



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA JOÃO CADÓRIO SIMÕES

***A importância do autoconhecimento no stress, burnout, autocompaixão e
compaixão em estudantes de medicina – estudo piloto de ensaio clínico***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA LILIANA RUTE ANTÓNIO CONSTANTINO
PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

FEVEREIRO/2020

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO
DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

**A importância do autoconhecimento no *stress*, *burnout*, autocompaixão e
compaixão em estudantes de medicina – estudo piloto de ensaio clínico**

*The importance of self-awareness in stress, burnout, self-compassion and compassion in
medical students – pilot study of a clinical trial*

Autores:

Maria João Cadório Simões, Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{1,2},

Liliana Rute António Constantino^{1,3}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

³ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Anadia I, Portugal

E-mail: majocadorio@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	7
MATERIAIS E MÉTODOS	9
Desenho do estudo	9
Seleção dos participantes	9
Recolha de dados	10
Análise de dados	12
RESULTADOS	13
Análise descritiva	13
Análise inferencial.....	13
DISCUSSÃO	17
Objetivo do estudo e principais resultados	17
Stress percecionado, <i>burnout</i> e qualidade de vida percecionada.....	17
Autocompaixão e compaixão. Empatia e relação médico-doente.	18
Autoconhecimento e Eneagrama de Personalidades	19
O sinergismo das variáveis estudadas	20
Limitações e Sugestões	21
CONCLUSÃO	23
AGRADECIMENTOS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	30
Anexo I. Questionário	30
Anexo II. Formulário de Informação e Consentimento Informado.....	40
Anexo III. Parecer da Comissão de Ética da FMUC	48

RESUMO

Introdução: Diversos estudos revelaram o impacto do *stress* e do *burnout* na comunidade médica estudantil, nomeadamente na empatia, que diminui ao longo do curso de medicina, com níveis de compaixão baixos. Sabe-se ainda que a compaixão parece ser influenciada pela autocompaixão. Dada a escassez de evidência científica na intervenção por autoconhecimento, o presente estudo procurou investigar o seu impacto no *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina. Adicionalmente, tentou perceber se a ferramenta Eneagrama de Personalidades atua eficazmente na autorreflexão e *insight*.

Métodos: Num estudo piloto de ensaio clínico controlado, aplicámos a uma amostra de 12 alunos de medicina, antes e após uma intervenção, um questionário *online* com 6 escalas - qualidade de vida percecionada (EQ-VAS), *stress* percecionado (PSS), *burnout* (MBI-SS), autocompaixão (SELFCS), compaixão (CS) e autorreflexão e *insight* (SRIS). O grupo de intervenção, constituído por 6 participantes voluntários, realizou um curso de autoconhecimento e comunicação com recurso ao Eneagrama de Personalidades. O grupo controlo (6 pessoas) foi conseguido com emparelhamento de variáveis sociodemográficas com o grupo de intervenção. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial através dos testes de Wilcoxon e U de Mann-Whitney.

Resultados: Verificámos uma melhoria estatisticamente significativa em todas as dimensões do *burnout* ($p=0,043$, $p=0,043$, $p=0,026$), no *score* total da autocompaixão ($p=0,043$) e da autorreflexão e *insight* ($p=0,027$) e na sua subescala *Envolvimento em Autorreflexão* ($p=0,043$). As escalas de *stress* e compaixão sofreram uma tendência positiva e a qualidade de vida uma tendência negativa, todas elas não significativas. Não verificámos nenhuma mudança estatisticamente significativa na comparação com o grupo controlo.

Discussão: Apesar das limitações da nossa amostra e desenho do estudo, o autoconhecimento, através da autorreflexão e *insight*, mostrou um impacto benéfico no *burnout*, algo expectável considerando a sua já conhecida capacidade de auxiliar a perspetivar e gerir de forma equilibrada os seus fatores influenciadores, nomeadamente o *stress*, e na autocompaixão, que por sua vez poderá ter influenciado positivamente a compaixão, empatia e relação médico-doente, algo já anteriormente sugerido na literatura.

Conclusão: A nossa intervenção no autoconhecimento foi benéfica na melhoria dos níveis de *burnout* e de autocompaixão. Verificámos ainda que o Eneagrama de Personalidades constitui uma ferramenta útil em intervenções para melhorar o autoconhecimento.

PALAVRAS-CHAVES: “autoconhecimento”, “Eneagrama de Personalidades”, “autorreflexão e *insight*”, “*stress*”, “*burnout*”, “qualidade de vida”, “autocompaixão”, “compaixão”, “empatia”, “estudantes de medicina”.

ABSTRACT

Introduction: Several studies revealed the impact of stress and burnout among the medical students' community, namely in empathy, that decreases throughout the medical course, with low levels of compassion. Furthermore, it is known that compassion appears to be influenced by self-compassion. Given the lack of scientific evidence on self-awareness, the present study aimed to investigate its impact on stress, burnout, self-compassion and compassion in medical students. Additionally, we tried to understand if the Enneagram of Personalities' tool acts effectively on self-reflection and insight.

Methods: In a pilot study of a controlled clinical trial, we applied to a sample of 12 medical students, before and after an intervention, an online questionnaire with 6 scales – perceived quality of life (EQ-VAS), perceived stress (PSS), burnout (MBI-SS), self-compassion (SELFCS), compassion (CS), and self-reflection and insight (SRIS). The intervention group, composed of 6 volunteer participants, took a course on self-awareness and communication using the Enneagram of Personalities. The control group (6 people) was obtained by pairing the sociodemographic variables with the intervention group. The data collected was subjected to descriptive statistical analysis and inferential analysis using the Wilcoxon and Mann-Whitney U tests.

Results: We found a statistically significant improvement in all burnout's dimensions ($p=0,043$, $p=0,043$, $p=0,026$), self-compassion's total score ($p=0,043$) and in self-reflection and insight ($p=0,027$) and its subscale *Involvement in Self-Reflection* ($p=0,043$). Stress and compassion scales suffered a positive tendency and quality of life a negative tendency, all of which not significant. We didn't find any statistically significant difference when comparing it to the control group.

Discussion: Despite the limitations regarding sample size and study design, self-awareness, through self-reflection and insight, showed a beneficial impact on burnout, which is expected given its already known capacity to help put in perspective and manage in a balanced way the influencing factors of burnout, such as stress, and in self-compassion, which in turn could have positively influenced self-compassion, empathy and doctor-patient relationship, which has already been described in the literature.

Conclusion: Our intervention in self-awareness was benefic to improve burnout and self-compassion levels. We also found that Enneagram of Personalities is a useful tool in interventions to improve self-awareness.

KEYWORDS: “self-awareness”, “Enneagram of Personalities”, “self-reflection and insight”, “stress”, “burnout”, “quality of life”, “self-compassion”, “compassion”, “empathy”, “medical students”.

INTRODUÇÃO

Stress e *burnout* são duas entidades largamente abordadas na atualidade. *Stress* é descrito como um problema associado ao contexto social e cultural no qual o indivíduo se insere.¹ Particularmente em alunos de medicina, reconhecem-se já inúmeros fatores que contribuem para os altos níveis de *stress* nesta população, sendo que quando estes excedem os mecanismos de *coping* individuais, o risco de *burnout* aumenta.²

O termo *burnout* refere-se a uma “síndrome resultante do *stress* crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso, caracterizado por 3 dimensões: sentimentos de falta de energia ou exaustão, distância mental maior quanto ao seu emprego ou sentimentos de negatividade ou cinismo sobre esse trabalho, e eficácia profissional reduzida”.³ Apesar de ingressarem na universidade com níveis de sofrimento psicológico semelhantes ou mesmo inferiores aos demais,⁴ é já conhecida a elevada prevalência de *burnout* em estudantes de medicina, o que denuncia um declínio da saúde mental no decorrer da sua formação médica.⁵ A nível mundial, estima-se que quase 1 em cada 2 destes estudantes sofra de síndrome de *burnout*.⁶ Em Portugal, o mais recente estudo realizado em 4 faculdades de medicina do país evidenciou exaustão em 89% dos estudantes.⁷ Na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), uma investigação elaborada no ano letivo de 2018/2019 revelou que 40% dos alunos apresentava altos níveis de *burnout* pessoal, 28.1% de *burnout* relacionado com os estudos e 22.2% de ambos.⁸

Naturalmente, este fenómeno acarreta inúmeras consequências físicas, psicológicas e ocupacionais,⁹ chegando mesmo a prejudicar a empatia e a relação médico-doente.¹⁰ Efetivamente, verificou-se que a empatia (capacidade de entender a experiência de doença e suas consequências biopsicossociais, transmitindo-o ao doente com o intuito de ajudar)¹¹ decresce ao longo do curso de medicina,¹²⁻¹⁴ sendo que em Portugal isto parece acontecer com níveis muito baixos de compaixão.¹⁵ Sabe-se também que a autocompaixão (atitude emocional de carinho e compreensão para o próprio em momentos de adversidade)¹⁶ é um importante mediador da compaixão e empatia.^{17, 18}

Esta alarmante realidade torna premente a necessidade de encontrar e implementar técnicas de gestão do *stress*, prevenção do *burnout* e promoção da autocompaixão e compaixão. Até à data, apesar dos estudos realizados nesse sentido,¹⁷⁻²¹ é de salientar a escassez de evidência científica, especialmente na população médica estudantil, em intervenções no autoconhecimento (habilidade em atentar e perceber as suas emoções, atitudes e comportamentos, e o modo como influenciam a sua *performance* enquanto médicos).²² Uma ferramenta de autoconhecimento que já se mostrou útil na gestão da

depressão,²³ aptidão para entender e lidar com terceiros^{24, 25} e prontidão à alteração dos hábitos de vida e consequente proteção contra doenças cardiovasculares²⁶ foi o Eneagrama de Personalidades. Porém, em estudantes de medicina apenas foi estudado o seu impacto nos níveis de motivação²⁶ e empatia²⁷ e na identificação dos indivíduos em maior risco de *stress*,²⁸ permanecendo por esclarecer se é um método capaz de modificar os níveis de *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão através do autoconhecimento e da autoconsciência.

Posto isto, esta investigação tem por objetivo perceber se a promoção do autoconhecimento em alunos de medicina tem impacto nos níveis de *stress*, *burnout* e qualidade de vida desta população, bem como na autocompaixão e compaixão. Como objetivo secundário, procurámos esclarecer se uma intervenção de autoconhecimento baseada na ferramenta Eneagrama de Personalidades tem impacto na autorreflexão e *insight* dos estudantes de medicina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

O presente trabalho trata-se do estudo piloto de um estudo longitudinal de intervenção controlado.

Seleção dos participantes

Para o processo de recrutamento de participantes, foi feita uma divulgação *online* do estudo, em colaboração com as comissões de curso e do Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. Os interessados inscreveram-se num formulário do *Google Forms*, onde se encontravam detalhadas as condições de participação no mesmo. Foi definido como critério único de inclusão ser estudante medicina inscrito numa das várias escolas médicas do país.

Após o período de recrutamento, dos 16 inscritos, 9 cumpriram os critérios de inclusão e 6 compareceram às três sessões do curso, formando o grupo de intervenção. O grupo controlo foi recrutado posteriormente, de forma a emparelhar as variáveis idade, sexo, ano de formação académica e faculdade de ensino com o grupo de intervenção. Previamente ao início do curso, todos os participantes assinaram o consentimento informado.

O curso de autoconhecimento e comunicação, criado para propósitos deste ensaio e lecionado por profissionais com formação certificada na área, consistiu em proporcionar aos voluntários mecanismos para autoconhecimento com recurso à ferramenta Eneagrama de Personalidades. Esta ferramenta ajuda à compreensão dos mecanismos responsáveis pelos comportamentos e traços de cada um dos 9 tipos de personalidade que descreve, possibilitando o desprendimento das limitações inerentes às mesmas e a autotranscendência.²⁹ Foram realizadas 3 sessões, entre julho e outubro de 2019, espaçadas no tempo de modo a permitir aos participantes a consolidação do conhecimento: entre a primeira e a segunda sessão decorreram 3 meses, e entre a segunda e a terceira, 2 semanas. A primeira parte teve por objetivo introduzir os participantes à ferramenta Eneagrama de Personalidades, com objetivo de autoidentificação (10 horas). A segunda parte destinou-se à autodescoberta do tipo de personalidade de cada participante segundo o modelo do Eneagrama, e à compreensão de mecanismos de crescimento e equilíbrio pessoal (10 horas). Finalmente, a terceira parte, procurou enquadrar o conhecimento adquirido no contexto da área médica, na qual os participantes foram confrontados com “doentes-tipo”, representativos dos vários tipos de personalidade, e trabalhados contextos de comunicação e empatia (4 horas).

Recolha de dados

A recolha dos dados foi feita através do preenchimento de um questionário *Google Forms* com cerca de 20 minutos de duração. Esta colheita processou-se em dois momentos: o grupo de intervenção realizou o questionário pela primeira vez imediatamente antes do início da primeira sessão do curso (fase 1), tendo-o repetido posteriormente após a conclusão da terceira sessão (fase 2). Por outro lado, o grupo controlo apenas foi submetido ao questionário uma vez, na altura em que o grupo de intervenção terminou o curso.

O questionário aplicado pode dividir-se em duas partes distintas. A primeira começou por codificar cada respondente para posterior comparação de dados, garantindo a confidencialidade dos mesmos, ao qual se seguiu a colheita das variáveis sociodemográficas: sexo, idade, ano académico e instituição de ensino. A segunda parte destinou-se à colheita das variáveis das dimensões medidas (qualidade de vida percecionada, *stress* percecionado, *burnout*, autocompaixão, compaixão e autorreflexão *insight*), através da aplicação de 5 instrumentos:

a) Escala Visual Analógica da Qualidade de Vida Percecionada (EQ-VAS: *European Quality of Life - Visual Analogue Scale*; EuroQol Group, 1990; versão portuguesa de Ferreira, Ferreira & Pereira, 2014³⁰). É parte integrante da escala EuroQoL-5Dimension (EQ-5D), que engloba dois componentes: um sistema descritivo, subdividido em 5 dimensões, e um sistema numérico, conseguido através de uma escala visual analógica – o termómetro EQ-VAS. Este oferece a possibilidade ao respondente de quantificar o seu estado de saúde numa escala de 0 (“*pior estado de saúde imaginável*”) a 100 (“*melhor estado de saúde imaginável*”) naquele momento. Na versão portuguesa, a EQ-5D e a subescala EQ-VAS apresentaram, respetivamente, uma coerência interna aceitável ($\alpha=0,716$) e boa ($\alpha=0,862$).

b) Escala do *Stress* Percecionado (PSS-10: *Perceived Stress Scale*; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983;³¹ versão portuguesa de Trigo *et al*, 2010³²). Composta por 10 itens, permite perceber de que modo a imprevisibilidade, incontrolabilidade ou excessividade dos acontecimentos de vida são percecionados como geradores de *stress* pelo próprio. A cada item é atribuída uma classificação entre 0 (“*nunca*”) e 4 (“*muito frequentemente*”). Para calcular a pontuação final, é necessário inverter a cotação dos itens referentes a situações positivas (itens 4, 5, 7 e 8). Obtém-se assim um resultado entre 0 e 40 pontos, sendo que valores entre 0 e 13 são definidos como níveis baixos de *stress*, 14 e 26 níveis médios e 27 a 40 níveis altos. Na população portuguesa, a versão PSS-10 apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,87$).

- c) Escala de *Burnout* de Maslach para estudantes portugueses** (MBI-SS: *Maslach Burnout Inventory Student Survey*; adaptado por Schaufeli *et al*, 2002;³³ versão portuguesa de Maroco e Tecedor, 2009³⁴). A sua versão original é, até hoje, a escala de avaliação de *burnout* mais usada. A versão adaptada para estudantes (MBI - *Student Survey*), com foco nos sentimentos e emoções em contexto escolar, compreende 3 subescalas, que avaliam as dimensões *Exaustão Emocional*, *Descrença* e *Eficácia Profissional*, com 5, 4 e 6 itens respetivamente. Os respondentes devem classificar cada um dos 15 itens entre 0 (“nunca/nenhuma vez”) a 6 (“sempre/todos os dias”). Os scores finais são interpretados nas 3 subescala, após a soma dos seus itens, permitindo diagnosticar a síndrome de *burnout* quando o respondente se encontra simultaneamente acima do percentil 66 dos scores de *Exaustão Emocional* e *Descrença* e abaixo do percentil 33 dos scores de *Eficácia Profissional*, relativamente ao grupo estudado. O estudo de validação da versão portuguesa do MBI-SS revela consistência interna de $\alpha=0,836$, $\alpha=0,882$ e $\alpha=0,791$ para as subescalas *Exaustão Emocional*, *Descrença* e *Eficácia Profissional*, respetivamente.
- d) Escala da Autocompaixão** (SELFCS: *Self-Compassion Scale*; Neff, 2003;³⁵ versão portuguesa de Gouveia & Castilho, 2006³⁶). Considerada a ferramenta mais usada na avaliação da autocompaixão, procura medir de que forma o indivíduo se comporta em momentos difíceis, através da resposta emocional (*Calor/Compreensão vs. Autocrítica*), compreensão cognitiva (*Humanidade Comum vs. Isolamento*) e atenção ao próprio sofrimento (*Mindfulness vs. Sobre-Identificação*). A cada um dos 26 itens é atribuída uma classificação de 0 (“quase nunca”) a 5 (“quase sempre”), sendo posteriormente possível calcular o subtotal para cada uma das seis subescalas e a pontuação total. Para isso, todos os itens são somados após a recodificação dos itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25, sendo que valores mais elevados traduzem níveis mais altos de autocompaixão. Os resultados obtidos na versão original e na versão portuguesa revelam, respetivamente, muito boa ($\alpha=0,92$) e boa consistência interna ($\alpha=0,89$), com valores alfa de Cronbach a variar entre 0,84 para a subescala *Calor/Compreensão* e 0,73 para subescala *Mindfulness*.
- e) Escala da Compaixão** (CS: *Compassion Scale*; Pommier, 2011;³⁷ versão portuguesa de Vieira, Castilho & Duarte³⁸). Reunindo os seis fatores da compaixão (*Bondade vs. Indiferença*, *Humanidade Comum vs. Desligado*, *Mindfulness vs. Não Envolvimento*), esta escala pretende medir o modo como cada indivíduo se comporta em relação ao outro. Cada sujeito deve identificar o seu nível de concordância relativa aos 24 itens da versão longa, numa escala de 0 (“quase nunca”) a 5 (“quase sempre”), devendo os itens correspondentes às subescalas com conotação negativa (*Indiferença*, *Desligado* e *Não Envolvimento*) ser

recodificados para aceder ao score total de compaixão. Resultados mais elevados traduzem maior nível de compaixão. A versão portuguesa revelou boa consistência interna ($\alpha=0,92$), com as subescalas a mostrar valores satisfatórios, mínimo na subescala *Mindfulness* ($\alpha=0,74$) e máximo nas subescalas *Bondade*, *Indiferença* e *Desligado*.

f) Escala da Autorreflexão e *Insight* - Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros (SRIS: *Self-Reflection and Insight Scale*; Grant et al, 2002;³⁹ versão brasileira de DaSilveira e DeCastro, 2012⁴⁰). Instrumento de autorresposta com 20 itens que procura avaliar e medir as diferenças individuais da autoconsciência, bem como a prontidão intencional para a mudança de comportamento. Contempla a bidimensionalidade da autoconsciência através das suas subescalas *Insight* e *Autorreflexão*, sendo esta subdividida em *Necessidade de Autorreflexão* e *Envolvimento na Autorreflexão*, isto é, interesse vs. real execução da ação. No nosso estudo, cada item foi classificado de 1 (“quase nunca”) a 5 (“quase sempre”). Os itens 1, 2, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 17 são itens invertidos, devendo ser recodificados previamente ao cálculo de cada subescala, que apresenta score máximo de 60 para a *Autorreflexão* e 40 para o *Insight*, tradutores de níveis altos dos mesmos. A versão brasileira atingiu índices de consistência interna muito satisfatórios ($\alpha=0,902$ e $\alpha=0,825$ para a *Autorreflexão* e o *Insight*, respetivamente), conseguindo valores semelhantes aos obtidos na escala original em ambas as subescalas.

Análise de dados

Terminada a colheita e organização dos dados no *Microsoft Excel*, procedemos à sua análise estatística descritiva e inferencial através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A análise descritiva das variáveis quantitativas foi feita com média e desvio padrão, e a das variáveis qualitativas com frequência absoluta e relativa.

Dado o tamanho reduzido da amostra, para a análise inferencial usámos testes não paramétricos: teste U de Mann-Whitney, para comparar os scores no grupo de intervenção vs. grupo controlo e teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, para comparar o antes e depois de cada variável. Nesta análise, estabelecemos como estatisticamente significativo um valor de $p<0,05$.

O presente estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

RESULTADOS

Análise descritiva

Todas as 12 pessoas da nossa amostra pertenciam ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e 37 anos (25.00 ± 6.03). Relativamente ao ano académico, 4 participantes (33.33%) pertenciam ao 4º ano, 2 (16.7%) ao 5º e 6 (50.00%) ao 6º, sendo que 10 estudavam na FMUC e 2 na Nova Medical School.

Análise inferencial

Quanto ao *stress* percecionado, o grupo controlo revelou níveis médios de *stress* (PSS=17.17), superiores ao do grupo de intervenção em ambas as fases. Já o grupo de intervenção apresentou níveis de *stress* médio antes do curso (PSS=16.67), mas com descida para níveis baixos de *stress* após a realização do curso (PSS=13.00). Nenhuma destas diferenças foi significativa (Tabela 1).

Pela aplicação da escala de *Burnout* de Maslach para estudantes, concluímos que, no grupo de intervenção, houve melhoria significativa em todas as subescalas após a realização do curso, isto é, a pontuação das subescalas que contribuem negativamente para o *score* de *burnout* (*Exaustão Emocional*, $p=0,043$ e *Descrença*, $p=0,043$) verificaram diminuição, enquanto a que contribui positivamente (*Eficácia Profissional*, $p=0,026$) sofreu um aumento. De forma não significativa, o grupo controlo pontuou tendencialmente melhor comparativamente ao grupo de intervenção antes, mas não após o curso, para as três dimensões (Tabela 1).

No que diz respeito à qualidade de vida percecionada (EQ-VAS), verificámos que o grupo controlo pontuou níveis superiores ao grupo de intervenção, e que este último apresentou uma tendência decrescente da mesma após o curso. No entanto, nenhuma diferença se mostrou significativa (Tabela 1).

Tabela 1. Qualidade de Vida Percecionada, Stress Percecionado e *Burnout* em estudantes de medicina, no grupo de intervenção (antes e após curso) e no grupo de controlo.

Instrumento de medida	Grupo de Intervenção			Grupo Controlo	p
	Antes do curso	Após o curso	p	Total (média)	
	Total (média)	Total (média)			
Score PSS	16.67 (1.57)	13.00 (1.30)	0,197	17.17 (1.72)	0,310
Score MBI-SS	-	-	-	-	-
1. <i>Exaustão Emocional</i>	15.83 (3.17)	12.17 (2.43)	0,043*	14.50 (2.90)	0,485
2. <i>Descrença</i>	8.00 (2.00)	2.67 (0.67)	0,043*	6.00 (1.50)	0,310
3. <i>Eficácia profissional</i>	21.17 (3.53)	26.50 (4.42)	0,026*	23.33 (3.91)	0,485
Score EQ-VAS	87.17	81.00	0,180	90.00	0,132

* Valores estatisticamente significativos.

A escala da autocompaixão mostrou uma melhoria estatisticamente significativa no que diz respeito à pontuação final, porém, em nenhuma das 6 dimensões medidas se verificou o mesmo. Apesar disso, todas sofreram uma melhoria tendencial após o curso, sendo a mais substancial verificada a nível da subescala *Isolamento*. O grupo controlo revelou um valor total de autocompaixão inferior, assim como em todas as subescalas, exceto na *Condição Humana* na fase 1 e 2, e no *Isolamento* apenas na fase 1 (Tabela 2).

Relativamente às 6 dimensões da compaixão, todas revelaram uma tendência crescente não significativa, exceto a subescala *Indiferença* (que manteve o mesmo score) e *Mindfulness* (que sofreu uma redução não significativa dos níveis após o curso). O grupo controlo pontuou tendencialmente menos, mas sem diferenças significativas (Tabela 2).

Tabela 2. Compaixão e Autocompaixão em estudantes de medicina, no grupo de intervenção (antes e após curso) e no grupo de controlo.

Instrumento de medida	Grupo de Intervenção			Grupo Controlo	p
	Antes do curso	Após o curso	p	Total (média)	
	Total (média)	Total (média)			
Score SELFCS	96.00 (3.69)	104.67 (4.03)	0,043*	89.67 (3.45)	0,240
1. <i>Calor/compreensão</i>	18.67 (3.73)	19.67 (3.93)	0,285	15.33 (3.07)	0,132
2. <i>Condição humana</i>	14.00 (3.50)	14.67 (3.67)	0,336	14.83 (3.71)	1,00
3. <i>Mindfulness</i>	15.50 (3.88)	16.67 (4.17)	0,167	13.83 (3.46)	0,240
4. <i>Autocrítica</i>	18.50 (3.70)	20.67 (4.13)	0,223	17.67 (3.53)	0,310
5. <i>Isolamento</i>	14.83 (3.71)	17.33 (4.33)	0,058	15.00 (3.75)	0,240
6. <i>Sobre-Identificação</i>	14.50 (3.63)	15.67 (3.92)	0,269	13.00 (3.25)	0,310
Score CS	108.83 (4.53)	110.50 (4.60)	0,112	101.83 (4.24)	0,240
1. <i>Bondade</i>	17.17 (4.29)	17.50 (4.50)	0,480	17.33 (4.33)	0,818
2. <i>Indiferença</i>	18.00 (4.50)	18.00 (4.50)	0,739	17.33 (4.33)	1,00
3. <i>Humanidade comum</i>	18.83 (4.71)	19.33 (4.83)	0,317	18.00 (4.50)	0,394
4. <i>Desligado</i>	18.17 (4.54)	19.50 (4.88)	0,059	16.17 (4.04)	0,065
5. <i>Mindfulness</i>	18.67 (4.67)	18.00 (4.50)	0,739	16.00 (4.00)	0,132
6. <i>Não envolvimento</i>	18.00 (4.50)	18.17 (4.54)	0,492	17.00 (4.25)	0,699

*Valores estatisticamente significativos.

Por fim, no que respeita a autorreflexão e *insight*, identificou-se no grupo de intervenção uma melhoria estatisticamente significativa no *score* total da escala e na subescala *Envolvimento em Autorreflexão*, apenas. Nas restantes subescalas houve também uma tendência crescente dos resultados após o curso, embora não significativa. O grupo controlo pontuou tendencialmente níveis mais altos que o grupo de intervenção antes, mas não após o curso (Tabela 3).

Tabela 3. Autorreflexão e *Insight* em estudantes de medicina, no grupo de intervenção (antes e após curso) e no grupo de controlo.

Instrumento de medida	Grupo de Intervenção			Grupo Controlo	p
	Antes do curso	Após o curso	p	Total (média)	
	Total (média)	Total (média)			
Score SRIS	78.67 (3.93)	89.17 (4.46)	0,027*	80.50 (4.02)	0,394
1. <i>Insight</i>	36.00 (3.80)	37.67 (4.19)	0,914	33.00 (3.67)	0,485
2. <i>Autorreflexão</i>	44.50 (4.05)	51.50 (4.68)	0,080	47.50 (4.32)	0,818
2.1. <i>Necessidade de autorreflexão</i>	25.83 (4.31)	28.83 (4.81)	0,273	26.83 (4.47)	1,00
2.2. <i>Envolvimento em autorreflexão</i>	18.67 (3.73)	22.67 (4.53)	0,043*	20.67 (4.13)	0,699

*Valores estatisticamente significativos.

Assim, comparando os resultados entre o grupo de controlo e o de intervenção após o curso com a aplicação do teste U de Mann-Whitney, não encontramos diferenças significativas em nenhuma das dimensões medidas de todas as escalas.

DISCUSSÃO

Objetivo do estudo e principais resultados

O presente estudo investigou o impacto de uma intervenção de autoconhecimento no *stress* percecionado, *burnout*, qualidade de vida percecionada, autocompaixão e compaixão em alunos de medicina. Além disso, procurou também perceber se o Eneagrama de Personalidades constitui uma ferramenta eficaz para intervir no autoconhecimento.

Os resultados obtidos apontam para o efeito benéfico desta intervenção na maioria das escalas medidas, de forma significativa no caso das três dimensões de *burnout* ($p=0,043$, $p=0,043$ e $p=0,026$) e na autocompaixão ($p=0,043$), e apenas como tendência positiva não significativa no caso do *stress* percecionado ($p=0,197$) e compaixão ($p=0,112$). Já a qualidade de vida percecionada mostrou uma diminuição não significativa após a intervenção. A intervenção com o Eneagrama de Personalidades resultou numa melhoria significativa do autoconhecimento ($p=0,027$). Não se detetaram diferenças significativas entre o grupo de intervenção e o grupo controlo.

Stress percecionado, burnout e qualidade de vida percecionada

Sendo o *stress* um dos fatores etiológicos do *burnout*, é compreensível que as alterações verificadas após a intervenção tenham ocorrido no sentido positivo em ambos, fazendo prever o benefício do autoconhecimento nestas variáveis. No entanto, apenas no *burnout* essa mudança se revelou significativa, o que se poderá dever à reduzida amostra ou ao efeito do autoconhecimento noutros fatores influenciadores de *burnout* além do *stress*, não estudados no presente trabalho, e que cumulativamente podem ter contribuído para a diminuição da prevalência desta síndrome. Até à data, poucos estudos procuraram relacionar o autoconhecimento com estas entidades, sendo que através da ferramenta Eneagrama de Personalidades apenas encontramos referência a um que investigou o seu potencial na prevenção do *stress* em estudantes universitários, apesar dos resultados não estarem disponíveis.⁴¹ Isto leva-nos a supor que quanto mais nos conhecemos, maior a visibilidade que ganhamos sobre a nossa vida, nomeadamente sobre as situações nos perturbam, mas também aumentamos o nosso poder regulador sobre as mesmas.

Por sua vez, o grupo controlo pontuou valores de *burnout* ligeiramente inferiores ao grupo de intervenção antes do curso, o que poderá ter reduzido a necessidade e/ou interesse em procurar cuidados médicos ou de outra natureza, como o curso de autoconhecimento,⁴² apesar de percecionarem mais *stress*. Ainda assim, as diferenças não significativas entre os dois grupos não nos permitem tirar conclusões relativas a este facto.

Verificámos que o grupo de intervenção percecionou pior qualidade de vida que o grupo controlo, antes e de forma mais acentuada após o curso, tendo, contudo, pontuado níveis mais baixos de *stress* percecionado e *burnout* (este último, foi o único que melhorou com significado estatístico). Apesar de parecer algo paradoxal, estes achados remetem para dois conceitos importantes. Primeiro, o *stress* e o *burnout* constituem apenas dois dos vários fatores influenciadores da qualidade de vida,⁴³ pelo que a sua melhoria isolada não implica necessariamente uma melhoria da qualidade de vida global. Segundo, uma intervenção no autoconhecimento, apesar de poder diminuir os níveis de *stress* e *burnout*, pode tendencialmente tornar a pessoa mais ciente dos fatores perturbadores da sua qualidade de vida e aumentar a perceção do potencial de melhoria, aumentando as suas expectativas, o que inicialmente pode prejudicar a perceção que têm dela.⁴⁴ Porém, eventualmente com o tempo, poderão trabalhar aspetos que façam diminuir os fatores agora considerados barreiras e amplificar os aspetos positivos, em caminho de desenvolvimento pessoal, melhorando consequentemente a perceção desta qualidade de vida geral. É ainda importante considerar que a tendência negativa na perceção de qualidade de vida se pode relacionar com as diferentes épocas do ano em que os questionários foram realizados (início das férias vs. início do ano letivo), o que por si só pode ter condicionado alterações basais na mesma, ou que estas simplesmente se deveram ao acaso (tendo em conta que não houve diferença significativa).

Autocompaixão e compaixão. Empatia e relação médico-doente.

Outra vertente do nosso estudo procurou perceber de que modo o autoconhecimento afeta a autocompaixão, e esta, por seu lado, a compaixão pelos outros, fundamental na empatia e na relação médico-doente.^{14, 45, 46}

Autocompaixão e autoconhecimento são conceitos que se sobrepõem em alguns aspetos, de tal modo que o primeiro potencia o último ao dar a estabilidade emocional necessária para que a pessoa se conheça com clareza.⁴⁷ A relação inversa (impacto do autoconhecimento na autocompaixão) não está descrita na literatura, mas a marcada melhoria ($p=0,043$) no *score* total da SELFCS após a nossa intervenção sugere a reciprocidade da mesma.

Um achado em particular que importa mencionar, relativo à componente “compreensão cognitiva” da autocompaixão (*Humanidade Comum vs. Isolamento*), remete para a melhoria substancial verificada na subescala *Isolamento* ($p=0,058$) face às restantes, sugerindo que o autoconhecimento, nomeadamente através da ferramenta do Eneagrama, em que os mecanismos da personalidade se percebem comuns a outras pessoas e, neste caso, tendo

sido feita uma intervenção em grupo, com partilha, terá maior capacidade de intervir nesta categoria. Esta tendência de estimular a autocompaixão através da redução do isolamento pessoal já tem vindo a ser notada noutros estudos, mesmo não envolvendo intervenções específicas de autoconhecimento.⁴⁸

Alguns estudos descreveram a influência da compaixão para com o próprio sobre a compaixão pelos outros.^{17,18} Efetivamente, tal como verificámos na autocompaixão, a compaixão também sofreu uma melhoria após o curso de autoconhecimento, ainda que não significativa. Esta tendência aplica-se a todas as subescalas, mas com particular ênfase na subescala *Desligado* (por exemplo, “Sinto-me desligado dos outros quando estes me contam os seus problemas, angústias, mágoas”) ($p=0,059$). Após a intervenção no autoconhecimento, os participantes adquiriram maior consciência sobre o próprio sofrimento, o que poderá ter gerado uma maior resposta emocional face ao mesmo que, por sua vez, os poderá predispor a maior sensibilidade face ao sofrimento do outro, tornando-o difícil de ignorar e impelindo-os a querer ajudar (isto é, ficam menos desligados do sofrimento alheio). Portanto, o autoconhecimento, através da capacidade de melhorar a autocompaixão, poderá ter o potencial de melhorar também a compaixão, ainda que indiretamente e provavelmente de forma dependente de outros fatores,⁴⁹ possível razão pela qual estes resultados não tenham sido significativos. Outro potencial motivo para esta não significância prende-se com o tamanho reduzido da amostra.

Compaixão e empatia são duas realidades intimamente relacionadas e essenciais na prática médica, uma vez que potenciam a relação médico-doente.^{14, 45, 46} Podemos então inferir pela nossa intervenção que o autoconhecimento, ao estimular a compaixão através da autocompaixão, poderá melhorar a empatia e a relação médico-doente. Ainda nenhum estudo procurou relacionar o autoconhecimento com a compaixão e apenas um procurou relacioná-lo com a empatia através do Eneagrama de Personalidades, revelando associações mais ou menos fortes com determinados tipos de personalidade.²⁷ Por conseguinte, novos estudos são necessários para esclarecer a essência desta ligação.

Autoconhecimento e Eneagrama de Personalidades

A aplicação da escala SRIS, ao medir a *Autorreflexão* e *Insight*, procurou perceber a eficácia da ferramenta usada para intervir no autoconhecimento, de modo a garantir que o impacto do curso nas restantes variáveis teria sido conseguido com a melhoria dos níveis de autoconhecimento. Efetivamente, o uso do Eneagrama de Personalidades resultou numa melhoria significativa do autoconhecimento ($p=0,027$), o que sugere a sua utilidade em intervenções nesta área. É importante notar que a subescala *Envolvimento em Autorreflexão*

foi a que demonstrou maior melhoria ($p=0,043$), o que se prende com as características da intervenção, que promoveu o exercício da autorreflexão intra e extra-curso, estimulando a auto-observação no dia-a-dia, entre as várias fases do curso. Este resultado parece indicar que houve adesão dos participantes e provar a eficácia da intervenção em relação ao objetivo pretendido.

O grupo controlo apresentou valores basais de autoconhecimento tendencialmente superiores aos do grupo de intervenção na fase 1, particularmente na *Necessidade de Autorreflexão* e *Envolvimento em Autorreflexão*. Contudo, revelou níveis inferiores de *Insight*, o que pode ter motivado indiretamente a não procura pelo curso, apesar do seu interesse na introspeção.

Dado o escasso número de estudos sobre o autoconhecimento, respetivas ferramentas e intervenções que o promovam, novas investigações deverão ser desenvolvidas para se perceber quais as melhores escalas para o mensurar, ferramentas para o modificar, qual o efeito a longo prazo e de que forma em concreto ocorre o seu impacto nas restantes variáveis.

O sinergismo das variáveis estudadas

A presente intervenção veio destacar que o autoconhecimento pode efetivamente ser o ponto de partida para o impacto positivo verificado nas variáveis de *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão, mas esse efeito numa determinada variável pode também ser responsável pela melhoria das restantes, e vice-versa. Parece-nos que a que poderá estar ligada a todas as restantes (*stress*, *burnout* e qualidade de vida com a compaixão e empatia) e que tem vindo a ser alvo de mais estudos será a autocompaixão.

Segundo Neff,^{18, 47} tal ocorre porque a autocompaixão proporciona um equilíbrio interno entre os acontecimentos de vida, isto é, por um lado permite a aceitação cognitiva e integração das experiências negativas, dando, por consequência, lugar a maior foco nas experiências positivas, promovendo uma sensação de segurança e paz interior. Outro fator a ter em conta é que a autocompaixão, ao sensibilizar o indivíduo para as suas necessidades, estimula a procura pelos cuidados de saúde, promovendo o bem-estar.⁴² Contrariamente ao verificado no presente trabalho, vários estudos mostraram uma relação positiva entre a autocompaixão e a qualidade de vida.^{17, 50} Esta discrepância, como já sugerido, pode dever-se à consciência de um maior potencial de melhoria da qualidade de vida,⁴⁴ adquirida através da intervenção no autoconhecimento. Após aceitação da mesma, segue-se a fase de crescimento e desenvolvimento pessoal, algo que transcende a autocompaixão só por si, podendo requerer tempo de maturação até à efetiva modificação dos hábitos de vida.

Do mesmo modo, tal como demonstrado no presente estudo e de acordo com a atual bibliografia na área, a autocompaixão constitui um mecanismo de *coping* eficaz contra o *stress* e o *burnout*,^{16, 17, 49, 51-53} modificando o impacto dos fatores causadores dos mesmos, por exemplo, ao estimular a atenção para as necessidades de saúde e bem-estar do próprio, estimulando a gestão de tarefas e reduzindo a procrastinação.^{53,54} Sabe-se também que serve de preditor de resposta ao tratamento e de mediador e potenciador do seu efeito na redução do *stress* através de técnicas de *mindfulness*, sendo estes resultados tanto melhores quanto maiores os níveis de autocompaixão da pessoa.⁴⁹ Por fim, quanto aos subtipos específicos de *burnout*, há evidência que sugere que apenas as dimensões negativas da autocompaixão (*Autocrítica, Isolamento, Sobre-Identificação*), e não as positivas, desempenham um papel determinante na regulação dos mesmos.⁵⁵

Limitações e Sugestões

Existem certos aspetos do presente trabalho que lhe conferem validade, nomeadamente a presença de critérios de inclusão definidos, de grupo controlo com variáveis sociodemográficas emparelhadas com o grupo de intervenção e ainda o recurso às escalas mais validadas para cada dimensão, bem como a análise do *score* total e subtotal das mesmas. Relembramos que, ao ser um estudo piloto, o objetivo foi incluir diversas variáveis, para permitir expandir o conhecimento sobre esta área ainda pouco abordada, sugerindo quais os focos de futuros trabalhos.

Contudo, não podemos deixar de referir importantes limitações que se revertem em sugestões para futuras investigações. Primeiro, a amostra não randomizada nem representativa, sendo exclusivamente feminina e de reduzidas dimensões, invalida a extrapolação de conclusões para a comunidade médica estudantil. Dois fatores que podem ter contribuído para tal foram a ausência de financiamento externo, tendo os custos do curso de autoconhecimento sido suportados pelos participantes, e o período durante o qual este decorreu (época de início e fim de férias escolares). Segundo, há que considerar os vieses do voluntarismo, da disponibilidade e ainda da desejabilidade social. Terceiro, os dados foram obtidos em épocas do ano diferentes, podendo influenciar o estado de saúde basal dos participantes. Além disso, tais dados foram colhidos exclusivamente através de questionários de autorresposta, o que inerentemente é mediado pela vontade de participar e pela consciência. Importa também referir o curto período de intervenção e de seguimento após o curso, que impede de perceber a durabilidade dos efeitos a longo prazo.

Com isto em mente e dada a escassez de evidência científica reiteradamente mencionada ao longo deste artigo, apelamos ao desenvolvimento de novos estudos, de

preferência longitudinais prospectivos, controlados e randomizados, com amostragem representativa e modalidades de objetivação do impacto das intervenções variadas. Sugerimos também uma abordagem mais seletiva, focando apenas uma variável e respectivas subescalas, para melhor entendimento do potencial de atuação do curso, de modo a otimizá-lo.

CONCLUSÃO

O atual panorama da escola médica anseia por novas e melhores soluções. Após intervir no autoconhecimento, o presente estudo provou o seu benefício nos níveis da autocompaixão ($p=0,043$) e das três dimensões de *burnout* ($p=0,043$, $p=0,043$ e $p=0,026$). De forma não significativa, registámos também uma tendência negativa na percepção de qualidade de vida, mas positiva nos níveis de *stress* percebido e de compaixão. Foi ainda possível concluir que o Eneagrama de Personalidades provou ser uma ferramenta eficaz para trabalhar o autoconhecimento ($p=0,027$).

Em particular no aluno de medicina, atenuar o *stress* e o *burnout* poderá diminuir a probabilidade de erro médico, assegurando a prestação de melhores cuidados aos doentes. Mais ainda, estimular a autocompaixão poderá promover o bem-estar e potenciar a compaixão pelos outros, fator essencial à empatia e à relação médico-doente.

Concluimos apelando a que, face aos resultados promissores do presente estudo, novas investigações sejam realizadas na área do autoconhecimento, para que no futuro possa ser considerado uma forma válida de promover o bem-estar da classe médica e a qualidade de comunicação e de cuidados aos doentes.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Inês Rosendo, pelo entusiasmo contagiante pelo tema, disponibilidade e orientação a qualquer hora do dia, todos os dias.

À Professora Doutora Liliana Constantino, pela coorientação, simpatia e atenção dispensadas.

Aos meus amigos, por caminharem a meu lado e fazerem de Coimbra a minha segunda casa.

À minha família, pelo apoio constante.

Ao João, pela paciência e por acreditar mais em mim do que eu mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization WH. Factors influencing health status or contact with health services. 2019. In: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [Internet]. 11th Revision. Available from: <http://id.who.int/icd/entity/1931375240>.
2. Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry*. 2008;32(1):44-53.
3. Organization WH. Factors influencing health status or contact with health services. 2019. In: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [Internet]. Available from: <http://id.who.int/icd/entity/129180281>.
4. Brazeau CMLR, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C, et al. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Academic Medicine*. 2014;89(11):1520-5.
5. Rezaei F, Karimi K, Omidpanah N. Mental Well-being of the First and Final-Year Medical and Dental Students of Kermanshah University of Medical Sciences. *The Open Dentistry Journal*. 2019;13(1):177-82.
6. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2019;55:36-42.
7. Almeida T, Kadhum M, Farrell SM, Ventriglio A, Molodynski A. A descriptive study of mental health and wellbeing among medical students in Portugal. *International Review of Psychiatry*. 2019;31(7-8):574-8.
8. Dinis TC, Caetano IRCS, Santiago LMMS. Perfeccionismo e burnout e as actividades extracurriculares nos estudantes de medicina da Universidade de Coimbra [Tese de Mestrado Integrado]: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2019.
9. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, Gonzalez AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS One*. 2017;12(10):e0185781.
10. Ahmad W, Ashraf H, Talat A, Khan AA, Baig AA, Zia I, et al. Association of burnout with doctor-patient relationship and common stressors among postgraduate trainees and house officers in Lahore-a cross-sectional study. *PeerJ*. 2018;6:e5519.
11. Saltzman C. Empathy in patient care—antecedents, development, measurement, and outcomes. *Psychodynamic Practice*. 2008;14(3):342-5.

12. Spatoula V, Panagopoulou E, Montgomery A. Does empathy change during undergraduate medical education? - A meta-analysis. *Med Teach*. 2019;41(8):895-904.
13. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*. 2011;86(8):996-1009.
14. Krishnasamy C, Ong SY, Loo ME, Thistlethwaite J. How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Medical Teacher*. 2019;41(11):1220-31.
15. Machado AFB, Caetano IRCS, Santiago LMMS. A empatia médica na ótica dos estudantes de medicina [Tese de Mestrado Integrado]: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2016.
16. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*. 2003;2(2):85–101.
17. Sinclair S, Kondejewski J, Raffin-Bouchal S, King-Shier KM, Singh P. Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others? Results of a Systematic Review. *Health and Well-Being*. 2017;9(2):168-206.
18. Neff KD, Germer CK. A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*. 2012;69(1):22-48.
19. Shiralkar MT, Harris TB, Eddins-Folensbee FF, Coverdale JH. A systematic review of stress-management programs for medical students. *Academic Psychiatry*. 2013;37(3):158-64.
20. Walsh AL, Lehmann S, Zabinski J, Truskey M, Purvis T, Gould NF, et al. Interventions to Prevent and Reduce Burnout Among Undergraduate and Graduate Medical Education Trainees: a Systematic Review. *Academic Psychiatry*. 2019;43(4):386-95.
21. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith SR, M. B., Kilgannon H, Trzeciak S, Roberts BW. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLOS ONE*. 2019;14(8).
22. Benbassat J, Baumal R. Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches. *Academic Medicine*. 2005;80(2):156-61.
23. Lee JS, Yoon JA, Do KJ. Effectiveness of enneagram group counseling for self-identification and depression in nursing college students. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(5):649-57.

- 24.** Kim WG, Chung HIC. Effects of Korean Enneagram Program on the Ego-identity, Interpersonal Relationship, and Self-leadership of Nursing College Students. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2015;21(4):393-404.
- 25.** Kang MJ. Effects of Enneagram Program for Self-esteem, Interpersonal Relationships, and GAF in Psychiatric Patients. *The Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015;24(2):116-26.
- 26.** Na BJ, Lee K, Kim K, Song D, Hur Y. Experience of developing and implementing a motivation induction course for konyang university medical college freshmen. *Korean journal of medical education*. 2012;24(2):141-52.
- 27.** Roh H, Park KH, Ko HJ, Kim DK, Son HB, Shin DH, et al. Understanding medical students' empathy based on Enneagram personality types. *Korean journal of medical education*. 2019;31(1):73-82.
- 28.** Hur Y, Lee KH. Analysis of medical students' enneagram personality types, stress, and developmental level. *Korean journal of medical education*. 2011;23(3):175-84.
- 29.** Riso DR, Hudson R. *Understanding the enneagram: the practical guide to personality types*. Boston, USA: Houghton Mifflin Harcourt; 2000.
- 30.** Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*. 2013;26(6):664-75.
- 31.** Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1983;24(4):385-96.
- 32.** Trigo M, Canudo N, Branco F, Silva D. Estudo das propriedades psicométricas da *Perceived Stress Scale* (PSS) na população portuguesa. *PSYCHOLOGICA*. 2010;53:353-78.
- 33.** Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002;33(5):464-81.
- 34.** Maroco J, Tecedor M. Inventário de burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2009;10(2):227-35.
- 35.** Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223-50.
- 36.** Castilho P, Gouveia JP. Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*. 2011;54:203-30.
- 37.** Pommier EA. *The Compassion Scale*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 2011;72(4-A):1174.

- 38.** Vieira CS, Castilho PCOF. Estudo da Validação e Aferição da versão portuguesa da Escala da Compaixão. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]: Universidade de Coimbra; 2013.
- 39.** Grant AM, Franklin J, Langford P. The self-reflection and insight scale: a new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: An international journal*. 2002;30(8):821-36.
- 40.** DaSilveira AC, DeCastro TG, Gomes WB. Escala de Autorreflexão e Insight: Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros. *PSICO*. 2012;43(2):155-62.
- 41.** Lee JS, Kim YW. The enneagram program effect for stress management of college students. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;13(4):438-48.
- 42.** Terry ML, Leary MR. Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*. 2011;10:352-62.
- 43.** Solis AC, Lotufo-Neto F. Predictors of quality of life in Brazilian medical students: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019;41(6):556-67.
- 44.** Diener E, Ryan K. Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*. 2009;39(4):391-406.
- 45.** Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA, Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Medical Education*. 2019;19(1):139.
- 46.** Geary C, McKee J, Triana C, Buck E, Walton SW, Valdez D, et al. Bridging the Compassion and Empathy Gap in Medical School: The Physician Healer Track at UTMB-Health. *The Journal of Science and Healing*. 2014;10(3):203-5.
- 47.** Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007;41(4):908-16.
- 48.** Hill RJ, McKernan LC, Wang L, Coronado RA. Changes in psychosocial well-being after mindfulness-based stress reduction: A prospective cohort study *Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 2017;25(3):128-36.
- 49.** Sevel LS, Finn MTM, Smith RM, Ryden AM, McKernan LC. Self-compassion in mindfulness-based stress reduction: An examination of prediction and mediation of intervention effects. *Stress and Health*. 2019:1-9.

- 50.** Zessin U, Dickhauser O, Garbade S. The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2015;7(3):340-64.
- 51.** Neff KD, Hseih Y, Dejittthirat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*. 2005;4:263-87.
- 52.** Atkinson DM, Rodman JL, Thuras PD, Shiroma PR, Lim KO. Examining Burnout, Depression, and Self-Compassion in Veterans Affairs Mental Health Staff. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2017;23(7):551-7.
- 53.** Babenko O, Mosewich A, Abraham J, Lai H. Contributions of psychological needs, self-compassion, leisure-time exercise, and achievement goals to academic engagement and exhaustion in Canadian medical students. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 2018;15.
- 54.** Babenko O, Oswald A. The roles of basic psychological needs, self-compassion, and self-efficacy in the development of mastery goals among medical students. *Medical Teacher*. 2019;41(4):478-81.
- 55.** Montero-Marin J, Zubiaga F, Cereceda M, Piva-Demarzo MM, Trenc P, Garcia-Campayo J. Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*. 2016;11(6).

ANEXOS

Anexo I. Questionário

Questionário

Curso de auto-conhecimento e comunicação

Auto-conhecimento (ensagrama como ferramenta) e comunicação com os outros, desenhado para alunos de medicina.



A. Dados sociodemográficos

1. Género _____
2. Idade _____
3. Ano _____
4. Instituição _____
5. Data de preenchimento _____
6. Data em que fez/fará módulo 1 de curso _____

B. Escalas

B1. Escala da Qualidade de vida - EQ-VAS (*European Quality of Life - Visual Analogue Scale*): 1 item

EQ-VAS

(EuroQol Group, 1990)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Ferreira, Ferreira & Pereira, 2014)

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhamos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Instruções: Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje, e à frente indique o valor a que corresponde (entre 0 e 100).

The image shows a vertical Visual Analogue Scale (EQ-VAS) form. On the right side, there is a vertical scale from 0 to 100, with major tick marks every 10 units (0, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100) and minor tick marks every 2 units. The top of the scale is labeled "O melhor estado de saúde imaginável" (The best imaginable state of health) and the bottom is labeled "O pior estado de saúde imaginável" (The worst imaginable state of health). On the left side, there is a box labeled "O seu estado de saúde hoje" (Your current state of health). A vertical line is drawn from the box on the left to the scale, ending at the 70 mark. The number 70 is written next to the line on the scale.

B2. Escala do Stress Percecionado - PSS (*Perceived Stress Scale*): 10 itens

PSS

(Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Trigo, M.; Canudo, N.; Branco F. & Silva D., 2010)

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (x), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente

0 | 1 | 2 | 3 | 4

Itens	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentira ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

B3. Escala de *Burnout* de Maslach para estudantes - MBI-SS: 15 itens

MBI-SS (*Maslach Burnout Inventory – Student Survey*)

(versão original de Maslach, C. & Jackson, S.E., 1981)

(Adaptação: J Maroco & M Tecedor, 2009, a partir da versão de Schaufeli *et al*, 2002)

As afirmações seguintes são referentes aos sentimentos/emoções de estudantes em contexto escolar.

Instruções: Leia cuidadosamente cada afirmação e decida sobre a frequência com que se sente da forma descrita e de acordo com a Tabela seguinte:

Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Regularmente | Bastantes 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

Itens	0	1	2	3	4	5	6
Exaustão emocional							
1. Os meus estudos deixam-me emocionalmente exausto(a).							
2. Sinto-me de “rastros” no final de um dia na universidade.							
3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e penso que tenho de enfrentar mais um dia na universidade.							
4. Estudar ou assistir a uma aula deixam-me tenso.							
5. Os meus estudos deixam-me completamente esgotado(a).							
Descrença							
1. Tenho vindo a desinteressar-me pelos meus estudos desde que ingressei na universidade.							
2. Sinto-me pouco entusiasmado(a) com os meus estudos.							
3. Sinto-me cada vez mais cínico(a) relativamente à utilidade potencial dos meus estudos.							
4. Tenho dúvidas sobre o significado dos meus estudos.							
Eficácia Profissional							
1. Consigo resolver de forma eficaz, os problemas que resultam dos meus estudos.							
2. Acredito que participo, de forma positiva, nas aulas a que assisto.							
3. Sinto que sou um (a) bom(a) aluno(a).							
4. Sinto-me estimulada quando alcanço meus objetivos escolares.							
5. Tenho aprendido muitas matérias interessantes durante o meu curso.							
6. Durante a aula, sinto que consigo acompanhar as matérias de forma eficaz.							

B4. Escala de Autocompaixão – SELFCS (Self-Compassion Scale): 26 itens

SELFCS (Self-Compassion and Insight Scale)

(Neff, K.D., 2003)

(Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

Quase nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase Sempre

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Item	1	2	3	4	5
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações					
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecada com tudo aquilo que está errado.					
3. Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa.					
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo.					
5. Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente.					
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.					
7. Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.					
8. Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).					
9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).					
10. Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.					

Item	1	2	3	4	5
11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto.					
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim própria a ternura e afeto que necessito.					
13. Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.					
14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.					
15. Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.					
16. Quando vejo aspetos de mim próprio(a) que não gosto fico muito muito em baixo.					
17. Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspetiva (não dramatizo).					
18. Quando me sinto com muitas dificuldades, tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.					
19. Sou tolerante e afetuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.					
21. Posso ser bastante fria e dura comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
22. Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.					
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações.					
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.					
25. Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso.					
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspectos da minha personalidade de que não gosto.					

B5. Escala da Compaixão – CS (*Compassion Scale*): 24 itens

CS (*Compassion Scale*)

(Pommier, 2011)

(Tradução e adaptação de Vieira, C., Castilho, P., Duarte, J., 2013)

Como é que, habitualmente, me comporto em relação aos outros?

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item/afirmação indique com um X, na coluna correspondente, qual a frequência (número de vezes) com que se comporta dessa forma em momentos difíceis. Para o efeito, utilize por favor a seguinte escala de resposta:

Quase nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Item	1	2	3	4	5
1. Quando as pessoas choram à minha frente, a maior parte das vezes, não sinto nada.					
2. Por vezes quando as pessoas falam sobre os seus problemas, sinto que não me importo.					
3. Não consigo, mesmo, ligar-me com as pessoas quando estão em sofrimento.					
4. Presto muita atenção quando as pessoas falam comigo.					
5. Sinto-me desligado dos outros quando estes me contam os seus problemas, angústias, mágoas.					
6. Se vejo alguém a passar por um momento difícil, tento ser atencioso e caloroso com essa pessoa.					
7. A maior parte das vezes desligo quando as pessoas falam sobre os seus problemas.					
8. Gosto de estar com os outros em momentos difíceis.					
9. Percebo quando as pessoas estão chateadas, mesmo quando não dizem nada.					
10. Quando vejo alguém em baixo, sinto que não consigo estabelecer relação com ele.					

11. Toda a gente se sente triste por vezes; faz parte de ser-se humano.					
12. Por vezes sou uma pessoa fria com os outros quando estes estão em baixo e não estão presentes.					
13. Tendo a ouvir pacientemente os outros quando estes me contam os seus problemas.					
14. Não me preocupo com os problemas dos outros.					
15. É importante reconhecer que todas as pessoas têm defeitos e que ninguém é perfeito.					
16. Sinto-me profundamente solidário para quem está em sofrimento/infeliz.					
17. O sofrimento faz parte da experiência humana.					
18. Quando os outros têm problemas, geralmente deixo que seja outra pessoa a ajudar.					
19. Tento evitar as pessoas que estão em profundo sofrimento.					
20. Apesar de sermos todos diferentes, sei que toda a gente sofre, tal como eu.					
21. Quando as pessoas falam comigo sobre os seus problemas, tento ter uma visão equilibrada da situação.					
22. Não me sinto emocionalmente ligado a pessoas que estão em sofrimento.					
23. Não penso muito sobre as preocupações dos outros.					
24. Quando os outros estão tristes tento confortá-los.					

B6. Escala de Autorreflexão e *Insight* – SRIS (*Self-Reflection and Insight Scale*) - Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros: 20 itens

SRIS (*Self-Reflection and Insight Scale*)

(Grant *et al.*,2002)

(Adaptação versão brasileira: DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. 2012)

Instruções: Avalie o quanto cada item corresponde a uma característica sua, circulando o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a chave de respostas apresentada. Responda rapidamente, sem parar muito tempo em cada questão, e não compare as respostas de uma questão com outra. Lembre-se: não existem respostas certas ou erradas, elas apenas refletem a sua opinião.

Quase nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Item	1	2	3	4	5
1. Eu não penso muito frequentemente em meus pensamentos.					
2. Eu realmente não estou interessado em analisar meu comportamento.					
3. Eu normalmente estou ciente de meus pensamentos.					
4. Eu frequentemente estou confuso sobre o modo como realmente me sinto sobre as coisas.					
5. É importante para mim avaliar as coisas que faço.					
6. Eu normalmente tenho uma idéia bem clara sobre por que tenho me comportado de uma certa maneira.					
7. Eu sou muito interessado em examinar o que eu penso.					
8. Eu raramente despendo tempo na reflexão sobre mim.					
9. Frequentemente eu estou ciente de que estou tendo um sentimento, mas não sei bem o que é.					
10. Eu frequentemente examino meus sentimentos.					
11. Meu comportamento frequentemente me desafia.					
12. É importante para mim tentar entender o que significam meus sentimentos.					
13. Eu realmente não penso sobre o porquê eu me comporto da forma com que me comporto.					
14. Pensar sobre meus pensamentos me deixa ainda mais confuso.					

15. Eu definitivamente tenho uma necessidade em entender a forma como minha mente funciona.					
16. Eu frequentemente reservo um tempo para refletir sobre meus pensamentos.					
17. Frequentemente eu acho difícil compreender a forma com que me sinto sobre as coisas.					
18. É importante para mim estar apto a entender como meus pensamentos surgem.					
19. Eu frequentemente penso sobre como me sinto sobre as coisas.					
20. Eu normalmente sei por que me sinto da forma com que me sinto.					

Anexo II. Formulário de Informação e Consentimento Informado

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA FACULDADE
DE
MEDICINA

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: *A importância do autoconhecimento no stress, burnout, autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina – estudo piloto de ensaio clínico*

PROMOTOR (Entidade ou pessoa(s) que propõe(m) o estudo) Dra. Inês Rosendo, Dra. Liliana Constantino, Maria João Simões

INVESTIGADOR COORDENADOR Dra. Inês Rosendo

CENTRO DE ESTUDO Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

INVESTIGADOR PRINCIPAL Dra. Inês Rosendo

MORADA Rua Francisco Lucas Pires, Lote 20, 4ªA

CONTACTO TELEFÓNICO 918418663

NOME DO DOENTE
(LETRA DE IMPRENSA)

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque é aluno de medicina e aceitou participar no estudo.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o impacto que o auto-conhecimento tem nos níveis de empatia e comunicação com outros, nomeadamente na relação médico-doente, bem como na prevenção do stress e burnout dos alunos de medicina durante o curso e posteriormente.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer na FMUC, com o objetivo de perceber a relação do auto-conhecimento e empatia e comunicação com os doentes, bem como deste com a gestão do stress e burnout nos estudantes de medicina.

Trata-se de um ensaio clínico não farmacológico, randomizado e controlado, realizado através de questionários aplicados a dois grupos de uma amostra de conveniência de estudantes de medicina, prévia e posteriormente ao curso de Auto-Conhecimento, Comunicação e Eneagrama e a um grupo controlo que não fará o curso até terminar o estudo, a decorrer em Coimbra. Feito no âmbito da tese de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Maria João Cadório Simões, orientada pelas Dra. Inês Rosendo e Dra. Liliana Constantino.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos no grupo de intervenção e de controlo e garantir prova pública dessa proteção. Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

Este estudo tem por objetivo perceber se o auto-conhecimento e sua ligação ao crescimento pessoal, estratégias de bem-estar e comunicação com os pacientes, constitui uma ferramenta útil e eficaz na gestão do stress e prevenção do burnout em estudantes de medicina e na melhoria dos seus níveis de empatia e compaixão.

Serão incluídos 35 participantes no grupo de intervenção e 35 no de controlo.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Este estudo exploratório baseia-se num questionário, aplicado antes e após o curso, que inclui várias escalas validadas para a população portuguesa: uma escala de avaliação da qualidade de vida (*EQ-VAS*), stress percebido (*Perceived Stress Scale - PSS*), autocompaixão (*Self-Compassion Scale - SELFCS*), burnout (*Maslach Burnout Inventory - Student Survey*), compaixão

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



(*Compassion Scale – CS*), autorreflexão e insight (*Self-Reflection and Insight Scale - SRIS*). Serão também colhidos dados sociodemográficos relativos ao género e idade dos estudantes participantes, bem como a instituição e ano de ensino que frequentarão no ano letivo 2019/2020.

2.2. Calendário das visitas/ Duração (exemplo)

Este estudo consiste num curso lecionado por instrutores com especialização na área em causa. Será dividido em 3 sessões diferentes, com duração de cerca de 10h cada, a decorrer entre julho e novembro de 2019.

Descrição dos Procedimento (exemplo):

Serão realizados os seguintes procedimentos:

- Antes do início do curso - Preenchimento de um questionário online, onde constam várias escalas validadas para a população portuguesa: uma escala de avaliação da qualidade de vida (*EQ-VAS*), stress percecionado (*Perceived Stress Scale - PSS*), autocompaixão (*Self-Compassion Scale - SELFCS*), burnout (*Maslach Burnout Inventory – Student Survey*), compaixão (*Compassion Scale – CS*), autorreflexão e insight (*Self-Reflection and Insight Scale - SRIS*). Serão também colhidos dados sociodemográficos relativos ao género e idade dos estudantes participantes, bem como a instituição e ano de ensino que frequentarão no ano letivo 2019/2020. Este questionário será aplicado tanto ao grupo de intervenção como ao de controlo.
- Após o final do curso - preenchimento do mesmo questionário, novamente pelo grupo controlo e de intervenção.

2.3. Tratamento de dados/ Randomização

Do processo clínico serão obtidas informações acerca da qualidade de vida, stress percecionado, autocompaixão, compaixão, burnout, autorreflexão e insight, antes e após o curso de Auto-Conhecimento, Comunicação e Eneagrama, tanto no grupo controlo como no de intervenção. Realizar-se-á tratamento estatístico descritivo e inferencial dos dados, com relato de resultados obtidos e posteriormente estabelecimento de conclusões possíveis tendo em conta os dados.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Os participantes terão que despende de tempo a preencher os questionários.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Os participantes beneficiarão de um desconto de 80% sobre o preço do curso e terá acesso a treino em desenvolvimento pessoal e comunicação. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação acerca do auto-conhecimento na potencial redução dos níveis de stress e burnout dos estudantes de medicina, bem como na melhoria da comunicação e empatia na relação médico-doente.

5. NOVAS INFORMACÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Nada a salientar.

7. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, além da perda do desconto sobre o preço original do curso, sem precisar de explicar as razões e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O médico do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

8. CONFIDENCIALIDADE

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso aos questionários online realizados no início e final do curso, para verificação da informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação diretamente ou através do seu contacto neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional. Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, nomeadamente os resultados dos questionários, serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de correlação das variáveis em estudo.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) diretamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu questionário, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo/estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo/estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo/estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

9. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo.

10. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,

Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra

Telefone: 239 857 708

e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar: Dra. Inês Rosendo – 918418663

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



**NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE
TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO
RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.**

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ *Data*: ____ / ____ / ____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____ / ____ / ____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objectivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____ / ____ / ____

Anexo III. Parecer da Comissão de Ética da FMUC



COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref^o **096-CE-2019**

Data 21 / 10 / 2019

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (ref^o CE-096/2019).

Investigador(a) Principal: Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

Co-Investigador(es): Maria João Cadório Simões e Liliana Rute António Constantino

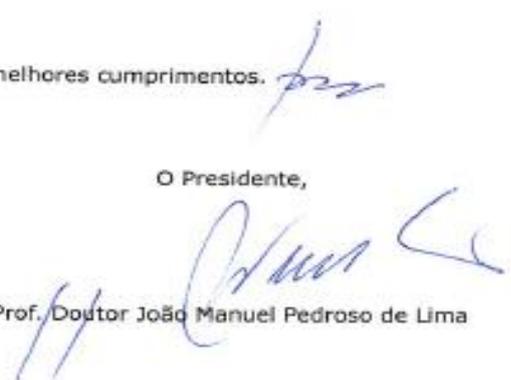
Título do Projeto: *"ACE_EM: Impacto do auto-conhecimento e comunicação no stress, burnout, empatia, compaixão em estudantes de Medicina".*

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável condicionado à inclusão, no texto de Consentimento Informado, de timbre institucional".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,


Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaometica@fmed.ucp | www.fmed.ucp