



Relação entre Autocompaixão e Síndrome de *Burnout* em Estudantes de Medicina

Mariana Cunha Dinis

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória

junho de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Mariana Cunha Dinis, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M11430 de/o Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 28 /06 /2023

A handwritten signature in blue ink that reads "Mariana Cunha Dinis". The signature is written in a cursive style with some loops and flourishes.

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais,
José Dinis e Manuela Dinis, pelo amor incondicional.

Pelo apoio para que chegasse até aqui e por
instigarem as minhas maiores virtudes.

Agradecimentos

A realização desta dissertação contou com pessoas que se constituíram como importantes apoios e incentivos sem os quais esta não se teria tornado realidade e, aos quais, ficarei eternamente grata.

Ao Professor Doutor Paulo dos Santos Duarte Vitória, por toda a dedicação, orientação, apoio, incentivo e ajuda constante. Por toda a preocupação e motivação. Por todo o esforço em me ajudar na elaboração desta dissertação, bem como, na partilha de conhecimentos. Foi, sem dúvida, uma pessoa muito importante ao longo deste processo.

Aos meus pais por me terem dado esta linda oportunidade, sem eles nada disto seria possível. Ao longo destes anos, foram o meu grande apoio, foram eles que me incentivaram, estimularam intelectual e emocionalmente, foram eles que me deram força nas horas menos boas, acreditando sempre em mim, no meu esforço e no meu trabalho, festejaram as minhas vitórias e deram cor aos dias mais cinzentos, qualquer agradecimento é pouco para os dois seres humanos incríveis e que eu tenho tanto orgulho em chamar de mãe e de pai.

À minha família, mais especificamente, aos meus padrinhos e aos meus primos, Lara e Telmo, agradeço por todo o apoio, empatia e por todo o carinho.

Ao meu namorado, o meu braço direito, pelo amor, companheirismo e apoio incondicional, agradeço pela compreensão, generosidade, força e alegria com que me brindou de forma constante, ajudando-me, diariamente, a chegar ao fim deste árduo percurso.

Às minhas amigas, Ana Viegas, Cristiana Neto, Margarida Filipe, Rita Coimbra e Rita Lourenço, um grande obrigada por todos os momentos de alegria e por todas as partilhas. Por toda a ajuda e suporte nos dias mais difíceis, por todas as horas de trabalho incessante, mas que ao mesmo tempo, se tornavam momentos de descontração. Foram 5 anos incríveis e, finalmente, chegou o dia que tanto esperávamos. Cada uma tem um lugar especial no meu coração e serão, certamente, amizades que vou levar para a vida.

Estou eternamente grata!

Prefácio

*“Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar para além de Bojador
Tem que passar além da dor.
Deus ao mar o perigo e o abismo deu,
Mas nele é que espelhou o céu.”*
(Fernando Pessoa, in Mensagem)

Resumo

Introdução: A Síndrome de *Burnout* (SB) referente a um estado de esgotamento físico e mental que surge da exposição a um stress crónico excessivo, experienciado ao longo do exercício da atividade profissional, pode trazer consequências graves nos vários domínios da vida do indivíduo incluindo o domínio físico, mental, social, comportamental e existencial. Os estudantes de medicina constituem-se como um alvo vulnerável a esta síndrome devido à natureza competitiva e exigente da educação médica. Na esfera individual, a autocompaixão tem sido relacionada com a SB, porque promove a resiliência emocional e a gestão dos problemas/adversidades de uma forma positiva.

Objetivos: Pretendemos investigar a relação entre a autocompaixão e a SB em estudantes de medicina durante a pandemia da COVID-19 e avaliar a evolução dos níveis da SB no pós-pandemia.

Métodos: Estudo observacional, transversal de natureza descritiva. Foi aplicado um questionário *online* em dois momentos, T1 (entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022) e T2 (entre fevereiro e maio de 2023). Algumas análises foram realizadas com as duas amostras (TTotal). Os participantes são estudantes de medicina das Faculdades de Medicina da Universidade de Coimbra (FM-UC) e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI). Os instrumentos utilizados foram um Questionário de Dados Sociodemográficos e Académicos, Escala de Burnout de Maslach para Estudantes (EBM) e Escala de Auto-Compaixão (EAC). Foram executadas análises de estatística descritiva e inferencial através o SPSS, versão 28.0 para Windows.

Resultados: Em T1 participaram 336 estudantes (média de idade 21.88 ± 3.46 , 82.1% mulheres), do 1º ao 6º ano, dos cursos de medicina da FM-UC (n= 257, 76.5%) e da FCS-UBI (n= 79, 23.5%). Em T2 participaram 147 estudantes (média de idade $M= 21.49 \pm 3.41$, 82.3% são mulheres), do 1º ao 6º ano, do curso de medicina da FM-UC (n= 95, 64.6%) e da FCS-UBI (n=52, 35.4%). O TTotal é constituído por 483 alunos, com idades entre os 18 e os 41 anos, $M=21.77 \pm 3.49$, 82.2% são mulheres, do 1º ao 6º ano do curso de medicina da FM-UC (n=252, 72.9%) e da FCS-UBI (n=131, 27.1%). Os níveis de SB são elevados, não tendo sofrido alterações significativas no pós-pandemia, sendo mais elevados em alunos do género feminino, mais novos, que frequentam anos pré-clínicos, e que não possuem outro curso superior concluído. Observa-se uma relação significativa e negativa entre a autocompaixão e a SB. Outras variáveis relacionadas com a SB são a satisfação com o curso, o rendimento académico, e a autoavaliação da saúde psicológica.

Conclusões: A prevalência da SB nesta população é elevada. Não se observam diferenças nos valores da SB durante e depois da pandemia à exceção da Eficácia que se demonstrou mais elevada depois da pandemia. Verificam-se diferenças na prevalência de SB em subgrupos (e.g., género feminino, mais jovens). Confirmou-se uma relação estatisticamente significativa e negativa entre a SB e a autocompaixão. A elevada prevalência da SB nesta população sugere a forte necessidade de programas que fomentem a prevenção do *burnout* e a promoção do bem-estar psicológico dos estudantes, munindo-os com ferramentas necessárias para lidar com o *stress* e gerir a ansiedade. A promoção da autocompaixão poderá aumentar a eficácia desses programas.

Palavras-chave

Síndrome de *Burnout*; autocompaixão; estudantes de medicina

Abstract

Introduction: The Burnout Syndrome (BS) refers to a state of physical and mental exhaustion that arises from exposure to excessive chronic stress, experienced during the exercise of professional activity, which can have serious consequences in various areas of the individual's life, including the physical, mental, social, behavioural and existential domains. Medical students are a vulnerable target for this syndrome due to the competitive and demanding nature of medical education. In the individual sphere, self-compassion has been related to BS because it promotes emotional resilience and the management of problems/adversities in a positive way.

Objectives: We aimed to investigate the relationship between self-compassion and BS in medical students during the pandemic of COVID-19 and to assess the evolution of BS levels in the post-pandemic period.

Methods: Observational, cross-sectional study with a descriptive nature. An online questionnaire was applied at two time points, T1 (between December 2021 and January 2022) and T2 (between February and May 2023). Some analyses were performed with both samples (TTotal). The participants are medical students from the Faculty of Medicine of the University of Coimbra (FM-UC) and the Faculty of Health Sciences of the University of Beira Interior (FCS-UBI). The instruments used were a Questionnaire of Sociodemographic and Academic Data, Maslach Burnout Scale for Students (MBS) and Self-Compassion Scale (SCS). Descriptive and inferential statistical analyses were performed using SPSS, version 28.0 for Windows.

Results: In T1, 336 students (average age 21.88 ± 3.46 , 82.1% female) from the 1st to the 6th year of medical school of FM-UC (n= 257, 76.5%) and FCS-UBI (n= 79, 23.5%) participated. In T2 participated 147 students (average age $M= 21.49 \pm 3.41$, 82.3% were female), from 1st to 6th year, of medical courses of FM-UC (n= 95, 64.6%) and FCS-UBI (n=52, 35.4%). The TTotal is composed by 483 students, aged between 18 and 41 years, $M=21.77 \pm 3.49$, 82.2% are women, from the 1st to the 6th year of the medical course of FM-UC (n=252, 72.9%) and FCS-UBI (n=131, 27.1%). The levels of BS are high, without significant changes in the post-pandemic period, being higher in female students, younger, attending pre-clinical years, and who do not have another concluded higher education course. A significant and negative relationship was observed between self-compassion and BS. Other variables related to BS are course satisfaction, academic performance, and self-assessment of psychological health.

Conclusions: The prevalence of BS in this population is high. No differences are observed in BS values during and after the pandemic with the exception of Efficacy which was shown to be higher after the pandemic. There are differences in BS prevalence in subgroups (e.g., female gender, younger). A statistically significant and negative relationship between BS and self-compassion was confirmed. The high prevalence of BS in this population suggests a strong need for programs that foster the prevention of burnout and the promotion of Students' psychological well-being, equipping them with the necessary tools to deal with stress and manage anxiety. The promotion of self-compassion may increase the effectiveness of these programs.

Keywords

Burnout Syndrome; self-compassion; medical students

Índice

Dedicatória	5
Agradecimentos	7
Prefácio	9
Resumo	11
Palavras-chave	12
Abstract.....	14
Keywords	15
Lista de Figuras.....	20
Lista de Tabelas	22
Lista de Acrónimos	24
1. Introdução	26
Capítulo 1 – Relação entre Autocompaixão e Síndrome de <i>Burnout</i> (SB) em Estudantes de Medicina: Enquadramento Teórico.....	1
1.1 Definição da Síndrome de Burnout.....	1
1.2 História e evolução da investigação do conceito de Burnout	2
1.2.1 Fases na evolução da sua investigação.....	2
1.2.2 Modelos explicativos do <i>burnout</i> : conceptualização teórica	3
1.3 Causas da Síndrome de Burnout	9
1.3.1 Variáveis Individuais e Variáveis do contexto laboral.....	9
1.3.3.1 Variáveis individuais	9
1.4 Consequências da Síndrome de Burnout	12
1.5 Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina	15
1.6 Autocompaixão.....	16
Capítulo 2 - Metodologia	19
2.1 Tipo de Estudo.....	19
2.2 Amostras e Participantes	19
2.3 Instrumentos.....	19
2.3.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Académicos.....	19

Relação entre Autocompaixão e Síndrome de <i>Burnout</i> em Estudantes de Medicina	
2.3.2	Escala de <i>Burnout</i> de Maslach para Estudantes (EBM)20
2.3.3	Escala de Autocompaixão (EAC)20
2.4	Procedimentos20
2.5	Análise dos dados20
Capítulo 3 – Resultados.....	21
3.1	Caraterização sociodemográfica da amostra 21
3.2	Níveis de <i>burnout</i> nos estudantes de medicina24
3.3	Relação entre Autocompaixão e a Síndrome de Burnout.....26
3.4	Variáveis associadas com a autocompaixão e o <i>burnout</i>26
Capítulo 4 – Discussão e considerações finais	28
Referências Bibliográficas.....	30

Lista de Figuras

Figura 1. Versão modificada do modelo de Cherniss do processo de burnout	6
Figura 2. Modelo de Golembiewshi, Munzerider & Carter, 1983	6
Figura 3. Modelo de Leiter (1993)	7
Figura 4. Processo de burnout segundo o Modelo de Maslach e Jackson (1981).....	9

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Modelo das fases do processo de burnout de Golembiewski e colaboradores, 1983	7
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em T1 (n=336), em T2 (n=147) e em TTotal (n=483).....	22
Tabela 3 - Caracterização académica da amostra em T1 (n=336), em T2 (n=147) e em TTotal (n=483).....	23
Tabela 4 - Teste T-Student para comparações das amostras consoante os níveis de burnout	24
Tabela 5 - Teste T-Student para comparações de género em função do burnout	24
Tabela 6 - Teste T-Student para comparação da idade em função do burnout.....	25
Tabela 7 - Teste T-Student para comparação de ano de curso e os níveis de burnout	25
Tabela 8 - Teste T-Student para comparação de ter outro curso e os níveis de burnout	25
Tabela 9 - Teste T-Student para comparação do local de residência com os níveis de burnout	26
Tabela 10 - Relação entre as dimensões do burnout e as dimensões da autocompaixão.....	26
Tabela 11 - Variáveis preditoras da autocompaixão e do burnout	27

Lista de Acrónimos

COMBURNOUT	Compaixão para a diminuição do burnout dos estudantes de medicina e de medicina dentária
DP	Desvio Padrão
EAC	Escala da Autocompaixão
EBM	Escala de Burnout de Maslach para Estudantes
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
FM-UC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
MBI	Maslach <i>Burnout</i> Inventory
M	Média
OMS	Organização Mundial de Saúde
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior
UC	Universidade de Coimbra

1. Introdução

Na atualidade, é notória a existência de diversas formas de *stress* crónico, entre as quais se salientam determinados tipos de *stress* psicossocial. O *stress*, na perspetiva de Hans Selye (1936), diz respeito à reação do organismo face a situações que exijam adaptações que vão além dos limites do indivíduo, denominada de síndrome de adaptação geral (Selye, 1936).

Devido às adversidades impostas na sociedade contemporânea, nomeadamente no que concerne ao contexto laboral, importa destacar a importância do estudo da influência do *stress*, não só no domínio físico, interpessoal e mental do indivíduo, como o impacto na sua qualidade de vida (Stoyanov, 2022). Considera-se o domínio laboral como o que tem maior associação ao *stress* crónico do tipo psicossocial. Neste contexto, o *stress* traduz-se muitas vezes em sentimentos de esgotamento, designado Síndrome da *Burnout* (SB) (Tafet, 2018).

A SB é frequentemente caracterizada como um estado de exaustão emocional, despersonalização e perceção diminuída da realização pessoal, estando particularmente relacionada ao *stress* advindo do trabalho, dando origem a respostas negativas e desadequadas (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2016; Uijan et al., 2022).

O *burnout* não só surge em médicos, como também em estudantes de medicina. Segundo a literatura os fatores que contribuem para o aparecimento do *burnout* nesta população, relacionam-se com variáveis como: não residirem com pais ou familiares, serem solteiros, serem sedentários, não realizarem atividades de lazer, executarem trabalhos extracurriculares, terem vontade de desistir do curso e ainda possuírem perturbações mentais como ansiedade e depressão (Gonçalves, 2016; Tavares et al., 2020).

Sabe-se que, de uma forma específica, estes estudantes ingressam no ensino superior com grandes expectativas, o que vai mudando ao longo do tempo quando começam a surgir queixas associadas ao volume de conteúdo, ao tempo limitado para o descanso e o lazer, bem como, elevados níveis de cansaço físico e mental, os quais, para além da sobrecarga relacionada ao estudo, advêm do contacto com situações tristes e desgastantes (Caetano, Dinis, Marôco & Santiago, 2020; Tavares et al., 2020).

Assim, considerando os fatores antecedentes a esta síndrome, quer laborais, quer individuais, dentro dos últimos, importa salientar a importância da autocompaixão. Esta diz respeito a uma atitude emocionalmente positiva para com o eu, funcionando como fator protetor face a consequências negativas de autocrítico, isolamento e ruminação. Deste modo, através do bom tratamento pessoal, é possível aumentar a resiliência emocional, assim como, a saúde mental, bem-estar e produtividade (Pinto-Gouveia &

Castilho, 2011). Esta ganha maior relevância quando entramos em contacto com a natureza humana, com os erros, falhas, inadequações e situações de vida que nos causam maior sofrimento mental, físico ou emocional (Neff & Costigan, 2014). Segundo alguns estudos, indivíduos que possuem maiores níveis de autocompaixão apresentam maiores índices de felicidades, otimismo, curiosidade, criatividade e de emoções positivas como entusiasmo e inspiração em comparação com pessoas com baixa autocompaixão (Hollis – Walker & Colosimo, 2011; Neff et al., 2007).

Segundo algumas pesquisas, a autocompaixão correlaciona-se de forma negativa com a SB, ou seja, quanto maior é a autocompaixão, menores são os níveis de *burnout* (Neff, 2004 & Woo, 2013).

Deste modo, com este estudo pretende-se analisar, essencialmente, qual a relação existente entre a autocompaixão e a SB em estudantes de medicina durante a pandemia da COVID-A9 e analisar a evolução desta síndrome no pós-pandemia.

Capítulo 1 – Relação entre Autocompaixão e Síndrome de *Burnout* (SB) em Estudantes de Medicina: Enquadramento Teórico

1.1 Definição da Síndrome de *Burnout*

De origem anglo-saxónica, o conceito *burnout* significa literalmente “queimar-se até à exaustão”, concedido da gíria inglesa e evidenciando-se como “trabalhar em demasia e morrer cedo”. No mesmo seguimento, importa destacar uma expressão em japonês “karoshi” que significa “morte por excesso de trabalho” traduzindo-se na última e extrema consequência do *burnout* (Schaufeli & Enzmann, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *burnout*, não como um diagnóstico médico, mas como um fenómeno ocupacional, traduzindo-se numa síndrome conceituada como sendo o produto do *stress* crónico, experienciado no local de trabalho, que não foi exposto a uma gestão adequada (Burri, Smyrk, Melegy, Kessler, Hussein, Tuttle & Clewley, 2020) comprometendo a qualidade de vida e saúde mental do indivíduo (Morales & Murillo, 2015).

O *burnout* define-se considerando três aspetos importantes: 1) os sentimentos de exaustão emocional uma vez que os recursos emocionais se esgotam ficando os trabalhadores com a sensação de incapacidade psicológica; 2) o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos e cínicos face aos clientes e 3) as atitudes negativas desenvolvidas face a si mesmo e ao seu trabalho, que levam o trabalhador a manifestar descontentamento e insatisfação perante as realizações e resultados do seu trabalho (Maslach & Jackson, 1981).

Importa ainda salientar que no início do processo de definição da SB, esta associava-se sobretudo a profissões que evoluíam essencialmente o contacto direto com pessoas. Não obstante, a partir da década de 80, este foi estendido a outras profissões tanto que, atualmente, sabemos que o mesmo é suscetível de ocorrer num vasto espectro de profissionais (Morales & Murillo, 2015).

Assim, segundo a revisão da literatura, a definição do *burnout*, integrada nos vários modelos explicativos, pode ser considerada através de quatro perspetivas: 1) clínica, abordada essencialmente por Freudenberger (1974); 2) sociopsicológica, inserida por Christina Maslach e Susan Jackson (1977); 3) organizacional, desenvolvida por Cherniss (1980) e, por fim, 4) a conceção socio-histórica, representada por Sarason (1983).

Na primeira concepção, Freudenberg (1974) define a SB não como um processo, mas como um estado, ou seja, segundo o autor, esta ocorre a partir da atividade profissional, no entanto, tem uma forte dependência das características pessoais (Freudenberg, 1974).

No que concerne à perspectiva sociopsicológica, as autoras Christina Maslach e Susan Jackson (1977) consideram o *burnout* como uma síndrome multidimensional, subdividindo-a em três dimensões: exaustão emocional; descrença e redução da eficácia, considerando as relações do trabalho e as características pessoais como sendo as maiores preditoras para o desenvolvimento da mesma (Maslach & Goldberg, 1998).

No que diz respeito à concepção organizacional, Cherniss (1980), destaca as variáveis organizacionais como sendo as maiores preditoras do *burnout*, salientando, do mesmo modo, que as suas três dimensões manifestam-se como sendo o produto de mecanismos de defesa perante situações dotadas de maior *stress* a nível organizacional, caracterizando o *burnout* como a perda de sentido do trabalho, do idealismo e do otimismo, bem como a ausência de simpatia e tolerância face aos clientes (Carlotto, 2012; Santos & Silva, 2021).

Por fim, na perspectiva de Sarason (1983), *burnout* é visto como uma consequência de um período de exacerbação da individualidade no pós-guerra vivido pela sociedade norte-americana. Aqui os indivíduos acabam por escolher as suas profissões em detrimento da noção de comunidade, o que resultou, mais tarde, em alienação e impessoalidade dos profissionais, devido à individualidade e competitividade, nomeadamente os que tinham a seu cargo atividades laborais que implicassem serviços de ajuda. Ou seja, para Sarason (1983), o impacto da sociedade e dos valores sociais são determinantes no surgimento da SB, onde o individualismo se sobrepõe a um sentido comunitário e de preocupação pelos outros (Benevides-Pereira, 2002; Thomé, Alencastro & Koller, 2014).

1.2 História e evolução da investigação do conceito de *Burnout*

1.2.1 Fases na evolução da sua investigação

O termo *burnout* teve origem nos anos 50, mais precisamente em 1953, no âmbito de um artigo publicado na *Psychiatric* por Schwartz e Will, referente a um estudo de caso intitulado de “Miss Jones”. Miss Jones era enfermeira psiquiátrica que passava por uma desilusão face à sua vida profissional, uma vez que estava perante uma enorme sobrecarga de trabalho ao mesmo tempo que não se sentia suficientemente recompensada pelo mesmo. Esta manifestava todos os sintomas que vieram a ser identificados mais tarde, como integrantes do esgotamento. Entre eles destacavam-se a

exaustão emocional, atitude de descrença e eficácia diminuída. Anterior ao termo “*burnout*”, subsistiam outras tentativas de caracterizar o estado mental de esgotamento, como “*overstrain*”, “*neurocirculatory astenia*”, “*surmenage*” e “*industrial fatigue*”. Estes termos referem-se a particularidades negativas das atividades ocupacionais vistos como integrantes da condição mental instável do trabalhador, todavia, nenhum dos termos supramencionados permaneceu dando lugar ao termo *burnout* (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Mais tarde, em 1974, Herbert J. Freudenberger, elaborou a sua primeira conceptualização desta problemática através da observação dos seus colegas na clínica destinada ao tratamento de toxicodependentes, em Nova Iorque. Dentre as suas observações pôde constatar que os seus colegas ao fim de algum tempo de trabalho começaram a manifestar paulatinamente, o decaimento de energia, idealismo e empatia em relação aos seus pacientes, além da ansiedade, depressão, esgotamento e desmotivação perante o trabalho. Posteriormente, Christina Maslach, psicóloga da Universidade de Berkeley, em 1982, desenvolveu um instrumento com o objetivo de mensurar os níveis de *burnout*, designado de Maslach *Burnout Inventory* (MBI). Na conceptualização deste termo, Maslach delimitou a SB aos profissionais que interagem predominantemente com pessoas na sua prática laboral. Restrição essa que mais tarde foi quebrada por Pines e Aronson, em 1988, que afirmaram o *burnout* como sendo suscetível a todos os profissionais das diversas áreas existentes (Morales & Murillo, 2015).

1.2.2 Modelos explicativos do *burnout*: conceptualização teórica

O *burnout*, tal como supracitado, começou por ser analisado do ponto de vista científico por Herbert J. Freudenberger (1926-1999). Este psiquiatra e psicanalista norte-americano, de origem alemã, comumente considerado o criador desta síndrome, na segunda metade do século XX, em 1970, com grande enfoque nas designadas profissões de ajuda que configuram vastos contactos sociais, um grande domínio de responsabilidade acompanhado de um elevado empenho no trabalho (Freudenberger, 1974). Exemplo dessas profissões são, efetivamente, áreas relacionadas aos cuidados de saúde e serviços sociais (Burri, et al, 2022). O autor definiu *burnout* como um estado de exaustão física e mental causada pela vida profissional (Freudenberger, 1974).

Freudenberger trabalhou nomeadamente com pessoas que sofriam com os efeitos do abuso crónico de substâncias ilícitas, ou seja, com toxicodependentes, na denominada Free Clinic. Esta tem mais do que um significado, incorporando como principal

característica o trabalho social e comunitário com o objetivo de promover mudanças na comunidade, adotando uma filosofia de vida comunitária (Freudenberger, 1974).

O autor afirma que o termo *burnout* começou por ser utilizado dentro da clínica por trabalhadores, uma vez que estes começaram por sofrer de esgotamento, manifestando estados de depressão, apatia e agitação, devido ao facto de a clínica funcionar durante o horário pós-laboral (18h-22h) de segunda a sexta-feira. Ou seja, após 12 horas de trabalho muitos dos profissionais de saúde voluntários desta clínica, trabalhavam as horas pós-laborais o que desencadeou os estados de espírito supracitados. Do mesmo modo, de forma a descrever os efeitos do abuso crónico de drogas, Freudenberger usou o termo “esgotamento” (Fontes, 2020).

No mesmo seguimento, o autor subdividiu sinais físicos e sinais comportamentais como sensação de cansaço, exaustão e fadiga, dores de cabeça com elevada frequência, distúrbios gastrointestinais, insónias, falta de ar, dificuldades em controlar as emoções e sentimentos, traduzindo-se em irritação constante e respostas frequentes de frustração respetivamente (Carvalho et al., 2021; Fontes, 2020).

Ainda no que concerne aos sinais, destacam-se atitudes de suspeita e paranoia, em que o indivíduo sente que todos o querem prejudicar tornando-se numa pessoa rígida, teimosa e inflexível, agindo e parecendo deprimida. Concomitantemente, indivíduos em risco de esgotamento psicológico sentem uma necessidade de dar que não corresponde à realidade, pelo que vão deixando de atender às suas altas expectativas dando lugar a sentimentos de culpa e situando as suas necessidades e desejos em segundo plano (Fontes, 2020).

Apesar de Freudenberger ter usado o termo *burnout* pela primeira vez, foi Christina Maslach que se destacou pelo seu estudo mais aprofundado e por isso também reconhecida como sendo uma das pesquisadoras pioneiras. É também autora do Maslach Burnout Inventory (MBI), um instrumento de medida do *burnout*. Assim, os autores Maslach, Jackson e Leiter, numa perspetiva mais psicossocial, em 1991, definem *burnout* como o resultado do *stress* crónico experienciado no local de trabalho, bem como a exaustão emocional, cinismo, descrença e insatisfação face ao desempenho laboral, desencadeando a diminuição da eficácia. Estes fatores acompanham também, as rotinas diárias e as expectativas frustradas (Maslach & Jackson, 1981).

Ainda no que concerne aos modelos teóricos explicativos desta síndrome destacam-se: o Modelo Progressivo de Edelwich e Brodsky (1980); o Modelo da Síndrome de *Burnout* de Cherniss (1980); o Modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983); o Modelo de Leiter (1988) e, por fim, o Modelo Geral Explicativo da Síndrome de *Burnout* de Maslach e Jackson (1981).

1.2.2.1 Modelo de Edelwich e Brodsky (1980)

Segundo Edelwich e Brodsky (1980), a SB refere-se à perda de idealismo, energia e objetivos, experienciados por indivíduos que têm profissões de ajuda. Estes autores defendem que o *burnout* se processa ao longo do tempo, segundo quatro etapas. A primeira corresponde ao idealismo e entusiasmo, a segunda à estagnação, a terceira à apatia e, por último a quarta refere-se ao distanciamento.

O entusiasmo e idealismo correspondem a uma fase inicial da atividade laboral. Aqui as expectativas irrealistas, altos níveis de comprometimento, elevado gasto de energia e superidentificação com os clientes, são características presentes no trabalhador, o que o torna de forma voluntária, excessivamente envolvido no trabalho. Já a segunda etapa correspondente à estagnação, diz respeito ao contínuo desempenho por parte dos trabalhadores, no entanto, aqui, começam a apresentar alguma insatisfação com determinados aspetos relacionados com o trabalho, como é o caso de longas horas de atividade, baixos salários ou falta de oportunidade de promoção, passando a uma maior desvalorização do mesmo. Por conseguinte, a apatia refere-se à proteção face ao sofrimento e desapontamento por parte dos trabalhadores, o que os leva a tornarem-se cínicos e emocionalmente distantes. Segundo os autores, esta está associada à frustração devido à consciencialização das expectativas irreais despoletando falta de interesse, bem como maior questionamento face ao sentido da profissão. Por último, o distanciamento refere-se à fase que consiste na frustração contínua por parte do indivíduo perante o seu trabalho, conduzindo a uma desvalorização e distanciamento face ao mesmo (Edelwich & Brodsky, 1980).

Estes autores defendem ainda que este processo pode ser cíclico, uma vez que existe a possibilidade de se repetir várias vezes no decorrer da vida profissional (Edelwich & Brodsky, 1980).

1.2.2.2 Modelo de Cherniss (1980)

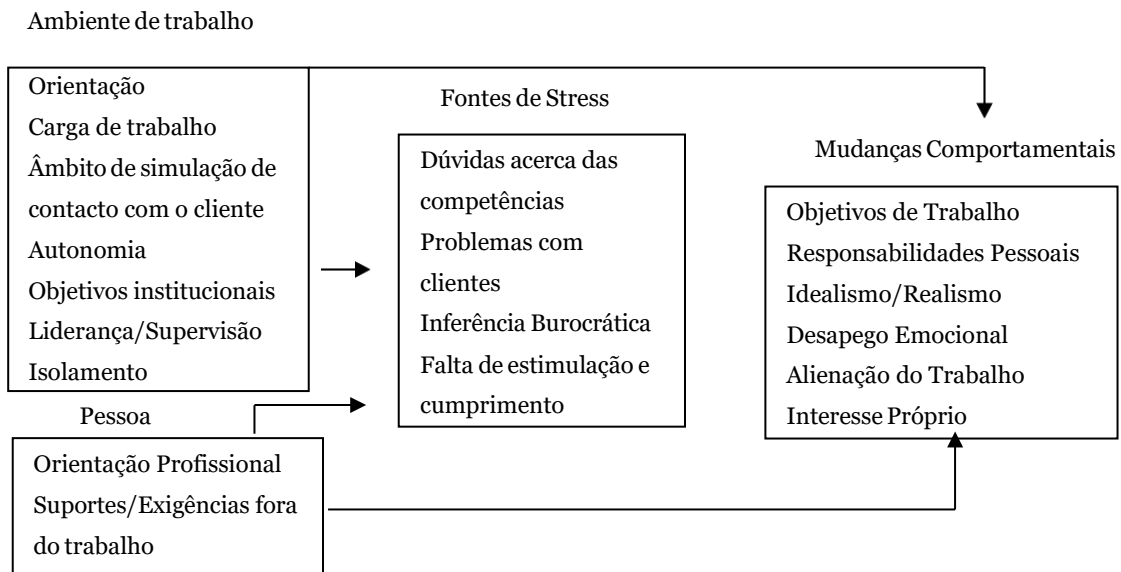
Na perspetiva de Cherniss (1980), o *burnout* é um processo que decorre de forma progressiva, sendo o produto das adaptações que o sujeito tem que realizar sucessivamente face ao desenvolvimento do stress decorrente de fatores organizacionais e fatores pessoais. Neste modelo, a SB diz respeito a um processo que envolve três etapas (Vara, 2007).

A primeira etapa refere-se ao desequilíbrio entre os recursos do indivíduo e as exigências impostas pelo trabalho o que direciona à segunda fase, designada de tensão em que o sujeito caracteriza o seu trabalho como *stressante* e frustrante experienciando maior cansaço físico e psicológico, desenvolvendo, posteriormente, maior ansiedade e

tensão. Desta forma, começa a ter em maior consideração os seus interesses pessoais em oposição aos interesses de terceiros. Por último, a terceira fase refere-se às mudanças de comportamento face aos sentimentos de fracasso caracterizando-se como mecanismos de autodefesa ou de autoproteção (Vara, 2007).

Assim, o autor considera o *burnout* como o resultado de atitudes negativas, metas de trabalho reduzidas, distanciamento emocional face aos clientes e aumento do interesse pessoal. Estas características consideram-se como o resultado do enfrentamento inadequado dos problemas (Burke & Greenglass, 1995).

Figura 1. Versão modificada do modelo de Cherniss do processo de *burnout*

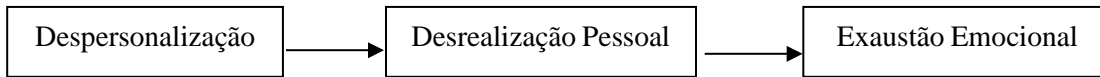


Fonte: Adaptado de Burke & Greenglass, 1995

1.2.2.3 Modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983)

Segundo Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), o *burnout* é um conceito multidimensional que envolve, a despersonalização (descrença), a reduzida realização pessoal (baixa eficácia) e a exaustão emocional. Na sua perspetiva, a despersonalização toma a primeira posição relativamente às restantes dimensões, seguida da reduzida realização pessoal e, por fim, a exaustão emocional (Lee & Ashforth, 1986). Assim, o processo de *burnout*, segundo estes autores, tem início na atribuição de culpa do mal-estar por parte dos profissionais aos indivíduos a quem se destina o seu trabalho (Benevides-Pereira, 2002), o que conduz a um sentimento de fracasso despoletando, num último nível, a exaustão emocional (Lee & Ashforth, 1986).

Figura 2. Modelo de Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1983



Fonte: Benevides-Pereira, 2002

Importa destacar, ainda, que este modelo sugere que a SB desenvolve-se em oito fases, adotando dois tipos de dicotomizações (baixa e alta) (Parker & Salmela-Aro, 2011). Desta forma, níveis elevados de despersonalização têm influência negativa na dimensão da realização pessoal e, por sua vez, níveis elevados nestas duas dimensões influenciam, de forma negativa, a dimensão de exaustão emocional.

Tabela 1 - Modelo das fases do processo de burnout de Golembiewski e colaboradores, 1983

	1	2	3	4	5	6	7	8
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	A	A	B	B	A	A
Exaustão Emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

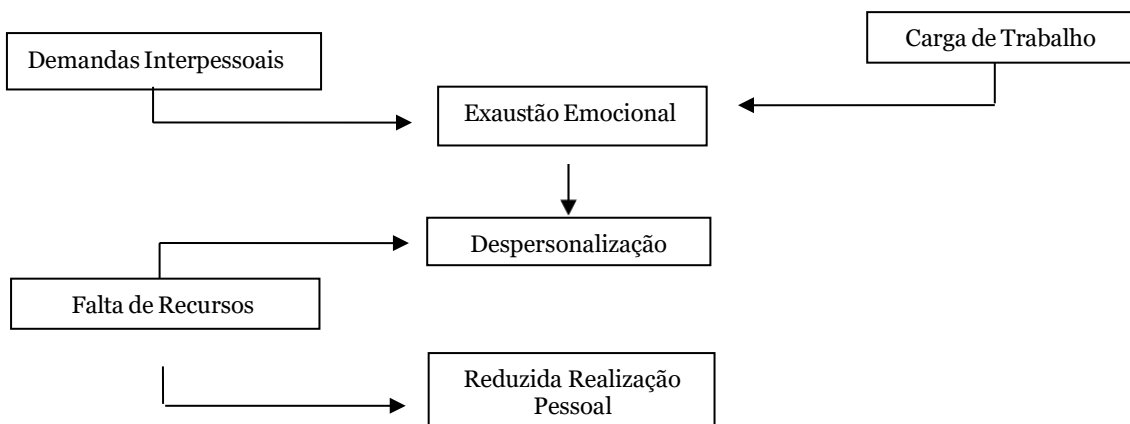
A= Valor alto em relação à média; B= Valor baixo em relação à média

Fonte: Benevides-Pereira, 2002

1.2.2.4 Modelo de Leiter (1993)

De forma oposta ao modelo anterior, para Leiter (1993) o desenvolvimento do *burnout* inicia-se pela exaustão emocional provocada por processos interpessoais e por características do ambiente e carga de trabalho. Posteriormente, ocorrem as reações de defesa face aos efeitos experienciados, no momento em que o indivíduo se isola passando a tratar as pessoas que o rodeiam com indiferença, a designada despersonalização (descrença). Por outro lado, devido à escassez de recursos quer pessoais, quer institucionais, tanto o desenvolvimento da despersonalização como a falta de comprometimento com o trabalho são influenciados levando à baixa realização (eficácia) pessoal face às atividades profissionais (Benevides–Pereira, 2002).

Figura 3. Modelo de Leiter (1993)



Fonte: Benevides-Pereira, 2002

1.2.2.5 Modelo Geral Explicativo da Síndrome de Burnout de Maslach e Jackson (1981): Dimensões do burnout

A conceptualização do *burnout* de Maslach e Jackson (1981) é a mais aceita na literatura. Assim importa destacar que estes definem a SB como um conceito tridimensional, no sentido de ser constituída, particularmente, por três dimensões interligadas: a exaustão emocional, a despersonalização (descrença) e a diminuição da realização (eficácia) pessoal. Segundo estes autores, o *burnout* diz respeito a um tipo de resposta a stressores emocionais e interpessoais crônicos na atividade laboral. De igual forma, insere-se num contexto de relações sociais complexas, uma vez que abrange a conceção do indivíduo, de si próprio e dos o que rodeiam (Maslach & Goldberg, 1998).

Deste modo, e pegando nas suas dimensões, a exaustão emocional refere-se aos sentimentos do indivíduo fisicamente sobrecarregado e esgotado ao nível dos seus recursos emocionais, sendo as principais causas dessa exaustão advindas do trabalho e de conflitos pessoais relacionados ao mesmo. Caracteriza-se essencialmente pelo desgaste, perda de energia, esgotamento, debilitação e fadiga. Assim, esta dimensão representa de forma acentuada o *stress* que leva ao *burnout* (Maslach & Goldberg, 1998).

Por outro lado, a despersonalização (descrença) relaciona-se às respostas negativas, à insensibilidade ou ao superlativo distanciamento face aos outros sujeitos, o que despoleta a perda de idealismo e maior irritabilidade, conduzindo ao desapego e, posteriormente, à desumanização. Esta dimensão representa, assim, a componente interpessoal do *burnout* (Maslach & Goldberg, 1998).

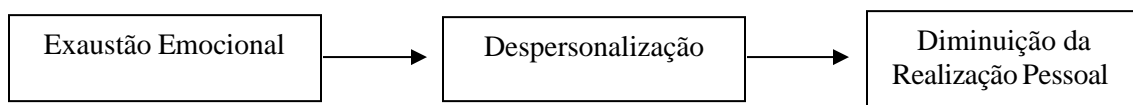
Por último, a diminuição da realização (eficácia) pessoal corresponde ao declínio dos domínios de competência e produtividade face ao trabalho, podendo o sentimento de redução de autoeficácia estar associado à baixa autoestima, sentimentos de ineficácia quer a nível pessoal, quer a nível profissional, traduzindo-se em fracasso e em sintomatologia depressiva. Esta sintomatologia pode agravar devido à falta de apoio social, bem como à escassez de oportunidades de desenvolvimento profissional. Esta dimensão do *burnout* associa-se à componente de autoavaliação (Maslach & Goldberg, 1998).

As três dimensões supracitadas são muito visíveis em experiências de profissionais de saúde, uma vez que nestas áreas, existem muitas experiências emocionais significativas associadas à relação entre o profissional de saúde e o paciente. Ao contrário de experiências gratificantes e edificantes como é o caso da recuperação dos pacientes, outras são emocionalmente desgastantes e *stressantes* para o profissional de

saúde. Exemplos dessas situações são: trabalhar com pacientes difíceis ou desagradáveis, ter que comunicar aos pacientes ou familiares notícias menos esperadas e que são chocantes ou delicadas, bem como lidar com a morte de pacientes ou até ter conflitos com os colegas de trabalho (Maslach & Goldberg, 1998).

Assim, a compilação destes acontecimentos leva, efetivamente, à exaustão emocional, pelo que muitos dos profissionais, de forma a protegerem-se, adotam comportamentos de evitamento, diminuindo a sua compaixão para com os doentes, permanecendo um distanciamento psicológico e uma objetividade desapegada. Esta postura desencadeia, portanto, uma percepção negativa e despersonalizada dos pacientes e ao declínio da qualidade dos cuidados prestados (Maslach & Goldberg, 1998).

Figura 4. Processo de *burnout* segundo o Modelo de Maslach e Jackson (1981)



Fonte: Adaptado de Maslach & Goldberg, 1998

1.3 Causas da Síndrome de *Burnout*

1.3.1 Variáveis Individuais e Variáveis do contexto laboral

1.3.3.1 Variáveis individuais

Após ter sido elaborada uma revisão do conceito de forma mais aprofundada, importa ainda referir os antecedentes propensos ao desenvolvimento desta síndrome podendo ser definidos a partir da natureza individual ou da natureza organizacional.

Desta forma, referente aos fatores de origem individual, entre diversas particularidades, destacam-se características do indivíduo nas quais se incluem variáveis sociodemográficas como, o género, idade, habilitações literárias, estado civil e tempo de trabalho na organização.

Assim, no que concerne à variável género, os estudos feitos até ao momento sugerem que o género feminino apresenta níveis de *burnout* mais elevados em comparação com o género masculino. No entanto, no que diz respeito à dimensão de despersonalização, os homens tendem a demonstrar uma pontuação superior às mulheres. Uma possível explicação reside no facto de as mulheres serem dotadas de uma maior competência de socialização pelo que apresentam maior cuidado e preocupação com o próximo, estando menos propensas a responder de forma insensível e impessoal

face aos que as rodeiam. Por outro lado, a elevada insatisfação no trabalho manifestada pelos homens pode ser explicada pelas elevadas expectativas de sucesso, bem como a necessidade de uma maior competência, realização e identidade no trabalho (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Jackson 1985; Campos, 2020).

A idade, constitui-se como uma variável preditora, tendo uma relação significativa com o surgimento de *burnout*, isto é, segundo alguns estudos, indivíduos em faixas etárias mais novas manifestam maiores níveis de *burnout* do que indivíduos mais velhos. Na perspetiva de Maslach e Jackson (1981), este aspeto pode ser explicado pela maior probabilidade de ocorrência desta síndrome nos primeiros anos de prática profissional e pela não resistência às exigências do próprio local de trabalho o que indicia a um maior abandono desse mesmo local por parte de indivíduos mais novos (Maslach & Jackson, 1981; Campos, 2020).

Por conseguinte, no que se refere às habilitações literárias, é possível verificar uma associação entre as diferentes carreiras e as taxas de *burnout*. Deste modo, indivíduos com maiores níveis de escolaridade experienciam maiores taxas de *burnout* uma vez que, ao possuírem níveis elevados de habilitações literárias, adquirem maiores expectativas em relação ao seu futuro, visto que um diploma universitário pode ser significado de uma maior garantia de ingresso em empregos onde as taxas de remuneração são, efetivamente maiores e, conseqüentemente, maior prestígio, reconhecimento e poder. Na realidade, se esta idealização não suceder, estes indivíduos experienciam maiores níveis de sofrimento, infelicidade e insatisfação (Maslach & Jackson, 1985; Câmara, Mateus & Pires, 2004; Campos, 2020).

No que concerne ao estado civil, segundo Maslach e Jackson (1981), profissionais solteiros e divorciados demonstram maiores níveis de *burnout* relativamente a profissionais que são casados, nomeadamente, na subescala de exaustão emocional (Maslach & Jackson, 1981; Campos, 2020).

Posteriormente, estudos realizados no âmbito do surgimento do *burnout*, demonstram que indivíduos com filhos apresentam menores níveis desta síndrome do que indivíduos que não têm. Este aspeto pode ser explicado pelo facto de sujeitos com famílias para sustentar adquirirem uma visão diferente face ao seu trabalho, pelo que o salário, segurança e benefícios a longo prazo estarão num primeiro plano em comparação com a competição e poder. Outra explicação pertinente, é que a vida familiar prepara os sujeitos para a socialização com outras pessoas, encarando uma visão diferenciada no que concerne à resolução de problemas, de conflitos, à comunicação interpessoal e à redução do sofrimento emocional, adquirindo uma perspetiva mais equilibrada face às respostas direcionadas às crises (Maslach & Jackson, 1985).

Outro aspeto importante a salientar é a personalidade. Na perspetiva de Allport (1937), a personalidade diz respeito a uma “organização dinâmica, intrínseca ao indivíduo, dos sistemas psicofísicos, que determinam o seu comportamento característico, bem como os seus pensamentos”. Este autor focalizou-se no termo traços de personalidade, sendo que estes dizem respeito a predisposições, assegurando a estabilidade dos comportamentos ao longo do tempo, bem como das diversas situações de vida do indivíduo, influenciando acentuadamente a perceção dos acontecimentos (Hansenne, 2003). Deste modo, considerando o modelo teórico *Big Five* (Extroversão, Neuroticismo; Abertura à Experiência; Amabilidade e Conscienciosidade) (Bakker, Zee, Lewig & Dollard, 2002), a extroversão é descrita como a tendência a ser autoconfiante, dominante, ativo, otimista demonstrando emoções positivas de forma frequente e reavaliando os problemas de forma positiva. Desta forma, segundo alguns estudos a extroversão tem uma relação negativa com o esgotamento (Bakker et al., 2002; David & Quintão, 2012).

De igual modo, a amabilidade, caracterizada pelo altruísmo, cuidado, e carinho, analisada em alguns estudos, pode afirmar-se que tem uma relação negativa com o *burnout*, quer na exaustão emocional, despersonalização (descrença), quer na realização (eficácia) pessoal (Bakker et al., 2002; David & Quintão, 2012; Bernardino, 2021).

Por outro lado, no que concerne à conscienciosidade esta é descrita pela autodisciplina, esforço de realização e dever de competência. Segundo alguns estudos, esta dimensão da personalidade encontra-se positivamente relacionada nomeadamente com a dimensão de realização (eficácia) pessoal do *burnout* (Bakker et al., 2002; David & Quintão, 2012).

Concomitantemente, no que se refere ao neuroticismo, este é frequentemente associado ao medo, irritabilidade, baixa autoestima, ansiedade social, reduzida inibição dos impulsos e desamparo. Indivíduos com altos níveis de neuroticismo parecem usar estratégias de enfrentamento evitativas e distrativas, por exemplo, a negação, pensamento positivo e autocrítica, ao invés de estratégias de abordagem como a resolução de problemas de forma proativa. É importante salientar ainda, que o neuroticismo está correlacionado a fortes reações emocionais face a situações stressantes conduzindo à doença física e ao desenvolvimento de psicopatologia. De acordo com a realização de alguns estudos, é possível verificar que indivíduos que apresentam maiores níveis de neuroticismo encontram-se mais propensos a experienciar sentimentos de exaustão emocional, menor realização (eficácia) pessoal e, em caso de ter uma profissão da área da saúde, tende a manifestar maior desumanização para com os pacientes. Desta forma, é coerente afirmar que segundo alguns estudos, existe uma relação positiva entre

o neuroticismo e as três dimensões do *burnout* (Bakker et al., 2002; Brown et al., 2019; Bernardino, 2021).

Por fim, a abertura à experiência associa-se à utilização do humor como forma de lidar com o *stress*. Assim pessoas que pontuam alto nesta dimensão, tendem a avaliar as situações stressantes como menos ameaçadoras. Ao contrário das dimensões anteriores, segundo análise de algumas pesquisas, não foram encontradas relações significativas entre a abertura à experiência e o esgotamento (Bakker et al., 2002; David & Quintão, 2012).

1.3.3.2 Variáveis da atividade laboral

Segundo a revisão da literatura, a sobrecarga de trabalho, bem como a sobrecarga da pressão de tempo, têm uma forte relação com o surgimento da SB, nomeadamente no que se refere à componente de exaustão emocional. Segundo Maslach e Leiter (1999), indivíduos que não conseguem recuperar das exigências do trabalho estão mais predispostos à exaustão crónica.

Na perspetiva de outros autores, pode-se acrescentar ainda que outros fatores são preditores da SB como a ambiguidade de papéis, o conflito de papéis (Low, Cravens, Grant & Moncrief, 2001) e a relação com o cliente (Cordes & Dougherty, 1993).

Destacam-se ainda, outras características como a falta de autonomia na tomada de decisões na organização, o que impede a liberdade de ação e a independência profissional. Do mesmo modo, as mudanças organizacionais que ocorrem de forma frequente traduzem-se num aumento de insegurança por parte do trabalhador. A falta de confiança, respeito e consideração entre os elementos da equipa profissional provoca relações e climas sociais prejudiciais. A comunicação ineficiente, também se salienta, uma vez que, implica maior lentificação da disseminação da informação (Trigo et al., 2007).

A dificuldade em ascender na carreira, diminui a estimulação no indivíduo, pondo em causa o seu próprio valor profissional e no domínio das instalações, quando expostos a muito calor, muito frio, ruídos excessivos, iluminação insuficiente, falta de higiene e risco tóxico e mesmo risco de vida provocam sentimentos de medo, ansiedade e de impotência (Trigo et al., 2007).

1.4 Consequências da Síndrome de *Burnout*

Na perspetiva de Gil-Monte, a SB é um problema de saúde pública, pelo que importa considerar as suas implicações quer na saúde física, quer na saúde mental, com o compromisso da sua qualidade de vida. Assim, as consequências do *burnout* podem

traduzir-se em declínios nos vários domínios da vida do indivíduo, como o físico, emocional, cognitivo, comportamental, social, existencial e laboral (Marôco et al., 2016).

Segundo a revisão da literatura, quando não é devidamente tratado, pode tornar-se na causa de um elevado desgaste físico traduzindo-se em cefaleias, dispneia, tonturas, sudorese, dores e tensão muscular, perturbações do sono e do apetite, aumentando as hospitalizações por doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, infartos, entre outros). Distúrbios musculoesqueléticos foram, igualmente, associados de forma positiva ao *burnout*, ou seja, níveis elevados de *burnout* têm relação com o aumento do risco de desenvolver dores musculares ou osteomusculares (na nuca e ombros; na região das colunas cervical e lombar). Alguns estudos investigaram, também, o esgotamento como sendo um fator de risco para a fadiga prolongada; problemas gastrointestinais (gastrites e até úlceras); problemas respiratórios (suspiros profundos, bronquite, asma); imunodeficiência com gripes constantes, com afeções na pele (alergias, queda de cabelo); disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens) e alterações menstruais nas mulheres (Trigo et al., 2007; Salvagioni et al., 2017).

Do mesmo modo, em relação ao psiquismo, o indivíduo com *burnout* pode apresentar: falta de concentração; alterações de memória (evocativa e de fixação); lentificação do pensamento; sentimento de solidão; impaciência; sentimento de impotência; labilidade emocional; forte irritabilidade; ira; ansiedade; apatia; anedonia; desânimo; desesperança; depressão; baixa autoestima e despersonalização. No que concerne à sintomatologia depressiva, é pertinente destacar que de acordo com a realização de alguns estudos, verifica-se o aumento do consumo de antidepressivos (Trigo et al., 2007; Marôco et al., 2016).

Ao nível comportamental, o *burnout* afeta a comunicação, podendo dar lugar à agressividade; evitamento e reatividade; aumento do consumo de substâncias como o tabaco, o álcool, café, e as drogas, bem como a automedicação. Por outro lado, podem também advir dificuldades nos relacionamentos sociais, manifestando-se um menor envolvimento e empatia, o que, desencadeia relações dotadas de sarcasmos e cinismos (Trigo et al., 2007; Marôco et al., 2016; Santos, 2021).

Ademais, ao nível existencial, o indivíduo com *burnout* depara-se com conflitos de crenças e valores, o que altera a visão do ser humano, aumentando, assim, os níveis de raiva e revolta perante a vida (Trigo et al., 2007; Marôco et al., 2016).

Por fim, no domínio laboral, esta síndrome aumenta os atrasos, o absentismo, as baixas médicas, bem como, um elevado número de erros na realização do trabalho, como mau atendimento, procedimentos equivocados, negligência e imprudência, levando a uma diminuição da realização profissional, assim como da sua eficácia e produtividade.

Desta maneira, o indivíduo mergulha numa espiral de sofrimento, levando em casos extremos ao suicídio (Abreu et al., 2002; Trigo et al., 2007; Marôco et al., 2016).

Segundo Frاسquilha (2005), quatro fases explicam o desenvolvimento das componentes integrantes da SB: Idealismo, Insatisfação, Alheamento e Exaustão.

A primeira, “Fase de lua-de-mel/IDEALISMO”, diz respeito à fase inicial da atividade laboral, onde o indivíduo percebe o trabalho como sendo perfeito e apesar de exigente, é apaixonante. A par deste aspeto junta-se a existência de muitas expectativas em relação ao sucesso e onde as vicissitudes são consideradas como superáveis. Deste modo, o trabalhador, nesta fase, encontra-se entusiasmado, dedicado e com alta produtividade exprimindo elevado espírito de cooperação interpessoal. Relativamente às atitudes face às tarefas, aos colegas, aos clientes e à organização são positivas e construtivas. Pode afirmar-se, assim, que aqui, o indivíduo está na fase positiva de *eustress* (Frasquilha, 2005).

Por conseguinte, a segunda, “Fase do despertar/INSATISFAÇÃO” refere-se à desilusão, insatisfação e ressentimento experienciado pelo indivíduo, produto do somatório das elevadas expectativas que não são correspondidas de forma satisfatória. Assim, o trabalho passa a ser percebido como menos estimulante, os colegas e a organização são menos perfeitos e os clientes são tidos como menos merecedores de dedicação. Posto isto, o indivíduo atribui uma maior dedicação à profissão de forma que as suas expectativas sejam correspondidas. Não obstante, como este tarda, instalam-se a fadiga física e mental, o tédio, o pessimismo, a desmotivação bem como um elevado espectro de sintomas físicos inespecíficos, associado à ansiedade por frustração de expectativas, fragilizando-se, progressivamente, o autoconceito. Começam a instalar-se conflitos nas equipas de trabalho (Frasquilha, 2005).

A terceira, “Fase de chamuscado/*brownout*/ALHEAMENTO” engloba a fadiga crónica produto do entusiasmo inicial e da persistência secundária. A realização do trabalho é dificultada por um conjunto de sintomas físicos, emocionais e relacionais de sofrimento, ressentindo-se a produtividade o que leva a um aumento de erros. Posteriormente, assiste-se a um isolamento, fuga a contactos interpessoais, maior irritabilidade, criticismo, conflito, negativismos e sintomas ansiosos e depressivos predispondo o indivíduo a uma maior vulnerabilidade a doenças somáticas. Assiste-se ainda a comportamentos de “escape” como maior consumo de tabaco e álcool, uso de tóxicos, alterações na alimentação (*binge eating*), da sexualidade, compulsão de compras, entre outros. A culpa pelas dificuldades é projetada nos colegas, superiores, na organização e no sistema (Frasquilha, 2005).

Por último, a “Fase de calcinação/*burnout*/EXAUSTÃO” envolve o desespero, experienciando a sensação de falha global em relação ao trabalho caracterizado como

emocionalmente desgastante. Aqui, surgem sentimentos de vazio, de que nada poderá ser alterado e de que ninguém poderá ajudar, predominando a depressão. Salienta-se ainda o facto de que é visível um elevado evitamento de tudo e de todos aqueles que se relacionam com a profissão, caracterizado pelo pessimismo, absentismo, improdutividade e caos. Estes aspetos podem levar muitas vezes ao abandono do local de trabalho ou mesmo da profissão. Num estágio final de desespero podem surgir AVC's, coronariopatias e até o suicídio (Frasquilho, 2005).

1.5 Síndrome de *Burnout* em Estudantes de Medicina

Considerando o conhecimento como um fator fundamental para o desenvolvimento humano, a universidade tem como principal objetivo a formação dos alunos na sua íntegra. Não obstante, este aspeto essencial pode, igualmente, contribuir para o surgimento de pontos negativos nos alunos, desde as constantes avaliações, passando pelas pressões do tempo à insatisfação associada à escolha do próprio curso (Moura et al., 2019).

Estes estudantes constituem-se, assim, como uma população alvo significativa propensa ao desenvolvimento da SB uma vez que envolve a gestão de uma série de atividades incluídas nos vários domínios de vida destes indivíduos. Por exemplo, as pressões socioeconómicas, como as relações com os pares e com os docentes, a carga horária, bem como, a realização de testes e momentos de avaliação a que são submetidos. Desta forma, perante os aspetos supracitados, é notório que o quotidiano destes estudantes é marcado por um aumento dos níveis de *stress*, por sentimentos de dúvida, decepção, ansiedade, medo, tristeza, raiva, angústia, e ainda, baixa autoestima (Tarnowski & Carlotto, 2007).

Assim e tal como já foi abordado, os sintomas de *burnout* nesta população são idênticos aos que surgem noutras populações, destacando-se a sensação de exaustão emocional e cognitiva derivada das exigências do ensino superior, o que pode conduzir ao desgaste e declínio da saúde física e mental (Moura et al., 2019).

No que concerne às dimensões desta síndrome e seguindo a mesma lógica de cada uma em trabalhadores da área da saúde, em estudantes de medicina, a exaustão emocional poderá associar-se à superação dos recursos emocionais em virtude das exigências do próprio estudo, sendo evidente uma série de sensações como cansaço físico e mental, desânimo, *stress*, irritabilidade, cefaleias, dores musculares e alterações de sono. Por sua vez, a despersonalização (descrença) poderá relacionar-se à atitude negativa, indiferente e ao excessivo distanciamento quer dos estudos, quer dos colegas e professores. Em contrapartida, na desrealização (eficácia) pessoal, destacam-se os sentimentos de ineficácia e baixo rendimento académico conduzindo a sentimentos de

baixa competência, baixa autoestima, inferioridade, insuficiência, insegurança, bem como, diminuição de êxito e de realização (Moura et al., 2019).

Na perspectiva de Martín Monzón (2007), o *stress* académico diz respeito a um fenómeno de elevada complexidade o que requer a análise de variáveis interrelacionadas como os stressores académicos, a experiência subjetiva do próprio *stress*, moderadores do *stress* e ainda os efeitos do *stress* no âmbito universitário.

Segundo Jacobs e Dodd (2003), níveis elevados de *burnout* em estudantes universitários estão relacionados a características de personalidade, essencialmente a um temperamento negativo tal como a um excesso de trabalho escolar subjetivo. Por outro lado, baixos níveis de *burnout* estão associados a um temperamento positivo, bem como, à participação em atividades extracurriculares e a um elevado suporte social, nomeadamente, de amigos.

É evidente que estudantes da área da medicina requerem uma maior preocupação devido às características da mesma, uma vez que exige mais tempo, maior responsabilidade inicial e ainda um elevado nível físico e envolvimento psicológico com as doenças e sofrimento dos indivíduos, tornando-os mais vulneráveis ao *stress* e ao esgotamento emocional (Andrade et al., 2021).

Segundo a literatura, estudantes universitários da área da saúde, incluindo, estudantes de medicina, atravessam uma série de dificuldades e stressores psicossociais ao longo da sua formação, das quais se destacam: a falta de métodos de estudo, sensações experienciadas em sala de aula e em estágios e contacto com a intimidade tanto corporal, como emocional dos clientes (Tarnowski & Carlotto, 2007).

No que concerne ao atendimento, estes deparam-se com dificuldades na assistência a pacientes difíceis e hostis, bem como, a pacientes com doenças terminais, envolvendo impugnações ao nível da relação com dilemas éticos, receio de contrair infeções e ainda, de cometer erros. Ao nível pessoal, estes estudantes deparam-se com a dificuldade de gerir o seu tempo entre trabalho e momentos de lazer, não tendo muitas vezes tempo para se relacionarem com a família, amigos e até com as suas próprias necessidades pessoais, compreendendo conflitos emocionais desenvolvidos através do próprio contacto com os clientes, dúvidas e ainda preocupações com a capacidade de reter toda a informação necessária lecionada ao longo do curso, questionando-se ainda, acerca dos seus ganhos económicos no futuro (Tarnowski & Carlotto, 2007).

1.6 Autocompaixão

Iniciando por uma perspectiva budista e por um pensamento filosófico oriental, compaixão diz respeito ao envolvimento com o nosso próprio sofrimento, bem como com

o sofrimento dos outros. Esta engloba a sensibilidade à experiência do sofrimento em conjunto com o desejo de aliviar esse mesmo sofrimento, adotando comportamentos calorosos. Desta forma, para saber o que realmente é compaixão, o indivíduo necessita primeiramente de reconhecer a dor. Para isso, precisa de parar e de sair do seu quadro de referências habitual permitindo-se ver o mundo na perspectiva do outro (Pinto-Gouveia et al., 2011).

Já na perspectiva da psicologia ocidental, e de uma forma mais geral, o termo compaixão diz respeito ao agrupamento de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos, que expõe o sofrimento dos outros, bem como, o sofrimento do próprio indivíduo, conduzindo a uma interpretação não avaliativa, tendo sempre em consideração o alívio desse mesmo sofrimento, disponibilizando tolerância, paciência e bondade face aos outros (Pinto-Gouveia & Castilho, 2012).

Assim e por definição, autocompaixão refere-se à compaixão de um indivíduo, envolvendo gentileza, amabilidade, atenciosidade e compreensão face a si mesmo quando se encontra perante falhas ou adversidades, validando o próprio sofrimento ao mesmo tempo que procura aliviá-lo de forma positiva (Neff & Beretvas, 2013). Portanto, a autocompaixão abrange a visão da própria experiência à luz da experiência humana, identificando o sofrimento, o fracasso e as inadequações como partes da condição humana e que todos os indivíduos são dignos de compaixão. O indivíduo ao ter autocompaixão permite-se a uma maior segurança emocional e ainda, possibilita entender e corrigir de forma mais eficaz os seus padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos desadaptativos (Neff, 2003; Cardoso, 2021).

Ou seja, a autocompaixão exige ao indivíduo que não evite nem reprima as suas emoções e sentimentos mais dolorosos de maneira que tenha a capacidade de reconhecer a sua experiência, isto é, requer uma atividade metacognitiva (Pinto-Gouveia & Castilho, 2012). Deste modo, a aquisição de uma atitude compassiva em relação a si mesmo, reivindica um equilíbrio mental, conhecido como *mindfulness* (Neff, 2003).

Na perspectiva de Neff (2003), a autocompaixão refere-se a uma atitude calorosa e de aceitação dos aspetos negativos do *self* ou da vida e engloba três componentes básicas: autobondade versus autojulgamento; humanidade comum versus isolamento, e *mindfulness* versus superidentificação. A primeira refere-se à apreensão da bondade e compreensão de si mesmo, ao invés do autojulgamento severo e da autocrítica. Por sua vez, a segunda componente envolve a visão das experiências como algo que faz parte da condição humana ao contrário de algo que é separado ou isolado. Por fim, a última, refere-se aos pensamentos e sentimentos negativos de alguém com equilíbrio mental, ao invés de se identificar de forma excessiva com esses mesmos pensamentos e sentimentos dolorosos. Embora estas três componentes sejam diferentes ao nível conceptual e

fenomenológico, são interdependentes interagindo entre si de maneira a criar um estado de espírito autocompassivo (Neff, 2003).

De acordo com alguns estudos realizados, sabe-se que maiores níveis de autocompaixão estão associados a menores níveis de ansiedade e depressão, funcionando como uma estratégia de regulação emocional de elevada importância (Pinto-Gouveia & Castilho, 2012). Uma das explicações reside na sua relação com a ausência de autocritica, sendo esta considerada como um elevado preditor das duas perturbações supramencionadas (Neff & Dahm, 2014).

Ainda segundo Neff (2003), indivíduos com autocompaixão tendem a ruminar muito menos. Isto porque a presença de autocompaixão, permite a quebra do ciclo de negatividade aceitando a imperfeição inerente à condição humana com bondade.

Importa ainda realçar que apesar da autocompaixão colaborar na diminuição da negatividade, não afasta as emoções negativas de forma aversiva. Ou seja, indivíduos com autocompaixão encontram-se menos propensos a suprimir pensamentos e emoções indesejados em relação aos que não têm autocompaixão, estando mais propensos ao reconhecimento, validade e importância das suas próprias emoções (Neff & Dahm, 2014).

A estimulação do desenvolvimento da autocompaixão auxilia, portanto, na diminuição das tendências autocríticas destrutivas, permitindo ao indivíduo reconhecer a sua interconexão com os outros, bem como, lidar com as suas emoções de forma mais clara e prudente (Neff, 2003).

De acordo com alguns estudos, sabe-se que existe uma correlação negativa entre a autocompaixão e a SB, uma vez que, segundo a literatura, indivíduos com maiores níveis de autocompaixão tendem a ser mais compassivos e tolerantes consigo próprios e menos críticos, reportando menores níveis de stress e, por conseguinte, menos sintomas de *burnout* (Barbosa, 2021).

Assim, este estudo tem como objetivo principal analisar a relação entre a autocompaixão e a SB em estudantes de medicina

Outros objetivos deste trabalho são avaliar os níveis de SB nesta população, verificar se ocorreram mudanças significativas nestes níveis durante e após a pandemia e comparar subgrupos em função de variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade, curso superior concluído e residir na mesma cidade em que estuda).

Capítulo 2 - Metodologia

2.1 Tipo de Estudo

Este estudo é observacional, transversal de natureza descritiva. Foi aplicado um questionário online em dois momentos, T1 (entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022) e T2 (entre fevereiro e maio de 2023). Algumas análises foram realizadas com as duas amostras (TTotal).

2.2 Amostras e Participantes

As amostras são por conveniência, não aleatórias. Em T1 participaram 336 estudantes (média de idade 21.88 ± 3.46 , 82.1% mulheres), do 1º ao 6º ano, dos cursos de medicina da FM-UC (n= 257, 76.5%) e da FCS-UBI (n= 79, 23.5%).

Por outro lado, em T2 participaram 147 estudantes (média de idade $M= 21.49 \pm 3.41$, 82.3% são mulheres), do 1º ao 6º ano, do curso de medicina da FM-UC (n= 95, 64.6%) e da FCS-UBI (n=52, 35.4%).

TTotal é constituído por 483 alunos, com idades entre os 18 e os 41 anos ($M=21.77 \pm 3.49$ 82.2% são mulheres) do 1º ao 6º ano, do curso de medicina da FM-UC (n= 352, 72.9%) e da FCS-UBI (n=131, 27.1%).

2.3 Instrumentos

Relativamente aos instrumentos utilizados neste estudo salientam-se: um Questionário acerca de Dados Sociodemográficos, a Escala de Burnout de Maslach para Estudantes (EBM) e a Escala de Auto-Compaixão (EAC).

2.3.1 Questionário de Dados Sociodemográficos e Académicos

O questionário de dados sociodemográficos é constituído por questões acerca do género, idade, nacionalidade, instituição de ensino superior frequentada, curso e o ano de escolaridade. Paralelamente, inclui questões sobre o país em que o indivíduo reside, se estuda na cidade em que reside e com quem reside. O questionário engloba, no foro mais académico, perguntas acerca de cursos superiores já realizados, qual a frequência a que os sujeitos são submetidos a avaliações, como é que o indivíduo se autoavalia no seu desempenho académico, qual o seu grau de satisfação com o curso, se já pensou em abandonar o seu curso e, se sim, quais os motivos. Do mesmo modo, é constituído por

questões acerca do consumo de substâncias com o objetivo de conseguir estudar, bem como, sobre automedicação.

2.3.2 Escala de *Burnout* de Maslach para Estudantes (EBM)

A EBM constitui-se por 15 itens subdivididos em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal ou eficácia. As respostas aos itens são dadas segundo uma escala de *Likert* de 0 a 7, onde 0 – nunca; 1 – quase nunca; 2 – algumas vezes; 3 – regularmente; 4 – bastantes vezes; 5 – quase sempre e 6 – sempre. A EBM foi traduzida e validada para a população portuguesa por Maroco e Tecedeiro (2009).

2.3.3 Escala de Autocompaixão (EAC)

Esta escala é constituída por 26 itens organizados em 6 dimensões: autobondade, autocrítica, condição humana, isolamento, *mindfulness* e sobreidentificação. As respostas aos itens são classificadas em: 1 – quase nunca; 2 – raramente; 3 – algumas vezes; 4 – muitas vezes e 5 – quase sempre. A EAC foi traduzida e validada para a população portuguesa por Castilho e Gouveia (2011).

2.4 Procedimentos

Os dados foram recolhidos, num primeiro momento, entre outubro de 2021 e janeiro de 2022, através da aplicação online de um questionário (Google *Forms*), divulgado a partir do *e-mail* institucional, de resposta voluntária. Foram respeitados os princípios éticos (garantida a confidencialidade das respostas, o anonimato do participante através do ID encriptado), consentimento informado. Num segundo momento, entre fevereiro e maio de 2023, através do mesmo procedimento, recolheram-se dados, desde fevereiro e maio de 2023, junto de alunos de medicina.

Este trabalho foi realizado no quadro de uma parceria com o projeto de investigação “Compaixão para a diminuição do *burnout* dos estudantes de medicina e de medicina dentária” (COMBURNOUT). O projeto obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FM-UC) – Parecer 146–CE – 2020, de 25/11/2020.

2.5 Análise dos dados

As medidas descritivas utilizadas neste estudo são a média e o desvio padrão. Por outro lado, os testes t-student para amostras independentes, permitem avaliar as

diferenças entre o género e a SB; as diferenças entre a idade e a SB; as diferenças entre o ano de curso e a SB; as diferenças entre ter outro curso superior concluído e a SB e, por último, as diferenças entre a residência e a SB. Realizou-se uma regressão linear com vista a determinar os preditores da Autocompaixão e da SB e o grau de significância do modelo. Por fim, a análise das correlações entre a Autocompaixão e a SB a fim de averiguar o grau de associação entre as mesmas.

Os dados obtidos foram analisados a partir do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28.0 para o *Windows*.

Capítulo 3 – Resultados

3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Os participantes em T1 (n= 336), encontram-se na faixa etária entre os 18 e os 41 anos. Relativamente à média das idades, é de 21.88 ± 3.46 . Por outro lado, referente ao género, 82.1% são mulheres e 17.9% são homens. Verificou-se que 93.8% têm nacionalidade portuguesa. Referente à cidade onde estudam, 66.7% dos participantes afirmaram estudar numa cidade diferente da que residiam. Ainda no que concerne ao âmbito de residência, 49.4% responderam que viviam com amigos/colegas em apartamento/casa partilhada. Quanto ao estado de saúde, 125 (37.2%) alunos classificaram a sua saúde física como boa e 78 (23.2%) reivindicam a mesma classificação para a saúde psicológica/mental, ao passo que, 75 (23.2%) estudantes classificaram a sua saúde psicológica/mental como má (ver Tabela 2).

Em T2 (n=147), a faixa etária está compreendida entre os 18 e os 37 anos (M=21.49; DP= ± 3.41). No que concerne ao género, 82.3% são mulheres e 17.7% são homens. Constatou-se que 127 (86.4%) participantes são de nacionalidade portuguesa. 59.9% dos alunos estudam numa cidade diferente da que residem e 58.5% referem que vivem com amigos e colegas em apartamento/casa partilhada. No que diz respeito ao estado de saúde, 60.6% classificaram a sua saúde física como boa, ao passo que, apenas 25.9% classificaram a sua saúde psicológica como boa (ver Tabela 2).

Em TTotal (n=483), as idades variam entre os 18 e os 41 anos (M=21.77 ± 3.49) e 82.2% são mulheres e 17.8% são homens. Observou-se que 91.5% são de nacionalidade portuguesa e 64.6% residem numa cidade diferente da que estudam. 52.0% afirmam residirem amigos e colegas em apartamento/casa partilhada. Referente ao estado de

saúde 33.7% classificaram a sua saúde física como boa e 27.3% deram a mesma classificação para a saúde psicológica (ver Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em T1 (n=336), em T2 (n=147) e em TTotal (n=483)

Variável	Categoria	T1		T2		TTotal	
		n	%	n	%	n	%
Idade	18-22	225	67.0	98	66.6	323	66.9
	≥23	111	33.0	46	31.3	158	32.7
	Omisso			3	2.1	2	0.4
Género	Feminino	276	82.1	121	82.3	397	82.2
	Masculino	60	17.9	26	17.7	86	17.8
Nacionalidade	Portuguesa	315	93.8	127	86.4	442	91.5
	Outra	21	6.2	20	13.6	41	8.5
Estuda na cidade onde reside?	Não	224	66.7	88	59.9	312	64.6
	Sim	112	33.3	59	40.1	171	35.4
Com quem reside?	Sozinho/a	18	5.4	12	8.2	28	5.8
	Com pais/familiares	120	35.7	32	21.8	151	31.3
	Com amigos/colegas	166	49.4	86	58.5	251	52.0
	Outro	32	9.5	17	11.6	38	10.9
Estado de saúde física	Muito má	4	1.2	2	1.4	35	7.2
	Má	24	7.1	14	9.5	90	18.6
	Nem boa, nem má	64	19.0	42	28.6	83	17.2
	Boa	125	37.2	67	45.6	163	33.7
	Muito boa	50	14.9	22	15.0	43	8.9
	Omisso	69	20.5			69	14.3
Estado de saúde psicológica/mental	Muito má	15	4.5	15	10.2	39	8.1
	Má	75	22.3	41	27.9	117	24.2
	Nem boa, nem má	89	26.5	53	36.1	81	16.8
	Boa	78	23.2	32	21.8	132	27.3
	Muito boa	10	3.0	6	4.1	45	9.3
	Omisso	69	20.5			69	14.3

No que se refere à caracterização da amostra nas variáveis académicas (Ver Tabela 3), considerando o nível de escolaridade, 49.5% são alunos que frequentam anos pré-clínicos e 50.6% são estudantes de anos clínicos. Dos inquiridos, 164 (48.8%) estudantes autoavaliam-se como tendo um bom desempenho académico e 142 (42.3%) alunos classificam o seu grau de satisfação com o curso como bom, o que corresponde a uma média de satisfação de 2.41 (± 0.95) numa escala de 1 a 5. Dos estudantes, 97 (28.9%) nunca pensaram em abandonar o curso, ao passo que 91 (27.1%) afirmam terem pensado algumas vezes, e 11 (3.3%) pensaram muitíssimas vezes em fazê-lo, tendo como principais motivos a exigência excessiva do curso, dificuldade em lidar com o stresse,

dificuldades financeiras e dúvidas acerca da vocação. Referente ao consumo de substâncias, 100 (29.7%) alunos alegaram consumir, sendo o café o estimulante mais referido. Dos alunos, 72 (21.4%) afirmaram automedicarem-se. Os medicamentos consumidos com mais frequência foram o *valdispert* e as benzodiazepinas.

Em T2, 88 (59.9%) são alunos de anos pré-clínicos e 59 (40.1%) são alunos de anos clínicos. No que diz respeito à autoavaliação, 79 (53.7%) alunos autoavaliam-se como tendo um bom desempenho acadêmico. Já na satisfação com o curso, 72 (49.0%) dos indivíduos classificam-na como boa e 17 (11.6%) classificam-na como excelente. Dos inquiridos, 42 (28.6%) afirmam nunca terem pensado em abandonar o curso, ao passo que 27 (18.4%) dizem ter pensado muitas vezes em fazê-lo, sendo os principais motivos desse pensamento a dificuldade em lidar com o stress, a exigência excessiva do curso, dificuldades financeiras e o questionamento acerca da sua vocação (ver Tabela 3).

Em TTotal, 254 (52.6%) alunos frequentam anos pré-clínicos e 229 (47.4%) frequentam anos clínicos. Referente à autoavaliação, 243 (50.3%) alunos classificam o seu desempenho acadêmico como bom e 16 (3.3%) como excelente. Dos inquiridos, 135 (28%) afirmam nunca terem pensado em abandonar o curso, ao passo que 119 (24.6%) afirmam pensarem muitíssimas vezes em fazê-lo, continuando a ser os principais motivos a dificuldade em lidar com o stress, a exigência excessiva do curso, dificuldades financeiras e dúvidas acerca da sua vocação. Relativamente ao consumo de substâncias 100 (20.8%) dos alunos afirmaram consumir, sendo o café o estimulante mais referido. Por outro lado, 147 (30.4%) alunos afirmam automedicarem-se sendo o *valdispert* e as benzodiazepinas os medicamentos mais consumidos (ver Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização académica da amostra em T1 (n=336), em T2 (n=147) e em TTotal (n=483)

Variável	Categoria	T1		T2		TTotal	
		n	%	n	%	N	%
Ano de curso	Pré-Clínico	166	49.5	88	59.9	254	52.6
	Clínico	170	50.6	59	40.1	229	47.4
Curso Superior concluído	Sim	48	14.3	13	8.8	61	12.6
	Não	288	85.7	134	91.2	422	87.4
Autoavaliação do desempenho académico	Péssimo	3	0.9	1	0.7	4	0.8
	Mau	33	9.8	13	8.8	46	9.5
	Razoável	126	37.5	48	32.7	174	36.0
	Bom	164	48.8	79	53.7	243	50.3
Satisfação com o curso	Excelente	10	3.0	6	4.1	16	3.3
	Péssimo	12	3.6	2	1.4	14	2.9
	Mau	42	12.5	13	8.8	55	11.4
	Razoável	109	32.4	43	29.3	152	31.5
	Bom	142	42.3	72	49.0	214	44.3
Já pensou em abandonar	Excelente	31	9.2	17	11.6	48	9.9
	Nunca	97	28.9	42	28.6	139	28.8

o curso?	Raras vezes	85	25.3	34	23.1	119	24.6
	Algumas vezes	91	27.1	44	29.9	135	28.0
	Muitas vezes	52	15.5	22	15.0	74	15.3
	Muitíssimas vezes	11	3.3	5	3.4	16	3.3
Consumo de substâncias	Sim	100	29.7	a)	a)	100	20.8
	Não	236	70.2	a)	a)	236	48.9
	Omissos					147	30.4
Automedicação	Sim	72	21.4	a)	a)	72	14.9
	Não	264	78.6	a)	a)	264	54.7
	Omissos					147	30.4

a) O questionário não incluiu esta pergunta

3.2 Níveis de *burnout* nos estudantes de medicina

Comparando T1 (dados recolhidos durante a epidemia COVID-19) e T2 (tabela 4), verificamos que não se observam diferenças para a Exaustão Emocional ($t(481) = .075$; $\rho > .05$) e para Descrença ($t(481) = -1.151$; $\rho > .05$). Já para a Eficácia, observam-se diferenças entre T1 e T2 ($MT_1 = 17.59$, $MT_2 = 18.95$; $t(481) = -2.257$; $\rho < .05$).

Tabela 4 - Teste T-Student para comparações das amostras consoante os níveis de *burnout*

Níveis de burnout	Amostras	N	M	t(df)	Sig.
Exaustão Emocional	T1	336	14.82	.075(481)	.940
	T2	147	14.78		
Descrença	T1	336	7.61	-1.151(481)	.250
	T2	147	8.29		
Eficácia	T1	336	17.59	-2.257(481)	.024
	T2	147	18.95		

Uma vez que as diferenças entre T1 e T2 não são substanciais para que se justifique uma análise separada das duas amostras, a partir deste ponto as análises usam os dados de TT.

Através da comparação entre os géneros (feminino e masculino) (tabela 5), constatamos que não existem diferenças para a Descrença ($t(481) = -1.825$; $\rho > .05$) e para a Eficácia ($t(481) = -.367$; $\rho > .05$). Não obstante, observam-se diferenças para a Exaustão Emocional ($M_{feminino} = 15.15$, $M_{masculino} = 13.24$, $t(481) = 2.448$; $\rho < .05$).

Tabela 5 - Teste T-Student para comparações de género em função do *burnout*

Dimensões do burnout	Género	N	M	t(df)	Sig.
Exaustão Emocional	Feminino	397	15.15	2.448(481)	.015
	Masculino	86	13.24		
Descrença	Feminino	397	7.59	-1.825(481)	.069

	Masculino	86	8.87		
Eficácia	Feminino	397	17.95	-.367(481)	.714
	Masculino	86	18.22		

Comparando as idades (tabela 6), verificamos que não existem diferenças para a Descrença ($t(479) = -1.703$; $\rho > .05$). No entanto, existem diferenças para a Exaustão Emocional ($M_{\geq 23}=13.62$, $M_{<23}=15.38$, $t(479) = -2.762$; $\rho < .05$) e para a Eficácia ($M_{\geq 23}=18.97$, $M_{<23}=17.55$, $t(479) = 2.403$; $\rho < .05$).

Tabela 6 - Teste T-Student para comparação da idade em função do *burnout*

Dimensões do burnout	Idade	N	M	t(df)	Sig.
Exaustão Emocional	≥ 23	157	13.62	-2.762(479)	.006
	< 23	324	15.38		
Descrença	≥ 23	157	7.16	-1.703(479)	.089
	< 23	324	8.14		
Eficácia	≥ 23	157	18.97	2.403(479)	.017
	< 23	324	17.55		

A partir da comparação dos anos do curso (tabela 7), verificam-se diferenças para as três dimensões, Exaustão Emocional ($M_{\text{pré-clínico}}=15.86$, $M_{\text{clínico}}=13.65$, $t(481) = 3.742$; $\rho < .05$), Descrença ($M_{\text{pré-clínico}}= 8.51$, $M_{\text{clínico}}= 7.05$, $t(481) = 2.717$; $\rho < .05$) e para a Eficácia ($M_{\text{pré-clínico}}= 16.74$, $M_{\text{clínico}}= 19.41$, $t(481) = -4.915$; $\rho < .05$).

Tabela 7 - Teste T-Student para comparação de ano de curso e os níveis de *burnout*

Dimensões do burnout	Ano de curso	N	M	t(df)	Sig.
Exaustão Emocional	Pré-Clínico	254	15.86	3.742(481)	.000
	Clínico	229	13.65		
Descrença	Pré-Clínico	254	8.51	2.717(481)	.007
	Clínico	229	7.05		
Eficácia	Pré-Clínico	254	16.74	-4.915(481)	.000
	Clínico	229	19.41		

Fazendo uma comparação entre a posse de outro curso superior (tabela 8), não se destacam diferenças para a Eficácia ($t(481) = -.356$; $\rho > .05$). Contrariamente, observam-se diferenças para a Exaustão Emocional ($M_{\text{sim}}= 13.11$, $M_{\text{não}}=15.05$, $t(481) = 2.162$; $\rho < .05$) e para a Descrença ($M_{\text{sim}}=5.98$, $M_{\text{não}}= 8.08$, $t(481) = 2.594$; $\rho < .05$).

Tabela 8 - Teste T-Student para comparação de ter outro curso e os níveis de *burnout*

Dimensões do burnout	Outro curso	N	M	t(df)	Sig.
Exaustão Emocional	Não	422	15.05	2.162(481)	.031
	Sim	61	13.11		

Relação entre Autocompaixão e Síndrome de *Burnout* em Estudantes de Medicina

Descrença	Não	422	8.08	2.594(481)	.010
	Sim	61	5.98		
Eficácia	Não	422	17.96	-.356(481)	.722
	Sim	61	18.26		

Comparando os locais de residência (tabela 9), não se observam diferenças estatisticamente significativas para a Exaustão Emocional ($t(481) = .151$; $\rho > .05$), para a Descrença ($t(481) = .504$; $\rho > .05$) nem para a Eficácia ($t(481) = -.883$; $\rho > .05$).

Tabela 9 - Teste T-Student para comparação do local de residência com os níveis de *burnout*

Dimensões do <i>burnout</i>	Residir na mesma cidade em que estuda	N	M	t(df)	Sig.
Exaustão Emocional	Não	312	14.84	.151(481)	.880
	Sim	171	14.75		
Descrença	Não	312	7.92	.504(481)	.614
	Sim	171	7.63		
Eficácia	Não	312	17.82	-.883(481)	.378
	Sim	171	18.33		

3.3 Relação entre Autocompaixão e a Síndrome de *Burnout*

Os valores das correlações entre as dimensões da Síndrome de *Burnout* e as dimensões da autocompaixão são significativos e com força fraca ou moderada (ver Tabela 11). Os sinais das correlações têm o sentido esperado. Destacam-se os valores das correlações entre autocrítico e exaustão ($r = .436$) e autobondade e eficácia ($r = .304$).

Tabela 10 - Relação entre as dimensões do *burnout* e as dimensões da autocompaixão

<i>Burnout</i>	Exaustão	Descrença	Eficácia
Autocompaixão			
Autobondade	-.216**	-.150**	.304**
Autocrítico	.436**	.286**	-.247**
Humanidade comum	-.284**	-.213**	.316**
Isolamento	.233**	.231**	-.112*
Mindfulness	-.163**	-.081	.274**
Sobre identificação	.249**	.225**	-.103*

* $\rho \leq .05$ ** $\rho \leq .001$

3.4 Variáveis associadas com a autocompaixão e o *burnout*

Com base na regressão linear para a Autocompaixão como variável dependente, obtemos um $r^2=.355$, ou seja, o modelo explica 35.5% da variância. As variáveis com β significativos são o gênero e a saúde psicológica.

Por outro lado, para a SB, $r^2=.209$, de maneira que o modelo é significativo e explica 20.9% da variância. Através dos resultados obtidos na tabela 10, observa-se que a variável preditora da Autocompaixão é a saúde psicológica e, as variáveis predictoras da SB são a saúde psicológica, a satisfação com o curso, o rendimento acadêmico e a autocompaixão. Uma vez que estas apresentam um $\rho < .05$.

Tabela 11 - Variáveis predictoras da autocompaixão e do *burnout*

Varáveis	Coefficientes padronizados β	T	ρ	R Quadrado
Autocompaixão				
Modelo (Constante)		2.890	<.001	.355
Gênero	.135	1.794	.074	
Idade	.064	1.254	.211	
Ano de curso	-.008	-.127	.899	
Residir na mesma cidade em que estuda	-.040	-.795	.427	
Possuir um curso superior concluído	-.018	-.255	.799	
Satisfação com o curso	.133	1.950	.052	
Rendimento acadêmico	.066	1.108	.269	
Saúde Física	-.093	-1.642	.052	
Saúde Psicológica	.520	8.409	.000	
Síndrome de <i>Burnout</i>				
Modelo (Constante)		9.725	<.001	.209
Idade	-.045	-.539	.590	
Gênero	.000	-.005	.996	
Ano de curso	.018	.259	.796	
Residir na mesma cidade em que estuda	.070	1.255	.211	
Possuir um curso superior concluído	-.110	-1.432	.153	
Satisfação com o curso	-.242	-3.791	.000	
Rendimento acadêmico	.153	2.319	.021	
Saúde Física	-.031	-.496	.621	
Saúde Psicológica	-.324	-4.728	.000	
Autocompaixão	.096	2.105	.036	

Capítulo 4 – Discussão e considerações finais

Os níveis da SB nesta amostra estudada são elevados. Na perspectiva de alguns autores, os sujeitos são diagnosticados com SB, se apresentarem de forma simultânea, níveis de Exaustão Emocional e Descrença elevados e baixos níveis de Eficácia (Maroco & Tecedeiro, 2009).

Os dados do nosso estudo não confirmam que os níveis de *burnout* tenham diminuído após-pandemia (T2), à exceção dos níveis de Eficácia que se apresentam mais elevados.

No que concerne à variável género, apesar de não existir um consenso nos resultados dos estudos publicados, constata-se uma tendência para resultados mais elevados no género feminino (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Jackson 1985; Campos, 2020). Esta tendência pode ser explicada pelo significativo aumento de mulheres a exercer na área da medicina, muitas das quais mantendo a sobrecarga de tarefas na vida familiar e pessoal. Esta tendência é agravada, segundo algumas pesquisas, porque as mulheres estão mais vulneráveis à elevada carga emocional de acontecimentos específicos, como a comunicação de más notícias (p.e. morte), o sofrimento sentido pelos pacientes, bem como, o falecimento dos doentes (Araújo, 2022). Neste sentido, seria importante disseminar estratégias para melhorar o domínio emocional, bem como prevenir o aumento de *stress* e ansiedade, dirigidos em especial para a população feminina.

Quanto à relação das variáveis sociodemográficas, académicas e psicossociais com a SB, foi observada uma associação positiva entre a SB e género feminino (nomeadamente na Exaustão Emocional), mais novos, que frequentam anos pré-clínicos e não possuem um curso superior concluído. Estes resultados estão alinhados com os estudos de Aguiar (2018) e de Hemphill et al. (2010).

Uma parte significativa dos participantes classificaram a sua saúde física e a sua saúde mental como má e alguns afirmaram já terem pensado “muitíssimas” vezes em abandonar o curso. Esta avaliação negativa e estes pensamentos que são negativos para o sucesso dos estudantes e das universidades são causas e consequências da SB (Andrade, et al., 2016 & Antonelli et al., 2022).

Por outro lado, os estudantes mais jovens manifestam níveis mais elevados de Exaustão Emocional, ao passo que os indivíduos com mais idade apresentam valores mais elevados de Eficácia, resultados semelhantes aos obtidos por Maslach & Jackson (1981). Da mesma forma, é possível verificar que alunos que frequentam anos pré-clínicos apresentam, igualmente, níveis elevados de Exaustão Emocional e Descrença e menores níveis de Eficácia, resultado que estará muito relacionado com a idade dos participantes.

Por último, através da análise da tabela 10, como esperado, observa-se uma relação significativa e negativa entre a autocompaixão e a SB, sendo a autobondade, a humanidade comum e o *mindfulness* as três características da autocompaixão que estão relacionadas negativamente com a SB, ao passo que, o autocriticismo, o isolamento e a sobreidentificação, relacionam-se positivamente com a SB.

Os resultados apresentados devem ser avaliados considerando algumas limitações deste estudo. Nomeadamente, sendo o estudo transversal, não é possível determinar a direção na relação das variáveis. A amostra é de conveniência, com alunos de apenas duas Universidades, o que compromete a representatividade da amostra e a generalização dos resultados. A recolha de dados online pode aumentar o enviesamento na seleção da amostra. Os questionários de autorrelato podem afetar a validade dos resultados.

Por outro lado, o estudo tem também pontos fortes: foi realizado no quadro de uma parceria entre duas Universidades, com um número elevado de participantes e com dados recolhidos em dois momentos (durante e depois da pandemia COVID-19).

Concluindo, constatamos a importância do tema do *burnout* nos estudantes de medicina. São necessários mais estudos sobre este tema, que confirmem as relações encontradas no nosso estudo e que incluam outras variáveis para fortalecer a robustez dos modelos explicativos da SB.

Este estudo tem implicações para a prevenção e para a prática clínica e, consequentemente, para as políticas sociais e de saúde das Universidade e das autoridades de saúde públicas em geral. Será pertinente prosseguir a adoção de programas de investigação e de intervenção nas Faculdades de Medicina que incluam o conhecimento e a intervenção do *Burnout* (Ashoori, 2020). Estes programas devem incluir a autocompaixão e o autoconhecimento, por exemplo, através de técnicas de *mindfulness* e, também, estratégias com o objetivo de mitigar o efeito dos stressores com mais impacto nos estudantes de medicina. Será também útil estabelecer serviços de assistência psicológica específicos para esta população.

Referências Bibliográficas

- Abreu, K. L. Baumgardt, R. A. Kristensen, C. H. Ramos, L. S. & Stoll, I. (2002). Stress ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2). Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000200004>
- Aguiar, R. L. B.; Aguiar, M. C. M. & Mercês, M. C. (2018). Síndrome de Burnout em estudantes de medicina de universidade da Bahia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(2), 267-276. Doi: 10.17267/2317-3394rpds.v7i2.1893
- Andrade, V. L. A., Araújo, L. A., Colleta, T. C. D., Ono, R. B., Silveira, A. L. P., Soares, S. H. & Woitas, L. R. (2016). Síndrome de burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Medicina do Trabalho* 3(14), 1679-4435.
- Andrade, G., F., Menolli, P., V., S., Clemente, P., A., Mesas, A., E., Silva, D., C. & Giroto, E. (2021). Burnout Syndrome and Consumption of Alcohol and Illicit Substances in University Students. *Paidéia*, 31(3134), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3134>
- Araújo, A. M. A. (2022). Estudo na relação entre a síndrome de burnout, a ansiedade, e a regulação emocional em mulheres empreendedoras. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento. Universidade de Lisboa.
- Ashoori, M. T. (2020). Do Companies Benefit Equally from Adopting Mindfulness Programs at their Workplace? Implications of Company Demographics. *Journal of Manegement Research*, 20(1), 14-25.
- Bakker, A. B., Zee, K. I. V. D., Lewig, K. A. & Dollard, M. F. (2002). The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout: A Study Among Volunteer Counselors. *The Journal of Social Psychology*, 135(5), 1-20. DOI: [10.3200/SOCP.146.1.31-50](https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.31-50)

- Barbosa, A. S. S. (2021). O efeito de uma intervenção breve focada na Compaixão na redução do stress e do burnout em estudantes do Ensino Superior. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Portucalense.
- Benevides-Pereira, A. M. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bernardino, I. A. (2021). A relação entre burnout e traços de personalidade em guardas provisórios. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Lisboa.
- Brown, P., Slater, M. & Lofters, A. (2019). Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag.*, 12, 169-177.
Doi: [10.2147/PRBM.S195633](https://doi.org/10.2147/PRBM.S195633)
- Burke, R. J. & Greenglass, E. R. (1995). A Longitudinal Examination Of The Cherniss Model Of Psychological Burnout. *Social Science Medical*, 40 (10), 1357-1363.
- Burri, S. D., Smyrk, K. M., Melegy, M. S., Kessler M. M., Hussein, N. I., Tuttle, B. D. & Clewley, D. J. (2022). Risk factors associated with physical therapist burnout: a systematic review. *Physiotherapy*, 116, 9-24.
- Cardoso, J. F. Z., Carvalho, L. P. N., Jesus, I. T. M., Machado, B. D., Manzine, P. R. & Santos-Orlandi, A. A. (2021). Autocompaixão e ações de promoção à saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados. *Rev. Eletr. Enferm.*, 23, 1-7. Doi: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/63826>
- Caetano, I. R. Dinis, T. Marôco, J. & Santiago, L. M. (2020). Perfeccionismo, Burnout e as Atividades Extracurriculares nos Estudantes de Medicina da Universidade de Coimbra. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 33(6), 367 -375. Doi: <https://doi.org/10.20344/amp.12083>
- Câmara, J. Mateus, R. & Pires, S. (2004). Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes. *Revista Toxicodependências*, 1(10), 15-23.

- Campos, B. N. V. L. A. (2020). *Burnout no Mundo do Trabalho: A Relação da Síndrome Com as Variáveis Sociodemográficas em Contexto de Confinamento e Pandemia*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos. Universidade de Lisboa.
- Carlotto, M.S. (2012). *Síndrome de Burnout em professores: avaliação, fatores associados e intervenção*. Porto: LIVPSIC
- Carvalho, M. G. F. Gontijo, E. E. C. Gontijo, M. C. C. Lima, A. B. L. T. Rabelo, J. G. G. Rabelo, M. R. G. Valente, G. M. & Yonegura, B. H. (2021). Burnout syndrome: A literature review of the disease and its relationship to the medical profession. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 19778-19796. Doi: 10.34119/bjhrv4n5-108
- Castilho, P. Pinto-Gouveia, J. & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 0(0), 1-15. Doi: 10.1002/jclp.22187
- Castro, F. G. (2013). Burnout e Complexidade Histórica. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 13 (1), 49-60.
- Cordes, C. L. & Dougherty, T. W. (1993). A Review and an Integrations of Research on Job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- David, I. C. & Quintão, S. (2012). Burnout in Teachers: its Relationship with Personality, Coping Strategies and Life Satisfaction. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(3), 145-155.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. *New York: Human Sciences Press*, 5(3), 309-311. DOI:10.1016/0190-7409(83)90038-5
- Fontes, F. F. (2020). Herbert J. Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome. *Memorandum*, 37. DOI: 10.35699/1676-1669.2020.19144

- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? *Stress e Burnout em médicos: prevenção e tratamento. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 23(2)*, 89-98.
- Freudenberger, H. J. (1974). Introduction and Acknowledgment. *Journal of Social Issues, 30* (1).
- Gonçalves, C. I. R. V. B. (2016). Síndrome de *Burnout* em Estudantes de Medicina. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto.
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Hemphill, R., Kemp, J. D. & Santen, S. A. (2010). Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors. *Southern Medical Journal 103(8)*, 758-763. Doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181e6d6d4
- Hollis – Walker, L. & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences, 50*, 222-227.
- Jacobs, S., R. & Dodd, D. (2003). Student Burnout as a Function of Personality, Social Support, and Workload. *Journal of College Student Development, 44(3)*, 291-303. DOI: 10.1353/csd.2003.0028
- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1986). A Longitudinal Study of Burnout among Supervisors and Managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) Models. *Organizational Behavior And Human Decision Processes, 54*, 369-398.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1999). Six areas of worklife: a model of organization context of burnout. *Journal of Health and Human Services, 21(4)*, 472-489.
- Antonelli, R., A., Lima, G. A., Lopes, I. F. & Meurer, A. M. (2022). Síndrome de burnout, ansiedade, desempenho académico e características autodeclaradas de estudantes da área de negócios.

- Low, G. S., Cravens, D. W., Grant, k. & Moncrief, W. C. (2001). Antecedents and consequences of salesperson burnout. *European Journal of Marketing*, 35(5), 587-611.
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M.J. & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29(1), 24-30.
- Maroco, J. & Tecedeiro, M. (2009). Inventário de Burnout de Maslach para Estudantes Portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 227-235.
- Maslach, C., e Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74
- Maslach, C. & Jackson S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson S. E. (1985). The Role of Sex and Family Variables in Burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.
- Maslach, C. & Leiter, M. (2016). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39(2), 160-163. Doi: [10.1080/0142159X.2016.1248918](https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248918)
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, P. L. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Doi: 0066-4308/01/0201-0397\$14.00
- Monzón, I. M. M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 87-99.
- Morales, L. S. & Murillo, L. F. H. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Moro, J. D. S., Soares, J. P., Massignan, C., Oliveira, L. B., Ribeiro, D. M., Cardoso, M., Canto, G. D. L. & Bolan, M. (2022). Burnout syndrome among dentists: a systematic review and meta-analysis. *The journal of evidence-based dental practice*, 22(3). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2022.101724>

- Moura, G., Brito, M., Pinho, L., Reis, V., Souza, L. & Magalhães, T. (2019). Prevalência e fatores associados à síndrome de *burnout* entre universitários: Revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(2), 300-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200203>
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. DOI: 10.1080/15298860309032
- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and Well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9(2), 27-37.
- Neff, K. D., Rude, S. S. & Kirkpatrick, K. L. (2007). Na examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908 -916
- Neff, K. D. & Beretvas, N. (2013). The Role of Self-compassion in Romantic Relationships. *Self and Identity*, 12(1), 78-98. DOI: 10.1080/15298868.2011.639548
- Neff, K. D. & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Osterreich*, 114-117.
- Neff, K. D. & Dahm, K. A. (2014). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Eds.), *Mindfulness and selfregulation* (121-140). New York: Springer
- Parker, P. D. & Salmela-Aro, K. (2011). Developmental processes in school burnout: A comparison of major developmental models. *Learning and Individual Differences*, 21, 244-248. DOI: 10.1016/j.lindif.2011.01.005
- Pinto-Gouveia, J. & Castilho, P. (2012). 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 Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 203-230.

- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Xavier, A., & Castilho, P. (2011). Escala de Auto-Compaixão para Adolescentes: adaptação e qualidades psicométricas da escala de autocompaixão. *Revista de Psicologia da criança e do adolescente*, 4(2), 95-117.
- Santos, K., D. A. & Silva, J., P. (2021). Concepts And Factors Of Burnout Syndrome In Teachers: A Theoretical Essay. *Brazilian Journal of Education, Technology and Society*, 14 (4), 662-672. DOI: <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v14.n4.662-672>
- Santos, S. L. F. (2021). A Síndrome de Burnout Sob uma Perspetiva Comportamental. Curso de Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Alagoas.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(3479), 32. DOI:10.1038/138032a0
- Stoyanov, V. (2022). Burnout syndrome in medical residents. *Trakia Journal of Sciences*, 20 (2), 158-161. DOI:10.15547/tjs.2022.02.012
- Tafet, G. E. (2018). *Stress: O que é e como nos afeta*. Espanha: Copyright.
- Tarnowski, M. & Carlotto, M., S. (2007). Síndrome de Burnout em estudantes de psicologia. *Temas em Psicologia*, 15(2), 173-180.
- Tavares, H. H. F., Silva, H. R. S., Miranda, I. M. M., Braga, M. S. & Guerra, H. S. (2020). Fatores associados à Síndrome de Burnout em académicos de medicina. *Revista O Mundo da Saúde*, 44, 280-289. DOI: 10.15343/0104-7809.202044280289
- Thomé, L. D., Alencastro, L. S. & Koller, S. H. (2014). A Narrativa como Proposta Metodológica para o Estudo do *Burnout*. *Psicologia & Sociedade*, 26, 107-116.
- Trigo, T. R., Teng, C. T. & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín* 34(5), 223-233.
- Ujjan, B. U., Hussain, F., Nathani, K. R., Farhad, A. & Chaurasia, B. (2022). Factors associated with risk of burnout in neurosurgeon: current status and risk factos.

Acta Neurologica Belgica, 122, 1163-1168. DOI:

<https://doi.org/10.1007/s13760-022-02072-2>

Vara, N. C. (2007). Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade do Porto, Porto.

Woo K. L. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burnout and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 889-902.