

• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RAQUEL SOUSA SANTOS

***Revisão Sistemática sobre o Burnout na Classe Médica e o seu
Impacto no Panorama Nacional***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO QUARTILHO

NOVEMBRO / 2018

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MEDICO COM VISTA A ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO
AMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Revisão Sistemática sobre o *Burnout* na Classe Médica e o seu Impacto no Panorama Nacional

Systematic Review of Burnout in the Medical Staff and its impact on the national panorama

Autor: Raquel Sousa Santos¹

Orientador: Professor Doutor Manuel João Quartilho¹

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Correio eletrónico: raquelssantos30@gmail.com

Índice

1. Resumo.....	4
2. Abstract.....	5
3. Introdução.....	6
4. Materiais e Métodos.....	8
5. Resultados.....	11
I. Prevalência.....	12
a) Portugal.....	12
II. Fatores de Risco.....	14
a) Portugal.....	17
III. Consequências.....	24
a) Portugal.....	26
IV. Prevenção e Tratamento.....	27
6. Discussão dos Resultados.....	33
7. Conclusão.....	35
8. Reflexão Pessoal.....	36
9. Referências Bibliográficas.....	37

Resumo

Introdução: O *burnout* é uma síndrome tridimensional, caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional, e que resulta de uma resposta crónica ao *stress* profissional excessivo. Afeta, particularmente, a classe médica e é problemática a nível individual e organizacional, comprometendo a qualidade dos cuidados prestados. O objetivo essencial do presente estudo foi o de proceder a uma revisão sobre o *burnout*, especificamente na classe médica, alertar para a necessidade urgente de mudança e, ainda, avaliar o panorama nacional.

Métodos: Para a revisão utilizei artigos científicos e de revisão, pesquisados em bases de dados da *Pubmed*, *Cochrane Library* e *Clinical Key*, restringindo a pesquisa a artigos de língua portuguesa ou inglesa, publicados nos últimos 5 anos. Ainda, acedi ao portal digital da Ordem dos Médicos Portuguesa para incluir estudos nacionais sobre o tema. Critérios de inclusão e exclusão foram aplicados em duas fases, selecionando os artigos mais pertinentes para o objetivo do estudo.

Resultados: Aplicados os critérios de elegibilidade, selecionei 27 artigos e 2 relatórios. O *burnout* encontra-se generalizado na classe médica, e verificou-se um incremento ao longo dos anos. É de origem multifatorial, com vários *triggers*, tanto a nível pessoal, como no ambiente de trabalho ou inerentes à prática clínica. Em todos os níveis da vida do profissional, várias consequências estão registadas, verificando-se uma redução da qualidade dos serviços médicos. Para combater esta síndrome é necessária uma abordagem holística, com um compromisso de mudança em todas as áreas do profissional.

Discussão: Os resultados obtidos em Portugal foram, na sua maioria, compatíveis com o obtido na literatura internacional. No entanto, a prevalência nacional foi superior ao observado nos estados unidos e o sexo masculino indicava maior despersonalização. Em relação às especialidades, os estudos não foram concordantes e não permitiram conclusões válidas.

Conclusão: O *burnout* é subvalorizado e tem um impacto aberrante na classe médica e naqueles que estão aos seus cuidados. Assim sendo, maior investigação é necessária para compreender esta síndrome, e mudanças têm que, impreterivelmente, ser realizadas, no sistema nacional de saúde, para a combater.

Palavras-chave: *Burnout*, Médicos, Estresse Ocupacional, Fadiga Mental, Despersonalização, Desempenho Profissional, Satisfação no Emprego, Erros médicos, Portugal.

Abstract

Introduction: Burnout is a three-dimensional syndrome characterized by emotional exhaustion, depersonalization and decreased professional satisfaction, due to a chronic response to excessive occupational stress. It affects, particularly, the medical staff and is problematic at the individual and organizational level, compromising the quality of care provided. The main aim of the present study was to review the burnout syndrome, specifically in the medical staff, to alert to the need for an urgent change and also to evaluate the national panorama.

Methods: For the review I used scientific and review articles, researched in databases of *Pubmed*, *Cochrane Library* and *Clinical Key*, restricting the research to articles in Portuguese or English, published in the last 5 years. Also, I accessed the digital portal of the Portuguese Medical Order to include national studies on the subject. Inclusion and exclusion criteria were applied in two phases, selecting the most pertinent articles for the purpose of the study.

Results: Applied the eligibility criteria, I selected 27 articles and 2 reports. Burnout is widespread in the medical class, and an increase has been observed over the years. It has a multifactorial origin, with several triggers, both at personal level, as in the workplace or inherent to the clinical practice. At all levels of the professional's life, several consequences are recorded, verifying a reduction in the quality of medical services. To combat this syndrome, a holistic approach is needed, with a commitment to change, in all areas of the professional.

Discussion: The results obtained in Portugal were mostly compatible with the ones in the international literature. However, the national prevalence was higher than the United States and the male gender indicated greater depersonalization. Regarding the specialties, the studies weren't concordant and didn't allow valid conclusions.

Conclusion: Burnout is underrated and has an aberrant impact on the medical class and on those in their care. Thus, further investigation is necessary to understand this syndrome and changes have to be carried out in the national health system to combat it.

Keywords: Burnout, Physicians, Occupational Stress, Mental Fatigue, Depersonalization, Work Performance, Job Satisfaction, Medical errors, Portugal.

Introdução

O conceito de *burnout* foi mencionado, pela primeira vez, por Freudenberger em 1974⁽¹⁻³⁾ e, desde então, tem tomado proporções epidémicas, quer psicossociais como organizacionais. Verificou-se uma evolução exponencial em termos informativos, de modo que se tem procurado, incessantemente, além de uma consciencialização, também a sua prevenção e cura.⁽¹⁾ Em 1981, *Maslach e Jackson* definiram o *burnout* como uma síndrome tridimensional, definição esta que se vai mantendo até aos dias de hoje, apesar de outras tentativas de definição. Assim sendo, atualmente, o *burnout* é considerado uma síndrome psicológica secundária a uma resposta crónica ao *stress* profissional excessivo e, tal resposta resulta, portanto, em três dimensões, sendo elas, exaustão emocional, cinismo ou despersonalização e diminuição da realização profissional (Tabela I).⁽¹⁻¹¹⁾ Este modelo interseta a experiência pessoal, com um contexto social e organizacional, que engloba a perceção individual e dos outros, e reflete um processo contínuo de sentimentos de inadequação e incompetência.^(3, 6) Esta síndrome é problemática não só a nível individual, contribuindo para manifestações psicossomáticas, distúrbios psicológicos, dificuldades relacionais, abuso de substâncias psicotrópicas e, até, suicídio, como ainda a nível profissional e organizacional, resultando num aumento de erros profissionais, diminuição da produtividade, eficácia e qualidade do serviço prestado, e aumento de conflitos interpessoais de natureza laboral.⁽³⁻⁵⁾ O *burnout* é frequentemente medido pelo questionário *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, o qual inclui 22 itens que avaliam as três dimensões supracitadas.^(5, 12) Atualmente, a pesquisa mais recente, aborda o oposto do *burnout*, ou seja, o *engagement*, que se define como um “estado energético de envolvimento em atividades pessoalmente gratificantes que realçam a sensação de eficácia profissional” e que se tem associado a uma melhor qualidade do serviço prestado. Um aumento do *engagement* é a base pela qual podemos determinar soluções para o *burnout*.^(7, 11)

Tabela I: Os três componentes chave do <i>Burnout</i>
Exaustão emocional
Despersonalização
Diminuição da realização profissional

A síndrome do *burnout* é particularmente frequente na classe médica, vulnerabilidade esta que se explica graças à contínua exposição a elevados níveis de *stress*, ao contacto com pessoas debilitadas, ao horário de trabalho, a exageradas exigências sociais e organizacionais, e a relações interpessoais hierárquicas nas instituições de saúde.⁽¹³⁾ Tudo isto contribuí para uma sobrecarga física, emocional e cognitiva, e conduz a uma corrosão dos valores pessoais, profissionais e de saúde.^(3, 9) Múltiplos estudos indicam que 45% dos médicos cumprem, pelo menos, um critério para *burnout* (exaustão, despersonalização, perda de realização profissional),^(5, 14-16) prevalência esta que é mais elevada relativamente à população geral e a outras profissões, independentemente de outras variáveis.^(5, 9, 12, 16, 17) Além disso, tem se verificado um aumento exuberante das taxas de *burnout* nos profissionais de saúde nos últimos anos, independentemente da especialidade, mantendo-se estável na população geral.^(5, 13, 15, 18) É evidente que o fenómeno precipitante, que culmina em *burnout*, se vai

cultivando desde os anos de faculdade, continuando no internato e na especialidade.⁽¹²⁾ A probabilidade de sofrer ou não de *burnout*, é influenciada pela fase da carreira e pela própria especialidade.^(2, 9, 12)

A síndrome de *burnout* tornou-se um problema de saúde pública, embora subdiagnosticado, não só na maneira como afeta a saúde e qualidade de vida dos afetados, como ainda tem impacto na qualidade e segurança do atendimento médico.^(8, 11, 14) Um passo essencial na maneira como lidamos com o *burnout* é o seu reconhecimento e auxílio precoce,⁽¹⁵⁾ daí a grande importância que este estudo fornece à comunidade médica. Deste modo, esta revisão sistemática tem como objetivo contribuir para o conhecimento do *burnout*, especificamente na classe médica, tentando identificar as suas características, epidemiologia, variáveis sociodemográficas e laborais, fatores de risco e consequências. Além disso, visa, igualmente, perceber o seu impacto no panorama nacional.

Materiais e Métodos

Para a realização desta revisão sistemática regi-me segundo a sequência do protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), que poderá ser acedido em <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20checklist.pdf>.⁽¹⁹⁾

Bases de dados

Realizei a pesquisa bibliográfica recorrendo a três bases de dados distintas, sendo elas a *Pubmed* (*U.S. National Library of Medicine*), a *Cochrane Library* e a *Clinical Key*. Além disso, também recorri a estudos nacionais publicados no portal oficial digital da Ordem dos Médicos.

Estratégia de Pesquisa

Numa primeira fase, em Setembro de 2018, realizei uma pesquisa bibliográfica detalhada de artigos científicos e de revisão, recorrendo à base de dados da *Pubmed*, com a utilização da *MeSH database*. Assim sendo, utilizei a combinação das palavras-chave *Burnout*, *Mental Fatigue*, *Occupational stress* e *Physicians*, e acrescentei, numa pesquisa, as palavras-chave *Depersonalization*, *Work Performance*, *Medical Errors* e *Risk Factors* e, noutra, *Portugal*, recorrendo, em ambas, aos operadores booleanos “AND” e “OR” para a combinação. Restringi a pesquisa a artigos de língua portuguesa ou inglesa, realizados ou publicados nos últimos 5 anos (2013-2018), de modo a representar um ambiente profissional de saúde atualizado. Obtive os resultados ordenados por ordem de relevância. Adquiri, na combinação das duas pesquisas, um total de 101 artigos. Posteriormente, utilizei, ainda, a base de dados da *Clinical Key*, com as mesmas combinações e restrições de pesquisa, incluindo a opção “somente texto completo”. Nesta pesquisa obtive um total de 88 artigos. Realizei o mesmo para a *Cochrane Library*, obtendo um total de 292 artigos. Assim sendo, numa fase de pré-seleção adquiri 481 artigos. De notar que os artigos que não tinham livre acesso foram adquiridos da Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra, em formato PDF. A documentação completa da pesquisa encontra-se registada na tabela II.

Tabela II: Documentação completa da pesquisa

	<i>Pubmed</i>	<i>Cochrane Library</i>	<i>Clinical Key</i>
Data	6/09/2018	06/09/2018	07/09/2018
“Burnout, Professional”[Mesh] OR “Mental Fatigue”[Mesh] OR “Occupational Stress”[Mesh]	11625	4179	4771
“Physicians”[Mesh]	122794	37415	24327
“Depersonalization”[Mesh] OR “Work Performance”[Mesh] OR “Medical Errors”[Mesh] OR “Risk Factors”[Mesh]	839382	100355	172
Pesquisa Combinada Limites: Inglês, Português, Últimos 5 Anos	96	282	75
Total menos duplicados	94	281	75

Pesquisa 1

	<i>Pubmed</i>	<i>Cochrane Library</i>	<i>Clinical Key</i>
Data	6/09/2018	06/09/2018	07/09/2018
"Burnout, Professional"[Mesh] OR "Mental Fatigue"[Mesh] OR "Occupational Stress"[Mesh]	11625	4179	4771
"Physicians"[Mesh]	122794	37415	24327
"Portugal"[Mesh]	11165	3300	8227
Pesquisa Combinada Limites: Inglês, Português, Últimos 5 Anos	4	7	13
Total menos duplicados	94	281	-

Pesquisa 2

De seguida, de modo a aceder a estudos portugueses realizados sobre o tema em questão, além da pesquisa supracitada, dirigi-me, ainda, ao portal oficial digital da Ordem dos Médicos Portuguesa e da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, onde, na pesquisa do termo *Burnout*, obtive 2 relatórios estatísticos.

A pesquisa, os dados dos artigos e o processo de seleção foram sendo registados numa folha de Excel para evitar perda de informação e para haver uma melhor gestão dos mesmos. Já as referências bibliográficas foram geridas através da aplicação *Endnote*.

Processo de seleção

Numa segunda fase, utilizei a aplicação do *Endnote* para encontrar artigos duplicados de entre os 481 artigos recolhidos anteriormente, identificando, assim, 3 artigos repetidos.

A partir dos 478 artigos reunidos, dei início ao processo de seleção dos mesmos. Assim sendo, além do período temporal e linguístico estabelecidos previamente, estipulei como critérios de inclusão, estudos que abordassem a existência e o impacto do *burnout* na classe médica portuguesa, artigos de revisão que referissem a definição, variáveis, desencadeantes, e consequências do *burnout*, e, ainda, artigos que relatassem uma abordagem clínica ao *burnout*. Além disso, estabeleci, igualmente, determinados critérios de exclusão, tais como, artigos que estudassem o *burnout* em estudantes de medicina, enfermeiros ou outras profissões, documentos que explorassem o *burnout* dentro de especialidades específicas, e não na classe médica em geral, e ainda artigos que não abordavam o tema proposto. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão estipulados, iniciei a minha seleção através de uma breve leitura dos títulos e *abstracts* dos artigos adquiridos. Deste modo, dos 99 artigos da *Pubmed* incluí 28 artigos e excluí 58, da *Cochrane Library* incluí 9 e excluí 283, e da *Clinical Key* incluí 39 e excluí 61, obtendo 76 artigos no total. De seguida, realizei uma nova seleção através da leitura integral dos artigos, e utilizando os mesmos critérios convencionados anteriormente. De uma forma geral, foram privilegiados os artigos de revisão que abordassem a definição, a epidemiologia, os desencadeantes e as implicações psicossociais e médicas do *burnout*, e, ainda, artigos científicos epidemiológicos. Deste modo, identifiquei 24 artigos pertinentes. Posteriormente acrescentei, ainda,

durante a escrita, 3 artigos que considereei apropriados. Após a pesquisa bibliográfica acima referida, contemplei, para a realização da minha revisão, 27 artigos e 2 relatórios (Fig.1).

Recolha de dados

Dos vários artigos extraí determinadas informações, entre elas, a definição e características do *burnout*, precipitantes, variáveis psicossociais e organizacionais, implicações e dados epidemiológicos na classe médica. Além disso, recolhi, ainda, dados estatísticos nacionais dos dois estudos realizados pela ordem dos médicos portuguesa.

Resultados

Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, identifiquei 24 artigos e adicionei, posteriormente, 3 artigos e 2 relatórios nacionais que considerei pertinentes. O processo de seleção do estudo está ilustrado num fluxograma (Fig.1). De seguida, segue uma análise dos resultados encontrados, apresentando os tópicos mais abordados na literatura.

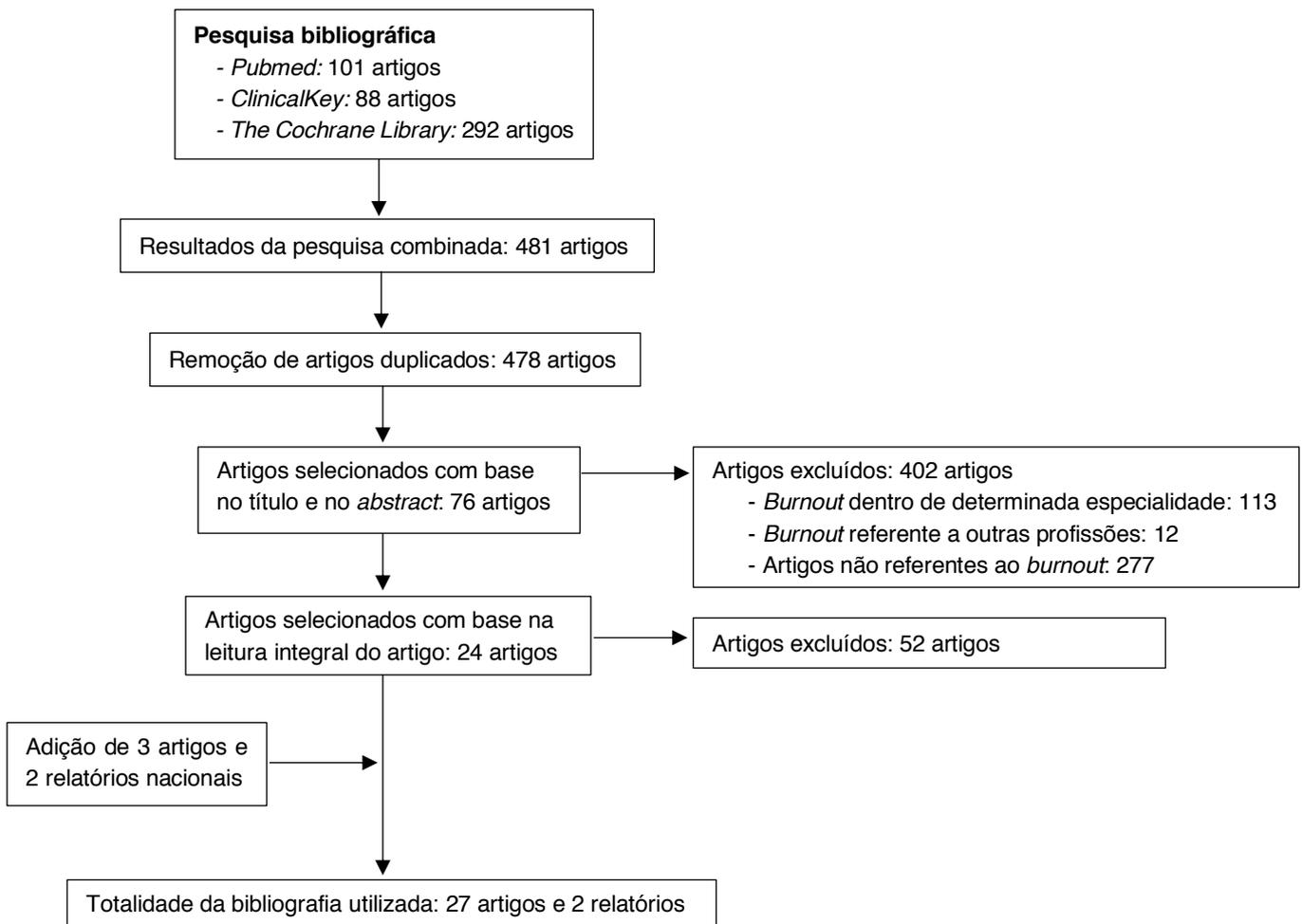


Figura 1: Processo de seleção e resultados

I. Prevalência

A síndrome do *burnout* encontra-se particularmente generalizada na classe médica, de modo que vários estudos tentaram averiguar a prevalência da mesma. Não se chegou a nenhum consenso relativamente à percentagem exata de afetados por esta epidemia, concluindo apenas que a prevalência pode ir dos 25 aos 60% da classe médica, porque, embora todos tenham acusado taxas elevadas de *burnout* comparativamente com a população geral, em todos os casos testou-se apenas uma amostra e não a população total.^(4, 5, 12, 13, 17) Porém, um estudo longitudinal realizado pela clínica *Mayo* sugeriu que, em 2011, 45,5% dos médicos americanos questionados reportavam, pelo menos, um sintoma de *burnout* e que se verificava um aumento dramático de 10% da taxa de *burnout* em três anos, com um registo de 54,4% em 2014.⁽¹⁶⁾ Neste estudo verificou-se a existência de um incremento ao longo dos anos, independentemente da especialidade e de outras variáveis pessoais ou sociodemográficas, enquanto que a incidência na população geral se manteve estável, o que demonstra que é um problema inerente ao serviço médico.⁽¹⁸⁾ Vários outros artigos indicaram um incremento temporal.^(15, 20) Outro estudo realizado na classe médica americana indicou que 51,4% dos médicos se encontravam em *burnout* e que 40% apresentavam, pelo menos, um sintoma de depressão.⁽⁴⁾ Noutro estudo, foi ainda destacado que um terço dos médicos já experienciaram *burnout* em determinada altura da sua carreira, enquanto que noutro inquérito online registaram que tal era verdade em 39,8% dos casos.^(2, 12) Um estudo realizado entre alguns países europeus (Portugal, Romania, Croácia, Macedónia, Turquia, Bulgária, Croácia) verificou que, em média, um em cada 5 profissionais da amostra apresentava sintomas de *burnout*, que a Grécia e a Bulgária eram os que registavam maior exaustão emocional, e, na primeira, também maior despersonalização, e que em Portugal, Romania, Croácia e Macedónia verificavam-se níveis moderados.⁽⁸⁾ Além disso, é concordante a existência de uma correlação inversa entre a realização profissional e o *burnout*.⁽¹⁴⁾

Portugal

Em Portugal foram, em 2016, realizados 3 estudos em que se abordaram a frequência, as variáveis e o impacto do *burnout* na classe médica nacional. Num estudo realizado em parceria pela Ordem dos Médicos (OM) e o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL), utilizou-se uma amostra de 9176 médicos entre Maio e Julho de 2016, de modo a avaliar a prevalência de *burnout* em Portugal, subdividindo-o nas suas três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização profissional (Tabela III). Os valores apresentados revelaram-se mais elevados relativamente a dados obtidos nos EUA. Além disso, foram, ainda, medidos os níveis de *engagement* e bem-estar nesta amostra, concluindo-se que, relativamente ao primeiro, estes são mais elevados que o observado normalmente para o resto da população portuguesa, enquanto que, relativamente ao bem-estar, os níveis foram semelhantes.⁽²¹⁾

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Diminuição da Realização Profissional
Níveis Reduzidos	10,4%	40,6%	37,7%
Níveis Moderados	23,5%	20,5%	31,7%
Níveis Elevados	66,1%	38,9%	30,6%

Tabela III: Prevalência do *burnout* em Portugal – OM e ICS-UL

Noutro estudo, realizado pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM), foi utilizada uma amostra de 1577 médicos em 2016, que representava 20% do total de inscritos na SRCOM, dos quais 63.2% eram mulheres e 36.8% homens, para estudar a prevalência e as várias variáveis referentes ao *burnout*. A prevalência foi igualmente estudada recorrendo à subdivisão do *burnout* nas suas três componentes, como ilustrado na tabela IV. Desta amostra, 7.42% dos inquiridos apresentavam níveis elevados em três dimensões, 16,74% em duas e 27.20% em apenas uma, dando um total de 51,36% de afetados.⁽²²⁾

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Diminuição da Realização Profissional
Níveis Reduzidos	39,4%	65,7%	46,8%
Níveis Moderados	20,0%	17,2%	27,8%
Níveis Elevados	40,5%	17,1%	25,4%

Tabela IV: Prevalência do *burnout* em Portugal - SRCOM

Num último estudo, levado a cabo pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), foram inquiridos 466 médicos entre 2011 e 2013, verificando-se que todos os distritos nacionais exibiam níveis de *burnout*, e que 50% dos mesmos apresentavam níveis elevados. No geral, 43,6% dos médicos apresentavam taxas elevadas, e 24% taxas moderadas, dando um total de 67,6% de profissionais afetados pelo *burnout*.⁽³⁾

II. Fatores de Risco

A síndrome de *burnout* é de origem multifatorial, com vários determinantes que funcionam como *triggers* e a precipitam, principalmente numa profissão com tão elevadas exigências intelectuais e emocionais.

Diferentes indivíduos respondem de forma diferente a situações idênticas, de tal forma que determinados traços de personalidade aumentam a vulnerabilidade e probabilidade de sofrer de *burnout*, não devendo, tal, ser considerado como um sinal de fraqueza ou de menor dedicação. Isto, pois, nalguns casos, um elevado limiar de resistência ao *burnout* reflete um estado de desconexão e indiferença, enquanto que quem apresenta maior vulnerabilidade pode ser, até, mais dedicado e sensível para com o outro. Deste modo, vários estudos se dedicaram a estudar os traços que reduzem este limiar de resistência, e a maioria indicou uma relação com perfeccionismo, competição, trabalho árduo, atração por desafios, incapacidade em dizer que não, incapacidade de criar um equilíbrio nos vários níveis da sua vida, de reconhecer os seus limites e de relaxar, indecisão, inflexibilidade, autocrítica, idealismo e excesso de empatia.^(2, 5, 10, 15, 23) O que se verifica é que a área da medicina atrai indivíduos que possuem este conjunto de características, daí a prevalência da mesma ser mais exuberante relativamente à população geral, principalmente quando a própria área é incapaz de corresponder às suas expectativas idealistas de excelência.^(10, 15) Além destes, traços de caráter positivos também mostraram ter um impacto na diminuição da vulnerabilidade ao *stress*, conferindo alguma proteção a este fenómeno e, ainda, alguma satisfação profissional, uma vez que contribuem para uma maior resiliência e *engagement*.⁽¹⁰⁾ Alguns destes traços são a dedicação e empatia adequada, motivação, proatividade, eficácia, atitude positiva perante o trabalho exigido, autoconsciência e autoconhecimento das fragilidades, limites e objetivos do próprio.^(2, 6, 10, 11, 14, 20, 24, 25) De notar que uma excessiva empatia e dedicação pode ser prejudicial e potenciar o *burnout*, principalmente se ocorrer a perceção de que os cuidados prestados, apesar dos esforços, não correspondem às exigências ou resultados desejáveis, e muitas vezes com resultados, como complicações e morte, além do controlo do profissional.^(11, 20, 25, 26) Esta incapacidade para lidar com o sofrimento do doente e com a morte torna a medicina um área particularmente estressante.^(9, 20)

Além de traços de caráter intrínsecos, existem outras variáveis sociodemográficas que influenciam o *burnout*. De acordo com o género, na maioria dos estudos verificou-se uma maior prevalência do mesmo no sexo feminino, mas, igualmente, maiores níveis de empatia que os seus colegas do sexo masculino.^(4, 14, 20, 25-27) Relativamente à idade, os artigos registaram, em concordância, que os níveis de *burnout* e insatisfação profissional eram maiores quanto menor a idade do médico e quanto mais precoce na carreira, reduzindo com o aumentar da idade e da experiência, principalmente considerando a falta desta e a pressão exigida para o incremento de conhecimento e habilidades durante as fases iniciais.^(2, 4, 10, 14, 20, 27) Contrariamente, outros estudos apontaram para uma maior taxa de *burnout* na fase média da carreira.^(2, 16) Médicos casados também apresentavam menores níveis de *burnout* e maiores níveis de empatia, relativamente a médicos solteiros.^(4, 25) Além disso, médicos que tinham filhos também verificavam menores valores de *burnout* e maiores de empatia,^(10, 20, 25) no entanto,

aqueles que possuíam uma família disfuncional e experienciavam conflitos familiares frequentes eram os que mais reportavam uma exaustão emocional, sendo que as mulheres eram as que mais experienciavam este tipo de discórdias e, portanto, concordante com a maior probabilidade de *burnout* nestas.^(2, 5, 14, 28) Deste modo, um grande contributo para o *burnout* é a incompatibilidade entre os objetivos individuais e os profissionais.⁽⁷⁾ Relativamente ao estilo de vida de cada profissional, verificaram-se taxas menores de *burnout* naqueles que realizavam exercício físico, tiravam períodos de férias e que se dedicavam a atividades de lazer extralaborais,^(14, 20) enquanto que maiores se verificavam naqueles com uma vida sedentária, má higiene de sono, maus hábitos alimentares, incluindo consumo de *fast-food* frequente, e consumidores de álcool ou de analgésicos, mesmo quando variáveis individuais foram eliminadas.^(8, 23)

Embora as características dos médicos tenham influência no *burnout*, as mesmas têm-se mantido semelhantes ao longo dos anos, de modo que o aumento da incidência de *burnout* poder-se-á relacionar significativamente com as condições de trabalho atuais, com as exigências, inerentes à profissão, cada vez mais elevadas e com a explosão tecnológica e de conhecimento ao longo dos últimos anos, impedindo uma competência nas várias áreas médicas.^(10, 13, 15, 23, 26) Relativamente à especialidade exercida, os vários estudos indicavam uma diferença substancial dos níveis de *burnout* de acordo com a mesma, embora em todas se verifiquem níveis superiores à população geral. Assim sendo, na maioria dos estudos, as taxas mais elevadas foram verificadas na medicina de emergência, medicina interna e medicina intensiva, e as menores em psiquiatria e anatomia patológica.^(2, 15, 16, 20) No entanto, noutros estudos, especialidades como medicina geral e familiar, neurologia e cirurgia geral também apresentavam taxas elevadas, assim como dermatologia e pediatria apresentavam taxas menores.^(12, 15, 16, 20) Foi destacado, também, que a vulnerabilidade era maior em médicos que realizavam procedimentos ou que tomavam decisões de alto risco.⁽²⁾ Igualmente, a maioria dos estudos apontou para uma associação significativa do *burnout* com o número de horas de trabalho semanais.^(2, 9, 10, 12, 14, 16, 20, 23) Além disso, os profissionais registavam um aumento dos níveis de *burnout* quanto maior o número de noites de serviço realizadas.^(10, 20, 26) Outro ponto fundamental causador de *stress* é o aumento da carga de trabalho e burocracia encarregue à responsabilidade do médico, que além de o sobrecarregar, provoca uma distração do que realmente motiva o indivíduo, quer seja o contacto com o doente, como outras áreas como a investigação e o ensino.^(5-7, 9, 10, 14-16, 18, 20, 23, 24) O que agrava ainda este problema é o tempo insuficiente para a carga correspondente, impedindo o médico de estar à altura das exigências profissionais, provocando uma desorganização e azáfama constante e a necessidade de retirar tempo da vida pessoal, inexistindo o tempo necessário para esta e para o descanso e recuperação individual, além da diminuição da qualidade e eficácia dos cuidados prestados, o que contribui para a frustração e insatisfação profissional.^(5-7, 13, 15, 16, 20) Um problema inerente à ineficácia médica é a insatisfação dos doentes, que pode mesmo provocar problemas legais, que *per si* já contribuem para uma maior vulnerabilidade ao *burnout*.^(2, 7, 15, 20) Igualmente, o ambiente de trabalho tem uma grande influência no estado de espírito dos seus empregadores, de modo que uma cultura de positividade, cooperação e interajuda, livre-arbítrio, autonomia, comunicação, flexibilidade e

justiça, com uma administração funcional, contribui consideravelmente para a felicidade e *engagement* dos mesmos.^(2, 5, 6, 9, 10, 18, 20, 24) Outro fator, referenciado frequentemente, é a necessidade de registar os processos eletronicamente que, além de consumidores de tempo *per se*, também os softwares são ineficazes, lentos e dão vários problemas, tornando o processo ainda mais demorado.^(2, 7, 15, 16, 18, 26) Algo que piora o panorama é o facto da compensação, muitas vezes, ser unicamente monetária, sem qualquer reconhecimento e, ainda assim, esta não corresponder às exigências e sacrifícios requeridos pela profissão, o que se percebe como uma desvalorização do trabalho e dedicação, potenciando a probabilidade de ocorrer *burnout*.^(2, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 20, 25) Na tabela V encontram-se sucintamente registados os vários fatores de risco do *burnout* na classe médica.

Fatores de Risco	
Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo feminino; • Idade jovem; • Solteiro; • Ausência de filhos; • Conflitos familiares; • Estilo de vida sedentária; • Má higiene de sono; • Maus hábitos alimentares; • Traços de personalidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Expectativa de excelência; ○ Perfeccionismo; ○ Idealismo; ○ Competição; ○ Indecisão; ○ Inflexibilidade; ○ Autocrítica; ○ Trabalho excessivamente árduo; ○ Atração por desafios; ○ Excesso de empatia; ○ Incapacidade em dizer que não; ○ Incapacidade de criar um equilíbrio; ○ Incapacidade de reconhecer os seus limites; ○ Incapacidade em lidar com o fracasso; ○ Incapacidade para lidar com o sofrimento dos doentes e com a morte.
Prática clínica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stress</i> inerente à prática médica; • Quantidade de conhecimento médico exuberante; • Especialidade; • Horas de serviço por semana;

	<ul style="list-style-type: none"> • Noites de serviço por semana; • Carga de trabalho; • Burocracia e processos eletrônicos; • Expectativa e exigência elevada da produtividade de trabalho; • Insatisfação do doente; • Problemas legais; • Salário baixo (desproporcional à carga e exigência médica); • Ausência de reconhecimento, além do monetário.
Ambiente de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de suporte administrativo; • Inflexibilidade; • Competição; • Injustiça; • Má comunicação.

Tabela V: Fatores de Risco do *burnout* na classe médica

Portugal

Variáveis sociodemográficas

1. Género

Nos dois estudos realizados pela OM, o sexo feminino apresentou valores mais elevados de exaustão emocional, enquanto que o sexo masculino apresentou maiores níveis de despersonalização.^(21, 22) Já, nos valores de realização profissional, no estudo realizado pela SRCOM, não existiram diferenças significativas,⁽²²⁾ enquanto que no realizado pelo ICS-UL, os homens apresentavam níveis mais elevados de realização profissional.⁽²¹⁾ No entanto, no estudo realizado pela ISPA não se observaram diferenças significativas entre géneros.⁽³⁾ De acordo o ICS-UL e a OM, os níveis de *engagement* são mais elevados no sexo masculino, enquanto que os níveis de bem-estar não têm diferenças significativas entre género.⁽²¹⁾

2. Idade

Em ambos os estudos da OM, foi destacado que o *burnout* tinha maior incidência em médicos mais jovens, com menos de 35 anos, e que há diminuição dos níveis nas três componentes ao modo que vão envelhecendo.^(21, 22) Já os níveis de *engagement* variam inversamente com o *burnout*, verificando-se, portanto, um aumento ao longo do tempo, com maiores taxas a partir dos 65 anos, e menores dos 36 aos 45 anos, segundo o ICS-UL e a OM. Já o bem-estar segue os mesmos padrões, apenas com a diferença que os níveis mais reduzidos se verificam dos 36 aos 55 anos.⁽²¹⁾

3. Estado civil

O estado civil dos indivíduos foi avaliado pela SRCOM, verificando-se que os solteiros apresentavam taxas mais elevadas de despersonalização e mais reduzidas de realização profissional, relativamente aos restantes estados. Já os viúvos foram os que apresentaram níveis mais reduzidos de exaustão emocional, despersonalização e de diminuição da realização profissional. Na tabela VI, os diferentes estados encontram-se por ordem crescente.⁽²²⁾

Exaustão Emocional	Despersonalização	Diminuição da Realização Profissional
Viúvo	Viúvo	Viúvo
Casado	Separado	Separado
Separado	Divorciado	Casado
Solteiro	Casado	Divorciado
Divorciado	União de Facto	União de Facto
União de Facto	Solteiro	Solteiro



Tabela VI: *Burnout* de acordo com o estado civil, por ordem crescente - SRCOM

4. Filhos e Dependentes

Uma vez mais, apenas a SRCOM estudou esta variável, tendo obtido que os indivíduos sem filhos tinham níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, e níveis menores de realização profissional. De facto, verificou-se que à medida que aumentavam o número de filhos, níveis mais reduzidos de exaustão e mais elevados de realização profissional se verificavam.⁽²²⁾ Além disso, o ICS-UL com a OM conferiu que a idade dos filhos era o maior preditor sociodemográfico de exaustão emocional, verificando-se que quanto menor a idade do filho, maior probabilidade de níveis elevados.⁽²¹⁾

Relativamente à presença de dependentes, tal traduzia-se num aumento da exaustão e diminuição da realização profissional, mas, no entanto, numa diminuição da despersonalização. Não se apuraram correlações estaticamente significativas com o número de dependentes.⁽²²⁾

5. Habilitações literárias

Ainda no estudo da SRCOM, conferiu-se que os licenciados ou mestres, relativamente aos médicos doutorados, apresentavam maior exaustão emocional e despersonalização e menos realização profissional.⁽²²⁾

Variáveis ocupacionais/laborais

1. Categoria profissional

Relativamente à fase da carreira, segundo o que a SRCOM conseguiu apurar, o *burnout* destacou-se mais durante a fase de assistente hospitalar e interno da especialidade. Na vertente da exaustão emocional verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre assistente graduado sénior e assistente hospitalar, interno da especialidade e assistente graduado, e entre este último e assistente hospitalar. Relativamente à despersonalização, existiram diferenças significativas entre interno da especialidade e assistente hospitalar e assistente graduado sénior, entre assistente hospitalar e assistente graduado e assistente graduado sénior e, ainda, entre estes dois últimos. Já na dimensão da realização profissional, verificaram-se diferenças entre assistente graduado sénior e assistente graduado, interno do ano comum e assistente hospitalar, e entre estes últimos dois e assistente graduado. De um modo geral, verificou-se que os médicos assistentes graduados seniores, com exceção dos internos do ano comum na dimensão da exaustão emocional, apresentavam menor exaustão e despersonalização, e maior realização profissional. Na tabela VII encontram-se ordenadas as diversas fases da carreira por ordem crescente em cada dimensão do *burnout*.⁽²²⁾

Exaustão Emocional	Despersonalização	Diminuição da Realização Profissional
Interno do ano comum	Assistente graduado sénior	Assistente graduado sénior
Assistente graduado sénior	Assistente graduado	Assistente graduado
Assistente graduado	Interno do ano comum	Interno do ano comum
Interno da especialidade	Assistente hospitalar	Assistente hospitalar
Assistente hospitalar	Interno da especialidade	Interno da especialidade

Tabela VII: *Burnout* de acordo com a fase da carreira, por ordem crescente - SRCOM

Especificamente durante o internato da especialidade, as taxas de *burnout* variam de acordo com o ano da especialidade, verificando-se que internos do primeiro e segundo ano referiam menor exaustão e maior realização profissional, quando comparados com os de terceiro e quarto ano. Deste modo, conferiu-se que quanto mais avançado no internato, maiores as taxas de *burnout* verificadas. Além disso, os internos apresentam maiores níveis de *burnout*, nas suas três componentes, quando comparados com médicos especialistas e consultores, sendo que os consultores referiram as menores taxas.⁽²²⁾

2. Anos de experiência

A SRCOM investigou se os anos de experiência médica influenciavam de algum modo a probabilidade da ocorrência de *burnout*, tendo conferido que os níveis de *burnout* diminuía com a aquisição de experiência ao longo dos anos, verificando-se que médicos com menos de 3 anos de experiência apresentavam níveis menores de exaustão quando comparados com médicos que tinham mais de 3 anos, mas menos de 20 anos a exercer a profissão. Além disso, apurou-se que os médicos com mais de 20 anos de serviço detinham, quando comparados com os restantes, taxas menores de despersonalização e maiores de realização profissional. Na tabela VIII, encontram-se ordenados, de modo crescente, os anos de serviço de acordo com a maior frequência de *burnout*.⁽²²⁾

Exaustão Emocional	Despersonalização	Diminuição da Realização Profissional
≤ 3A	> 20A	> 20A
> 20A	11-20A	11-20A
11-20A	4-5A	≤ 3A
4-5A	≤ 3A	4-5A
6-10A	6-10A	4-5A

Tabela VIII: *Burnout* de acordo com os anos de experiência, por ordem crescente - SRCOM

Também o estudo da OM e ICS-UL avaliou este parâmetro verificando, igualmente, que os anos de prática clínica diminuía a exaustão emocional e a despersonalização e aumentavam a realização profissional.⁽²¹⁾ O estudo do ISPA também conferiu que o tempo de exercício era um preditor significativo de *burnout*, com os profissionais mais jovens a apresentarem níveis mais elevados de *burnout*.⁽³⁾

3. Carga horária semanal

No estudo da SRCOM, existiram diferenças significativas entre os indivíduos que exerciam menos de 40 horas por semana, e os que exerciam mais, em termos de despersonalização e exaustão. Os dados obtidos encontram-se na tabela IX, ordenados crescentemente.⁽²²⁾

Exaustão Emocional	Despersonalização	Diminuição da Realização Profissional
≤ 40h	≤ 40h	≤ 40h
41-60h	41-60h	> 80h
> 80h	61-80h	61-80h
61-80h	> 80h	41-60h

Tabela IX: *Burnout* de acordo com a carga horária semanal, por ordem crescente - SRCOM

Além deste estudo, o estudo da ISC-UL com a OM obteve que os médicos que efetuavam mais horas efetivas do que as contratadas apresentavam maior exaustão emocional. Também concluíram que aqueles que tiravam tempo para descanso compensatório apresentavam menores taxas de exaustão emocional.⁽²¹⁾

4. Especialidade

No relatório realizado pela SRCOM estudou-se o impacto da especialidade exercida na prevalência de *burnout*, categorizando estas especialidades em quatro áreas distintas, sendo elas, as áreas médica, cirúrgica, de diagnóstico e de cuidados de saúde primários. Assim sendo, na área de diagnóstico foram incluídas Anatomia Patológica, Genética Médica, Medicina Nuclear, Neurorradiologia, Patologia Clínica e Radiologia; na área médica foram compreendidas Anestesiologia, Cardiologia, Dermato-Venereologia, Doenças Infeciosas, Endocrinologia e Nutrição, Gastrenterologia, Imunoalergologia, Imuno-hemoterapia, Hematologia Clínica, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Medicina Legal, Nefrologia, Neurologia, Oncologia Médica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Radioncologia, Reumatologia, Medicina Intensiva; na área cirúrgica inseriu-se Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética, Estomatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia; e por último, na área de cuidados de saúde primários foram incluídas Medicina Geral e Familiar, Medicina do trabalho e Saúde Pública. Na tabela X encontram-se os resultados obtidos entre as diversas categorias.⁽²²⁾

Exaustão Emocional	Despersonalização	Diminuição da Realização Profissional
Cuidados de Saúde Primários	Cuidados de Saúde Primários	Cuidados de Saúde Primários
Médica	Diagnóstico	Cirúrgica
Cirúrgica	Médica	Médica
Diagnóstico	Cirúrgica	Diagnóstico

Tabela X: *Burnout* por categorias de especialidade de modo ordem crescente - SRCOM

O estudo realizado pela OM em parceria com o ICS-UL também estudou esta variável, mas sem a categorizar. Ainda, para além do estudo em relação às três categorias do *burnout*, também averiguaram a sua relação com o *engagement* e o bem-estar. Na tabela XI apresentam-se as cinco especialidades com maior e menor taxas, em cada dimensão estudada.⁽²¹⁾

	Exaustão Emocional	Despersonalização	Diminuição da Realização Profissional	Engagement	Bem-estar
Níveis mais elevados	Hematologia clínica	Ortopedia	Medicina Legal	Medicina do Trabalho	Cirurgia Pediátrica
	Radioterapia	Medicina Legal	Neurocirurgia	Cirurgia Pediátrica	Medicina do Trabalho
	Oncologia Médica	Urologia	Ortopedia	Angiologia e Cirurgia Vascular	Reumatologia
	Doenças infecciosas	Neurocirurgia	Saúde Pública	Doenças Infecciosas	Angiologia e Cirurgia Vascular
	Estomatologia	Radiodiagnóstico	Medicina Nuclear	Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética
Níveis mais reduzidos	Saúde Pública	Imuno-Hemoterapia	Imunoalergologia	Hematologia clínica	Hematologia Clínica
	Cirurgia Pediátrica	Patologia Clínica	Doenças Infecciosas	Radioterapia	Medicina Legal
	Medicina do Trabalho	Anatomia Patológica	Cirurgia Pediátrica	Medicina Legal	Estomatologia
	Gastrenterologia	Pediatria	Medicina do Trabalho	Estomatologia	Ortopedia
	Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	Medicina do Trabalho	Otorrinolaringologia	Neurologia	Imuno-Hemoterapia

Tabela XI: Cinco especialidades com maiores e menores níveis de burnout, engagement e bem-estar

5. Áreas de trabalho regular

Médicos que realizavam horas de trabalho nas urgências foram os que apresentavam níveis mais elevados de exaustão emocional, despersonalização e de diminuição da realização profissional, segundo o estudo da SRCOM.⁽²²⁾

6. Trabalho noturno

Quem trabalhava de noite apresentava maior exaustão emocional e despersonalização e menor realização profissional, segundo a SRCOM. Verificou-se ainda que à medida que os anos aumentavam, as taxas de burnout nas suas três componentes também se agravavam.⁽²²⁾

7. Forma de trabalho habitual

A SRCOM averiguou que quem adotava uma postura individualista, ao invés do trabalho em equipa, tinha maior frequência de exaustão emocional.⁽²²⁾ Também o estudo da OM com o ICS-UL averiguou que o trabalho em equipa diminuía a exaustão emocional e a despersonalização, e aumentava a realização profissional.⁽²¹⁾

8. Instituição de trabalho

Segundo o estudo da SRCOM, os médicos que trabalhavam no Serviço Nacional de Saúde apresentavam níveis superiores de exaustão emocional e despersonalização, e níveis mais baixos de realização profissional, principalmente se trabalhassem em exclusivo. Averiguou-se ainda que os que possuíam um vínculo contratual também se encontravam mais afetados pelo *burnout*.⁽²²⁾ Já no estudo realizado pelo ISPA, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao local de trabalho.⁽³⁾ Por último, também o estudo da OM com o ICS-UL conferiu que os médicos que trabalhavam no público apresentavam níveis mais elevados de exaustão emocional e despersonalização, e menores de realização profissional.⁽²¹⁾

9. Condições de trabalho

O ISPA averiguou que se encontrava uma associação significativa e negativa moderada da perceção das condições de trabalho com os níveis de *burnout*, sendo dos melhores preditores da sua incidência.⁽³⁾ Além disso, o estudo do ICS-UL com a OM averiguou que recursos de organização diminuía as taxas nas três dimensões do *burnout*. A justiça procedimental também diminuía os níveis de exaustão e de despersonalização.⁽²¹⁾

10. Região onde exerce

O estudo da SRCOM comparou os resultados obtidos na região centro, com dados de outras regiões do país, e apurou que nela as taxas de *burnout*, nas suas três componentes, eram mais reduzidas.⁽²²⁾ Já o estudo efetuado pelo ISPA, estudou especificamente cada distrito nacional e averiguou que 50% dos mesmos apresentavam níveis elevados *burnout*, sendo eles Viana do Castelo, Vila Real, Aveiro, Coimbra, Guarda, Portalegre, Setúbal e Faro. Além destes, Braga, Porto, Viseu, Leiria, Lisboa e Castelo Branco também apresentavam níveis moderados.⁽³⁾

11. Envolvimento em cargos de gestão

Médicos com cargos de gestão encontravam-se mais realizados e menos exaustos ou despersonalizados, segundo a SRCOM.⁽²²⁾

12. Envolvimento ativo no ensino médico

De acordo com a SRCOM, os médicos envolvidos no ensino, apesar de menos despersonalizados e mais realizados, encontravam-se mais exaustos emocionalmente.⁽²²⁾

13. Satisfação com remuneração

O estudo do ICS-UL com a OM identificou a insatisfação com o salário como um incrementador dos níveis de exaustão emocional e de diminuição da realização profissional.⁽²¹⁾ Noutro estudo conferiu-se que a perceção da perda de privilégios na sociedade tinha maior impacto nos profissionais, que as condições financeiras *per si*.⁽²⁹⁾

14. Estabilidade no emprego

Esta variável foi confirmada como sendo redutora da incidência de *burnout*, em todas as suas dimensões, segundo o estudo da OM com o ICS-UL.⁽²¹⁾

15. Identificação com a classe médica

De acordo com a OM e o ICS-UL, a ausência de identificação profissional culmina num aumento de exaustão e despersonalização, e diminuição da realização profissional.⁽²¹⁾

16. Exigências inerentes à profissão

Segundo o estudo do ICS-UL com a OM, a exigência da relação com os doentes aumenta a exaustão e a despersonalização, e diminui a realização profissional. Também a exigência das relações com colegas no trabalho contribui para a exaustão emocional e despersonalização. Além destes, as próprias exigências físicas e dos horários de trabalho aumentam, respetivamente, a despersonalização e a exaustão emocional.⁽²¹⁾

Variáveis de saúde

1. Doença física

Segundo o estudo da SRCOM, os médicos com doenças físicas apresentavam níveis mais elevados de exaustão emocional. No entanto, aqueles portadores de patologias crónicas apresentavam menor despersonalização e maior realização profissional.⁽²²⁾

2. Doença mental

A SRCOM apurou que médicos com doenças do foro mental, tais como depressão ou ansiedade, apresentavam taxas mais elevadas de exaustão emocional, e menores de realização profissional, principalmente aqueles com acompanhamento em consultas de psiquiatria no presente. Além disso, os médicos que foram seguidos no passado, quer em consultas de psiquiatria, quer de psicologia, e, ainda, os que tomavam medicação psiquiátrica presentemente, acusavam taxas mais elevadas nas três dimensões do *burnout*.⁽²²⁾

3. Traços de personalidade

Averiguou-se, no estudo da SRCOM, que médicos com maior flexibilidade mental, tinham menores taxas de *burnout*.⁽²²⁾ O estudo da OM com o ICS-UL verificou, ainda, que os médicos otimistas registavam níveis menores de exaustão emocional e maiores de realização profissional. Também, aqueles que apresentavam cuidados com o próprio obtinham menores taxas de exaustão e despersonalização, aqueles com perceção de controlo interno e de autoeficácia conseguiam menores níveis de despersonalização e de diminuição da realização profissional, respetivamente, e aqueles com orientação para a resolução de problemas tinham menores taxas de ambas.⁽²¹⁾

4. Prática de atividades extralaborais

Segundo o que a SRCOM conferiu, indivíduos que exerciam atividades de lazer extralaborais tinham taxas menos elevadas de *burnout*, nas suas três componentes. Ainda, indivíduos que praticavam desporto ou voluntariado obtinham níveis menores de exaustão emocional. No entanto, médicos que praticavam meditação, relaxamento ou yoga não apresentavam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *burnout*.⁽²²⁾

5. Consumo de tabaco ou outras substâncias

Médicos não fumadores e não consumidores de outras substâncias apresentavam menor *burnout*, nos primeiros apenas na categoria de exaustão e despersonalização, mas nos segundos também uma menor diminuição da realização profissional, segundo o estudo da SRCOM. Verificou-se ainda que quanto maior a dependência e o consumo, maior os níveis de *burnout*, nas suas três componentes.⁽²²⁾

III. Consequências

O *burnout* já demonstrou ter um impacto colossal na classe médica, com diversas repercussões, não só pessoais, como familiares e organizacionais, afetando o ambiente de trabalho, mas também o sistema de saúde como um todo.

A nível pessoal, o *burnout* foi associado a distúrbios comportamentais, níveis reduzidos de empatia e satisfação profissional, e desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional, traduzindo-se em diversos problemas psicossociais. Assim sendo, esta síndrome foi ligada, na maioria dos artigos, a dificuldades de interação e relação com os outros, principalmente com os colegas de trabalho,^(2, 4, 7, 26) e a um aumento dos níveis de depressão, ansiedade, abuso de substâncias e suicídio.^(2, 4-10, 15, 17, 18, 20, 26) Este último é uma ocorrência frequente no *burnout*, com um estudo a referir um aumento, relativamente à população, de 40% da taxa de suicídios em homens e de 130% em mulheres, e com taxas de sucesso mais elevadas, recorrendo na sua maioria ao uso de medicamentos para o efetuar.⁽¹⁵⁾ Embora seja uma síndrome psicológica, também se verificou que o *burnout* se pode manifestar a nível físico como enxaquecas, distúrbios gastrointestinais, distúrbios do sono ou outras doenças psicossomáticas.^(5, 6, 8) Além destas manifestações, foi demonstrada a relação do *burnout* com obesidade, infeções, patologias músculo-esqueléticas, distúrbios da função reprodutiva, e diabetes.⁽⁸⁾ Também se constatou um aumento do risco cardiovascular futuro, com maiores níveis de patologias e eventos cardíacos, relativamente aos que não sofriam de *burnout*.^(6, 8, 9) Foi proposto que as patologias e morbidades cardiovasculares se podiam dever, além da exposição crónica ao *stress*, a comportamentos errados de saúde resultantes de uma negação ou evicção de estratégias de *coping*, sendo usados para um alívio de *stress* a curto prazo.⁽⁸⁾

A nível familiar, verificou-se uma diminuição da felicidade entre o casal e um aumento da percentagem de términos de relações e de divórcios, tal explicado não só por horas prolongadas de trabalho e limiares de irritação reduzidos pelo *stress* inerente, mas, também, pela existência de uma crença intrínseca no serviço que culmina num sacrifício pessoal e familiar.^(2, 15, 17, 18, 20) Num estudo foi demonstrado que médicas do sexo feminino eram as que mais sofriam de conflitos familiares devido ao trabalho excessivo, com 1,5 vezes maior probabilidade de divórcio que os seus colegas do sexo masculino.⁽¹⁵⁾

Foi demonstrado, em diversos estudos, que o *burnout* afeta a qualidade do sistema de prestação de cuidados de saúde e tem impactos brutais a nível organizacional. Tal acontece pois o *burnout* afeta, negativamente, a motivação e *performance* médica, o que, nos estudos, se traduzia como um aumento das taxas de absentismo, redução de horas de trabalho, baixa eficácia e produtividade, compromisso, intenção ou mesmo abandono do trabalho, emigração e reformas antecipadas.^(2, 5-7, 9, 12, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 26, 28) Também se destacou uma disrupção da relação médico-doente, com os próprios doentes a manifestar uma perceção mais negativa dos cuidados prestados e uma menor adesão ao tratamento prescrito, com conseqüente menor eficácia terapêutica e maior morbimortalidade.^(7, 11, 14, 26, 28) Além da qualidade dos cuidados, também a segurança dos mesmos se apresentava comprometida. A maioria dos estudos apontou fortemente para um aumento da

percentagem de erros médicos com altos níveis de *burnout*,^(4, 7, 9-12, 15, 17, 18, 20, 26) embora um tenha registado a ausência de um incremento, concluindo que a qualidade do serviço prestado poderia ser, em determinado nível, preservada à custa de um grande sacrifício pessoal.⁽¹³⁾ A prática de erros foi relacionada a horas prolongadas de serviço, excessiva carga de trabalho, falta de empatia e diminuição de uma vigília cognitiva.⁽²⁾ Além de pôr em causa a saúde da população, cometer um erro médico pode perpetuar um ciclo de frustração, desmotivação e falta de confiança, consequentemente agravando os níveis de *burnout* e depressão consequente.^(2, 18) Verifica-se, consequentemente, um aumento de casos judiciais de mal prática médica.^(18, 20, 26) Verificou-se, também, que o *burnout* era um fenómeno emocional contagioso, de modo que médicos apresentavam maior risco de *burnout*, se os seus colegas sofressem do mesmo, sendo algo preocupante para toda a unidade de saúde e que deveria ser considerado como uma característica de grupo, além de simplesmente uma síndrome individual.^(5, 6, 17) Tudo isto tem influência também na economia, uma vez que a resolução de erros e a substituição de médicos que abandonam o público ou se reformam precocemente abarca custos.^(2, 7, 17, 18, 26) Deste modo, a presença de motivação, *engagement* e satisfação profissional aumenta a dedicação e, por conseguinte, a experiência médica, melhorando a saúde individual, mas também da população, e reduzindo os gastos do serviço de saúde.^(11, 26) Um resumo das consequências supracitadas encontram-se registadas na tabela XII.

Consequências do <i>Burnout</i>	
Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Ansiedade • Abuso de substâncias • Suicídio • Dificuldades Relacionais • Doenças Psicossomáticas • Doenças Físicas: obesidade, infeções, distúrbios reprodutivos, diabetes, eventos cardiovasculares
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Conflitos familiares • Término de relações • Divórcio
Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Absentismo • Redução de horas de trabalho • Baixa produtividade e compromisso • Intenção ou abandono do trabalho (mudança para o privado, mudança de profissão) • Emigração • Reforma antecipada • Baixa qualidade dos cuidados médicos • Disrupção da relação médico-doente • Menor adesão terapêutica • Erros médicos • Custos elevados • “Contágio” da restante equipa de trabalho

Tabela XII: Consequências do *burnout*

Portugal

Segundo o estudo realizado pela OM e o ICS-UL, quanto mais elevadas as taxas de exaustão emocional e de diminuição da realização profissional, maior a probabilidade de se verificarem patologias, tais como ansiedade, depressão ou doenças psicossomáticas, e menor a percepção de saúde física. A ansiedade foi o indicador com maior relação, de modo que 41% das pessoas que sofriam de ansiedade, a associavam ao *burnout* nas suas três vertentes. Já relativamente à depressão, apenas 5% se explicava pelo *burnout*, não demonstrando uma relação tão vincada. Já a nível familiar, foi verificado que quanto maior a exaustão emocional, menor se percecionava um equilíbrio entre o trabalho e a família, com as implicações inerentes.⁽²¹⁾ Também se verificou um aumento da taxa de emigração com a falta de oportunidades e descontentamento com os salários, embora em menor proporção quando comparado com outros países na europa. Verificou-se ainda uma vontade crescente de mudança para o setor privado e de aquisição de reformas precoces.⁽²⁹⁾ Além da esfera individual, também o próprio sistema de saúde sofre com o efeito do *burnout*, com uma redução da qualidade do serviço prestado e uma maior probabilidade da ocorrência de erros médicos, quanto maior o nível de despersonalização presenciado.⁽²¹⁾

IV. Prevenção e Tratamento

O *burnout* na classe médica é uma preocupação à escala global por todos os efeitos, supracitados, subjacentes ao insucesso da promoção e proteção do bem-estar dos médicos. Deste modo, lutar contra o *burnout* é o primeiro passo para ajudar não só os mesmos, mas ainda aqueles aos seus cuidados e o próprio sistema nacional de saúde. Uma abordagem holística, em vez de um foco unicamente individual, é fundamental não só para curar o *burnout*, mas também para evitar que esta classe seja afetada pelo mesmo *ab initio*. Deste modo, é primordial intervir a nível individual e organizacional, iniciando por reconhecer que existe um problema e que é fulcral realizar as alterações devidas para o combater. O foco principal deveria ser a sua prevenção ao invés do seu tratamento, pois é mais seguro, menos dispendioso, mais fácil de abordar e há menor probabilidade de haver repercussões.^(2, 18, 20)

Médicos extremamente dedicados, frequentemente negligenciam as suas necessidades em prol das dos seus pacientes, de tal modo que muitas vezes só quando atingem o colapso mental é que se mentalizam de que é necessário fazer uma pausa e cuidar de si.⁽²⁾ A prevenção começa, portanto, por uma educação da classe médica e uma consciencialização para um aumento da vigília e autoconsciência para a ocorrência do mesmo, e também, por quebrar barreiras de estigma ou preconceito relativamente a uma limitação humana, de modo a que não hajam atrasos na procura de ajuda e na sua assistência eficaz.^(2, 7, 10, 15, 18, 20)

O segundo passo é o médico cuidar de si mesmo e conseguir criar um equilíbrio entre a sua vida pessoal e profissional.^(2, 6, 7, 13, 16) Este passo parece simples, mas é difícil de concretizar, ainda mais tendo em conta os traços de personalidade frequentemente associados a quem sofre de *burnout*.⁽²⁾ Para tal, é fulcral trabalhar na aquisição e potenciação de resiliência e implementar alterações práticas no dia-a-dia dos médicos.^(2, 7, 10, 15, 20) A resiliência define-se como um conjunto de habilidades psicossociais e estratégias de *coping* que ajudam a resistir e a superar a exposição a situações de *stress*, e que são passíveis de serem desenvolvidas ao enfrentar experiências e desafios.^(2, 7, 10, 15, 26) Esta aptidão assenta numa base de psicologia positiva, que permite fortalecer características pessoais como otimismo e esperança, e já provou, em múltiplos estudos, que permite amortecer o *stress*, ajudar ao sucesso e satisfação profissional e prevenir o desenvolvimento de patologias.^(2, 7, 26) Em diversos estudos, médicos que apresentavam maior resiliência eram, igualmente, aqueles que mais tinham as suas necessidades e expectativas profissionais atendidas, que mais facilmente lidavam com a incerteza e ambiguidade da atividade médica, e que maior consciência tinham das suas limitações e erros, sugerindo uma maior capacidade de aprendizagem e superação dos mesmos. Além disso, eram aqueles que apresentavam uma maior satisfação profissional e felicidade, corroborando que emoções positivas contribuem para a construção de resiliência.⁽⁷⁾ Para aumentar a sua resiliência, os médicos necessitam, por vezes, de colocar as suas necessidades em primeiro lugar e de estabelecer os seu limites pessoais.^(7, 15) Conseguir encontrar um equilíbrio entre as várias áreas da sua vida é o objetivo, e para tal o médico tem de iniciar por identificar as prioridades, objetivos e valores em cada uma e focar no que considera ser o mais importante para si.^(2, 7, 10, 16, 20) No entanto, é

importante manter expectativas realísticas acerca do trabalho e aceitar acontecimentos inesperados.⁽⁷⁾ Treinar a paciência e manter o sentido de humor ao longo do dia de trabalho também contribuem para a resiliência.⁽¹⁵⁾ É fundamental tentar viver o dia-a-dia com o máximo de positividade e otimismo, e manter a empatia para com os doentes, tentando que a mesma não interfira excessivamente com os seus níveis emocionais.⁽¹⁵⁾ Além disso, uma introspeção e autoconhecimento pessoal é fundamental, tentando alterar características negativas e desenvolver habilidades de *coping*, de resolução de conflitos e de gestão de tempo.⁽⁶⁾ Na tabela XIII, encontram-se registados vários fatores que potenciam a resiliência.

Fatores que promovem resiliência	
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coping</i> e pensamento positivo; • Bom sentido de humor; • Objetivos realistas; • Prioridades e limites definidos; • Valorização das necessidades pessoais; • Paciência; • Gratidão; • Estilo de vida saudável.
Família	<ul style="list-style-type: none"> • Laços emocionais fortes; • Suporte e comunicação; • Afeto.
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente justo e positivo; • Trabalho de equipa.

Tabela XIII: Fatores que potenciam a resiliência

De seguida, todos os médicos deveriam tentar potenciar o seu *engagement* para com a profissão que escolheram exercer, assim como também o próprio serviço deveria fazer um esforço para o promover. Para tal, necessitam de valorizar diariamente o seu serviço com a comunidade. Vários estudos provaram que médicos que o faziam e os que passavam mais tempo nas áreas que consideravam mais significativas, tinham menores taxas de *burnout*, sendo tal mais eficaz na prevenção do *burnout*, que o controlo dos fatores de risco *per se*.^(2, 6, 7, 11, 15, 17) É importante, portanto, tirar um tempo em cada dia para identificar os aspetos mais significativos e recompensadores que se retiraram do mesmo.^(2, 7) Além da gratidão, é necessário potenciar a motivação diária com otimismo, proatividade e inspiração, aumentando assim o compromisso e dedicação com o doente e os seus cuidados.^(7, 15) Foi provado que os motivadores internos tinham muito maior impacto na satisfação profissional e pessoal que os externos (ex.salários, horário de trabalho).⁽⁷⁾ Este é um processo contagioso, de modo que ao potenciá-lo estamos a melhorar não só o nosso bem-estar, como também o das pessoas que nos rodeiam.⁽²⁾ Apesar de ser fundamental uma reestruturação cognitiva para promover o *engagement*, existem ainda pequenas alterações diárias que o médico pode fazer para tal,

tais como organizar e controlar o seu horário de trabalho, de modo realista, criar sempre uma lista de tarefas para fazer, e evitar encargos extra, sabendo dizer que não.⁽²⁾ Ainda, fazer pausas durante o dia de trabalho, de preferência sem tecnologia, é uma mais valia para recarregar energias e promover a motivação e o *engagement*.^(6, 15, 20, 23, 26) Um contributo fulcral na felicidade de um profissional são as relações sociais positivas, quer no serviço quer na vida pessoal, contribuindo significativamente para a prevenção do *burnout*.^(2, 6, 7, 16, 20) Especialmente no ambiente de trabalho, relações sólidas de suporte mútuo e interajuda promovem o bem-estar diário e a partilha de situações emocionais potencialmente estressantes, desenvolvendo autoconsciência e maneiras de *coping*, além de que permite reconhecer quando algum colega se encontra fragilizado, encorajando-o a procurar ajuda.^(7, 15, 20) Além disso, a manutenção de relações próximas fora do trabalho cria um suporte emocional e motivacional significativo na felicidade e qualidade de vida do médico.^(6, 7, 20) Deste modo, é importante despende de tempo de qualidade com família e amigos, desconectando de tecnologia durante esse período.^(2, 7, 20) Redescobrir os seus interesses, além do trabalho, também é um processo fundamental, quer sejam atividades de lazer ou crenças espirituais, havendo necessidade de guardar tempo para as mesmas.^(2, 6, 10, 15, 16, 20) Em todos os artigos, os médicos que o faziam apresentavam menores níveis de *stress*, melhor qualidade de vida e maior capacidade para renovar os níveis de energia.^(2, 15) Outra forma de evitar o *burnout* é usufruir do período de férias a que se tem direito, uma vez que é um modo de recarregar energias e aumentar a produtividade após o regresso.^(2, 7, 10, 20) De notar que durante estas é crucial tentar desconectar do trabalho, evitando telefonemas e e-mails profissionais, a não ser que estritamente necessário, tentando fazer o mesmo quando outros profissionais se encontrem fora do serviço.^(2, 23) Além de exercícios introspectivos e de atividades de lazer, recomenda-se, ainda, uma alteração do estilo de vida, que pode precipitar um desequilíbrio emocional, tomando medidas como melhorar os hábitos alimentares, cessar o tabaco ou outras substâncias, dormir adequadamente e fazer exercício regularmente.^(2, 6-8, 10, 12, 15, 20) Relativamente a este último, vários estudos indicaram que os médicos que praticavam exercício, apresentavam melhor qualidade de vida e resiliência, e menores taxas de *burnout*, ansiedade e depressão.^(7, 12, 20) O exercício provou ser um meio capaz de reduzir significativamente o *stress* e, ainda, de ajudar a melhorar os marcadores biológicos que aumentariam o *burnout* e o risco cardiovascular.⁽¹²⁾ O recomendado seria a realização de exercício físico aeróbio regularmente, durante 150 minutos por semana, de intensidade moderada, ou então 75 minutos de intensidade vigorosa.⁽²⁰⁾ Apesar disso, para um médico atarefado pode parecer impossível despende desse tempo para se exercitar, mas qualquer período de exercício, por mais curto que seja, já provou ter benefícios e melhorias.⁽⁷⁾ Ainda, um estudo provou que a realização de exercícios de alongamentos durante 10 minutos no local de trabalho reduziam os níveis de ansiedade e de exaustão e melhoravam o bem-estar psicológico do médico.⁽¹²⁾ Apesar do exercício ser fundamental no dia-a-dia, recomendam-se outras estratégias individuais de redução de *stress*, para além deste, tais como *mindfulness*, *yoga* e sessões de *balint*.^(4, 6, 7, 12, 17, 26) O *mindfulness*, exercício que vem a ganhar a apreciação da população, é um processo individual e autónomo de meditação que tem como objetivo relaxar o corpo e a mente e eliminar energias negativas, focando na consciência do momento presente e na apreciação da vida nas suas pequenas coisas, e refletindo, com aceitação e sem julgamento, nos episódios, sensações e

sentimentos experienciados, neste caso pelo médico na sua prática médica.^(7, 12, 16, 17) Tal prática, segundo estudos, além de diminuir os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão, também aumentou a qualidade de vida, bem-estar psicológico, sentido de humor, *engagement*, resiliência e empatia dos médicos.^(7, 12, 15, 16, 26) Já as sessões de *balint* são reuniões de grupo interativas que permitem treinar médicos a exercer uma abordagem centrada no doente com um foco especial na relação com o mesmo, em que realizam exercícios de reflexão, *roleplaying* e de partilha e discussão de experiências.⁽¹²⁾ Estas sessões já provaram reduzir o *stress* e os sintomas de *burnout*, e aumentar a satisfação e realização profissional.⁽¹²⁾

Embora o *stress* e a exaustão sejam sentidas a um nível individual, este é um problema global que afeta o serviço de trabalho e todo o sistema nacional de saúde, e, portanto, é necessária igualmente uma abordagem organizacional para o verdadeiro sucesso na redução de taxas de *burnout*, havendo estudos que indicaram que poderia ser mais produtivo a longo prazo do que a própria intervenção individual.^(2, 7, 9, 12, 15, 17, 23, 26) Assim sendo, inicialmente dever-se-ia investir na melhoria das condições de trabalho de cada profissional, possibilitando um maior equilíbrio entre a vida pessoal e profissional.^(17, 24) Para tal, seria necessário uma maior reestruturação e organização do serviço, com distribuição de tarefas, de modo a reduzir a carga de trabalho exigida a cada profissional, uma otimização dos horários de trabalho, tornando-os mais flexíveis e reduzindo o número de horas de serviço, e uma maior remuneração pelos cuidados prestados.^(2, 5, 9, 15, 17, 20, 24, 26) Além da redução dos fatores de insatisfação, é igualmente importante potenciar o *engagement* dos profissionais de modo a providenciar uma maior realização.⁽⁵⁾ Tal é conseguido com recurso a uma liderança justa e com transparência e respeito, permitindo, além de incentivar, reconhecer e potenciar o *engagement*, também monitorizar os médicos e intervir quando necessário.^(2, 7, 17, 20) Tal contribuiria para um ambiente de trabalho positivo e organizado, diminuindo a vulnerabilidade ao *burnout*, e aumentando a satisfação profissional.^(2, 17) Relativamente à excessiva burocracia e necessidade de registo eletrónico de todos os dados obtidos, fatores que contribuem para o desgaste psicológico e energético do médico, seria proveitoso que se melhorassem os sistemas informáticos e que se instalasse uma política em que a porção burocrática de uma consulta seria realizada por um assistente hospitalar e a colheita de dados, histórico e sinais vitais por um enfermeiro, permitindo ao médico dedicar-se mais ao doente que está à sua frente, apenas completando a história clínica com informação adicional, realizando o exame físico e criando um plano terapêutico.⁽²⁶⁾ Serviços privados que colocaram isto em prática provaram a existência de menor *burnout* e maior satisfação do doente.⁽²⁶⁾ Além da otimização do meio de trabalho, o sistema nacional de saúde também deveria desenvolver protocolos que se dedicassem a monitorizar ativamente os profissionais de saúde, para detetar sinais precoces do desenvolvimento do *burnout* e que diminuíssem as barreiras na procura de ajuda, apostando na confidencialidade e destruição de preconceito.^(2, 12, 18, 20) Além disso, seriam necessários programas gratuitos, de saúde e bem-estar, que facilitassem uma melhor adaptação ao ambiente de trabalho e ajudassem não só a prevenir o *burnout*, mas também a lidar com o mesmo, quando este já se encontra instalado.^(18, 24) Para tal, estes programas deveriam ter foco na consciencialização, organizando sessões de discussão e reflexão

acerca de temas importantes ligados à prevenção da qualidade de vida do profissional e partilha de experiências, incentivando a comunicação e o trabalho em equipa.^(2, 6, 10, 17, 20, 26) Fóruns confidenciais também mostraram ter benefícios, uma vez que elimina barreiras de estigma e preconceito.^(15, 26) Além disso, estes programas focariam igualmente na promoção da resiliência, *engagement* e bem-estar do médico, ajudando os profissionais a modelar o seu pensamento e a desenvolver estratégias de *coping* para lidar com situações causadoras de *stress*, a estabelecer as suas prioridades, e a restabelecer os seus níveis energéticos.^(2, 10, 12, 15, 20) Além disso, programas de controlo do *stress* também deveriam ser implementados, incluindo técnicas de relaxamento, de melhoria da comunicação, de organização de tempo, sessões de grupo destinadas à discussão e partilha de problemas e experiências, e técnicas cognitivo-comportamentais, com exercícios de autoconsciência e de educação psicológica.^(2, 10, 12, 15, 17, 26) Existem vários centros americanos que implementaram vários programas e provaram existir uma eficácia a longo-prazo na redução do *burnout* e na qualidade de vida e de cuidados prestados pelos médicos.^(12, 15) Estes programas deveriam ser introduzidos o mais precocemente possível, de preferência ainda durante a fase de aprendizagem, e continuados durante a vida profissional do médico. Seria igualmente benéfico cada profissional realizar um *check-up* anual, por um psiquiatra ou psicólogo, no qual se discutiriam determinados tópicos como o equilíbrio pessoal e profissional, satisfação profissional, autocuidado e necessidades pessoais.^(6, 12, 18) As limitações destas sugestões são que, além de consumidoras de tempo, são também difíceis de implementar nos centros sem o incentivo e apoio monetário e legislativo dos sistema de saúde.^(12, 15, 17, 24, 26)

Apesar da prevenção dever ser o ponto fulcral do investimento, por vezes torna-se inevitável o desenvolvimento de *burnout*, e nestes casos é necessário reverter e restituir um bem-estar mental. Para tal, nestas situações é importante procurar ajuda e realizar terapia, o que na maioria das vezes acaba por não ocorrer por sentimentos de medo, humilhação e vulnerabilidade com a imperfeição.⁽⁷⁾ Em múltiplos estudos, o mais recomendado era realizar terapia cognitivo-comportamental e trabalhar nos métodos de prevenção supracitados para potenciar a recuperação e prevenir nova ocorrência.⁽¹⁷⁾ Relativamente à psicoterapia, esta é fundamental para modificar um pensamento propício à negatividade e para ajudar na capacidade para lidar com o *stress* e com os problemas inesperados. Existem evidências significativas que comprovam a eficácia desta abordagem na diminuição dos sintomas de *burnout*, na prevenção de recidivas e no tratamento de patologias consequentes, como a ansiedade e a depressão.⁽⁷⁾ Por vezes também se torna útil terapias de grupo interativas focadas na aceitação, partilha e interajuda.⁽⁶⁾

Na tabela XIV encontram-se listadas várias abordagens para prevenção e tratamento do *burnout*.

Intervenções no <i>Burnout</i>	
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a equilibrar os objetivos pessoais e profissionais; • Organizar o tempo de acordo com as tarefas clínicas; • Estabelecer limites e objetivos pessoais; • Trabalhar na empatia; • Trabalhar na resiliência; • Potenciar o <i>engagement</i>; • Encontrar atividades de lazer para além da medicina; • Tirar tempo para recarregar energias (pausas, férias); • Nutrir relações sociais e familiares; • Dormir e comer adequadamente; • Praticar exercício físico; • Fazer consultas de rotina no médico de família e dentista; • Praticar atividades que permitam controlar o <i>stress</i>: <i>mindfulness</i>, sessões <i>balint</i> e <i>yoga</i>; • Manter autoconsciência e estar alerta para sinais que indiquem <i>Burnout</i>; • Procurar ajuda profissional se indícios de exaustão; • Terapia cognitivo-comportamental.
Equipa de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Estar alerta para o <i>burnout</i> nos membros da equipa; • Confiar no trabalho dos colegas de trabalho; • Criar uma rede de suporte e interajuda; • Reunião para discussão de situações potencialmente estressantes.
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Educar os membros de equipa para o <i>burnout</i>; • Eliminar barreiras na procura de ajuda: <ul style="list-style-type: none"> ○ Assegurar a confidencialidade; ○ Eliminar o estigma e o constrangimento; • Monitorizar a classe médica e intervir aquando da ocorrência de <i>burnout</i>; • Melhorar a comunicação no ambiente de trabalho; • Otimizar as condições de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> ○ Horário mais flexível; ○ Distribuição de tarefas; ○ Maior remuneração. • Fornecer recursos para o bem-estar dos profissionais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ginásio local; ○ Infantário local; ○ Programas de relaxamento; ○ Sessões de partilha de experiências.

Tabela XIV – Dicas para praticar no dia-a-dia da classe médica para prevenir o *burnout*

Discussão dos resultados

Após revisão da literatura nacional e internacional verifica-se, indubitavelmente, a grande relação das exigências profissionais com a síndrome de *burnout*, e o impacto colossal que esta tem na vida dos profissionais e no sistema nacional de saúde.

Relativamente à prevalência, todos os estudos demonstraram taxas elevadas de afetados e um incremento ao longo dos anos. Em Portugal, nos três estudos realizados para avaliar a prevalência, todos obtiveram taxas elevadas de *burnout*, em todas as dimensões, o que era concordante com outros dados internacionais. Apenas, num estudo realizado na europa,⁽⁸⁾ Portugal apresentava níveis moderados de *burnout* o que não é compatível com os dados obtidos pelos três estudos nacionais, que revelaram maior prevalência de níveis elevados. Torna-se difícil comparar a prevalência de Portugal, pois não existe um valor de referência para a prevalência noutros países, no entanto se nos basearmos no estudo realizado pela clínica *Mayo* que registou 54,4% de afetados nos estados unidos da américa (EUA) em 2014,⁽¹⁶⁾ ou nos 51,4% obtidos noutra estudo da mesma população,⁽⁴⁾ quando confrontados com os 51,36% obtidos pela SRCOM e os 67,6% obtidos pelo ISPA,^(3, 22) concluímos que a prevalência em Portugal é semelhante ou ainda maior que nos EUA. Tal confere o registado no estudo realizado pela OM com o ISC-UL, que também indicava maior prevalência em Portugal.⁽²¹⁾ Entre os dois estudos realizados pela ordem dos médicos, houve uma variação nas percentagens de afetados entre cada dimensão de *burnout* e, também, nos diferentes níveis de gravidade. Verificou-se, portanto, nos níveis elevados, de acordo com os resultados da OM com o ICS-UL e os da SRCOM, uma diferença de 66,1% para 40,5% na exaustão emocional, de 38,9% para 17,1% na despersonalização e de 30,6% para 25,4% na diminuição da realização profissional, respetivamente.

Relativamente aos fatores de risco para desenvolvimento de *burnout*, toda a literatura estudada referia que estes eram intrínsecos ao profissional ou ao sistema nacional de saúde, ou variáveis originárias da vida pessoal ou do ambiente laboral do médico. Todo um conjunto de traços de personalidade e uma atitude perante a vida e o trabalho apresentavam repercussões na vulnerabilidade, características estas que eram compatíveis com o obtido nos estudos realizados em Portugal, que apontavam para menores taxas de *burnout* em indivíduos com flexibilidade mental, otimismo, perceção de controlo interno e eficácia, orientação para a resolução de problemas e com vontade de trabalhar em equipa. Além disso, a maior parte dos estudos indicou que o *burnout* era mais frequente no sexo feminino, na idade jovem, numa fase precoce da carreira, em solteiros, sem filhos, com um estilo de vida sedentário, com maus hábitos alimentares, com uma má higiene de sono e com frequente consumo de substâncias. Nos estudos realizados em Portugal verificou-se que o *burnout* também era mais prevalente em profissionais do sexo feminino em termos de exaustão emocional, no entanto os do sexo masculino indicavam níveis maiores de despersonalização. Os restantes parâmetros foram concordantes com o obtido nos estudos internacionais. Já a nível do campo laboral e organizacional foi registado que o elevado número de horas de serviço semanal, o trabalho noturno, a elevada carga de trabalho e burocracia, a falta de tempo necessário para responder a todo o serviço, os processos eletrónicos, um mau ambiente de trabalho e a baixa remuneração e reconhecimento eram

alguns dos fatores que se associavam ao aumento da incidência de *burnout*, quer nos estudos internacionais, quer nacionais. Além disso, em Portugal averiguou-se, ainda, que o *burnout* era maior nos profissionais que realizavam mais urgências e que trabalhavam mais no setor público. Em relação às especialidades exercidas, os estudos realizados não são concordantes, o que leva à conclusão de que este aspeto é muito variável e vai depender da amostra analisada.

Em termos das complicações associadas a esta síndrome, estas recaem sobre todos os níveis da vida do profissional. A nível pessoal, o *burnout* associou-se a um desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional e a uma miríade de doenças, tais como depressão, abuso de substâncias, suicídio, ansiedade, doenças psicossomáticas, distúrbios comportamentais, dificuldades relacionais, obesidade, infeções, distúrbios reprodutivos, diabetes e aumento do risco cardiovascular. Este último podia ser consequente de comportamentos errados de saúde secundários, o que permite concluir que um mau estado de saúde contribui para o *burnout* e *vice-versa*. Os estudos portugueses corroboraram estes dados. A nível familiar, a súpula dos estudos registou um aumento de conflitos familiares, términos de relações e divórcios. Nos estudos nacionais também se registava um maior desequilíbrio familiar. Já a nível do meio laboral, o *burnout* associou-se ao absentismo, abandono do trabalho, emigração, reformas antecipadas, erros médicos e menor adesão à terapêutica por aqueles aos seus cuidados. Em Portugal, os estudos foram concordantes nesta área, registando, igualmente, uma maior emigração, reformas antecipadas e um aumento dos erros médicos. No entanto, evidenciaram ainda uma mudança para o setor privado cada vez mais frequente.

Relativamente à prevenção e tratamento desta síndrome, todos os estudos concluíram que uma intervenção unicamente individual seria ineficiente, sendo necessário ter uma abordagem holística, que incluísse alterações organizacionais. De acordo com a literatura, para a prevenção seria fundamental investir em medidas como a consciencialização, resiliência, engagement, gratidão, estilo de vida saudável, atividades e relações extra-laborais, atividades de controlo de stress, melhores condições de trabalho e maior remuneração. No entanto, o estudo nacional realizado pela SRCOM referiu que médicos que praticavam meditação, relaxamento ou yoga não apresentavam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *burnout*, o que é discordante com a literatura internacional. Para o tratamento, para além do supracitado, seria importante recorrer à terapia cognitivo-comportamental.

Conclusão

O *burnout* na classe médica é uma epidemia subvalorizada, que é, claramente, um marcador de um sistema nacional de saúde disfuncional. O *burnout* é mais frequente na classe médica, afetando todas as especialidades, e está em incremento atualmente. Existem muitas variáveis de suscetibilidade associadas a esta síndrome e ao analisar a associação entre a incidência de *burnout* e as consequências do mesmo, torna-se por demais evidente o impacto do mesmo e o seu reflexo no quotidiano. O *burnout* interfere com a satisfação profissional e com o bem-estar individual e do grupo de trabalho, comprometendo a eficácia, produtividade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, assim como, também apresenta diversas consequências do foro pessoal. Relativamente ao panorama português, concluiu-se que os fatores de natureza organizacional são os que apresentam maior impacto, apesar do contributo de outras variáveis sociodemográficas. Uma abordagem holística e multidisciplinar, criando estratégias de prevenção e monitorização precoce, poderá diminuir o risco de aparecimento de *burnout* e, conseqüentemente, contribuir para uma melhor qualidade de vida social, pessoal e profissional. Os resultados apresentados neste estudo pretendem educar para este assunto que acomete cada vez mais profissionais, especificamente na classe médica e, ainda, alertar para a prioridade de maior investigação sobre o impacto das características organizacionais e sociodemográficas na vulnerabilidade ao *burnout*, as consequências que advêm do mesmo, e as mudanças que têm de se realizar no sistema nacional de saúde para evitar esta epidemia, que embora difíceis de praticar, são essenciais para combater este problema, comprometendo-nos, deste modo, a aumentar a qualidade dos serviços prestados aos doentes.

Reflexão Pessoal

A abordagem do tema em questão revelou-se extremamente enriquecedora e pertinente, não só no que diz respeito ao meu percurso académico e à conclusão de um ciclo, que acarretou muitos percalços e *triggers* para o burnout, que, tal como referido nos resultados, se inicia durante o curso, mas, principalmente, no que respeita ao futuro, na minha vida profissional, e como me munir de armas para me proteger. Após uma reflexão, tornou-se nítido o facto de algo tão básico, como o bem-estar e a felicidade dos médicos, ter uma importância tão crucial na sociedade, em todos os níveis. No entanto, esta epidemia é desvalorizada e ao invés do reconhecimento das fragilidades humanas e da necessidade de renovação, o sistema de saúde prioriza valores económicos em detrimento dos humanos, e insiste em desconsiderar o problema e em nada fazer para o combater. O facto de mais de metade dos médicos serem acometidos por esta síndrome, mundialmente, é bizarro e assustador, e tem que alarmar para um sistema de saúde disfuncional. Considero que este não é o sistema que os médicos idealizam, e corrói a beleza da medicina ao não permitir viver a mesma no máximo da sua plenitude. É importante que os médicos reconheçam que têm de cuidar de si e trabalhar na sua resiliência, e que o mais importante é cultivar a felicidade, saúde e bem-estar pessoal, e que, depois, tal se vai repercutir na sua dedicação e realização profissional. No entanto, um trabalho individual não basta, é importante lutar contra as condições que estão na base do esgotamento médico. A mudança é necessária, mas para tal é necessário alertar e reconhecer o problema, colocar os valores humanos à frente de qualquer fator económico ou burocrático e lutar pela saúde mental daqueles que lutam, diariamente, pela saúde da sociedade. Fica a esperança que a presente dissertação consiga contribuir para essa sensibilização e revolução organizacional.

Referências Bibliográficas

1. Manzano-García G, Ayala-Calvo J-C. New Perspectives: Towards an Integration of the concept" burnout" and its explanatory models. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2013;29(3):800-9.
2. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2018;16(3):311-7.
3. Maroco J, Maroco AL, Leite E, Bastos C, Vazao MJ, Campos J. [Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level]. *Acta Med Port*. 2016;29(1):24-30.
4. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3):443-51.
5. Gunderman RB, Phadke S. Burnout's Upside. *Journal of the American College of Radiology*. 2016;13(12):1538-40.
6. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-11.
7. Callahan K, Christman G, Maltby L. Battling Burnout: Strategies for Promoting Physician Wellness. *Advances in Pediatrics*. 2018;65(1):1-17.
8. Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, Panagopoulou E, Costa P, Baban A, et al. Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(7):1059-75.
9. Zubairi AJ, Noordin S. Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of Medicine and Surgery*. 2016;6:60-3.
10. Squiers JJ, Lobdell KW, Fann JI, DiMaio JM. Physician Burnout: Are We Treating the Symptoms Instead of the Disease? *The Annals of Thoracic Surgery*. 2017;104(4):1117-22.
11. Loerbroks A, Glaser J, Vu-Eickmann P, Angerer P. Physician burnout, work engagement and the quality of patient care. *Occup Med (Lond)*. 2017;67(5):356-62.
12. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med*. 2014;9:23556.

13. Rabatin J, Williams E, Baier Manwell L, Schwartz MD, Brown RL, Linzer M. Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. *J Prim Care Community Health*. 2016;7(1):41-3.
14. Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (Lond)*. 2015;65(2):117-21.
15. Nanda A, Wasan A, Sussman J. Provider Health and Wellness. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 2017;5(6):1543-8.
16. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*. 2015;90(12):1600-13.
17. Atallah F, McCalla S, Karakash S, Minkoff H. Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016;215(6):731.e1-.e6.
18. Olson KD. Physician Burnout—A Leading Indicator of Health System Performance? *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92(11):1608-11.
19. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, and the PG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The prisma statement. *Annals of Internal Medicine*. 2009;151(4):264-9.
20. Valentine RJ. The Hidden Cost of Medicine. *Journal of the American College of Surgeons*. 2017;225(1):1-8.
21. Vala J PA, Moreira S, Lopes RC. Burnout na classe médica. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 2016.
22. Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Burnout na classe médica. 2016.
23. Nowack K, Deal JJ. Tired of being fatigued? Introduction to the Special Issue. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2017;69(2):63.
24. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2013;11:48.

25. Park C, Lee YJ, Hong M, Jung CH, Synn Y, Kwack YS, et al. A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *J Korean Med Sci.* 2016;31(4):590-7.
26. Gergen Barnett KA. In Pursuit of the Fourth Aim in Health Care. *Medical Clinics.* 2017;101(5):1031-40.
27. Gyorffy Z, Dweik D, Girasek E. Reproductive health and burn-out among female physicians: nationwide, representative study from Hungary. *BMC Womens Health.* 2014;14:121.
28. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(12):1358-67.
29. Russo G, Rego I, Perelman J, Barros PP. A tale of loss of privilege, resilience and change: the impact of the economic crisis on physicians and medical services in Portugal. *Health Policy.* 2016;120(9):1079-86.