

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT E A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO NOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS

Prevalence of burnout syndrome and self-care value in medical students at Faculty of Medical Sciences of Minas Gerais

Anna Carollina Cardoso Rezende de Souza¹, Amanda Ardaya Almeida¹, Bruna Stefane Silva Cotta¹, Alexandre de Aguiar Ferreira¹

RESUMO

INTRODUÇÃO: O conceito de *burnout* em estudantes se constitui de três dimensões: exaustão emocional, descrença e baixa eficácia profissional. A síndrome de *burnout* (SB) pode se manifestar cedo entre os estudantes de medicina. **OBJETIVOS:** Calcular a prevalência da síndrome de *burnout* em estudantes de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (CMMG) e analisar a relação da SB com outras variáveis, incluindo a religiosidade. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal com uso das escalas MBI-SS, Durel e dados sociodemográficos. A análise foi desenvolvida no programa R versão 3.3.2. **RESULTADOS:** Dos 489 alunos, 17,4% apresentam SB. Além disso, pôde-se observar maior prevalência de SB entre aqueles que realizavam acompanhamento psicológico e psiquiátrico ($p=0,015$), faziam uso de medicamentos ($p=0,022$) e de antidepressivos especificamente ($p=0,018$), em relação àqueles sem SB. Pela escala de Durel, um dos itens evidenciou menor “religiosidade intrínseca” entre os pacientes com a SB ($p=0,032$). A SB foi maior em estudantes do terceiro e do quarto ano do curso ($p=0,022$). **CONCLUSÃO:** A prevalência de SB em estudantes de medicina é significativa e esse dado deve ser considerado de forma multifatorial. É preciso criar uma cultura nas escolas médicas em que os alunos são incentivados a cuidar de si mesmos não só do ponto de vista técnico-curricular, mas também pessoal, identificando técnicas e práticas para o autocuidado de sua saúde mental, buscando e encontrando apoio institucional quando necessário e sem estigma.

Palavras-chaves: *Burnout*. Educação de graduação em medicina. Saúde mental. Religião.

ABSTRACT

ABSTRACT: The concept of *burnout* in students is based on three dimensions: emotional exhaustion, disbelief and low professional efficiency. Burnout syndrome (BS) can manifests itself early on medical students. **GOALS:** To calculate the prevalence of Burnout syndrome in medical students at the CMMG institution and to analyze the correlation of BS with other variables, including religiousness. **METHODS:** This is a cross-sectional study using the MBI-SS and Durel scales along with social-demographic data. The analyses were developed on program “R” version 3.3.2. **RESULTS:** Of the 489 students, 17,4% presented BS. Furthermore, is notable the highest prevalence of BS amongst those on psychological and psychiatric attendance ($p=0,015$), medical treatment ($p=0,022$) and antidepressants, specifically, ($p=0,018$), in comparison to those without BS. By the Durel scale, one of the items revealed less “intrinsic religiousness” between those with BS ($p=0,032$). The BS was more prevalent in students attending third and fourth year of graduation ($p=0,022$). **CONCLUSION:** The high prevalence of BS amongst medical students is significant and this data must be considered in a multifactorial form. It is necessary to build a culture amongst medical schools in which students are stimulated to take care of themselves not only in a technical-curricular way, but also in a personal way, by identifying and searching for practices and techniques of mental self-care, and reaching out and lying on institutional support when needed, without social stigma.

Keywords: *Burnout*. Medical education. Mental health. Religion.

¹ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Anna Carollina Cardoso Rezende de Souza - Rua Marildo Geraldo da Silva, 372 - Paquetá - Belo Horizonte/MG - E-mail: annacarollina91@gmail.com - Celular: (31) 99926-2991

INTRODUÇÃO

Segundo Carlotto & Gobbi¹, a definição de *burnout* mais utilizada e aceita na comunidade científica é a fundamentada na perspectiva sociopsicológica, sendo entendida como um processo e constituído por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. O conceito de *burnout* em estudantes mantém as três áreas com pequenas adaptações para o meio acadêmico. No caso, a exaustão emocional é caracterizada pelo sentimento de estar exausto em virtude das exigências do estudo; a descrença é entendida como o desenvolvimento de uma atitude cínica e distanciada com relação ao estudo; e a baixa eficácia profissional é caracterizada pela percepção de estarem sendo incompetentes como estudantes^{1,2}.

A medicina requer atualização frequente e consiste em uma carreira altamente exigente. No caso dos estudantes, além da carga horária extensa, a rotina é marcada por demandas acadêmicas com horas de dedicação não só aos estudos e avaliações, como também a estágios e atividades extracurriculares. Como afirma Outram & Kelly³, esses estudantes podem não ter habilidades para compensar a sensibilidade emocional, tornando-os mais vulneráveis não só ao esgotamento, mas também às doenças mentais e aos comportamentos inadequados. Diante dessa realidade, percebe-se que o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (SB) começa durante o ciclo básico e continua ao longo dos anos clínicos³⁻⁶.

Além dos fatos já descritos, para Ward & Outram⁷, a medicina tem uma cultura responsável por criar um ambiente favorável ao desenvolvimento de *burnout*. Espera-se excelência na prática, elogia-se o perfeccionismo e promove-se a priorização do trabalho, do estudo e da aprendizagem sobre outras áreas importantes da vida. Essa cultura parece julgar inadequados aqueles que priorizam ter um equilíbrio entre vida profissional e familiar, trabalham em tempo parcial, em compartilhamento de trabalho ou exibem vulnerabilidade que necessite de apoio e orientação extras. Por isso, em seu estudo, Dyrbye et al.⁸ provam que estudantes de medicina e residentes têm taxas significativamente mais elevadas de *burnout* e sintomas depressivos do que amostras de controle da população. Outro aspecto dessa cultura médica que exige atenção é a persistência por alguns médicos de métodos de ensino e supervisão desatualizados, que usam o medo e a humilhação para "motivar a aprendizagem". Essa abordagem é desmoralizante, potencialmente prejudicial e uma forma de *bullying*. Nesse contexto, a tendência é que os estudantes de medicina recorram a mecanismos de enfrentamento potencialmente destrutivos como, por exemplo, uso excessivo de álcool⁷.

De acordo com Fares *et al.*⁴, embora as escolas de medicina se esforcem para apoiar os alunos durante o processo de formação, há evidências de que o estresse e

a ansiedade durante o ensino médico preveem futuros distúrbios que, além do tormento individual, podem afetar de maneira não-constitutiva os cuidados aos pacientes. Como resultado da sobrecarga de estudo, pressões acadêmicas para aprender muito dentro de um período de tempo limitado e um sentimento de compromisso emocional com a medicina como uma carreira futura, o *burnout* se manifesta cedo entre os estudantes de medicina⁴.

Considerando que o *burnout* está associado com diminuição da satisfação com a vida, pensamentos sérios de abandono e ideias suicidas, contribuindo para um desempenho mais pobre, redução do compromisso e níveis mais elevados de estresse, nota-se a importância de identificar o *burnout* nos estudantes de medicina e citar métodos de prevenção. Este estudo teve como objetivo calcular a prevalência da SB em estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CMMG).

MÉTODO

Delineamento do estudo

O estudo realizado é do tipo transversal. Foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCMMG (CAAE 63255616.3.0000.5134).

Amostra

O estudo contou com 489 participantes – alunos do curso de Medicina da CMMG. A seleção da amostra teve como critério de inclusão os estudantes do curso de medicina da CMMG e o único critério de exclusão foi idade inferior aos 18 anos.

Instrumentos e Procedimentos

A avaliação da SB foi feita utilizando a Escala de *burnout* de Maslach para estudantes (MBI-SS) de Schaufeli et al.⁹. O MBI-SS é um teste autoaplicável, anônimo e constituído por 15 itens referentes a sentimentos/emoções de estudantes em contexto escolar. Os respondentes manifestaram a frequência de ocorrência de cada um dos 15 itens numa escala ordinal de sete pontos descritos na Tabela 1. Foi utilizada a versão traduzida da original inglesa de Schaufeli *et al.*⁹

Na sua versão original, a MBI-SS permite calcular, pela soma dos itens respectivos, os escores de exaustão, descrença e eficácia. Um indivíduo é diagnosticado com a SB, relativamente ao seu grupo, se simultaneamente se pontuar acima de 14 no item de exaustão, acima de seis em descrença e abaixo de 23 em eficácia. Somado a isso, foram coletados dados sociodemográficos (ano do curso, idade, sexo, cor, estado civil, procedência, acompanhamento psicológico, tratamento psiquiátrico e uso contínuo de medicação) e avaliou-se também a religiosidade desses estudantes pela Escala de DUREL (Escala de Religiosidade de Duke) com o objetivo de avaliar possíveis relações com a SB¹¹.

Essa escala possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e intrínseca (RI). Os primeiros dois itens abordam RO e RNO foram extraídos de grandes estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e se mostraram relacionados a

indicadores de saúde física, mental e suporte social. Os outros itens se referem a RI e são os três itens da escala de RI de Hoge que melhor se relacionam com a pontuação total nesta escala e com suporte social e desfechos em saúde¹¹.

Tabela 1. Chave de codificação da escala MBI-SS, versão Portuguesa adaptada de Schaufeli et al.⁹

Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Regularmente	Bastante vezes	Quase sempre	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Poucas vezes por ano	Uma vez por mês	Poucas vezes por mês	Uma vez por semana	Poucas vezes por semana	Todos os dias

Fonte: Maroco e Teceideiro¹⁰

Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas como contagens e percentuais (nos casos em que há *missings* de respostas, os percentuais são calculados sobre os totais válidos), e as numéricas como média \pm desvio-padrão. As variáveis numéricas foram submetidas ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para avaliar a associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado de independência, e para a comparação de medianas entre amostras independentes, o teste Wilcoxon Mann-Whitney. A análise foi desenvolvida no programa gratuito R versão 3.3.2. Os gráficos e as tabelas foram construídos no Microsoft Excel®.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 489 estudantes de medicina, representando todos os seis anos de curso, dos quais 67,8% eram do sexo feminino. A Tabela 2 apresenta a caracterização dos estudantes da amostra que serão descritos a seguir. A idade média dos estudantes era de $22,08 \pm 3,18$ anos, 67,4% deles tinham entre 20 e 25 anos, e a maioria era de Belo Horizonte (76,8%). A proporção de estudantes que relataram fazer apenas acompanhamento psicológico foi de 24,1%, 14,2% afirmaram fazer acompanhamento apenas psiquiátrico e 7,4% fazem acompanhamento psicológico e psiquiátrico concomitantemente. O uso de medicamentos foi relatado por 18,1%, e 15,8% usavam antidepressivos. A prevalência da SB foi 17,4%. Em relação à escala de Durel, os maiores escores médios foram dos itens RO e RNO, e o menor escore do item RI1.

A Tabela 3 apresenta a associação dessas características segundo a ocorrência de síndrome de *burnout*. Em relação ao sexo, idade e procedência dos estudantes não houve relação com a SB. Por outro lado, pode-se observar maior prevalência de SB entre aqueles que realizavam acompanhamento psicológico e psiquiátrico ($p=0,015$), faziam uso de medicamentos ($p=0,022$) e de antidepressivos especificamente ($p=0,018$), em relação àqueles sem SB. Os escores da escala de Durel relativos ao item RI1 foram maiores entre os pacientes com a SB ($p=0,032$) – quanto maior

o escore, menor a religiosidade intrínseca – que indica menor RI entre os estudantes com *burnout*.

A Figura 1 ilustra a prevalência da SB por ano de curso. No caso, foi maior em estudantes do terceiro e do quarto ano do curso

Tabela 2. Caracterização dos estudantes da amostra

Variáveis	N (%)
Sexo	
F	330 (67,8)
M	157 (32,2)
Idade	
	$22,08 \pm 3,18$
Ano de curso	
Primeiro	100 (20,4)
Segundo	80 (16,4)
Terceiro	104 (21,3)
Quarto	81 (16,6)
Quinto	73 (14,9%)
Sexto	51 (10,4%)
Procedência	
Belo Horizonte	358 (76,8)
Interior de Minas	86 (18,5)
Outros	22 (4,7)
Realização de acompanhamentos	
Apenas psicológico	104 (21,4)
Apenas psiquiátrico	69 (14,2)
Psicológico e psiquiátrico	36 (7,4)
Uso de medicamentos	
	88 (18,1)
Antidepressivos	77 (15,8)
Antipsicóticos	1 (0,2)
Estabilizadores de humor	5 (1)
Ansiolíticos	4 (0,8)
Síndrome de Burnout	
	85 (17,4)
Escala de Durel	
RO [†]	$4,15 \pm 1,53$
RNO [†]	$4 \pm 1,8$
RI1 [†]	$2,38 \pm 1,44$
RI2 [†]	$3,13 \pm 1,44$
RI3 [†]	$3,38 \pm 1,45$

[†] Dados apresentados como média \pm DP
 RO: Religiosidade organizacional;
 RNO: Religiosidade não organizacional;
 RI: Religiosidade intrínseca.

Tabela 3. Características dos estudantes segundo a ocorrência da síndrome de *Burnout*

Variáveis	Burnout		P-valor
	Não n(%)	Sim n(%)	
Sexo			0,152 ^Q
F	267 (66,3)	63 (75)	
M	136 (33,7)	21 (25)	
Idade †	22,14±3,3	21,79±2,57	0,720 ^W
Procedência			0,441 ^Q
Belo Horizonte	292 (75,8)	66 (81,5)	
Interior de Minas	73 (19)	13 (16)	
Outros	20 (5,2)	2 (2,5)	
Realização de acompanhamentos			
Apenas psicológico	80 (19,9)	24 (28,6)	0,104 ^Q
Apenas psiquiátrico	52 (12,9)	17 (20,2)	0,114 ^Q
Psicológico e psiquiátrico	24 (6)	12 (14,3)	0,015 ^Q
Uso de medicamentos	65 (16,1)	23 (27,4)	0,022 ^Q
Antidepressivos	56 (13,9)	21 (25)	0,018 ^Q
Antipsicóticos	1 (0,2)	-	-
Estabilizadores de humor	5 (1,2)	-	-
Ansiolíticos	4 (1)	-	-
Escala de Durel			
RO†	4,12 ± 1,54	4,32 ± 1,51	0,271 ^W
RNO†	3,97 ± 1,79	4,12 ± 1,87	0,480 ^W
RI1†	2,32 ± 1,42	2,68 ± 1,49	0,032 ^W
RI2†	3,07 ± 1,43	3,38 ± 1,47	0,085 ^W
RI3†	3,32 ± 1,45	3,65 ± 1,41	0,059 ^W

† Dados apresentados como média ± DP

Os p-valores referem-se aos seguintes testes: ^Qqui-quadrado de independência e ^WWilcoxon Mann-Whitney para amostras independentes.

RO: Religiosidade organizacional;

RNO: Religiosidade não organizacional;

RI: Religiosidade intrínseca.

Fonte: dados obtidos da própria pesquisa

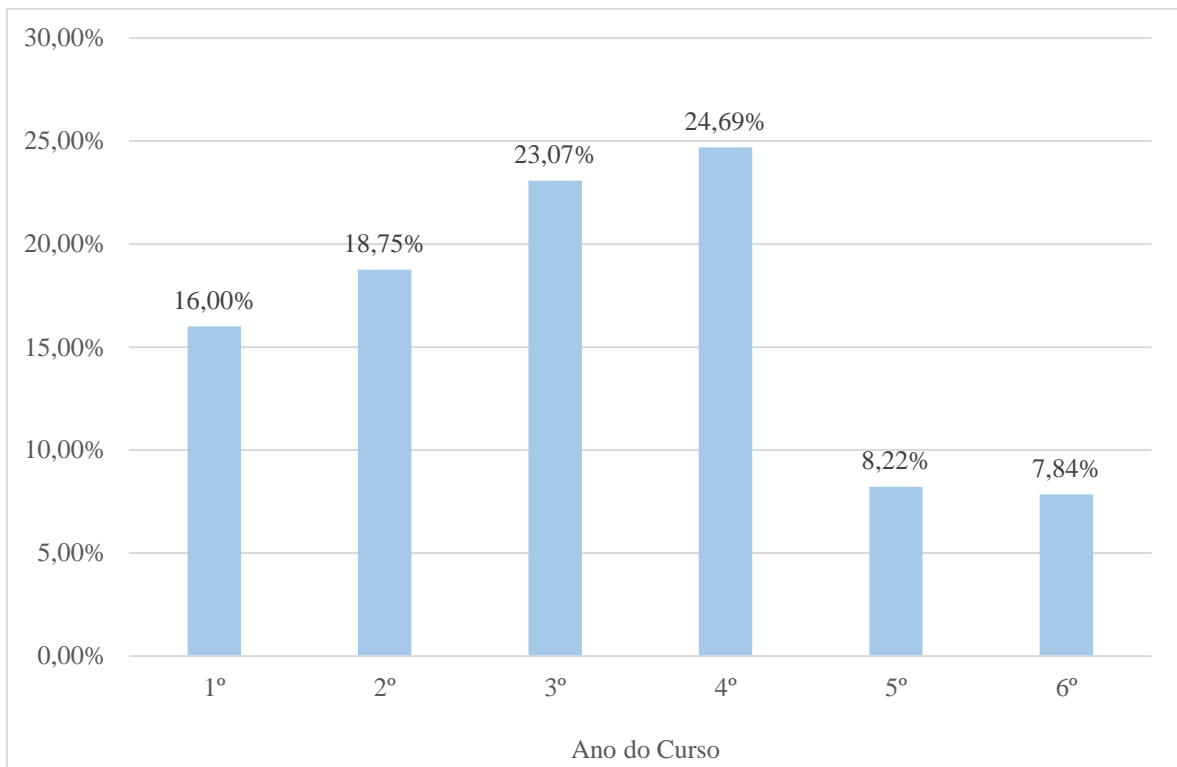


Figura 1 - Prevalência da Síndrome de *Burnout* por ano de curso

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi observada uma alta prevalência da SB em estudantes de Medicina da CMMG. Esse dado está em acordo com estudos realizados até o momento em outras faculdades de Medicina do Brasil e do mundo. A revisão sistemática realizada por Pacheco et al.¹² evidenciou uma prevalência de SB no Brasil de 13%. Neste estudo, encontrou-se um dado superior de 17,4% entre os acadêmicos de medicina da CMMG. De acordo com Ishak et al.¹³, estudos dos EUA revelam que *burnout* é prevalente durante a faculdade de Medicina e ainda estimam que pelo menos metade de todos os estudantes de Medicina podem ser afetados pela síndrome durante a graduação.

Apesar de a prevalência geral encontrada neste estudo não atingir a metade dos estudantes da faculdade, ela apresenta um valor acima do encontrado em recentes estudos no país, que deve servir como um alerta para a instituição e para os próprios estudantes. Ademais, os resultados evidenciam uma peculiaridade em cada ano do curso e ainda uma relação da síndrome com outras variáveis (acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, uso de medicamentos e religiosidade) que serão todas discutidas a seguir.

Antes de apontar as diferenças de cada ano da graduação médica, deve-se considerar o poder do instrumento utilizado para identificação da SB. Quando aplicado de forma completa – padrão-ouro para o diagnóstico de *burnout* – ele exige uma pontuação mínima na escala de cada uma das três dimensões sociopsicológicas avaliadas simultaneamente. Alguns estudos, como o realizado por Dyrbye et al.⁸, seguindo uma convenção consideraram aqueles que obtêm pontuação alta em exaustão emocional ou descrença para ter pelo menos uma manifestação de *burnout*. Nesse sentido, nota-se que a prevalência deste estudo foi medida de forma mais rigorosa podendo até camuflar alunos que estão a um passo da SB.

Como afirmado anteriormente, as fontes de estresse para estudantes de medicina variam em cada ano de treinamento. Um estudo do Reino Unido evidenciou que a incidência de má saúde mental no Questionário de Saúde Geral (QSG-12) – avalia a ansiedade e a depressão – duplicou durante o primeiro ano, aumentando de 25% para 52%. Outros estudos relataram achados semelhantes e sugerem que esse declínio na saúde mental persiste ao longo da faculdade de medicina¹⁴.

Esses dados podem ser reflexos do fato de que estudantes de medicina do primeiro ano enfrentam os desafios de serem separado de familiares e amigos e se adaptarem a um novo e exigente ambiente de aprendizagem. O contato com cadáveres é um estresse bem reconhecido para muitos estudantes, como destaca Guthrie et al.¹⁵, mas outras fontes de dificuldade, como uma demanda acadêmica substancialmente aumentada e a preocupação com o próprio desempenho, também

caracterizam essa transição. A tentativa de dominar um grande volume de informações e juntar-se a companhias de motivação e inteligência iguais pode ser intimidante para jovens adultos¹.

Iniciando pelo ciclo básico, primeiro e segundo ano do curso, a prevalência de SB encontrada neste estudo foi de 16% e 18,75%, respectivamente. Chagas et al.¹⁶ ressalta que o começo do curso é marcado por imaturidade emocional, discrepâncias entre a expectativa e realidade, choques com a intensa vida acadêmica, inseguranças devido ao pouco preparo teórico prático, alta demanda de tempo para as atividades extraclasse, dificuldades de adaptação a nova cidade, casa, colegas, bem como o grau de exigência dos professores universitários. Seguindo o padrão observado em outros estudos, houve um aumento do *burnout* do primeiro para o segundo ano do curso. Um dos motivos que pode corroborar esse fato é que a faculdade continua apresentando novidades para os alunos do segundo ano. Nesse cenário, eles começam a se envolver com atividades de maior responsabilidade individual, como monitorias, participação em congressos e outras atividades extracurriculares que aumentam a autoexigência e autocobrança. Apesar de toda pressão, como destacam Dyrbye, Thomas & Shanafelt¹⁴, nesse período, os grupos de afinidade entre as turmas já foram formados, constituindo um importante ponto de apoio.

Com o início dos anos clínicos de treinamento, os alunos frequentemente são separados do seu grupo de suporte e rodam para novos ambientes de trabalho. Cada rotação requer uma base única de conhecimento médico e conjunto de habilidades, o que tende a destacar as deficiências dos alunos, ao invés de seu progresso. Um ambiente de aprendizagem não estruturado, falta de tempo para recreação, preocupações sobre questões financeiras, tarefas de longa duração e a exposição ao sofrimento humano podem ser fontes adicionais de angústia durante esse período¹⁴.

De acordo com Lebenthal, Kaiserman & Lernau¹⁷, durante os anos clínicos, ocorre com maior frequência o abuso de estudantes e geralmente está relacionado com professores, funcionários da casa e enfermeiros. Embora o abuso verbal seja o problema mais importante nessa categoria, o abuso institucional (notas injustas, carga de trabalho excessiva, trabalho desnecessário), atribuição de tarefa inapropriada, abuso físico, assédio sexual e discriminação racial também são sérios problemas. Na revisão realizada por Dyrbye, Thomas & Shanafelt¹⁴, destaca-se o estudo realizado com mais de 500 estudantes de medicina, no qual mais de 40% relataram ter sofrido um abuso pessoal, com muitos afirmando que a experiência foi uma importante fonte de estresse que o afetou durante um mês ou mais.

Independentemente do ano de treinamento, o abuso verbal afeta seriamente a confiança dos estudantes e afeta negativamente o ambiente de aprendizagem.

Estudos também sugerem que esse abuso influencia a escolha de especialidade, afeta negativamente o atendimento aos pacientes, diminui a lealdade institucional e corrompe a saúde mental. Ansiedade, depressão, hostilidade, baixa autoestima e uso de álcool para "escapar" são mais comuns entre os estudantes que percebem o abuso. Apesar disso, menos de um terço dos alunos denunciam abuso dos professores ou administradores de escolas médicas, muitas vezes por medo de represálias ou preocupação de repercussões potenciais nas avaliações de desempenho¹⁴.

Nesse grupo de estudantes, observou-se aumento significativo da prevalência da SB, sendo 23,07% no 3º ano e 24,69% no 4º ano. Por se tratar de uma mudança de ciclo, são esperadas que novas demandas surjam para os alunos, como as descritas anteriormente. Nessa faculdade, a participação dos alunos nos atendimentos em ambulatórios é um marco significativo. Apesar de receberem assistência do professor responsável, a responsabilidade por lidarem diretamente com o paciente se torna maior. Além disso, a preocupação em construir um currículo "ideal" – ditado pelos processos seletivos de residência médica – também aumenta fazendo com que os alunos se dediquem ainda mais para atividades extracurriculares. Assim, o tempo para o autocuidado e até mesmo para questões curriculares do curso é totalmente negligenciado diante de tantas "imposições".

O período do internato vivido pelos alunos nos dois últimos anos do curso também é marcado por inúmeras mudanças. Koehl-Hackert et al.¹⁸ destacam que os valores de prevalência da SB para os estudantes do último ano do curso assemelham-se aos encontrados para médicos, isto é, superior a 50%. Ao contrário disso, neste estudo, a prevalência de *burnout* reduziu significativamente, sendo 8,22% no 5º ano e 7,84% no 6º ano. Buscando entender esse comportamento totalmente atípico, levanta-se possíveis fatores que possam ter contribuído para esse resultado.

Apesar de estarem em ambientes novos – cada internato em um hospital, diferentes equipes e exigindo habilidades distintas – os alunos dessa faculdade encaram esse período com grande entusiasmo. Finalmente começam a viver um pouco mais da prática idealizada no começo do curso. Mesmo sendo um momento marcado por atividades práticas que exige a todo instante o conhecimento adquirido até o presente, os estudantes se sentem confortados e seguros com a assistência dos professores. Além desse apoio, a divisão de grupos desses dois anos foi realizada pelos próprios alunos, ampliando ainda mais o grupo de sustento e motivação para cada acadêmico. Ademais, a maioria desses estudantes vem construindo uma maturidade ao longo do curso e essa bagagem pode também ser um dos fatores de proteção diante das adversidades.

Um questionamento indispensável é: "o resultado seria o mesmo se essa pesquisa fosse realizada no final do

ano letivo?". Sabe-se que esse período é marcado pelo auge da pressão acadêmica, no qual todos os fatores estressantes se sobrepõem. Considerando em particular os alunos do sexto ano, pode-se supor um resultado totalmente diferente do encontrado aqui. No final do ano, eles vivem de perto a tensão da formatura e suas repercussões, além da enorme preocupação e ansiedade com as inúmeras provas residência que se aproximam.

Diante de um cenário com tantos fatores que podem contribuir para uma má saúde mental, não é surpresa se deparar com acadêmicos de medicina com angústias. Em uma revisão sistemática sobre o tema, descobriu-se que os estudantes de medicina demonstram consistentemente maiores dificuldades psicológicas em relação às amostras da população em geral com idades-pares correspondentes. Além disso, um estudo recente sugere que o sofrimento psicológico aumenta durante o treinamento em si, o que reforça o padrão encontrado na maioria dos estudos da SB ao longo da formação médica¹⁹.

Dyrbye, Thomas & Shanafelt¹⁴ afirmam que apesar da alta prevalência de preocupações relacionadas à saúde mental e do acesso a serviços de saúde, estudantes de medicina deprimidos, quando comparados com a população geral, apresentam menor probabilidade de buscar tratamento. Essa realidade é reflexo da falta de tempo, da preocupação com a confidencialidade, do estigma da doença mental e do custo. Isso significa que, apesar de 14,3% dos alunos com SB na CMMG estarem em acompanhamento psiquiátrico e psicológico, muitos outros podem estar precisando de ajuda e não procuram por vergonha ou até mesmo por questões financeiras, como foi relatado por um aluno no questionário: "tive que interromper meu tratamento desde que entrei na faculdade. Ou eu me matriculava ou continuava o tratamento".

Neste estudo, observou-se uma maior prevalência da SB entre aqueles que realizam acompanhamento psicológico e psiquiátrico ($p=0,015$), fazem uso de medicamentos ($p=0,022$) e de antidepressivos especificamente ($p=0,018$), em relação àqueles sem a SB. Mesmo sem poder determinar se esse acompanhamento começou antes ou depois do início do curso, considera-se o fato de cursar medicina como um fator de risco a saúde mental e desenvolvimento de *burnout*, justificando a necessidade de um auxílio profissional para enfrentar essa questão e também evitar possíveis complicações, como o suicídio.

De acordo com Baker & Sen¹⁹, estudos mostram que o *burnout* pode persistir além da Faculdade de Medicina e pode estar associado a distúrbios psiquiátricos e pensamentos suicidas. Os dados de um estudo transversal realizado em sete escolas de Medicina mostraram que os estudantes com SB foram duas a três vezes mais propensos a estar entre os 11,2% dos alunos que já tiveram pensamento suicida. A gravidade do *burnout* encontrada nesses estudos foi altamente associada à ideação suicida, e essa associação persistiu

depois de controlar a depressão dentro da mesma população¹³.

Ribeiro et al.²⁰ estima que o uso de medicamentos antidepressivos por jovens chegue a 8,3% e afirma que essa porcentagem pode ser maior em estudantes de medicina. No estudo aqui apresentado, observa-se que 15,8% dos acadêmicos fazem uso de antidepressivo, sendo que essa porcentagem aumenta para 25% ao analisar somente alunos com a SB. Mais uma vez, destaca-se a vulnerabilidade dos acadêmicos de medicina e mais ainda daqueles que têm a síndrome.

Para possibilitar a associação entre SB e religiosidade, é necessário inicialmente defini-la. Segundo Koenig, Mccullough & Larson²¹ no livro *Hand book of Religion and Health*, religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão)²². De acordo com Allport & Ross²³, religiosidade ainda pode ser intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade intrínseca, as pessoas têm na religião seu bem maior. Outras necessidades são vistas como de menor importância, e, na medida do possível, são colocadas em harmonia com sua orientação e crença religiosa. Na religiosidade extrínseca, a religião é um meio utilizado para obter outros fins ou interesses, para proporcionar segurança e consolo, sociabilidade e distração, status e auto-absorção. Nesse caso, abraçar uma crença é uma forma de apoio ou obtenção de necessidades mais primárias. A orientação intrínseca está habitualmente associada à personalidade e estado mental saudáveis²⁴.

Os escores da escala de Durel relativos ao item RI1 deste estudo foram maiores entre os pacientes com a SB ($p=0,032$) (Tabela 2) – quanto maior o escore, menor a religiosidade intrínseca. Isso significa que os acadêmicos com menor religiosidade intrínseca têm maior propensão a desenvolver a síndrome, corroborando os dados trazidos pelos outros estudos. Nesse sentido, afirma-se que a religiosidade intrínseca pode atuar como um fator protetor para a saúde mental.

Os estudantes de medicina experimentam estresse substancial desde o início do processo de treinamento. Embora algum grau de estresse seja uma parte normal do treinamento médico e pode ser um motivador para alguns indivíduos, nem todos os alunos acham esforço construtivo. Para muitos indivíduos o estresse suscita sentimentos de medo, incompetência, inutilidade, raiva e culpa e pode ser associado à sintomas psicológicos e físicos¹. Nesse sentido, como defende Ishak et al.¹³, os líderes acadêmicos devem fazer sua parte no combate à doença mental e tornar o bem-estar dos estudantes uma prioridade. Dentro desse contexto, Ward⁷ sugere um diálogo aberto sobre sofrimento acadêmico e doenças mentais, pois são realidades que existem como parte do nosso atual ambiente de treinamento.

Kuhn & Flanagan²⁵ afirmam que as melhores

abordagens para melhorar o bem-estar do médico consideram o autocuidado como um imperativo profissional, incluindo a saúde física e mental. Historicamente, a preservação do bem-estar era uma questão pessoal e individual e os médicos eram responsáveis por sua própria resiliência e bem-estar. Essa visão ignora o impacto do ambiente de aprendizado e de trabalho na satisfação e desempenho dos funcionários e alunos. Portanto, a probabilidade de planejamento bem-sucedido para o bem-estar do médico aumentará se seus elementos incluírem atenção do médico como indivíduo, redução dos estressores do ambiente de trabalho, abordagens institucionais e políticas nacionais e estratégias que considerem o bem-estar.

Fundamentalmente, é importante que os médicos se comprometam com o autocuidado. Os estudantes de medicina devem aprender habilidades para equilibrar as demandas competitivas de profissionalismo com o altruísmo e autocuidado. É importante que os médicos se beneficiem do mesmo cuidado que prescrevem para seus pacientes. Isso inclui atenção adequada a condições médicas, atividades de manutenção da saúde (por exemplo, sono) e não adiamento de testes diagnósticos essenciais. Aconselhamento e psicoterapia são comprovadamente eficazes no tratamento da depressão e outros transtornos mentais, incluindo ansiedade²⁵.

Em “10 passos para prevenir o *burnout* em medicina” Linzer et al.²⁶ sugerem “priorizar o autocuidado do médico como um elemento do profissionalismo médico”. Para eles, o profissionalismo é definido pelo altruísmo e pela compaixão no tratamento dos outros. Por isso, propõem sua extensão para incluir como os médicos cuidam de si mesmos, já que o sofrimento do médico afeta negativamente tanto os médicos quanto os pacientes.

Na revisão realizada por Rizzuti, Siquara, & Abreu²⁷ destaca-se a prática do *mindfulness* (estado de atenção plena no momento presente) como estratégia para satisfação e desempenho no trabalho, regulação emocional, redução de exaustão emocional e *burnout*, e melhora dos vínculos pessoais. Estudos apontam evidências da relação da atenção plena com a saúde física e mental, estando associado a um menor índice de estresse e distúrbios mentais. Deve-se considerar também o achado de que o desenvolvimento da RI está associado à menor taxa de SB.

CONCLUSÃO

Por meio da realização do presente estudo, confirmou-se que os acadêmicos de medicina da CMMG têm alta prevalência da SB. Pôde-se observar também que a manifestação da síndrome varia de um ano para o outro do curso, o que pressupõe a presença de fatores desencadeantes dentro do próprio ambiente universitário. Por outro lado, a relação encontrada entre a SB e outras variáveis, como a RI, destacou que é

possível desenvolver habilidades de proteção ao *burnout*.

Visando combater a doença mental e tornar o bem-estar dos estudantes de medicina uma prioridade, os educadores devem atuar ativamente nesse processo. Uma alternativa é proporcionar atividades que promovam o desenvolvimento de habilidades capazes de atuar como ferramenta para enfrentamento diante das adversidades. É necessário criar uma cultura nas escolas médicas em que os formandos são incentivados a cuidar de si mesmos, a reconhecer quando estão com sintomas emocionais e a solicitar suporte quando necessário. Coletivamente, devemos promover uma cultura em que o curso de medicina tenha uma abordagem de apoio e suporte psíquico ao ensino e supervisão. O objetivo deve ser desenvolver práticas médicas que facilitem o bem-estar e a qualidade de vida, onde carreiras médicas sustentáveis podem se desenvolver e servir melhor a comunidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação de Amparo a Pesquisa do estado de Minas Gerais pela bolsa concedida e à Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

1. Carlotto MS, Gobbi MD. Síndrome de *burnout*: um problema do indivíduo ou dos eu contexto de trabalho? *Aletheia* 1999;10:103-104.
2. Carlotto MS, Câmara SG. Características psicométricas do MalaschburnoutInventory - StudentSurvey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico-USF* 2006;11(2):167-73.
3. Outram S, Kelly B. 'You teach us to listen,... but you don't teach us about suffering': self-care and resilience strategies in medical schools. *Perspectivas Médicas Educacionais* 2014;3:371-8.
4. Fares J, Saadeddin Z, Al Tabosh H, Aridi H, El Mouhayyar C, Koleilat MK, et al. Extracurricular activities associated with stress and *burnout* in preclinical medical students. *J Epidemiol Glob Health* 2;6(3):177-85
5. Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Medical Education*. 2007;7:26.
6. Stewart SM, Betson C, Lam TH, Marshall IB, Lee PWH, Wong CM. Predicting stress in first year medical students: A longitudinal study. *Medical Education* 1997;31:163-8.
7. Ward S, Outram S. Medicine: in need of culture change. *Internal Medicine Journal* 2016;46:112-16.
8. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. *burnout* among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academia Medica*. 2014;89(3):443-51.
9. Schaufeli WB, Martinez IM, Marques Pinto A, Salanova M, Bakker AB. Burnout and engagement in university students: a cross national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002;33(5):464-81.
10. Maroco J, Tecedeiro M. Inventário de *burnout* de Maslach para Estudantes Portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2009;10(2):227-35.
11. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Neto FL, Koenig HG. Portuguese version of Duke Religious Index - DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2008;35:31-2.
12. Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira Psiquiatria* 2017;39(4):369-378.
13. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher*. 2013;10(4):242-45.
14. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings* 2005;80(12):1613-22.
15. Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Hamilton J, Creed FH, Tomenson B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. *Medical Education* 1995;29(5):337-341.
16. Chagas MKS, Junior DBM, Cunha GN, Caixeta RP, Fonseca EF. Ocorrência da Síndrome de *Burnout* em acadêmicos de medicina de instituição de ensino no interior de Minas Gerais. *Med Saude Brasilia* 2016; 5(2): 234-45
17. Lebenthal A, Kaiserman I, Lernau O. Student abuse in medical school: a comparison of students' and faculty's perceptions. *Israel Journal of Medical Sciences*. 1996;32(3-4):229-38.
18. Koehl-Hackert N, Schultz JH, Nikendei C, Moltner A, Gedrose B, Bussche H. Burdened into the job-final-year students' empathy and burnout. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2012;106(2):116-24.
19. Baker K, Sen S. Healing medicine's future: prioritizing physician trainee mental health. *AMA Journal of Ethics* 2016;18(6):604.
20. Ribeiro AG, Cruz LP, Marchi KC, Tirapelli CR, Miaso AI. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19: 1825-33.
21. Koenig HG, McCullough M, Larson DB editors. Hand book of religion and health: a century of research reviewed. *New York: Oxford University Press*, 2001.
22. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. *Revista Brasileira de Clínica Médica* 2010;8(2):154-8.
23. Allport GW, Ross MJ. Personal Religious and Prejudice. *Journal Personality and Social Psychology* 1967;5(4):432-43
24. Moreira-Almeida A, Stroppa A. Religiosidade & Saúde. In: Mauro Ivan Salgado; Gilson Teixeira Freire. (Org.). *Saúde e Espiritualidade*. Belo Horizonte: Inede, 2008:427-43.
25. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Prendresoin de soi, unimpératif professionnel: l'épuisement professionnel, ladépression et le suicide chez lesmédecins*. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 2017;64(2):158-68.
26. Linzer M, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West CP. 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J GenIntern Med* 2014;29:18-20.
27. Rizzuti MS, Siquara GM, Abreu NS. Uso da terapia cognitiva baseada em *mindfulness* na prevenção de recaída para pacientes com depressão: Revisão Sistemática. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde* 2017;6(1):27-36.