

Mindfulness como abordagem ao *burnout* médico

Inês Rocha Ribeiro da Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientador: Dr.a Juliana Marília Pereira Sá
Co-orientador: Dr. José Nuno da Nova Araújo Sá Trovão

abril de 2021

Folha em branco

Agradecimentos

Aos meus pais por todo o amor e carinho; por todos os quilómetros percorridos, pelas horas infinitas de chamadas; Obrigada pelo apoio diário incansável, mesmo quando já nem eu me podia ouvir a mim própria, tinham sempre uma palavra de força e confiança. Não teria sido possível de outra forma.

À minha irmã pelas essenciais vastas horas de ajuda e ao meu futuro cunhado pelas gargalhadas que consegue arrancar e que reanimam a “Ivete”. Obrigada por serem a segunda casa.

Às companheiras de guerra - Claudi, Bia, Babu, Su, Inesinha – e ao restante “grupo de sempre” pela companhia, pelas palavras de apoio, por permitirem os desabafos recíprocos terapêuticos e contribuírem para que tudo se tornasse mais leve.

Ao Miguel, por possibilitar a partilha de crises existenciais e por nunca perder a confiança naquilo de que sou capaz.

À Rita e à Isa, pelos risos e sorrisos arrancados mesmo nos dias em que já não tinha mais nada para dar e pela presença nos momentos de secar as lágrimas. Obrigada pelos abraços e pelos nossos momentos que contribuíram para me manter (parcialmente) sã.

Aos meus orientadores, pelo esforço e pelas iniciativas de manter o apoio na realização da dissertação face à complexidade e às contingências da situação atual, que obrigou a conjugar múltiplos ofícios, mesmo à distância.

Ao Dr. Rui, que teve um maior impacto do que imagina naquilo que continuará a ser o meu percurso enquanto pessoa e profissional. No primeiro dia perguntou-me “o que queria ser quando fosse grande” – quero ser o que vi nos poucos dias em que estive consigo. Fez isto de ser médico parecer fácil e mostrou-me que é possível lidar com tudo de uma forma leve e com boa disposição, desde que nunca me esqueça do que é realmente importante. Foi uma sorte e um privilégio!

Folha em branco

“We have not been directly exposed to the trauma scene, but we hear the story told with such intensity, or we hear similar stories so often, or we have the gift and curse of extreme empathy and we suffer. We feel the feelings of our clients. We experience their fears. We dream their dreams. Eventually, we lose a certain spark of optimism, humor and hope. We tire. We aren’t sick, but we aren’t ourselves.”

- C. Figley about compassion fatigue, 1995

Folha em branco

Resumo

Introdução: O *burnout* médico é uma realidade preocupante, pela sua elevada prevalência em todo o mundo, pelas comorbilidades que acarreta para estes profissionais, os encargos financeiros para os serviços de saúde e pelos riscos que apresenta para a segurança dos doentes. É por isso essencial estudar formas de intervir sobre esta síndrome. As técnicas emergentes baseadas na atenção plena (*mindfulness*) têm apresentado, nos últimos anos, evidência de eficácia crescente em contexto de saúde mental.

Objetivos: Procurou-se avaliar a eficácia de técnicas de *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) e *Mindfulness Based Cognitivity Therapy* (MBCT) como formas de prevenção e tratamento do *burnout*. Secundariamente, explorou-se a relação destas técnicas com outras variáveis, nomeadamente a ansiedade e resiliência.

Métodos: Foi realizada uma revisão narrativa de literatura, de modo a incluir um extenso conjunto de termos e fontes bibliográficas, admitindo também o apuramento de referências cruzadas. As palavras-chave pesquisadas foram “*physician*”, “*burnout*”, “*mindfulness*” e “*MBCT*” nas bases de dados eletrónicas *Pubmed* e *SciELO*. Foram incluídas todas as publicações entre 2010 e 2020, escritas nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, respeitantes apenas à população médica. Após análise dos artigos integrais, foram selecionados seis para uma análise comparativa entre diferentes programas de *mindfulness* e respetivos resultados quantitativos e qualitativos, na recuperação do *burnout*.

Resultados: Os dados obtidos apontam para melhorias da síndrome de *burnout* através da prática de *mindfulness* de forma presencial ou *online*, individual ou em grupo, e em intervalos mais breves ou duradouros, independentemente do protocolo utilizado. Os parâmetros de *stress* e ansiedade reduziram, e observou-se uma relação positiva entre a sua diminuição e uma melhoria no cinismo e Exaustão Emocional (EE). Contudo, a Realização Pessoal (RP) apenas melhorou num dos estudos. A prática de *mindfulness* foi responsável pela melhoria deste fenómeno ocupacional de forma direta, mas também de forma indireta, através da gestão de características como a resiliência e compaixão. Sob a perspetiva qualitativa, os médicos associaram a intervenção a uma maior sensação de bem-estar, melhor relação com colegas e pacientes, e um maior autocuidado.

Conclusão: A técnica de *mindfulness* na abordagem ao *burnout* médico apresenta resultados promissores quanto à sua prevenção e tratamento mas estes não são consensuais. Os métodos dos estudos são bastante díspares e há limitações importantes, pelo que são necessários mais estudos randomizados controlados (*Randomized Controlled Trials*, RCT) com métodos rigorosos e amostras maiores para obtenção de resultados mais fiáveis.

Palavras-chave

“physician”; “burnout”; “mindfulness”; “MBCT”

Abstract

Background: Medical burnout is a worrisome reality, given its high prevalence around the world, the associated comorbidities for these professionals, the financial burden for the health services, and the security risks for the patients. Therefore, it is primal to study management strategies for this syndrome. Lately, emerging techniques based on mindfulness have shown good efficacy in the mental health setting.

Objectives: We assessed the efficacy of Mindfulness Stress Based Reduction (MBSR) and Mindfulness Based Cognitivity Therapy (MBCT) in the prevention and treatment of burnout. We also explored the relationship of some variables such as anxiety and resilience with the outcomes.

Methods: A narrative literature review was carried out, to include an extensive set of terms and bibliographic sources, also admitting cross-referencing. The Keywords “physician”, “burnout”, “MBCT” and “mindfulness” were searched, in the electronic databases PubMed and SciELO. All publications between 2010 and 2020, written in Portuguese, English, or Spanish, referring only to the medical population were included. After full articles analysis, six were selected for a comparison.

Results: Data points to improvements in burnout through the practice of mindfulness, either in person or online, individually or in groups, in shorter or longer periods, regardless of the protocol used. Stress and anxiety lowered, and a positive relationship was observed between their decrease and the improvement in cynicism and Emotional Exhaustion. However, personal achievement has only increased in one of the studies. Mindfulness was responsible for improvements in this occupational phenomenon, both directly and indirectly, through the management of resilience and compassion. From a qualitative perspective, doctors associated the practice with a greater sense of wellbeing, a better relationship with colleagues and patients, and greater self-care.

Conclusions: Mindfulness interventions for medical burnout show promising, yet not consensual, results in terms of prevention and treatment. Study methodologies are quite heterogeneous and show some shortcomings. More Randomized Controlled Trials (RCT), with rigorous methods and larger samples are needed to strengthen results.

Keywords

“physician”; “burnout”; “mindfulness”; “MBCT”

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	vii
Palavras-chave	viii
Abstract	ix
Keywords	x
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Figuras	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
1.1 <i>Burnout</i>	1
1.2 <i>Mindfulness</i>	3
2. Métodos	5
3. Resultados	7
3.1 Desenhos de estudo	7
3.2 População	7
3.3 Intervenção	7
3.4 Medidas de <i>outcome</i> quantitativas	8
3.4.1 <i>Stress</i> e ansiedade	8
3.4.2 <i>Burnout</i> , <i>Mindfulness</i> , Resiliência	8
3.4.3 Empatia e Compaixão	9
3.4.4 Reflexão Pessoal; Energia, Empenho, Assimilação	9
3.5 Medidas de <i>outcome</i> qualitativas	10
4. Discussão	17
5. Conclusão e perspectivas futuras	25
6. Referências	27

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Resumo dos dados dos seis artigos utilizados para análise comparativa	12
--	----

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1 Variação do nível de empenho laboral associado à progressão temporal dos subtipos de <i>burnout</i> e características respetivas	19
Figura 2 Correlação direta e indireta entre <i>mindfulness</i> , resiliência e <i>burnout</i> através do efeito mediador dos afetos positivos	19
Figura 3 Relação negativa entre <i>mindfulness</i> e <i>overload</i>	19
Figura 4 Relação negativa entre resiliência e <i>neglect</i>	20

Folha em branco

Lista de Acrónimos

BCSQ	<i>Burnout Clinical Subtype Questionnaire</i>
BRS	<i>Brief resilience scale</i>
CD-RISC	<i>Connor-Davidson Resilience Scale</i>
DP	Despersonalização
EE	Exaustão Emocional
EUA	Estados Unidos da América
FFMQ	<i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>
GAD	Generalized Anxiety Disorder
GI	Grupo de intervenção
GRAS	<i>Groningen Reflection Ability Scale</i>
JSE	<i>Jefferson Scale of Empathy</i>
MAAS	<i>Mindful Attention Awareness Scale</i>
MBCT	<i>Mindfulness Based Cognitivity Therapy</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBSR	<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>
MGF	Medicina Geral e Familiar
MMC	<i>Mindful Medicine Curriculum</i>
MPQ	<i>Meditation Practice Questionnaire</i>
NC	Não Controlado
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for health and Care Excellence</i>
NR	Não Randomizado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PANAS	<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
RCT	Randomized Controlled Trial
RP	Realização Pessoal
RU	Reino Unido
SCBCS	<i>Santa Clara Brief Compassion Scale</i>
SCS	<i>Self-Compassion Scale</i>
SNS	Sistema Nervoso Simpático
UBOS-C	<i>Utrecht Burnout Scale for Contactual Occupations</i>
UWES	<i>Utrecht Work Engagement Scale</i>

Folha em branco

1.Introdução

1.1 *Burnout*

O conceito de *burnout* foi primeiramente descrito por Freudenberger, em 1974,(1) e posteriormente estudado e definido por um conjunto de três dimensões: elevados níveis de Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (DP), e reduzida Realização Pessoal (RP).(2) No caso dos médicos, estes sentem-se desprovidos de capacidade para lidar com a vertente humanística da profissão, adotando um distanciamento e uma insensibilidade perante os pacientes. Esta situação impede o tratamento da pessoa de forma holística, culminando numa auto-perceção de ineficácia e incompetência.(3) A insensibilidade relacional, ou desumanização do outro (4) também pode ser definida como cinismo e é inerente à DP.(5)

O *burnout* é mais comum em profissões onde o indivíduo desempenha um papel de cuidador, como médicos, professores ou assistentes sociais (6) e apresenta uma sobreposição de três componentes: física, emocional e comportamental.(1) *Compassion fatigue*, ou trauma secundário, é um dos possíveis componentes da síndrome e caracteriza-se pela EE e consequente diminuição de empatia como resultado da exposição cumulativa a situações exigentes e desgastantes do ponto de vista emocional.(7,8)

Em 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atualizou a definição da síndrome de *burnout* na Classificação Internacional de Doenças (11ª revisão), onde a classifica como sendo não uma doença, mas sim um fenómeno ocupacional que resulta de exposição crónica a fatores de *stress* relacionados com a profissão, os quais não foram geridos de forma eficaz.(9)

Existem diversas escalas de avaliação de *burnout* mas a mais utilizada é a *Maslach Burnout Inventory* (MBI), que consiste num questionário de 22 perguntas no qual se avalia a EE, DP e RP (também definida como eficácia).(6)

Na classe médica, esta síndrome apresenta uma prevalência mundial importante.(10–14) A maioria dos diagnosticados são mulheres jovens ou de meia idade (18-49 anos) mas a prevalência no sexo masculino está a aumentar.(15)

Em Portugal, em 2017, numa amostra de cerca de 9000 profissionais, englobando mais de 30 especialidades, 66% e 39% dos médicos apresentam elevados índices de EE e DP, respetivamente, e 30% revelam níveis reduzidos de RP. De realçar que 7% dos inquiridos apresentavam resultados desfavoráveis nos três indicadores, nomeadamente nas especialidades de Urologia, Dermato-Venereologia, Otorrinolaringologia e Hematologia Clínica.(16) Num outro estudo referente a Médicos de Família da Secção Regional Norte, realizado em 2019, a prevalência da síndrome de *burnout* era quatro vezes superior ao observado num estudo nacional de 2012. Interessante notar que, os resultados mostraram que os homens

apresentavam níveis de DP significativamente mais elevados do que as mulheres, e que esta dimensão e a própria síndrome são mais acentuadas nos indivíduos com menos de 45 anos.(17)

Nos Estados Unidos da América (EUA), os níveis de *stress* nos profissionais de saúde são superiores quando comparados a outras profissões e o mesmo acontece no *National Health Service* (NHS), no Reino Unido (RU). Neste país, cerca de 37% dos trabalhadores descrevem uma situação de *stress* relacionado com o trabalho e, quando comparado com outros setores públicos, são os que apresentam maior taxa de ausência laboral por doença.(18)

É cada vez mais importante abordar este tema como uma crise de saúde pública, tendo em conta as vastas e nefastas consequências que apresenta não só para os médicos como também para os pacientes e sistemas de saúde.(6)

Por um lado, o *burnout* está associado a um aumento do risco de patologia psiquiátrica e de somatização, o que resulta numa menor qualidade de vida, sobretudo no contexto emocional.(15) Há uma maior prevalência de suicídios na classe médica face à população em geral (aumento de 40% e 130% nos homens e mulheres, respetivamente) (19) e abuso de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas.(2) Acresce, ainda, o risco aumentado de acidentes rodoviários e a disrupção das relações interpessoais.(20)

Por outro lado, há um impacto negativo na qualidade e segurança do atendimento médico, pela forte correlação que se estabeleceu com o erro de prescrição e diagnóstico, com a conduta pouco profissional e com os baixos níveis de satisfação e adesão terapêutica por parte dos utentes.(6,19) De salientar a relação entre DP e o maior tempo de recuperação após alta do internamento e o facto de, em Unidades de Cuidados Intensivos, a EE estar associada a taxas de mortalidade mais elevadas.(19)

Por fim, este fenómeno associa-se a enormes gastos financeiros para os sistemas de saúde, como resultado direto de uma menor produtividade, absentismo e reforma antecipada e, de forma indireta, pelos erros médicos.(19)

Os principais fatores de risco incluem o tipo de especialidade, o excesso de trabalho (turnos longos) e o trabalho burocrático, assim como o preenchimento dos registos médicos eletrónicos, uma parca liderança, um ambiente de trabalho tenso com pouca colaboração entre os pares, e as complexas decisões inerentes à profissão. Além disso, existem ainda determinados fatores individuais que aumentam a probabilidade de vir a desenvolver *burnout*, dos quais se destacam: género feminino, personalidade perfeccionista ou do tipo neurótica, ter um parceiro não médico, ou um filho de idade inferior a 21 anos.(3,6)

1.2 Mindfulness

Mindfulness, ou atenção plena, pode ser definido como o processo de experienciar de forma consciente e não crítica, o momento presente. Desde estímulos externos aos internos, onde se incluem as emoções, sensações corporais e os pensamentos, esta técnica permite adotar, momento a momento, uma postura de abertura, curiosidade e aceitação perante os mesmos, evitando a reatividade emocional.(8,21) De realçar que este tipo de meditação não almeja a passividade emocional ou a alteração da experiência em si, mas sim a forma como é interpretada. Os pensamentos são eventos ou criações da mente, que geram emoções que por sua vez geram comportamentos. Tendo em conta que estes “eventos da mente” não correspondem necessariamente à realidade, nem são verdades absolutas, esta técnica permite reconhecer padrões negativos de pensamentos, desenvolver padrões comportamentais mais sensatos e, assim, alcançar uma maior sensação de tranquilidade e bem-estar.(8,22)

Esta forma de estar teve origem no Budismo há milhares de anos mas a evidência científica robusta relativa a esta prática surgiu apenas em finais da década de 70 com Jon Kabat-Zinn,(23) que desenvolveu um programa de redução de *stress* baseado em atenção plena (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR). Este ocorre ao longo de oito semanas: uma sessão de grupo por semana de 2h-2.5h, uma prática de 45 minutos seis dias por semana em casa, e um dia de retiro silencioso. Esta intervenção inclui práticas formais, como o rastreio corporal, e informais, nas quais os indivíduos são convidados a aplicar as técnicas aprendidas em atividades da vida diária, como lavar os dentes ou tomar banho.(21) Um outro programa amplamente utilizado, sobretudo no RU, com evidência científica estabelecida, é a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT), desenvolvida com o intuito de lidar com a patologia depressiva recidivante.(8,18)

De forma geral, a meditação regular é observável de um ponto de vista comportamental através da redução dos níveis de *stress* e numa maior estabilidade emocional, assim como de um ponto de vista orgânico e fisiológico, pela reestruturação da substância cinzenta. A amígdala diminui a sua atividade e tamanho, o que se torna relevante pelo facto de ser o centro de ativação do sistema nervoso simpático em resposta ao medo. Também foram descritas diferenças em áreas do cérebro relacionadas com a aprendizagem, memória e regulação emocional após apenas oito semanas de *mindfulness*.(23,24) A longo-prazo, é ainda possível observar um aumento significativo de atividade no córtex pré-frontal esquerdo, associado à felicidade.(7)

A evidência científica relativa à técnica de atenção plena tem crescido de forma exponencial nos últimos anos e tem vindo a demonstrar relação positiva entre esta e a saúde física e mental em populações saudáveis e no tratamento de uma variedade de disfunções físicas, psicossomáticas e psicossociais.(8,22,25) Esta prática protege contra o *burnout*, reduzindo o impacto do *stress* em profissionais de saúde,(6,8,26) diminui o erro médico e aumenta o profissionalismo.(23) Efetivamente, intervenções bem sucedidas com o objetivo de tratar o *stress* ocupacional, foram concretizadas em diversos países: Espanha, França, Canadá, EUA, Chile e Colômbia.(8) Além

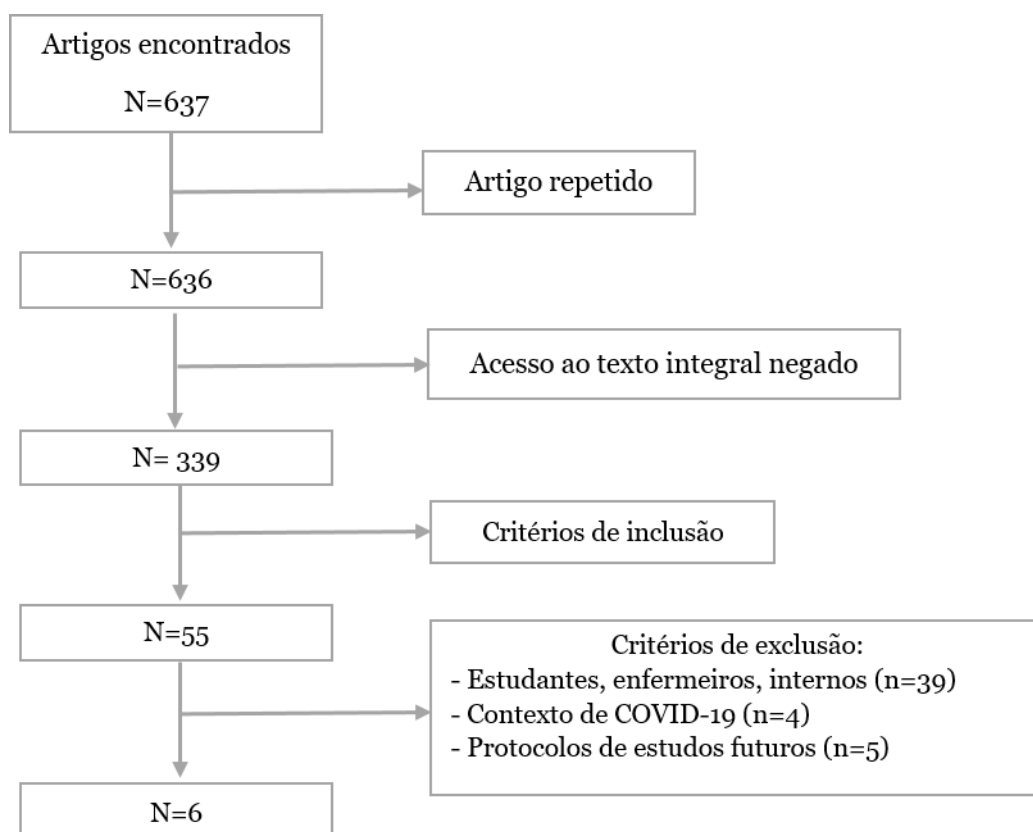
disso, esta prática está associada a um aumento da resiliência, compaixão e atitudes empáticas na prática clínica.(6,8)

Assim, esta revisão narrativa pretende avaliar a eficácia da técnica de *mindfulness* para o tratamento do *burnout* em médicos especialistas. Dito isto, o objetivo é analisar a eficácia quantitativa da técnica, assim como explorar a correlação com outros parâmetros como ansiedade, resiliência e compaixão. Por outro lado, numa perspectiva mais qualitativa, e tendo em conta o carácter subjetivo e pessoal da experiência de *mindfulness*, aproveitaram-se dados obtidos através de entrevistas aos participantes, com o intuito de compreender melhor de que forma esta técnica contribui, ou não, para uma maior sensação de bem-estar e por que motivos.

2. Métodos

Foi realizada uma revisão narrativa de literatura, a partir da pesquisa nas bases de dados eletrônicas *Pubmed* e *SciELO*. As palavras-chave utilizadas foram “*physician*”, “*burnout*”, “*mindfulness*” e “*MBCT*” e a pesquisa foi limitada a publicações entre 2010 e 2020, escritas nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, perfazendo um total de 637 resultados.

Na seleção, pela leitura dos *abstracts*, foram incluídos estudos de investigação original sobre *burnout* na população médica e intervenções terapêuticas de MBSR ou MBCT (adaptada), que disponibilizassem o texto integral gratuitamente, obtendo-se 55 artigos. Foram aplicados depois os seguintes critérios de exclusão: (1) estudos referentes ao *burnout* em contexto da pandemia de COVID-19; (2) estudos referentes a estudantes de medicina, internos de especialidade ou enfermeiros; (3) protocolos de futuros estudos. Excluiu-se ainda um resultado duplicado, restando seis para uma análise comparativa.



Folha em branco

3. Resultados

Apresentam-se, em seguida, os resultados da investigação obtidos dos seis estudos incluídos nesta revisão narrativa, organizados quanto às suas características formais, os quais se encontram visualmente representados na Tabela 1 para facilitar a sua leitura.

3.1 Desenhos de estudo

Relativamente aos desenhos de estudo, há apenas um intervencional - o único RCT incluído - sendo que apenas neste e no estudo de Verweij *et al.*(27) foram utilizados grupos de controlo. Só um dos estudos é transversal (28) e apenas num não foi usada uma amostra de conveniência.(29) Todos os estudos longitudinais incluíram um período de seguimento exceto um.(27)

Os estudos de Roy *et al.*(30) e Hamilton-West *et al.*(31) reavaliaram as variáveis um e três meses após a intervenção, o de Schroeder *et al.*(29) analisou-as imediatamente após o curso e após três meses. O seguimento de Van Wietmarschen *et al.*(32) decorreu também imediatamente a seguir à conclusão da prática da meditação e seis meses depois.

3.2 População

Nas amostras obtidas há uma predominância do sexo feminino e a idade média varia entre 40 e 56 anos. Relativamente à etnia, apenas é descrita num dos estudos (como sendo caucasiana) e estes decorreram nos EUA, Alemanha, Holanda, Inglaterra e Espanha. Todos os profissionais foram Clínicos Gerais ou especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF). Num dos estudos, as especialidades dos médicos não foram detalhadas.(30)

3.3 Intervenção

Das intervenções utilizadas nos estudos, quatro (27,29,31,32) foram concretizadas em grupo de forma presencial e uma (30) através de uma aplicação individual para *smartphone*.

Dos presenciais, um manteve o protocolo original de MBSR,(32) o de Schroeder *et al.*(29) baseou-se numa versão adaptada de MBSR - *Mindful Medicine Curriculum* (MMC) e Verweij *et al.*(27) recorreu ao método original e a uma versão adaptada de MBSR. Hamilton-West *et al.*(31) utilizou uma versão modificada de MBCT, originalmente aprovado pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) para depressão recorrente. O protocolo diferiu do original pela menor duração das sessões em casa e modificação para uma população não clínica.

No estudo transversal (28) este parâmetro não se aplica e não foi descrito qual o tipo de curso ou protocolo utilizado.

3.4 Medidas de *outcome* quantitativas

3.4.1 Stress e ansiedade

Segundo a escala de *Perceived Stress* (PSS), a cada momento de seguimento houve uma redução dos níveis de *stress* face ao momento de seguimento anterior nos três estudos.(29,31,32) O seguimento foi realizado imediatamente após a intervenção e seis meses depois no estudo de Van Wietmarschen *et al.*;(32) um e três meses depois no estudo de Hamilton-West *et al.*;(31) e após a intervenção e três meses depois, no estudo Schroeder *et al.*(29)

De acordo com a escala *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), a ansiedade também manteve uma redução importante um e três meses após a intervenção, de 48 e 57%, respetivamente.(30)

3.4.2 *Burnout*, *Mindfulness*, Resiliência

Quatro estudos avaliaram a evolução das diferentes dimensões do *burnout*, utilizando duas escalas: MBI (29–31) e *Utrecht Burnout Scale for Contactual Occupations* (UBOS-C).(27)

O estudo de Roy *et al.*(30) revelou uma redução importante dos parâmetros do cinismo organizacional (50% ao primeiro mês de seguimento e que se manteve ao terceiro mês) e EE (20% ao primeiro mês e que se manteve ao terceiro). Relativamente ao estudo de Hamilton-West *et al.*;(31) houve uma melhoria contínua dos valores de EE e DP, na medida em que os resultados observados um e três meses após o curso, diminuíram face aos dados registados no momento de avaliação anterior. A RP aumentou significativamente no seguimento realizado ao terceiro mês. No estudo de Schroeder *et al.*;(29) ao terceiro mês pós-intervenção não se observaram melhorias na RP mas sim na EE e DP. No estudo de Verweij *et al.*;(27) o grupo de intervenção reportou uma diminuição mais acentuada no parâmetro da DP quando comparado com o grupo de controlo. No entanto, tal não se verificou nas restantes dimensões.

No que diz respeito ao *mindfulness*, foram utilizadas três escalas: *The Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS),(28,29) *Meditation Practice Questionnaire* (MPQ) (29) e *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ).(27)

No estudo de Schroeder *et al.*(29) registou-se, no momento imediatamente após o curso adaptado de MBSR (MMC), e no seguimento ao terceiro mês, um aumento nas capacidades de atenção plena, enquanto no grupo de controlo não se observaram alterações positivas dos mesmos parâmetros. De salientar que 92% do grupo MMC continuou as práticas formais e informais de *mindfulness* no mesmo período de tempo. Da mesma forma, no estudo de Verweij *et al.*;(27) as capacidades de *mindfulness* avaliadas imediatamente após o curso de MBSR, aumentaram significativamente no grupo de intervenção face ao controlo.

A **resiliência** foi analisada pelo estudo Schroeder *et al.*;(29) através da escala *Brief Resilience Scale* (BRS) e, três meses após a intervenção, não se verificaram alterações de relevo.

O estudo de Montero-Marin *et al.*,(28) sendo transversal, não avaliou a evolução do **burnout** ou das capacidades de **mindfulness** e **resiliência** mas sim a relação entre estes. Desta forma, registou uma relação moderada-alta positiva entre *mindfulness* e resiliência (avaliada pela *Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC*) e uma correlação moderada negativa entre *mindfulness* e os afetos negativos (avaliada por *Positive and Negative Affect Schedule - PANAS*) e a perceção de excesso de trabalho (*overload*) - associada ao subtipo de *burnout* frenético (avaliado pelo *Burnout Clinical Subtype Questionnaire - BCSQ*).

Por outro lado, o mesmo estudo descreve uma correlação alta positiva entre resiliência e afetos positivos, e moderada-alta negativa entre resiliência e negligência laboral (*neglect*), associada ao subtipo sub-desafiado. Além disso, também positiva, mas moderada, é a correlação encontrada entre afetos negativos e a perceção de sobrecarga. Também ficou demonstrada uma correlação inversa moderada entre afetos positivos e falta de desenvolvimento/crescimento pessoal (*lack of development*), associado ao subtipo esgotado.

3.4.3 Empatia e Compaixão

A empatia foi analisada por Verweij *et al.*,(27) através da *Jefferson Scale of Empathy (JSE)*, e a compaixão por Van Wietmarschen *et al.*(32) e Schroeder *et al.*(29) pela *Self-Compassion Scale (SCS)* e *Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBCS)*, respetivamente.

No estudo de Van Wietmarschen *et al.*,(32) os níveis de compaixão melhoraram de forma progressiva entre o momento que se seguiu à intervenção e o sexto mês de seguimento. De realçar que, seis meses depois, uma percentagem substancial de profissionais continuavam os exercícios por iniciativa própria.

Pelo contrário, no estudo de Schroeder *et al.*,(29) três meses após a intervenção, não se verificaram alterações relevantes na auto-compaixão. Da mesma forma, de acordo com o estudo de Verweij *et al.*(27) também a empatia se manteve inalterada após a prática de *mindfulness*.

3.4.4 Reflexão Pessoal; Energia, Empenho, Assimilação

Van Wietmarschen *et al.*(32) recorreu à *Groningen Reflection Ability Scale (GRAS)* para avaliar a capacidade de reflexão pessoal e verificou-se um aumento dos respetivos níveis diretamente após o curso.

A *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* avalia os parâmetros relativos à energia (“*vigour*”), empenho (“*dedication*”) e assimilação (“*absorption*”) em contexto laboral e foi utilizada por Verweij *et al.*,(27) que demonstrou um aumento significativo apenas do segundo quando comparado com o grupo controlo.

3.5 Medidas de *outcome* qualitativas

No estudo de Hamilton-West *et al.*(31), foram colocadas três perguntas de resposta aberta aos participantes: 1) O que consideraram ter sido mais útil no curso?; 2) Qual foi o maior desafio?; 3) Identificam alguma diferença na vida laboral resultante da intervenção em *mindfulness*?

Por um lado, o treino em *mindfulness* ajudou os participantes a compreender melhor como funciona a mente humana e forneceu técnicas consideradas úteis para gerir o *stress* do dia-a-dia de forma mais eficaz, nomeadamente, as pausas de três minutos. Além disso, os profissionais mencionaram os benefícios da partilha de experiências com os pares e reconheceram melhorias no equilíbrio entre vida profissional e pessoal.

Por outro lado, alguns dos desafios mais referidos relacionam-se com os preconceitos ainda existentes face a este tipo de práticas, à dificuldade em enfrentar estados emocionais adversos e de os partilhar com o grupo. Acrescem ainda obstáculos práticos como conseguir estabelecer um horário e uma rotina que inclua a prática da atenção plena.

Em suma, os médicos reconheceram a adoção de uma postura mais tranquila, paciente e empática no trabalho, conseguindo ser mais tolerantes com os pacientes e apreciar as rotinas inerentes. De salientar que, ao abandonarem o ritmo frenético sem pausas no trabalho, os participantes sentiram que conseguiram mais tempo para cuidar de si.

Van Wietmarschen *et al.*(32) utilizou um método qualitativo distinto e incluíram seis participantes de várias faixas etárias e ambos os géneros, recrutados de forma voluntária. As entrevistas ocorreram três meses após a intervenção, num local à escolha do entrevistado, e foram concretizadas por alguém com experiência prévia. Os profissionais envolvidos afirmaram que a prática da atenção plena os conduziu a uma maior consciência da necessidade e pertinência de breves pausas ao longo do horário laboral para uma diminuição do *stress*. Além disso, adquiriram maior capacidade de vivenciar e apreciar o momento presente, aceitando-o sem formular juízos de valor. Desta forma, e de acordo com os voluntários, o treino em *mindfulness* contribuiu para que desenvolvessem uma melhor relação com os próprios, com os colegas e pacientes, na medida em que se tornaram menos reativos a situações e emoções adversas, e mais disponíveis para compreender a perspetiva do outro (ou do próprio). Acresce ainda a capacidade de reconhecer e lidar de forma mais saudável com traços de personalidade como o perfeccionismo exagerado.

No estudo Verweij *et al.*,(27) os participantes, na última sessão de MBSR, refletiram acerca das mais-valias do curso através de entrevistas individuais realizadas a 31 clínicos gerais ou formulários preenchidos por outros 17 médicos de clínica geral. Os médicos afirmaram que as técnicas aprendidas permitiram não só uma maior consciência do seu estado emocional e consequentes reações somáticas, como também das próprias crenças e valores. De realçar ainda

a capacidade adquirida de reconhecer e quebrar o piloto automático, o que por sua vez facilita a compreensão e adaptação de padrões comportamentais associados a desgaste físico e emocional.

Por outro lado, mencionaram um maior auto-cuidado e maior sensação de bem-estar, assim como uma mudança de paradigma em relação a situações desconfortáveis: aceitação em vez de evitação.

Por fim, os profissionais referiram que, após a intervenção, determinados valores morais teriam mudado, tornaram-se menos judiciosos, mais compassivos e tolerantes, o que facilitou a comunicação com os pacientes. De salientar que, apesar da maioria dos profissionais ter reportado uma aprendizagem e benefícios pela prática da atenção plena, o mesmo não se verificou para dois participantes que afirmaram não se enquadrar neste tipo de práticas.

Tabela 1 – Resumo dos dados da análise comparativa

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7); Maslach Burnout Inventory (MBI); The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS); Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC); Positive and Negative Affect Schedule (PANAS); Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-12); Perceived Stress Scale (PSS); Self-Compassion Scale (SCS); Groningen Reflection Ability Scale (GRAS); Brief Resilience Scale (BRS); Santa Clara Brief Compassion Scale (SCBCS); Meditation Practice Questionnaire (MPQ); Utrecht Burnout Scale for Contactual Occupations (UBOS-C), Utrecht Work Engagement Scale (UWES); Jefferson Scale of Empathy (JSE); Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ); Grupo de Intervenção (GI); Não randomizado (NR); Não controlado (NC)

Autor Ano País	Desenho de estudo	População	Intervenção	Escalas	Resultados
Roy et al (2020) EUA	Longitudinal Observacional Prospetivo NR, NC Self-reported	Participantes, n=57 Intervenção, n=44 Análise final, n = 34 (60%) Mulheres, n=25 Homens, n=9 Idade média, 45	Aplicação para <i>smartphone</i> Módulos diários (30 no total): - Meditações guiadas (5-15 minutos) - Exercícios <i>on-demand</i> (30 segundos) - Breves vídeos didáticos (10 minutos)	GAD-7 MBI	Quantitativos <ul style="list-style-type: none"> • Redução da ansiedade, cinismo organizacional e EE • Correlação significativa entre ansiedade e <i>burnout</i>

<p>Montero-marín et al (2015) Espanha</p>	<p>Transversal Observacional Amostra de conveniência</p>	<p>Participantes, n=622 Idade média, 49.32 Mulheres, 79.9% Homens, 20.1%</p>	<p>Não aplicável</p>	<p>MAAS CD-RISC PANAS BCSQ-12</p>	<p>Quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correlação positiva: resiliência e afetos positivos; <i>mindfulness</i> e resiliência; afetos negativos e percepção de excesso de trabalho • Correlação negativa: <i>mindfulness</i> e percepção de excesso de trabalho, <i>mindfulness</i> ou resiliência e os afetos negativos; afetos positivos e falta de desenvolvimento; resiliência e negligência
<p>Hamilton-West et al (2018) Inglaterra</p>	<p>Longitudinal Prospetivo Amostra de conveniência NR, NC</p>	<p>Participantes, n = 22 T2, n=21 (95%) T3, n=13 (59%) Género: Mulheres, n=14 Homens, n=8 Idade média, 44.5</p>	<p>Versão adaptada do curso de MBCT; 8 sessões (1 por semana) de 2h; Práticas em casa;</p>	<p>MBI PSS</p>	<p>Quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do <i>stress</i>, EE e DP • Aumento da RP <p>Qualitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhor gestão do <i>stress</i> • Maior equilíbrio entre vida profissional e pessoal • Postura mais paciente e empática no trabalho • Maior auto-cuidado

<p>van Wietmarschen (2018) Holanda</p>	<p>Longitudinal Prospetivo Amostra de conveniência NR, NC</p>	<p>Participantes, n = 54 Final da intervenção, n = 51 Seguimento, n = 23</p> <p><u>Género:</u> Homens, 22% Mulheres, 78% Idade média, 40</p>	<p>Programa de MBSR adaptado;</p> <p>8 sessões de grupo (1 por semana) num total de 26h;</p> <p>Exercícios formais e informais;</p>	<p>PSS SCS GRAS</p>	<p>Quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do <i>stress</i> • Aumento dos parâmetros de compaixão e reflexão <p>Qualitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria das relações com os colegas e pacientes • Aumento da auto-aceitação e auto-cuidado • Maior capacidade para lidar com a adversidade • Menor impulsividade e reatividade emocional
<p>Schroeder et al (2016) EUA</p>	<p>Longitudinal Prospetivo RCT</p>	<p>participantes, n= 33 grupo de intervenção, n= 16 grupo de controlo, n= 17</p> <p>final, n=26 grupo de intervenção, n= 13 grupo de controlo, n=13 mulheres, 73% idade média, 42.76</p>	<p>Versão modificada de MBSR (MMC);</p> <p>13h num fim de semana;</p> <p>duas sessões de 2h, duas e quatro semanas após o fim de semana;</p>	<p>MAAS BRS PSS-10 SCBCS MBI MPQ DCC ODR</p>	<p>Quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do <i>stress</i>, EE e DP no GI • Aumento da capacidade de <i>mindfulness</i> no GI

<p>Verweij et al (2016) Alemanha</p>	<p>Observacional Longitudinal Prospetivo NR, NC Amostra de conveniência <i>self-reported</i></p>	<p>Participantes, n= 50 Grupo de controlo, n= 20 Grupo de Intervenção, n=30 Final, n= 43 Grupo de controlo, n= 20 Grupo de intervenção, n=23</p> <p>Género: <u>Grupo de controlo:</u> Homens, 60% Mulheres, 40% <u>Grupo de intervenção:</u> Homens, 70% Mulheres, 30%</p> <p>Idade média Grupo de controlo, 56.0 Grupo de intervenção, 54.5</p>	<p>Radboudumc: - 8 sessões de MBSR (uma sessão de 2.5h por semana) - 1 dia de retiro silencioso</p> <p>VUmc: - 2 dias inteiros - 4 sessões (2h/cada) ao longo de 4 semanas - 1 dia de retiro</p> <p>Práticas de 30-45min/dia em casa em ambos os locais</p>	<p>UBOS-C UWES JSE FFMQ</p>	<p>Quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da DP no GI • Aumento do empenho (UWES) e das <i>skills</i> de <i>mindfulness</i> no GI <p>Qualitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Readaptação de comportamentos mal-adaptativos • Maior auto-cuidado • Postura menos crítica, mais compassiva e tolerante • Melhor comunicação com os pacientes
---	--	--	---	---	---

Folha em branco

4. Discussão

Após a análise dos resultados obtidos é possível afirmar que, tal como demonstra a literatura existente,(33,34) efetivamente se observa uma relação positiva entre a prática de atenção plena e a melhoria dos sintomas de *burnout*. De acordo com os estudos utilizados nesta dissertação, há uma melhoria em pelo menos numa das suas três dimensões, a curto e longo prazo, independentemente da duração da intervenção, dos protocolos e meios utilizados. Porém, há diversas limitações inerentes aos estudos, as quais serão descritas ao longo da discussão.

A prática de atenção plena parece ser mais eficaz a exercer um impacto positivo nas dimensões da DP e EE, quando comparada com a RP, uma vez que a primeira apresentou melhorias nos quatro estudos (27,29–31) e a EE apenas se manteve sem alterações significativas no estudo de Verweij *et al.*(27) e nos restantes diminuiu. A RP apresenta resultados inconclusivos, sendo que apenas se observou um aumento no estudo Hamilton-West *et al.*(31)

Contudo, neste, houve uma perda de 40% no *follow-up* ao terceiro mês, pelo que pode não ser representativo do grupo inicial. Roy *et al.*(30) não chega a referir se este parâmetro não demonstrou alterações ou se não foi avaliado, e no estudo de Schroeder *et al.*(29) não sofreu alterações relevantes ao terceiro mês após a intervenção. No entanto, neste caso, tendo em consideração a amostra pequena e um valor de $d=1,09$, provavelmente com um número superior de participantes teria sido observável um aumento relevante.

Uma vez que as melhorias progressivas em qualquer uma das três dimensões parecem estar associadas à manutenção da prática da atenção plena,(29,31,35) podem ter ficado resultados positivos por registar no estudo de Verweij *et al.*(27) dado que não houve seguimento.

Às limitações já referidas, acresce ainda o facto de o estudo de Hamilton-West *et al.*(31) ser não randomizado e não controlado e ter utilizado uma amostra de conveniência, à semelhança do que acontece com Schroeder *et al.*,(29) o que pode ter conduzido a um viés de resultados.

Relativamente ao parâmetro do *stress*, a meditação revela um papel importante na sua gestão, o que vai de encontro às conclusões de uma meta-análise de 2018,(35) segundo a qual também desempenha um papel intermédio no desenvolvimento de atitudes compassivas.

Um dos aspetos a realçar desta revisão narrativa é a influência de *mindfulness* demonstrada na redução de *burnout* de forma indireta através da abordagem de outros parâmetros, nomeadamente ansiedade, resiliência, compaixão e afetos.

De acordo com Roy *et al.*,(30) é possível alcançar melhorias relativas a este fenómeno ocupacional, abordando apenas métodos de gestão de ansiedade, sem nunca mencionar a própria síndrome. Isto vem reforçar a teoria da correlação entre *burnout* e ansiedade,(36) sendo

esta um preditor de EE,(37) abrindo, assim, novas possibilidades para a prevenção e gestão do *burnout*. De notar, no entanto, que se trata de outro estudo não randomizado, não controlado e torna-se difícil compreender se foi ou não considerado na avaliação estatística o grupo que não descarregou a aplicação, pois apenas é mencionado no fluxograma e nunca é explicado na parte textual do artigo. Além disso, trata-se de uma amostra pequena, na qual não foi feito qualquer diagnóstico aos participantes, que apenas responderam a um questionário, resultando num viés de expectativa.

Por outro lado, *Montero-Marin et al.*,(28) sendo o único trabalho transversal, não avalia a evolução dos parâmetros estudados, dedicando-se apenas a analisar a relação entre os subtipos de *burnout* e *outcomes* da prática de atenção plena, tendo em consideração a influência intermédia dos afetos. Desta forma, aborda três subtipos de *burnout*, defendendo que estes se associam a diferentes estadios da síndrome e, como tal, a abordagem deverá ser distinta. O primeiro passo para o desenvolvimento de *burnout* será a perceção de excesso de trabalho, ou seja, inicia-se pelo subtipo frenético. Segue-se o subtipo sub-desafiado, culminando no esgotado, associado à negligência laboral. (Figura 1) De acordo com os resultados obtidos, há uma relação positiva entre *mindfulness* e resiliência, e entre estes e a redução de *burnout* de forma direta, mas também de forma indireta através dos afetos. (Figura 2) Tendo em conta a relação negativa entre *mindfulness* e o impacto da perceção do excesso de trabalho, (Figura 3) e entre resiliência e negligência laboral, (Figura 4) deduz-se que o ênfase que se dá à prática de uma ou de outra capacidade depende do tipo de *burnout* que se experiencia.

Por último, os subtipos de *burnout* estarão diretamente relacionados com o nível de empenho, na medida em que maior e menor empenho se associa, respetivamente, ao subtipo frenético e esgotado. (Figura 1)

Assim, a técnica de *mindfulness* parece ser mais adequada para prevenir as fases iniciais desta síndrome, através de mitigação de estados emocionais negativos. A resiliência, por outro lado, será uma alternativa mais eficaz nos estadios mais avançados deste fenómeno ocupacional, uma vez que é responsável pela manutenção de afetos positivos e pela obtenção de um equilíbrio entre o desenvolvimento pessoal e o compromisso laboral. Também de acordo com a meta-análise de *Luberto et al.*(35) há uma relação negativa entre prática de meditação e os afetos negativos e uma relação positiva entre esta e os afetos positivos. Estes, por sua vez, terão um impacto relevante na empatia e compaixão.(35)

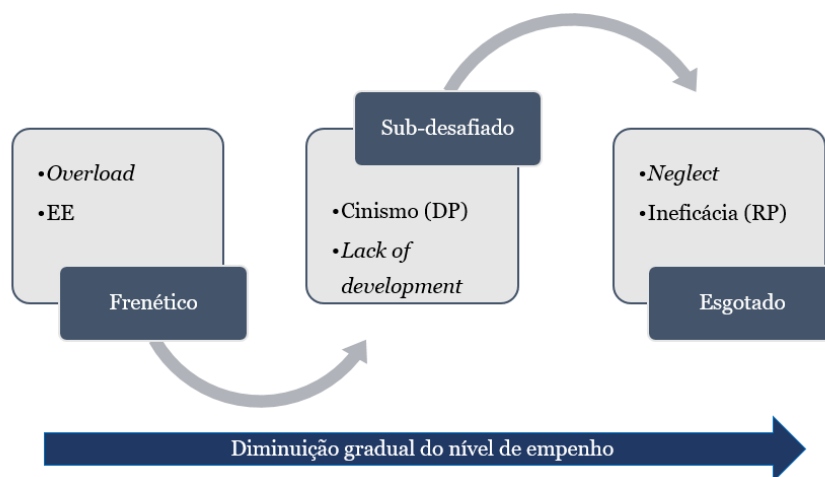


Figura 1 Variação do nível de empenho laboral associado à progressão temporal dos subtipos de *burnout* e características respetivas

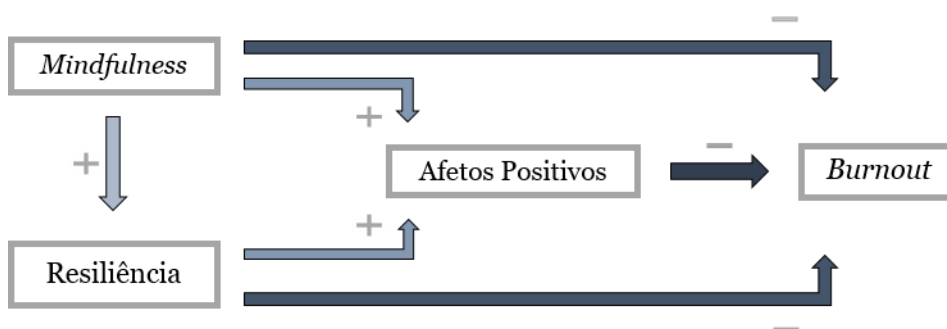


Figura 2 Correlação direta e indireta entre *mindfulness*, resiliência e *burnout* através do efeito mediador dos afetos positivos

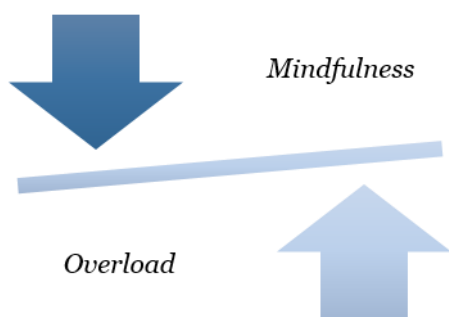


Figura 3 Relação negativa entre *mindfulness* e *overload*

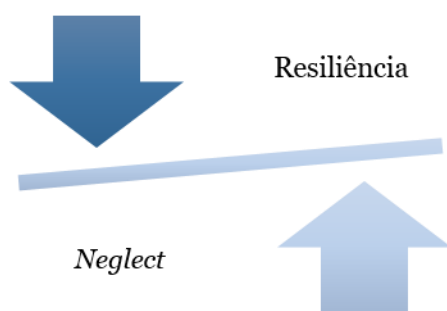


Figura 4 Relação negativa entre resiliência e *neglect*

Sendo o estudo *Montero-Marin et al.*(28) transversal, apenas permite relacionar variáveis num determinado momento temporal e conjeturar acerca de eventuais relações causais. Além disso, trata-se de uma amostra de conveniência em que os investigadores aproveitaram médicos que participaram por iniciativa própria num curso de *mindfulness* oferecido pela universidade. Esta situação pode ter influenciado os resultados, já que estariam, à partida, mais recetivos e motivados. Acresce o facto de o estudo não especificar a duração ou o tipo de curso realizado. O aspeto positivo relaciona-se com a grande amostra conseguida, aumentando, assim, a fiabilidade dos resultados.

No que diz respeito à resiliência, apesar desta não ter mostrado alterações relevantes na investigação de *Schroeder et al.*,(29) tendo em conta os dados estatísticos ($d=0,51$), provavelmente se a amostra fosse superior, a melhoria desta característica teria sido observável. De facto, neste mesmo estudo, quando se avaliam separadamente as práticas formais e informais, as últimas associam-se de forma estatisticamente significativa com o aumento da resiliência.

A resiliência é uma capacidade dinâmica de adaptação a situações de *stress* e adversidade, seguidas de um regresso ao estado prévio de equilíbrio emocional no contexto socio-laboral onde se insere. Caracteriza-se por uma sinergia entre características pessoais e recursos profissionais e organizacionais disponíveis. Incorpora, no caso dos médicos, o potencial de contribuir para uma menor prevalência de *burnout* e *stress* pós-traumático, e para uma prática clínica mais centrada no paciente.(26,38,39) A atenção plena permite ao médico ter mais consciência das fontes de *stress*, desenvolver estratégias de prevenção face a situações adversas e, quando expostos a estas, uma recuperação mais rápida e eficiente (resiliência).(26,33)

Relativamente à compaixão, esta capacidade foi estudada de forma qualitativa por *Hamilton-West et al.*,(31) *Van Wietmarschen et al.*(32) e *Verweij et al.*(27) e de forma quantitativa por *Van Wietmarschen et al.*(32) e *Schroeder et al.*(29). Duma perspetiva qualitativa, os resultados são congruentes entre si, e a compaixão pelo próprio, pelos colegas e pacientes foi tema recorrente nas entrevistas realizadas e considerada pela maioria dos profissionais como um aspeto importante resultante da prática de atenção plena, que se revelou útil para o bem-estar na vida

peçoal e profissional. Contudo, os dados quantitativos diferem entre si, sendo que se observou um aumento na variável da compaixão no estudo de Van Wietmarschen *et al.*,(32) enquanto no de Schroeder *et al.*(29) não se verificaram alterações significativas, o que pode dever-se à curta duração da intervenção deste último (dois dias inteiros seguidos de mais duas sessões) quando comparada com a dos restantes estudos (oito semanas). Outra possível explicação está na pequena amostra usada, já que com um $d=0,57$, parece haver uma associação relevante entre as variáveis. Não obstante, face à subjetividade inerente à interpretação deste tipo de características e o facto de serem dados difíceis de mensurar, mesmo com as escalas preconizadas, seria importante acrescentar sempre uma análise qualitativa. É importante destacar que, apesar de, no estudo de Van Wietmarschen *et al.*(32) os dados quantitativos e qualitativos serem concordantes há um grande viés de expectativa do participante, pois investiram cerca de 750 euros no curso. Além disso, foi usada uma amostra de conveniência, sem grupo de controlo, em que os profissionais se voluntariaram para as entrevistas. Esta realidade contribuiu para uma possível desvalorização de alterações nulas ou resultados negativos após o curso, tal como se verificou no artigo de Verweij *et al.*(27) com dois dos participantes.

Dos resultados qualitativos destacam-se sobretudo dois: em primeiro lugar, a perceção dos profissionais de saúde, nos três estudos, de que após a prática de atenção plena houve uma melhoria na relação com os doentes e, em segundo lugar, o facto desta técnica ter contribuído para uma maior consciência do respetivo estado físico e emocional, as necessidades que daí advêm e o conseqüente aumento no auto-cuidado. Os efeitos sentidos na comunicação com os pacientes são extremamente importantes, uma vez que elevados índices de *burnout* estão associados a baixa adesão terapêutica e, por outro lado, a atenção dada ao auto-cuidado é também de igual importância. Num estudo efetuado por Krasner *et al.*, o treino em *mindfulness* resultou em atitudes de maior empatia e compaixão a curto e longo-prazo.(33) Ambas envolvem uma consciência do sofrimento do outro e a capacidade de compreender a sua perspetiva, mas na compaixão acresce a vontade de tomar iniciativa de fazer algo para o diminuir. É uma capacidade crucial na relação médico-doente, tão essencial para a saúde mental do profissional como do paciente.(8) É interessante observar que a compaixão pelo outro enaltece a compaixão pelo próprio e, por conseguinte, o auto-cuidado, o que por sua vez diminui a *compassion fatigue* e o *burnout*.(8) De facto, a medida preventiva mais eficaz na proteção contra estes é o auto-cuidado, de acordo com Sorenson *et al.*(40) De acrescentar ainda os resultados de Kemper *et al.*, segundo o qual a auto-compaixão é um forte preditor da capacidade de resiliência.(41)

Nas entrevistas, mencionaram uma mudança na forma de lidar com o perfeccionismo que associaram à prática de atenção plena. Este dado torna-se importante tendo em conta a relação estabelecida, na literatura existente, entre este traço e o *stress*, *burnout* e outros sintomas psicopatológicos.(42) Também relevante, e que será explanado mais à frente, é a referência feita pelos participantes do estudo de Hamilton-West *et al.*,(31) à importância do apoio dos pares na estabilidade emocional.

No que concerne à empatia, no estudo de Verweij *et al.*,(27) manteve-se inalterada, o que possivelmente se explica pelo facto de se ter usado, para a avaliação desta variável, uma versão do inquérito que não avalia o comportamento empático do próprio, mas sim de que forma os participantes percebem a empatia nos profissionais de saúde. No mesmo estudo, relativamente ao empenho (“*dedication*”) no trabalho e às capacidades de atenção plena, apesar de terem apresentado melhorias, é de notar que, mais uma vez, os participantes se voluntariaram para participar no primeiro grupo de intervenção, o que pode ter resultado num viés de expectativa e em resultados sobrestimados. Além disso, os indivíduos deste grupo apresentavam níveis mais elevados de *burnout* e menores níveis de empenho e de *mindfulness* do que o grupo de controlo (segundo grupo de intervenção), logo estariam, possivelmente, mais motivados para participar no curso, culminando em resultados enviesados. Outra limitação deste estudo relaciona-se com o facto de não haver período de *follow-up*, pelo que não se pode inferir se uma intervenção como a que foi utilizada é suficiente para que haja uma manutenção positiva dos resultados. Por fim, este estudo envolve duas intervenções distintas e os resultados não são alocados aos grupos específicos de cada tipo de intervenção, pelo que não se consegue estabelecer uma relação causal entre os dados observados e a respetiva intervenção.

No seguimento dos resultados obtidos na evolução da capacidade de *mindfulness*, o estudo Schroeder *et al.*(29) demonstrou haver uma associação forte entre esta e ambos os tipos de prática (formais e informais) no *follow-up* concretizado três meses após o término do curso. Contudo, tal como no estudo Verweij *et al.*,(27) também os profissionais de saúde envolvidos foram voluntários e a perda percentual de participantes no fim da intervenção/ seguimento foi semelhante (23%).

Relativamente à questão de qual a duração e método de intervenção mais eficazes, a investigação ainda se encontra nos primórdios. Não há muitos estudos que registem os resultados a longo-prazo, e estes não são homogêneos, mas os dados existentes sugerem que há uma manutenção ou até um aumento das melhorias com o passar do tempo.(34) Apesar das intervenções breves e *online* serem suficientes para se observar efeitos positivos imediatos e a longo-prazo em profissionais de saúde com níveis de *stress* aumentados,(43,44) há quem defenda que os benefícios são diretamente proporcionais ao tempo investido na prática.(35) Num estudo de Kemper e Khirallah (2015),(45) a resiliência aumentou significativamente após completar módulos de uma hora *online* intitulados “*Mindfulness* no dia-a-dia”. Num outro estudo de Kemper *et al.* (2017),(44) ficou demonstrado que um maior número de horas de prática de técnicas “*mind-body*”, via *internet*, estava associado a uma maior frequência de práticas formais um ano depois da intervenção. Além disso, também se observou que mais prática se relaciona com maiores níveis de resiliência.(44)

Por outro lado, um RCT publicado em 2018, demonstra que uma sessão de *mindfulness online*, de dez minutos por dia ao longo de dez dias, é o suficiente para reduzir os níveis de *stress* e irritabilidade e aumentar a disposição.(22) Este apresenta resultados compatíveis com uma meta-análise de 2016,(46) segundo a qual o treino de *mindfulness* via digital tem potencial para

ser tão eficaz quanto as intervenções presenciais. Apesar de ambos não incluírem médicos na amostra, os dados são de particular importância como ponto de partida a ter em consideração em estudos futuros onde incluam esta classe profissional.

Um dos obstáculos à adesão aos cursos de *mindfulness* está associado à falta de tempo e à incapacidade de incorporar um treino presencial de 2.5h ao longo da semana e acrescentar ainda um dia de retiro.(31,47) Uma aplicação móvel com sessões breves iria permitir adaptar as sessões a horários mais convenientes conforme a disponibilidade de cada um, continuando a ser possível a obtenção de uma melhoria dos sintomas. Não obstante, o apoio social dos colegas de trabalho, de forma presencial, incluindo a partilha de realidades e estados emocionais parece ser dotado de particular importância, na medida em que ajuda a ter uma perspetiva diferente acerca de outras formas de lidar com as adversidades e alivia o sentimento de isolamento que advém de perceber as emoções negativas sem a partilha.(31,47,48)

Folha em branco

5. Conclusão e perspetivas futuras

A síndrome de *burnout* é uma entidade complexa com múltiplos fatores causais, que se relaciona com diversos aspetos pessoais, socio-culturais e organizacionais, apresentando por isso, uma epidemiologia e manifestações vastas. Apesar de ser um tema cada vez mais estudado, ainda não se estabeleceu se há uma estratégia superior em termos de eficácia mas parece ser consensual que ambas as abordagens, individual e organizacional, são benéficas e necessárias na abordagem da síndrome. Desta forma, deverá apostar-se em estudos que avaliem a eficácia da combinação de métodos. Por conseguinte, a prevenção e/ou recuperação de *burnout* deverá incluir desde programas de desenvolvimento pessoal para lidar com o desgaste físico e emocional, até à reforma dos sistemas de saúde com o objetivo de, por exemplo, reduzir o trabalho administrativo, reforçar o trabalho em equipa e permitir a adoção de horários mais reduzidos e flexíveis.

Até se conseguir alcançar esta reforma em larga escala, diferentes intervenções podem ser implementadas de forma a atingir um grupo mais restrito, mas significativo, de profissionais, sendo a prática de atenção plena uma medida promissora, mas a necessitar de mais estudos rigorosos, controlados randomizados e a incluir médicos especialistas de outras áreas.

Além das limitações anteriormente descritas, acrescentam-se as inerentes à presente revisão narrativa. O facto de as escalas utilizadas não serem iguais para os mesmos parâmetros e haver disparidade dos métodos, dificulta a avaliação dos dados de forma uniforme. Também a baixa qualidade destes métodos impede que se retirem conclusões fiáveis e passíveis de se generalizar. Além disso, os estudos incluem apenas especialistas em Medicina Geral e Familiar ou clínicos gerais, o que não permite generalizar para outras especialidades.

Por outro lado, apesar das limitações, esta revisão permitiu estabelecer pontos de partida importantes para estudos futuros.

Em primeiro lugar, há (ou deveria haver) lugar para a educação para a saúde mental e para a prevenção do *burnout*, o que seria mais proveitoso se tivesse início na fase académica, de forma a mitigar o estigma e a prevenir as consequências mais graves da síndrome. Além disso, a educação específica para a meditação como uma forma de estar e não apenas como mais uma tarefa diária a acrescentar às outras, poderá contribuir para uma adesão à prática de forma mais prolongada. Da mesma forma, uma aprendizagem acerca do funcionamento da díade corporalmente também poderá revelar-se importante na obtenção de resultados positivos, pelo que se deveria ponderar acrescentar um suporte teórico aos ensinamentos da prática.

Em segundo, face ao exposto na discussão, as práticas devem ser personalizadas de acordo com o estadio do fenómeno ocupacional e mais estudos são necessários acerca da pertinência de adaptar, por exemplo, às características pessoais e especialidade médica.

Por outro lado, face às restrições de horário dos profissionais em causa, sugere-se o estudo da viabilidade e eficácia de uma abordagem mista com práticas *online* e presenciais.

A maioria dos artigos que se dedica ao estudo de *burnout* e respetivos métodos de abordagem e prevenção incluem amostras heterogéneas com diversas profissões e diferentes níveis de progressão académica e profissional. No futuro, diferentes classes de profissionais de saúde devem ser avaliadas de forma separada, já que profissões distintas implicam contextos e realidades dissonantes, logo as medidas devem ser adaptadas e não universais.

Em suma, e sobretudo à luz da realidade pandémica atual por Covid-19 - catalisadora exponencial da degradação da saúde mental - é urgente apostar na reforma do Sistema, de forma a valorizar quem cuida, priorizando o bem-estar dos profissionais de saúde. Apesar das medidas individuais serem sempre necessárias, talvez seja tarde para que sejam suficientes no combate à pandemia do *burnout*, subjacente a décadas de desvalorização da saúde mental.

Com base em todo o estudo extensivo concretizado, e tendo em conta que este fenómeno se deve a um *stress* contínuo e prolongado no tempo, parece pertinente avaliar a hipótese de reformular as pausas laborais. Isto é, acrescentar dias de descanso e possibilitar que estes sejam repartidos e distribuídos de forma flexível ao longo do ano.

Tendo em conta que a economia é o motor da evolução e desenvolvimento da sociedade atual, demonstrar que a redução do *burnout* teria um impacto significativo na diminuição dos custos para o estado seria uma potencial motivação para se começar a investir na saúde mental de forma decisiva. Para tal, é necessário melhorar o nível de evidência científica sobre o tratamento do *burnout*, investindo em estudos com metodologias mais poderosas, nomeadamente ensaios randomizados controlados.

6.Referências

1. Heinemann L V., Heinemann T. Burnout research: Emergence and scientific investigation of a contested diagnosis. SAGE Open [Internet]. 2017;7(1). Available from: <https://doi.org/10.1177/2158244017697154>
2. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. Maslach Burn Invent [Internet]. 1996;(May 2016):191–217. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277816643>
3. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors related to physician burnout and its consequences: A review. Behav Sci (Basel). 2018;8(11).
4. Maslach C, Leiter MP. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior. 2016. 351–357 p.
5. Nicole A, Patrícia A, Raquel A. Burnout no trabalho. Ref - Rev Enferm. 2008;II(7):33–41.
6. Patel RS, Sekhri S, Bhimanadham NN, Imran S. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout Measuring physician burnout. 2019;11(6):3–12.
7. Winner J. Reducing frustration and increasing fulfillment: Reframing. Fam Pract Manag. 2017;24(5):12–6.
8. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado L, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. J Clin Med. 2017;6(3):33.
9. WHO. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 23]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
10. Galván ME, Vassallo JC, Rodríguez SP, Otero P, Montonati MM, Cardigni G, et al. Professional burnout in pediatric intensive care units in Argentina. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2012;110(6):466–73. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84924849879&partnerID=MN8TOARS>
11. British Medical Association. Caring for the mental health of the medical workforce [Internet]. London; 2019. Available from: <https://www.bma.org.uk/media/1365/bma-caring-for-the-mental-health-survey-oct-2019.pdf>

12. The Lancet. Physician burnout: a global crisis. *Lancet* [Internet]. 2019;394(10193):93. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31573-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31573-9)
13. Delgado Maidana W, Vega Carduz E, Sanabria L, Figueredo Thiel SJ. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anesestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud*. 2011;9(1):13–20.
14. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide [Internet]. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>
15. Grensman A, Acharya BD, Wändell P, Nilsson GH, Falkenberg T, Sundin Ö, et al. Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: A randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complement Altern Med*. 2018;18(1):1–16.
16. Pinto AM, Moreira S, Lopes RC, Januário P. Burnout na Classe Médica em Portugal : Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final. *Rev da Ordem dos Médicos*. 2017;
17. Reis CDC. Prevalência de Síndrome de Burnout em Médicos de Família da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. *Rev Port Clínica Geral*. 2019;35(3):176–84.
18. Strauss C, Gu J, Pitman N, Chapman C, Kuyken W, Whittington A. Evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for life and a cognitive behavioural therapy stress-management workshop to improve healthcare staff stress: Study protocol for two randomised controlled trials. *Trials*. 2018;19(1):1–10.
19. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516–29.
20. West CP, Tan AD, Shanafelt TD. Association of Resident Fatigue and Distress With Occupational Blood and Body Fluid Exposures and Motor Vehicle Incidents. *JMCP* [Internet]. 2012;87(12):1138–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmayocp.2012.07.021>
21. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther* [Internet]. 2017;95:29–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
22. Economides M, Martman J, Bell MJ, Sanderson B. Improvements in Stress, Affect, and

- Irritability Following Brief Use of a Mindfulness-based Smartphone App: A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness* (N Y). 2018;9(5):1584–93.
23. Stephen AE, Mehta DH. Mindfulness in Surgery. *Am J Lifestyle Med*. 2019;13(6):552–5.
24. Huang F-Y, Hsu A-L, Hsu L-M, Tsai J-S, Huang C-M, Chao Y-P, et al. Mindfulness Improves Emotion Regulation and Executive Control on Bereaved Individuals: An fMRI Study. *Front Hum Neurosci*. 2019;12(January):1–10.
25. Gotink RA, Hermans KSFM, Geschwind N, De Nooij R, De Groot WT, Speckens AEM. Mindfulness and mood stimulate each other in an upward spiral: a mindful walking intervention using experience sampling. *Mindfulness* (N Y). 2016;7(5):1114–22.
26. Krogh E, Medeiros S, Bitran M, Langer ÁI. Mindfulness y la relación clínica: pasos hacia una resiliencia en medicina. *Rev Med Chil*. 2019;147(5):618–27.
27. Verweij H, Waumans R, Smeijers D, Speckens A, Lucassen P, Donders A, et al. Mindfulness-based stress reduction for GPs: Results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *Br J Gen Pract*. 2016;66(643):e99–105.
28. Montero-Marin J, Tops M, Manzanera R, Piva Demarzo MM, De Mon MÁ, García-Campayo J. Mindfulness, resilience, and burnout subtypes in primary care physicians: The possible mediating role of positive and negative affect. *Front Psychol*. 2015;6(DEC):1–8.
29. Schroeder DA, Stephens E, Colgan D, Hunsinger M, Rubin D, Christopher MS. A Brief Mindfulness-Based Intervention for Primary Care Physicians: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Am J Lifestyle Med*. 2016;12(1):83–91.
30. Roy A, Druker S, Hoge EA, Brewer JA. Physician anxiety and burnout: Symptom correlates and a prospective pilot study of app-delivered mindfulness training. *JMIR mHealth uHealth*. 2020;8(4).
31. Hamilton-West K, Pellatt-Higgins T, Pillai N. Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. *Prim Heal Care Res Dev*. 2018;19(6):591–7.
32. Wietmarschen H van, Tjaden B, Vliet M van, Battjes-Fries M, Jong M. Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: A mixed-methods study. *BJGP Open*. 2018;2(4):1–11.
33. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout,

- empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2009;302(12):1284–93.
34. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2016;388(10057):2272–81. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
 35. Luberto CM, Shinday N, Song R, Philpotts LL, Park ER, Fricchione GL, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of the Effects of Meditation on Empathy, Compassion, and Prosocial Behaviors. *Mindfulness* (N Y). 2018;9(3):708–24.
 36. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2019;10(MAR):1–19.
 37. Johnson AK, Blackstone SR, Skelly A, Simmons W. The Relationship Between Depression, Anxiety, and Burnout Among Physician Assistant Students: A Multi-Institutional Study. *Heal Prof Educ* [Internet]. 2020;6(3):420–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2020.04.003>
 38. Stract AB. Burnout syndrome and wellbeing in anesthesiologists : the importance of. 2017;83(2):191–9.
 39. Colgan DD, Christopher M, Bowen S, Brems C, Hunsinger M, Tucker B, et al. Mindfulness-based Wellness and Resilience intervention among interdisciplinary primary care teams: a mixed-methods feasibility and acceptability trial. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e91.
 40. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(5):456–65.
 41. Moorfield C, Cope V. Interventions to increase resilience in physicians: A structured literature review. *Explore.* 2020;16(2):103–9.
 42. Craiovan PM. Correlations between Perfectionism, Stress, Psychopathological Symptoms and Burnout in the Medical Field. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2014;127:529–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.304>
 43. Kemper KJ, Rao N. Brief Online Focused Attention Meditation Training: Immediate Impact. *J Evidence-Based Complement Altern Med.* 2017;22(3):395–400.

44. Kemper KJ, Rao N, Gascon G, Mahan JD. Online Training in Mind-Body Therapies: Different Doses, Long-term Outcomes. *J Evidence-Based Complement Altern Med.* 2017;22(4):696–702.
45. Kemper KJ, Khirallah M. Acute Effects of Online Mind–Body Skills Training on Resilience, Mindfulness, and Empathy. *J Evidence-Based Complement Altern Med.* 2015;20(4):247–53.
46. Spijkerman MPJ, Pots WTM, Bohlmeijer ET. Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev [Internet].* 2016;45:102–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
47. Wahbeh H, Svalina MN, Oken BS. Group, One-on-One, or Internet? Preferences for Mindfulness Meditation Delivery Format and their Predictors. *Open Med J [Internet].* 2014;1:66–74. Available from: <https://benthamopen.com/contents/pdf/MEDJ/MEDJ-1-66.pdf>
48. Lee KJ, Forbes ML, Lukasiewicz GJ, Williams T, Sheets A, Fischer K NM. Promoting Staff Resilience in the Pediatric Intensive Care Unit. *Am J Crit Care [Internet].* 2015;24(5):422–30. Available from: <https://doi.org/10.4037/ajcc2015720>