalhando em colaboração, com baixa prevalência de *Burnout* nos médicos formadores, esquemas de rotações clínicas bem organizados e adequada supervisão, está associado a maior humanização, aprendizagem e sucesso.[21] Contudo, não existe um serviço integrado de promoção de cuidados de saúde mental para os estudantes na maioria das faculdades.[11]

Preocupações financeiras, como o endividamento para financiar os estudos, têm sido associadas a *Burnout*, nomeadamente a elevada EE.[1,8,10] Importa considerar que estes dados provêm de estudos cuja população alvo não é a portuguesa, comportando assim diferenças a nível do financiamento dos cursos.

Embora alguns estudos apresentem valores de *Burnout* mais elevados no ciclo pré-clínico, enquanto outros referem agravamento progressivo do *Burnout* e da saúde mental em geral (em muitos desde o primeiro ano), em todos é demonstrado que o início ocorre nas Escolas Médicas.[2,7]

Alguns autores defendem que mais do que o ensino, que se tem mantido semelhante por décadas, importa analisar a forma como a atual cultura médica tecnocrata favorece o *Burnout*, por facilitar o distanciamento do médico em relação ao doente e a si próprio.[8] Assim, o

³ Forte associação dos fatores sublinhados com *Burnout*.

estudante de medicina, inserido neste meio, está altamente vulnerável ao *Burnout*. [8] À medida que se distancia de si mesmo, poderá ter dificuldades em cuidar-se e desenvolver uma identidade profissional madura e bem integrada, isto é, com valorização de si como um ser multidimensional e único, que já existia e vai além do curso de medicina. [8]

O ensino médico parece, desta forma, promover médicos tecnicamente competentes, mas deficitários de algumas competências humanas. [8]

Aplicando o Modelo de Maslach aos estudantes de medicina, alguns autores defendem que o *Burnout* surge quando há uma deterioração do ambiente de trabalho numa das seguintes seis áreas: sobrecarga de trabalho, controlo, comunidade, recompensa, justiça e valores. [8]

A **sobrecarga de trabalho** traduz-se pelo conhecimento teórico extenso a adquirir, tempo despendido em aulas e estudo, exigências das rotações clínicas, nomeadamente emocionais, no contacto com doentes, morte e incapacidade (incluindo as do próprio estudante), testemunho de erros médicos dos tutores e repressão emocional, os quais podem originar exaustão mental e/ou física. [8] Contudo, alguns estudos referem ser necessário mais investigação sobre a relação entre sobrecarga de trabalho e *Burnout*. [7,8]

O **controlo** refere-se à ausência de poder de decisão (com consequentes frustração e impotência), à falta de controlo do próprio horário (sentindo o estudante que não tem tempo para família, amigos e lazer) e dos seus recursos (humanos e financeiros), e à necessidade de lidar com médicos em *Burnout*. [8,9]

A **comunidade** abrange a competição e hostilidade entre colegas, a perda de relações de suporte na transição de ciclos, a elevada rotatividade de equipas, não permitindo ficar tempo suficiente para estabelecer relações duradouras, e o contacto com colegas e outros profissionais com elevado Ci, levando a desânimo, exaustão e Ci. [8]

A **recompensa** abarca o endividamento, o sentimento de não reconhecimento por parte dos professores, atitudes demasiado focadas na *performance* e a perda da gratificação intrínseca à aprendizagem e ao cuidado de doentes. O estudante, enquanto membro menos qualificado das equipas, pode não sentir tanta satisfação com o trabalho desenvolvido. [8]

A **Justiça** engloba a subjetividade da aprendizagem, do tipo de trabalho e da avaliação, dependendo do tutor e das condições do serviço, e as situações de abuso (verbal, institucional e sexual) de que os estudantes são alvo com elevada frequência, apesar de raramente reportadas, espelhando uma cultura de maus tratos, desrespeito e de negação da problemática, assente no medo e na baixa autoestima. [8] Abrange também o descontentamento e revolta, as injustiças sociais presenciadas e a imperfeição do serviço nacional de saúde. [8]

Os **Valores** incluem o dilema entre focar-se na aprendizagem ou no cuidado dos doentes, a falta de tempo livre e de apoio por parte da instituição e docentes, o sentimento de culpa ou

ineficácia, as questões éticas, o testemunho de cuidado deficitário dos doentes e de comportamentos em desacordo com os valores ensinados (currículo médico “informal”), gerando *stress* moral.[8]

Considerando ainda a definição tridimensional, os fatores preditores de *Burnout* podem ser agrupados segundo a dimensão a que estão associados.[2,3] Elevados níveis de EE e Ci associam-se a: sexo masculino, idade jovem, frequentar muitas disciplinas ou cursos extracurriculares, falta de tempo para lazer, pouca experiência profissional, insatisfação com o curso e desejo de desistir.[2,3] Elevada RP associa-se a: boa *performance* académica, expectativas de sucesso, tempos de lazer adequados, experiência profissional, satisfação com o curso e desejo de permanecer nele.[2,3]

Segundo a Teoria Existencial, o *Burnout* em estudantes de medicina terá origem na perda de significado e satisfação com o trabalho, pela frustração das expectativas de gratificação com o cuidar o outro com que iniciam o curso.[8] O ciclo pré-clínico é demasiado teórico, exigindo a aquisição de informação que o estudante percebe que rapidamente esquecerá, questionando a razão do seu esforço e a escolha de carreira.[8] No ciclo clínico, a frustração surge da percepção de que o seu trabalho não é relevante no cuidado dos doentes, preocupando-se excessivamente com a *performance* e perdendo a gratificação no cuidado do outro.[8] Pines e Keinam confirmam que o *stress* origina *Burnout*, se mediado pelo sentimento de significância do trabalho desenvolvido.[8]

2.4. Fatores Protetores

São apontados como fatores protetores de *Burnout* em estudantes, a existência de estruturas de apoio, o aumento do controlo (como acontece em cargos de liderança) e a redução do *stress*.[7] O aumento de RP assume, pelo menos inicialmente, um papel protetor, mesmo perante níveis altos de EE e DP.[7]

Um estudo evidenciou níveis inferiores de *Burnout* nos estudantes que utilizavam estratégias de aceitação, *coping* ativo e que valorizam a dimensão da espiritualidade que aborda o propósito e significado da fé, isto é, o conjunto de crenças individuais complementadas por uma vertente existencial/meditativa, conferindo foco à crença da utilidade de orar e meditar.[22] Esta dimensão aumenta a RP (chamado “efeito Madre Teresa”), sem diminuir a DP e associando-se, em alguns estudos, à menor exaustão no cuidados dos doentes.[22,23] Contrariamente, a prática formal de uma religião não demonstrou associação com diminuição do *Burnout*.[22]

A presença de características positivas no contexto de trabalho, como autonomia e reconhecimento de competências, parece ter um efeito protetor superior ao efeito favorecedor das características negativas, por ajudar a tolerar as mesmas.[24]

2.5. Consequências

As consequências do *Burnout* para os indivíduos são alarmantes.[7]

Para os indivíduos no geral, níveis elevados de *Burnout* favorecem comportamentos negativos no trabalho, tais como: menor produtividade, absentismo, baixas médicas prolongadas, reformas antecipadas, consumo excessivo de medicamentos, álcool e outras substâncias psicotrópicas, episódios depressivos e perturbações psicossomáticas graves.[1,6]

Nos estudantes de medicina, são descritas as seguintes potenciais consequências: menor empatia e compaixão, por elevada EE e, sobretudo, DP; pior desempenho acadêmico e clínico, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados aos doentes (em parte pela menor empatia), com aumento dos erros médicos e menor profissionalismo; menor altruísmo; maior insatisfação dos doentes e maior tempo de recuperação; afetação dos relacionamentos interpessoais; consumo de substâncias psicotrópicas; problemas de saúde relacionados com *stress*, com deterioração da saúde mental (baixa autoestima, aumento de ansiedade, depressão, ideação suicida, suicídio e privação de sono), quando comparados consigo mesmos à data da matrícula, e com os pares de outros cursos.[1,2,3,7,8,9,12]

No caso da ideação suicida, esta é duas a três vezes mais provável em indivíduos em *Burnout*. [13] A EE, a baixa RP e, sobretudo, a DP são preditores de ideação suicida. [13] Verifica-se ainda que esta diminui nos estudantes que revertem o *Burnout*, comparativamente aos que apresentam “*Burnout* crónico”, para valores semelhantes aos estudantes que não chegaram a estar em *Burnout*. [13]

A deterioração da relação do estudante consigo próprio, com a sua humanidade, gera dificuldade em construir uma identidade profissional e tomar decisões éticas, diminuindo empatia e compaixão e esquecendo o que motivou a escolha do curso. [8] Em particular, o conflito emocional com o modelo educacional e as relações interpessoais na escola médica, influenciam a saúde dos futuros profissionais, a qualidade dos seus relacionamentos e os cuidados que prestam aos doentes. [11] Estudos mostram que o *Burnout* durante o curso é precursor de *Burnout* em médicos internos e especialistas. [8,10]

2.6. Intervenções

Segundo Maslach, o *Burnout* deve ser abordado nas suas vertentes organizacional e ocupacional, para além da vertente individual, uma vez que, no geral, os indivíduos trabalham inseridos em equipas, contidas num serviço pertencente a uma instituição.[8,25] Intervenções que visam apenas a vertente individual afetam apenas a dimensão da EE.[8] Este é também o caso dos estudantes de medicina, que estão inseridos, durante a fase pré-clínica, numa turma pertencente a uma escola médica, e durante a fase clínica, numa equipa médica, pertencente a um serviço hospitalar.

De acordo com a mesma autora, três princípios devem orientar as intervenções em *Burnout*: a prevenção deve ser a estratégia primária; desenvolver o compromisso é a melhor abordagem preventiva; e intervir a nível organizacional é mais produtivo que a nível individual.[25] Uma atitude de compromisso deve ser o objetivo das intervenções, pois gera maior capacidade de *coping* e de participação ativa, contribuindo para um diálogo eficaz focado nas possíveis soluções, e melhorando as relações profissionais.[25] Uma mudança na cultura das organizações é vantajosa, visto que a melhoria das condições gerais de trabalho afeta vários indivíduos, que cada indivíduo afeta e é afetado pelo ambiente em que se insere, e que as interações sociais condicionam esse ambiente.[25] O mesmo se aplica para a organização Escola Médica.

Para além de Maslach, vários autores têm enfatizado a importância de investir em formas de deteção precoce do *Burnout* e na aplicação de medidas preventivas.[2,25]

A escala MBI é uma ferramenta que tem poder preditivo de *Burnout* para o ano seguinte.[25] Valores altos numa dimensão (EE ou DP/Ci) alertam precocemente para um possível estado de transição para *Burnout*. [25] Mais investigação é necessária para se poder intervir preventivamente com base num diagnóstico auxiliado pela MBI.[25]

Demerouti agrupou da seguinte forma as estratégias utilizadas para prevenir o *Burnout*, pelos indivíduos no geral:

- **Estratégias para lidar com a escassez de recursos** (mentais, físicos e de tempo):

- a) **Coping**: focado no problema, com resposta direta à situação geradora de *stress*; focado nas emoções, com alteração da resposta emocional ao evento; ou de evitação, com recusa em enfrentar a situação.[26,27] Verifica-se uma correlação positiva entre o *coping* focado nas emoções e elevadas EE e DP e baixa RP.[26,27]

- b) **Recuperar da sobrecarga de trabalho**: o indivíduo volta a funcionar no nível de desempenho prévio ao *stress*, diminuindo a exaustão e restaurando bem-estar biopsicológico

(possivelmente é a estratégia mais eficaz).[26] São exemplos: distanciamento do trabalho quando fora do ambiente de trabalho, técnicas de relaxamento e atividades sociais.[26]

c) Modelo de otimização seletiva com compensação: otimização da distribuição dos recursos individuais; manutenção e potenciação do rendimento perante desafios; e adaptação à perda de recursos. A compensação é a estratégia mais eficaz.[26]

d) Outras: exercício físico, alimentação saudável, descanso, humor e espiritualidade – técnicas meditativas ou práticas religiosas.[26]

• **Mudar ou adaptar as características do trabalho:**

a) Job crafting: alterar o trabalho para equilibrar exigências e recursos com as capacidades e necessidades individuais já que a falta de recursos pode ser muito incapacitante.[26]

b) Outras: promover relações profissionais gratificantes e equilibrar a prática clínica com investigação e ensino.[26]

• **Gestão da ligação entre vida pessoal e profissional:**

a) Generalização da alienação no trabalho para a vida pessoal, versus **segmentação**, não havendo relação entre ambas, com separação física, psicológica e temporal, versus **compensatória**, enquanto tentativa de compensar as carências sentidas no trabalho.[26]

b) Conflitos/interferências entre ambos: por requisitos incompatíveis, por elevadas exigências laborais, limitando a dedicação à família.[26]

Particularizando para os estudantes de medicina, vários autores reconhecem a importância de desenvolver um programa institucional de apoio e promoção da saúde mental dos estudantes, prevenindo a doença, com o objetivo final de melhorar os cuidados médicos à população.[2,11] As escolas médicas estão numa posição favorável para aplicar estas medidas de promoção de bem-estar e de competências de autocuidado, ou seja, para educar para a prevenção e redução de *Burnout*. [3] Salienta-se que os estudantes aprendem num ambiente em que aqueles que os rodeiam estão muitas vezes em *Burnout*, o que acrescenta importância à intervenção ocupacional, no ambiente das escolas médicas e hospitais (universitários).[7]

As estratégias para redução do *Burnout* em estudantes de medicina devem focar nas seguintes áreas: *stress*, tempo, ambiente, controlo e resiliência.[7,22]

Tendo por base a definição de Maslach, o objetivo é diminuir os níveis de EE e DP, e, sobretudo, aumentar os níveis de RP, pelo seu papel protetor, ajudando a prevenir o *Burnout*. [7] Várias formas de intervir podem ser adotadas.

Ao nível ocupacional, alterações no ambiente de aprendizagem passam por reformular o currículo existente, otimizando a carga de trabalho, reestruturando as obrigações, aumentando a regularidade e padronização das avaliações, retirando importância às classificações (possível adoção de sistema de aprovado/não aprovado em algumas áreas), aumentando a autonomia clínica e poder de gestão das rotações, fomentando o trabalho de equipa para a tomada de decisões nos casos desafiantes e disponibilizando programas estruturados de tutoria da aprendizagem, aumentando a sua importância.[8]

É importante aumentar a disponibilidade e utilização do apoio psicológico (com aconselhamento e orientação para a escolha da especialidade, terapia cognitivo-comportamental, entre outras), o treino de competências adaptativas e de comunicação, e promover o apoio social. As técnicas narrativas, como o diálogo e a escrita reflexiva, são úteis para explorar os pontos fortes do trabalho, promovendo a reflexão sobre valores, dificuldades e desejos, aproximando os estudantes de si próprios e dos pares, e intervindo nos vários membros da instituição, humanizando, assim, o grupo enquanto comunidade, contrariando a cultura médica tecnocrata.[8]

Ao nível individual, destaca-se a importância de promover um estilo de vida saudável, com aprendizagem de técnicas de relaxamento e controlo de *stress*, como meditação e *mindfulness*, e de gestão do tempo de lazer, e praticando exercício físico, incorporando, preferencialmente, estas práticas no currículo e não como atividades extracurriculares que sobrecarregam as agendas.[3,7,8]

Estas estratégias reduzem o *stress* e aumentam a qualidade de vida, diminuindo assim o risco de *Burnout*. [3]

É pertinente analisar os estudantes que não desenvolvem *Burnout* e instituições com práticas de sucesso para identificar medidas preventivas passíveis de generalização.[7,8]

Segundo o modelo de resiliência de Dunn, o *Burnout* surge do esgotamento do reservatório de resiliência do estudante.[7] São descritas como estratégias para aumentar a resiliência, as seguintes: tutoria; estimulação intelectual; aumento da autoestima e reconhecimento das competências; apoio psicossocial; aumento do controlo e atividades de promoção de saúde.[7] Isto permite construir uma base de sustentação do indivíduo mais larga, estabilizando-o e diminuindo a suscetibilidade a EE e DP, prevenindo o *Burnout*. [7]

Para os anos clínicos têm sido estudadas diferentes medidas preventivas. Um estudo demonstrou que a aplicação de um programa educacional intensivo de técnicas de *mindfulness*,

comunicação e autoconhecimento, diminuiu o *Burnout* em médicos de Medicina Geral e Familiar.[7] Tal como referido anteriormente neste trabalho, um estudo revelou que a utilização de estratégias de aceitação, de *coping* ativo e recorrência à dimensão da espiritualidade por parte de alunos no ano de estágio, reduziu o *Burnout* nos mesmos.[22]

Uma avaliação da personalidade, se esta for estável, pode ajudar a prever quais os indivíduos com maior probabilidade de desenvolverem *Burnout*. [6]

Outro estudo que abordou a aplicação de intervenções em médicos, organizou-as em: técnicas de gestão de *stress*; sessões Balint; exercício e ocupacionais.[4]

As **técnicas de gestão de stress** variam desde relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e terapia centrada no paciente.[4] Os profissionais de saúde que procuram ajuda ou recorrem ao *coping* e a estratégias produtivas, tendem a experienciar níveis de EE mais baixos.[4] Os programas focados na terapia cognitivo-comportamental e relaxamento apresentam elevada eficácia no tratamento e prevenção de *Burnout*. [4]

Porém, a eficácia a longo prazo depende da duração do programa, da sustentabilidade da técnica utilizada e da combinação entre tratamento psicoeducacional e *follow-up* com sessões de reforço, que permitem manter o foco no problema.[4]

Os métodos de grupo têm melhor relação custo-eficácia e mais benefícios do que os métodos individuais.[4] Contudo, as sessões individuais também apresentam resultados positivos rapidamente.[4]

Um estudo em estudantes de medicina não revelou efeitos significativos na depressão, dependência de álcool ou nível de *stress* quando intervencionados com uma sessão teórica, pesquisa de informação e grupo de discussão.[4] Porém, noutra estudo, a aplicação de sessões de meditação *mindfulness*, conduziu a aumento da empatia, de RP e do humor no geral.[4]

A meditação *mindfulness* é uma prática autodirecionada para o relaxamento do corpo e para aquietar a mente através do foco na consciência do momento presente, tendo como objetivo manter-se nele, sem julgamento ou esforço.[4] É uma técnica complementar com resultados promissores na redução do *stress* negativo e dos fatores externos que levam ao *Burnout*. [4] Um estudo revelou melhoria significativa nas três subescalas do MBI, após prática com diferentes técnicas de *mindfulness* (scans corporais, movimentos *mindfulness*, caminhadas e meditação estática).[4] Introduzir esta prática nos profissionais de saúde tem um potencial promotor de saúde e qualidade de vida, com boa relação custo-eficácia.[4]

A musicoterapia ajuda a relaxar, a recuperar o foco, aumentando a energia para ultrapassar os turnos.[4] Porém, não foram autorrelatadas melhorias no *Burnout*. [4]

Note-se que dois trabalhos de revisão realizados concluíram não existir evidência suficiente de que programas de gestão de *stress* reduzem o *stress* relacionado com o trabalho a longo prazo, para além do período de intervenção.[4]

As **sessões Balint** são sessões de grupo que treinam os médicos sobre como prestar cuidados centrados no doente, focando-se na relação médico-doente.[4] São reconhecidas por reduzirem o *stress* e o *Burnout*, aumentando a satisfação com o trabalho.[4] Há, no entanto, poucos estudos sobre as mesmas.[4]

Relativamente ao **exercício físico**, está demonstrado que realizar alongamentos de dez minutos, no local de trabalho, reduz a ansiedade e exaustão, melhorando o bem-estar biopsicológico dos profissionais de saúde.[4] O exercício aeróbico está negativamente associado a depressão, reduzindo o *stress*, a EE e a DP, não alterando a RP.[4] Tem boa relação custo-eficácia.[4]

Relativamente às **intervenções ocupacionais** verifica-se que nos centros em que os líderes priorizam a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos médicos, com participação destes na identificação de fatores positivos e elaboração de planos de melhoramento, avaliando o *Burnout* regularmente, há significativamente menos EE e menos erros médicos.[4] O aumento do civismo no local de trabalho diminui o *Burnout*, por diminuir o Ci, aumentando a RP, o compromisso com a organização e a confiança na gestão.[25]

Atualmente começa a ser estudada a utilização de aplicações digitais, como jogos, no tratamento do *Burnout*. [28] O estudo em questão concluiu que esta técnica pode ser benéfica quando incluída num programa de tratamento completo, associada a outras técnicas, como a terapia cognitivo-comportamental.[28]

São apontadas como limitações das intervenções em *Burnout* nos estudantes de medicina, o estarem dependentes dos estudantes as considerarem benéficas (podendo encará-las como acréscimo das obrigações, tendo efeito negativo) e a resistência à participação pelo estigma social associado às técnicas de autoajuda.[3] Idealmente, as intervenções deveriam ser incluídas no currículo existente, e não como atividades extracurriculares.[3]

Programas de intervenção individuais são benéficos a curto prazo (até 6 meses), enquanto uma combinação de intervenções individuais e ocupacionais tem efeitos positivos a longo prazo (mínimo 12 meses).[4] Porém, conseguir intervir eficazmente a longo prazo é ainda um desafio.[4]

Alguns autores referem a necessidade de considerar as especificidades do *Burnout* para cada indivíduo, para conseguir abordá-lo eficazmente.[6]

Há, assim, necessidade de mais investigação nesta área, preferencialmente com a colaboração entre clínicos e investigadores para desenvolver métodos de intervenção mais eficazes e direcionados para a organização e o indivíduo.[6]

2.7. Breve Reflexão Pessoal

A ausência de um ambiente académico otimizado, com elevada exigência e sobrecarga de trabalho, abordagem focada na componente teórica, elevada taxa de reprovações, dificuldade no contacto com docentes e colegas, alguns sobrecarregados e/ou com sinais de patologia ansiosa e depressiva, e atividades praxísticas pouco integradoras, constituem, no geral, um conjunto de fatores que dificultam a transição do ensino secundário para o ensino superior, especialmente complexa quando associada a mudança de cidade e distanciamento da família e amigos.

No primeiro ano do curso, saliento a vantagem da estruturação do primeiro semestre com unidades curriculares semelhantes ao ensino secundário, ainda que algumas, não tendo aplicabilidade futura identificável, apresentassem grande exigência, associada a elevadas taxas de reprovação.

Durante os três primeiros anos foram perceptíveis dificuldades enquadráveis nas três dimensões do *Burnout*, com o pico no terceiro ano. Neste destaca-se: associação de várias unidades curriculares cada uma com elevada sobrecarga de trabalho, tanto em horas de contacto como de totais estudo, com desadequada estruturação das mesmas e dos métodos de avaliação, com taxas de reprovação elevadas e difícil contacto e negociação com os docentes. Sendo este o ano de início de contacto com doentes e rotinas hospitalares, ainda que aumente o entusiasmo, está também associado a fatores desestabilizadores, tais como: contacto com médicos com elevada sobrecarga de trabalho; dificuldade na gestão da própria agenda, com a imprevisibilidade das atividades clínicas; sobrecarga de trabalho; desigualdades na formação e avaliação prática; contacto com doença e morte; e dificuldades na gestão das relações interpares.

Com a transição para o ciclo clínico, os fatores favorecedores de *Burnout* referidos mantêm-se, com naturais oscilações.

Durante o curso alguns alunos utilizam estratégias para minimizar as dificuldades, que considero fundamentais. Destaco a importância da prática de: técnicas de relaxamento, como a meditação; metodologias de desenvolvimento humano com efeito terapêutico, como Biodanza;

exercício físico regular e atividades de lazer, em grupo ou individuais, como artes plásticas. A existência de bom apoio familiar, ainda que distante, e a construção de relações de suporte afetivo no local de residência em tempo de aulas e na faculdade é especificamente importante.

A Escola Médica deve estar atenta a isto, no sentido de identificar alunos que não dispõem deste suporte e desenvolver medidas direcionadas aos mesmos.

3. Conclusões

Em suma, considerando a elevada prevalência do *Burnout* nas escolas médicas, a importância descrita dos fatores ocupacionais no seu desenvolvimento e as consequências nefastas a nível pessoal e profissional, para o estudante, futuro médico, é fundamental que as Escolas Médicas assumam como prioridade a promoção do bem-estar geral dos estudantes, enquanto instituições responsáveis pela sua formação.[3,8] Deve, assim, ser esta uma responsabilidade conjunta dos indivíduos e da instituição académica para consigo mesmos e para com os cidadãos, enquanto potenciais futuros doentes, a de promover um ambiente de aprendizagem saudável e afetivo que respeite a individualidade e autenticidade de cada estudante, promovendo a sua formação enquanto pessoa e profissional com competências científicas e humanas.[3]

É, portanto, desejável intervir eficazmente prevenindo e detetando precocemente o *Burnout* nos estudantes de medicina, de forma a serem também agentes promotores de novos padrões de autocuidado para si mesmos e para os colegas, tanto estudantes como médicos nas diferentes fases da carreira, de forma a que enquanto futuros médicos incorporem eles mesmos as práticas que pretendem transmitir aos doentes, sendo exemplo personificado de um estilo de vida saudável, com promoção do bem-estar.[3]

É possível que os próprios educadores ofereçam maior resistência a esta mudança, uma vez que ela obriga a que olhem para a sua dimensão humana falível e se reconheçam enquanto agentes que contribuem para o fenómeno do *Burnout*. [8]

Contudo, uma vez já adquirido conhecimento sobre esta síndrome, o caminho passa por desenvolver esta consciência global, sensibilizada para problemática do *Burnout*, e estabelecer um compromisso sincero entre os diferentes intervenientes, nomeadamente parcerias entre clínicos, investigadores, responsáveis académicos e estudantes, de forma a iniciar o diálogo e atuar no sentido da mudança, com desenvolvimento e aplicação de formas de prevenção, deteção precoce e tratamento do *Burnout*, tanto a nível individual como ocupacional, com alteração de políticas e práticas institucionais.[6,8,25]

Este trabalho de revisão abre caminho para que futuros trabalhos originais possam investigar, mais detalhadamente, a realidade do *Burnout* nas Escolas Médicas Portuguesas, nomeadamente no ICBAS, permitindo intervir adequadamente nesta problemática.

4. Referências

- [1] Maroco J, Tecedor M (2009) Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças* 10(2): 227-235.
- [2] Costa E, et al (2012) Burnout syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinical Science* 67(6): 573-579.
- [3] Ishak W, et al (2013) Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher* 10: 242-245.
- [4] Romani M, Ashkar K (2014) Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine* 9: 23556.
- [5] Maslach C, et al (2008) Burnout: 35 years of research and practice. *Cancer Development International* 14(3): 204-220.
- [6] Swider B, Zimmerman R (2010) Born to Burnout: A meta analytic path model of personality, job Burnout, and work outcomes. *Elsevier - Journal of Vocational Behaviour* 76: 487-508.
- [7] Santen S, et al (2010) Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors. *Southern Medical Journal* 103(8): 758-763.
- [8] Jennings M (2009) Medical Student Burnout: Interdisciplinary Exploration and Analysis. *Journal of Medical Humanities* 30:253–269.
- [9] Mazurkiewicz R, et al (2012) The prevalence and correlations of medical student Burnout in the pre-clinical years: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine* 17(2): 188–195
- [10] Dahlin M, Runeson B (2007) Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Medical Education* 7(6).
- [11] Abreu A, et al (2011) Burnout syndrome among internship medical students. *Medical Education* 45:1131-1162.
- [12] Koehl-Hackert N, et al (2012) Burdened into the job -- final-year students' empathy and Burnout. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106(2):116-24.
- [13] Rosales Ricardo Y, et al (2014) Towards a two-dimensional study of Burnout syndrome in college students. *Ciencia & Saúde coletiva* 19(12):4767-4775.
- [14] Bianchi R, et al (2015) Is it time to consider the “Burnout syndrome” a distinct illness?. *Frontiers in Public Health* 3(158).
- [15] Enginyurt O, et al (2015) Relationship between organisational commitment and Burnout syndrome: a canonical correlation approach.

- [16] Backović DV, et al (2012) Gender differences in academic stress and Burnout among medical students in final years of education. *Psychiatria Danubina* 24(2):175-181.
- [17] Martinez E, et al (2015) EmoBurnout: An Approach for Supporting Burnout Syndrome Diagnosis. *Studies in health technology and informatics*. 211:111-8.
- [18] Roberto A, et al (2011) A Saúde Mental De Estudantes De Medicina - Estudo Exploratório na Universidade da Beira Interior. *Acta Médica Portuguesa* 24(S2): 279-286.
- [19] Silveira C, et al (2011) Saúde Mental Em Estudantes Do Ensino Superior - Experiência da Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Médica Portuguesa* 24(S2): 247-256.
- [20] Maske EU, et al (2015) Prevalence and Comorbidity of Self-Reported Diagnosis of Burnout Syndrome in the General Population. *Psychiatry Praxis*
- [21] Karani R (2015) Enhancing the Medical School Learning Environment: A Complex Challenge. *Journal of General Internal Medicine* 30(9):1235-6.
- [22] Doolittle B, et al (2015) Correlation of Burnout syndrome with specific coping strategies, behaviors, and spiritual attitudes among interns at Yale University, New Haven, USA. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions* 12(41).
- [23] Newmeyer M , et al (2014) The Mother Teresa Effect: the modulation of spirituality in using the CISM model with mental health service providers. *International journal of emergency mental health* 16(1):251-258.
- [24] Kushnir T, et al (2008) Positive and negative work characteristics associated with Burnout among primary care pediatricians. *Pediatrics International* 50(4):546-551.
- [25] Maslach C (2011) Burnout and engagement in the workplace: new perspectives. *The European Health Psychologist* 13(3).
- [26] Demerouti E (2015) Strategies used by individuals to prevent Burnout. *European Journal of Clinical Investigation* 45: 1106-1112.
- [27] Nowakowska-Domagala K, et al (2015) The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists. *Medicine (Baltimore)* 94(24): e906.
- [28] Zielhorst T, et al (2015) Using a digital game for training desirable behavior in cognitive-behavioral therapy of Burnout syndrome: a controlled study. *Cyberpsychology, behavior and social networking* 18(2):101-11.