



Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

Sara Leonor Pinto de Jesus

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Dra. Rita Meireles de Sousa Pedro

maio de 2022

Dedicatória

Ao meu pai por sempre acreditar em mim.

À minha mãe pelo apoio demonstrado.

Ao meu irmão pela motivação.

Aos meus amigos pela ajuda incondicional.

Agradecimentos

À minha orientadora Dra. Rita Meireles por ter aceite colaborar neste trabalho, pela dedicação e apoio incansável.

Ao Zé, à Catarina e à Ju por toda a ajuda.

Prefácio

“Quando fores crescido, hás de querer ser feliz. Por enquanto não pensas nisso e é por isso mesmo que o és. Quando pensares, quando quiseres ser feliz, deixarás de sê-lo. A felicidade não é coisa que se conquiste. Hão de dizer-te que sim. Não acredites. A felicidade é ou não é.”

José Saramago in *Claraboia*

Resumo

Introdução: O termo “*burnout*” foi inicialmente descrito nos anos 70 por Freudenberger, professor e psiquiatra, que o definiu como um estado de exaustão ou frustração resultante da dedicação a uma causa, modo de vida ou relação que não teve o resultado esperado. A partir daí, o interesse por esta temática foi crescendo, surgindo várias definições dadas por diferentes autores. É aceite mundialmente que a Síndrome de *Burnout* é composta por três dimensões, nomeadamente, a despersonalização, a reduzida realização pessoal e a exaustão emocional. A Medicina está no topo das profissões mais stressantes e, como tal é mais prevalente nos médicos que estão na linha da frente, nomeadamente, nos médicos de Medicina Geral e Familiar. Esta é uma realidade preocupante, uma vez que a qualidade da assistência prestada ao utente pode ser comprometida bem como pode ser afetada a vida pessoal do médico. Desta forma, tem-se dado particular interesse à prevenção desta síndrome, uma vez que prevenir é a nossa melhor arma.

Objetivos: Esta monografia tem como objetivo principal sistematizar os conhecimentos atuais sobre a Síndrome de *Burnout* nos médicos de Medicina Geral e Familiar. Pretende focar-se na definição, causas, manifestações, consequências, prevalência e possíveis formas de prevenção.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas PubMed, Medscape e Cochrane, identificando-se artigos científicos e de revisão sem estabelecer intervalo de tempo. Devido à grande quantidade de informação existente, foram selecionados aqueles mais relevantes para este trabalho. Destes, foram ainda revistas as referências bibliográficas de modo a encontrar outros artigos de relevo que não foram encontrados na pesquisa inicial. A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e a definição europeia de Medicina Geral e Familiar da Wonca foram também consultadas.

Palavras-chave

Burnout; Síndrome de Burnout; Médicos de Família; Medicina Geral e Familiar; Prevalência; Causas; Consequências; Prevenção;

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

Abstract

Introduction: The term “*burnout*” was first described in the 1970s by Freudenberger, professor and psychiatrist, who defined it as a state of exhaustion or frustration resulting from dedication to a cause, way of life or relationship that did not have the expected result. Since then, interest in this topic has grown, with several definitions given by different authors. It is accepted worldwide that Burnout Syndrome is composed of three dimensions, particularly, depersonalization, reduced personal fulfillment and emotional exhaustion. Medicine is at the top of the most stressful professions and, as such, this syndrome is more prevalent in doctors who are in the front line of health care, specifically, in General and Family Medicine physicians. This is a worrying reality since the quality of health care provided to the user can be compromised and the personal life of the doctor can be affected. In this way, particular interest has been given to prevent this syndrome, since prevention is our best weapon.

Objectives: The main objective of this monography is to systematize current knowledge about Burnout Syndrome in General and Family Medicine physicians. Its purpose is to focus on the definition, causes, manifestations, consequences, prevalence and possible forms of prevention.

Methodology: A search was carried out in the electronic databases PubMed, Medscape and Cochrane, identifying scientific and review articles without establishing a timeline. Due to the large amount of existing information, the most relevant articles to this work were selected. The references of these selected articles were also reviewed in order to find other relevant works which have not been found in the initial search. The Portuguese Journal of General and Family Medicine and Wonca’s European definition of General and Family Medicine were also consulted.

Keywords

Burnout; Burnout Syndrome; Family physicians; General and Family Medicine; Prevalence; Causes; Consequences; Prevention;

Índice

1.Introdução	1
2 . A Síndrome de <i>Burnout</i>	3
2.1. Definições de burnout	3
2.2 Classificação da Organização Mundial da Saúde	4
2.3 Modelo explicativo da síndrome de <i>burnout</i>	4
2.4 Instrumentos de avaliação do <i>burnout</i>	8
3. Manifestações clínicas da síndrome de <i>burnout</i>	9
4. O que é ser Médico de Medicina Geral e Familiar e o que o torna mais vulnerável	13
5. Prevalência e consequências do <i>burnout</i> nos médicos de Medicina Geral e Familiar	23
6. Estratégias de prevenção	25
7. Conclusão	29
Bibliografia	31
Anexos	35
Anexo 1 – “12 degraus antes da queda fatal”	37

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo geral explicativo da síndrome de *burnout* de Maslach e Jackson (1998).

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Sintomas relacionados com a síndrome *de burnout*

Tabela 2 - Sintomatologia do *burnout*

Tabela 3 - Fatores organizacionais associados a índices superiores da síndrome de *burnout*

Tabela 4 - Fatores individuais associados a índices superiores da síndrome de *burnout*

Tabela 5 - Fatores laborais associados a índices superiores da síndrome de *burnout*

Tabela 6 - Fatores sociais associados a índices superiores da síndrome de *burnout*

Lista de Acrónimos

MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial da Saúde

1. Introdução

O ser humano está muito ligado ao conceito de trabalho, o qual constitui um fator importante de preenchimento das necessidades básicas, mas também das necessidades mais profundas como as psicológicas. Na atualidade, as pessoas veem o trabalho como forma de se afirmarem na sociedade, fazendo parte da sua identidade, tornando-se mais independentes e confiantes. Desta forma, hoje em dia o ser humano depende muito do seu tempo no trabalho como meio para alcançar a sua felicidade pessoal. (1) Quase um terço das nossas vidas é passada no sítio onde trabalhamos, o que faz com que estejamos em constante interação com pessoas e expostos a situações stressantes. O stress é definido como uma relação entre os mecanismos de adaptação e a interação entre o próprio e o ambiente, ou como uma situação capaz de sobrecarregar o bem-estar individual e, portanto, despoletar distúrbios psicológicos, condutas desviantes e em último caso, doença. Assim, compreende-se que o trabalho é dos principais geradores de stress na vida do ser humano e que a síndrome de *burnout* surge como resultado de situações crónicas de stress relacionado com o trabalho. (2)

A organização mundial da Saúde (OMS) afirma que a síndrome de *burnout* é uma das principais doenças do Mundo Ocidental. Esta síndrome é mais prevalente em profissões que envolvem um contacto interpessoal bem como um nível de atenção intensa e prolongada, de que são exemplos os médicos, enfermeiros ou assistentes sociais. (3)

Esta síndrome está a aumentar, sendo mais prevalente nos médicos que estão na linha da frente, nomeadamente, nos médicos de Medicina Geral e Familiar. Na prática clínica, os médicos têm de responder às necessidades dos seus pacientes e das suas famílias, interagindo diariamente com diversos aspetos emocionais da vida, investindo os seus próprios recursos emocionais para providenciar cuidados aos outros. Para alguns, o dia a dia pode tornar-se mais difícil à medida que os mecanismos de *coping* tornam-se desadequados e as reservas de recursos emocionais se esgotam. (4)

Nesta monografia pretende-se explorar o conhecimento atual sobre a Síndrome de *Burnout* nos médicos de Medicina Geral e Familiar. As definições, bem como algumas das manifestações desta patologia podem ser generalizadas a outras profissões; no entanto, existem fatores relacionados com a profissão de médico especialista em Medicina Geral e Familiar que serão aqui abordados.

2 . A Síndrome de *Burnout*

2.1. Definições de burnout

Síndrome de *burnout* (termo anglo-saxónico), de estafa profissional (Brasil), *de la cabeza quemada ou de desgaste ocupacional* (Espanha), *d'épuisement professionnel* (França) ou de esgotamento (Portugal): são várias as terminologias, mas todas com o mesmo significado. No sentido literal da palavra, *burnout*, significa estar queimado e (profissionalmente) esgotado. (5)

Em 1974, Herbert J. Freudenberger, professor e psiquiatra, utilizou o termo *burnout* para se referir ao efeito devastador do abuso de drogas ilícitas, a gradual exaustão emocional e a perda de motivação e compromisso dos voluntários na Clínica São Marcos em East Village de Nova Iorque, que ele observou enquanto psiquiatra. O próprio Freudenberger foi vítima de *burnout* duas vezes, o que aumentou o seu interesse no estudo desta área. As suas publicações sobre o assunto foram fortemente autobiográficas e o seu impacto é ilustrado pelo facto de, em 1999, ter recebido o prémio "*Gold Medal for Life Achievement*" na Prática da Psicologia na convenção da *American Psychiatry Association*, em Boston. (6)

Freudenberger descreveu o *burnout* como um estado de exaustão ou frustração resultante da dedicação a uma causa, modo de vida ou relação que não teve o resultado esperado. (7) O interesse por esta síndrome foi crescendo, ampliando-se a diversas profissões de ensino e de ajuda, isto é, a professores, médicos e enfermeiros, surgindo o "*burnout*" - como resposta às tensões emocionais que o trabalho de relação contínua destes profissionais pressupõe. (8) De acordo com Freudenberger, os profissionais que sofriam desta síndrome chegavam a um determinado momento em que falhavam, sentindo-se emocionalmente esgotados devido ao seu envolvimento excessivo no trabalho, chegando mesmo a ser ineficazes no desempenho das suas funções e acabando por adotar atitudes de desilusão perante o seu trabalho, bem como irritação e sentimentos de frustração e cinismo que, conseqüentemente, bloqueavam o seu próprio progresso. (7)

Em 1981, Maslach e Jackson definiram *burnout* como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento duradouro em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho. (9)

Numa revista da Sociedade Portuguesa de Cardiologia definem *burnout* "como o poço onde caem as vítimas dos riscos psicossociais no trabalho e do grave stresse crónico." (10)

2.2 Classificação da Organização Mundial da Saúde

Até há relativamente pouco tempo a síndrome de *burnout* estava relacionada com doença; no entanto, não era uma doença somática ou psiquiátrica reconhecida. Assim, apesar de o *burnout* ocorrer globalmente, não implicava necessariamente que o seu significado fosse idêntico em todos os países. Ou seja, dependendo da orientação teórica, da prática de cada um e do contexto, este podia variar desde um processo contínuo até uma condição médica. Posto isto, em alguns países (como por exemplo a Suécia e a Holanda), um diagnóstico formal de *burnout* abria a possibilidade de a vítima lucrar com acordos de compensação financeira, aconselhamento e tratamento como psicoterapia. Por outro lado, noutros países, o diagnóstico formal não era reconhecido e as vítimas acometidas por esta síndrome não eram elegíveis para compensação monetária ou qualquer tipo de tratamento. (6)

Desde 1 de janeiro de 2022, o *burnout* entrou oficialmente na nova Classificação Internacional de Doenças (CID11) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo essa classificação é considerado um fenómeno ocupacional, sendo que a OMS classifica a síndrome como “o resultado do stress crónico que não foi gerido com sucesso”, assumindo o código QD85. Esta nova classificação vem trazer aos trabalhadores os respetivos direitos de uma doença ocupacional em caso de diagnóstico confirmado. (11)

2.3 Modelo explicativo da síndrome de *burnout*

Na atualidade existem diferentes modelos explicativos da síndrome de *burnout* que vão variando consoante o conhecimento e experiência do autor bem como a importância que cada um dá a diversos aspetos, isto é, se focam mais nas variáveis individuais, nos fatores interpessoais ou no papel das organizações. (5) De todos os modelos existentes acerca do *burnout*, o mais aceite e utilizado é o modelo tridimensional desenvolvido por Maslach e Jackson e será este que esta monografia salientará, apresentando-o de seguida.

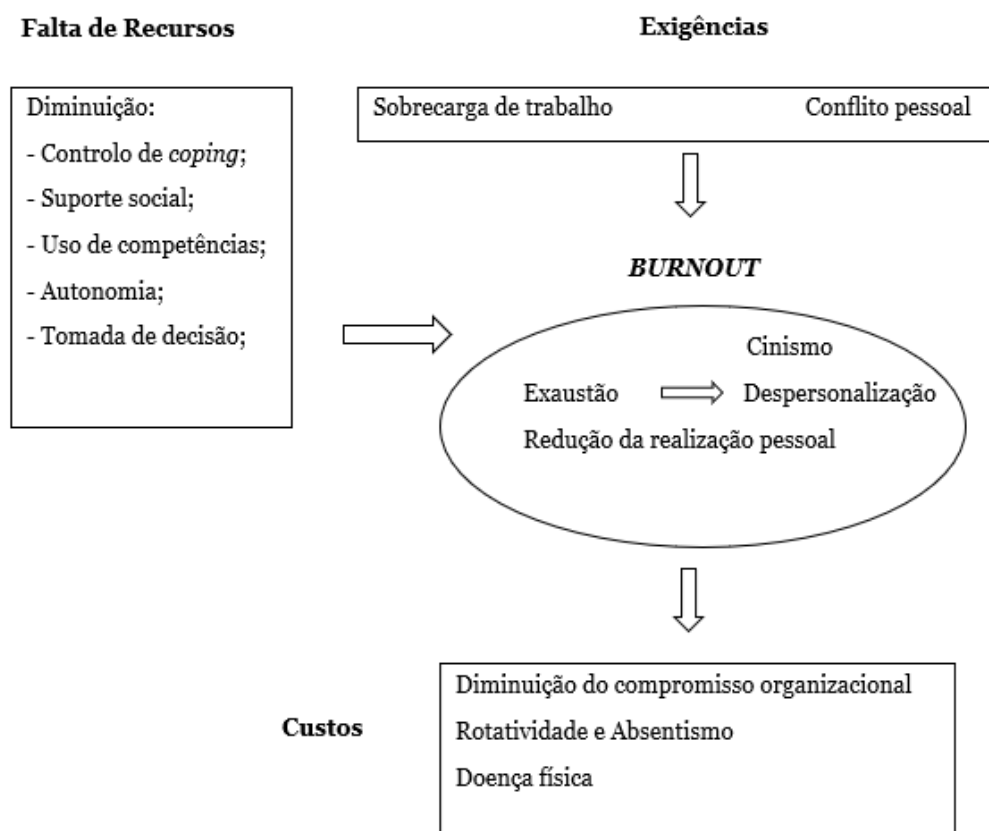


Figura 1: Modelo geral explicativo da síndrome de *burnout* de Maslach e Jackson (1998).

Fonte: adaptado de Maslach e Jackson, 1998 (12)

Para Maslach e Jackson a síndrome de *burnout* é composta por três dimensões: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal, razão pela qual este modelo é definido como multidimensional:

- A exaustão emocional aponta para um esgotamento quer físico quer mental, com a sensação de se ter chegado ao limite das capacidades. A exaustão leva os trabalhadores a um distanciamento emocional e cognitivo do seu trabalho, provavelmente como forma de lidar com as exigências do trabalho. Apesar da exaustão ser um critério para a definição de síndrome de *burnout*, por si só não é suficiente. (13,14)
- A despersonalização significa que o indivíduo apresenta alterações na relação interpessoal, que se traduzem no contacto impessoal e distante com

os clientes (quer sejam alunos, doentes ou outros) e colegas de trabalho, levando ao desenvolvimento de atitudes de indiferença e cinismo. (13,14)

- A reduzida realização pessoal refere-se a sentimentos de diminuição de competências e produtividade no trabalho, de baixa autoeficácia, desmotivação, o que pode levar ao aumento da vontade de abandonar o trabalho por parte do profissional.(13,14)

Neste modelo as autoras apresentaram a síndrome de *burnout* como resultado das exigências profissionais, sendo a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal as exigências *major*. A falta de recursos, a diminuição do controlo do *coping*, o suporte social, a autonomia, o uso de competências e o envolvimento na tomada de decisão parecem ser também as componentes mais críticas. O resultado deste processo, segundo este modelo, traduz-se na diminuição do empenho na organização, aumento do absentismo, aumento da rotatividade e doença física. (14)

Segundo as autoras, as três dimensões do *burnout* estão relacionadas com as variáveis do local de trabalho, isto é, a exaustão e o cinismo tendem a emergir da sobrecarga de trabalho e conflito social, ao passo que, a sensação de ineficácia surge mais claramente por falta de recursos para fazer o trabalho (por exemplo, falta de tempo, de ferramentas, de informação crítica). (13)

Para Leiter e Maslach, a exaustão emocional é a primeira dimensão do *burnout* a desenvolver-se, desencadeada pelas exigências profissionais. Essa exaustão pode levar à despersonalização como estratégia adaptativa ao stress. Se os sintomas de despersonalização persistirem, os objetivos profissionais podem falhar, podendo contribuir para uma fraca realização profissional. (15)

Ainda neste contexto dimensional da síndrome de *burnout* foram descritas (pela autora Frasquilho) fases do desenvolvimento da mesma, nomeadamente, idealismo, insatisfação, alheamento e exaustão:

- Fase da lua de mel/Idealismo: no início o trabalho é visto como perfeito e apaixonante. O médico tem as expectativas em alta, pensa no sucesso e na sua capacidade de ultrapassar todos os obstáculos. Está entusiasmado, produtivo, com atitudes positivas em relação ao trabalho em si, aos colegas, aos clientes, à organização e à cooperação interpessoal. (16)
- Fase do despertar/Insatisfação: nesta fase o médico começa a perceber que as suas expectativas não estão a ser correspondidas. Percebe que há um espaço entre o que ele dá à profissão e o que recebe em retorno, surgindo a desilusão, a insatisfação e o

ressentimento. Agora o trabalho parece menos estimulante e as relações para com os colegas e a organização deixam de ser tão perfeitas. Geralmente, o médico dedica-se ainda mais à profissão na esperança de ter um justo reconhecimento. No entanto, com o passar do tempo surge o desgaste físico e mental, o tédio, as atitudes pessimistas, a desmotivação e uma variedade de sintomas físicos e mentais relacionados com a ansiedade e a frustração. (16)

- Fase de chamuscado/*brownout*/alheamento: nesta fase instala-se definitivamente a fadiga, desaparecendo o entusiasmo inicial e a persistência secundária. Os sintomas físicos e emocionais dificultam a realização do trabalho, a produtividade baixa, surgindo mais erros. O médico torna-se mais distante, surgindo o isolamento, a evicção de contactos interprofissionais, a irritabilidade, o criticismo fácil, o conflito, o negativismo, os sintomas ansiosos e depressivos e, com isto, a maior vulnerabilidade a doenças somáticas. Ocorrem comportamentos menos saudáveis como consumo de tabaco e álcool, uso de tóxicos, alterações alimentares, da sexualidade e outros vícios. Há uma tendência para colocar as culpas pelas dificuldades nos outros (colegas, superiores, organização, sistema), negando possíveis negociações. (16)
- Fase de calcinação/*burnout*/exaustão: o que caracteriza esta fase é o desespero. Surge a sensação de falha global, sentimentos de vazio e de que nada nem ninguém poderá ajudar para alterar a situação. A depressão torna-se mais evidente, o médico evita tudo e todos os que se relacionam com a profissão, caracteriza-o o “não querer saber”, a alienação, o pessimismo, o absentismo e a improdutividade. Alguns indivíduos acabam por abandonar o local de trabalho ou mesmo a profissão. “O suicídio, AVC e coronariopatias são potenciais riscos neste estágio final, que começara com otimismo e paixão”. (16)

Em 2015, Frاسquilho publicou um conjunto de sinais de alerta, descritos em 12 etapas (em anexo), com vista a consciencializar os profissionais sobre este tema.

Em suma, constata-se que os modelos de Maslach e Jackson e de Frاسquilho são complementares, uma vez que o primeiro se foca especialmente na estrutura e definição do conceito em si e o segundo dá mais ênfase ao processo inerente à evolução das componentes integrantes da síndrome.

2.4 Instrumentos de avaliação do *burnout*

Para estudar este tema surgiram vários instrumentos de avaliação do *burnout*, entre os quais o questionário MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Este questionário é constituído por 22 questões relativas a emoções e atitudes experienciadas no ambiente laboral, respondidas através de uma escala de *Likert*. O MBI pode ser dividido em três subescalas, refletindo as três dimensões do *burnout* (mencionadas anteriormente). (15)

Existem três versões do MBI projetadas para aplicação em diferentes contextos, o que enfatiza todo o interesse que existe em estudar esta área. A versão original do MBI (atualmente denominado por MBI – *Human Services Survey* ou MBI-HSS) foi desenvolvida para ser aplicada em investigações com profissionais que trabalham nos serviços humanos, incluindo prestadores de cuidados de saúde. O MBI – *Educators Survey* (MBI – ES) corresponde à segunda versão do instrumento e foi desenvolvido para ser utilizada em profissionais que exercem funções em ambientes educacionais e na área da educação. Para as profissões que não envolvem contacto direto com o público surgiu a terceira versão, o MBI – *General Survey* (MBI-GS). (17)

Em 2013, o questionário MBI-*Health Services Survey* foi traduzido e validado para a língua portuguesa, apenas na classe médica, possibilitando a sua utilização e comparação dos estudos com os de outros países. (15)

3. Manifestações clínicas da síndrome de *burnout*

Voltando a Freudenberg, no seu artigo de 1974, dividiu as manifestações clínicas da síndrome de *burnout* em 2 categorias: os sinais físicos e os sinais comportamentais. Relativamente aos sinais físicos, destacou a exaustão e a fadiga, um sistema imunitário mais debilitado, sendo incapaz de se livrar de uma simples constipação, dores de cabeça frequentes, distúrbios gastrointestinais, insónia e falta de ar. Sobre os sinais comportamentais realçou as reações de irritação e frustração, a dificuldade em conter o que se está a sentir, o choro fácil, sendo que à mínima pressão sentem-se sobrecarregados. As vítimas desta síndrome podem desenvolver uma paranoia, achando que toda a gente daquele ambiente de trabalho lhe quer mal. Este estado de paranoia pode levar a um sentimento de onipotência, achando que podem arriscar em todas as oportunidades, o que os pode converter em pessoas demasiado confiantes. Tornam-se pessoas rígidas, inflexíveis e teimosas. Bloqueiam o seu próprio progresso e a mudança construtiva porque isso significa adaptação e como tal sentem-se demasiado cansados para o fazer. Outra manifestação comportamental é o negativismo, verbalizando frases muitas vezes desmotivadoras.(7)

Num estudo feito em psicólogos portugueses, em 2004, verificou-se que os problemas mais prevalentes, constatados em 10-30% dos psicólogos, foram a sensação de cansaço e exaustão, dificuldade para acordar, levantar e adormecer, as práticas de comer, beber e fumar excessivamente, problemas de apetência sexual, enxaquecas e dores de cabeça. (18)

J. García-Campayo et al. escreveu que o *burnout* pode afetar a saúde física e/ou mental das pessoas, dando origem a distúrbios psicossomáticos, como alterações cutâneas e mucosas, alterações cardiorrespiratórias, cefaleias, entre outros, e distúrbios psicopatológicos, como ansiedade, comportamentos obsessivo-compulsivos, depressão e vícios. (2)

Num artigo sobre *burnout* da revista da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, é escrito que o *burnout* é um sério fator de risco cardiovascular, dadas as respostas fisiológicas inerentes à vivência do stress. “Concretamente quanto ao coração, está provado que uma situação de stress gera reatividade cardiovascular com disfunção endotelial, estado inflamatório e protrombótico, sendo comuns alterações do ritmo e da frequência cardíaca, hipertensão, alterações na resistência periférica total. Assim, há anomalias na perfusão do coração e de outros órgãos, anomalias nos movimentos da parede do coração, potenciais isquemias, vasoconstrição periférica prolongada, perda da elasticidade dos vasos, tendência

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

a aterosclerose. Em suma, instala-se uma séria probabilidade de coronariopatia e de doença cerebrovascular.” (10)

Além do processo fisiológico em si, geralmente as pessoas em *burnout* tendem a fazer escolhas nocivas para a sua saúde, isto é, tendem a adotar estilos de vida não saudáveis e a ter comportamentos de risco, tais como abuso de álcool, drogas e tabaco, automedicação e não adesão às prescrições clínicas. Muitos podem tornar-se agressivos e conflituosos e outros podem isolar-se e cortar com a rede de apoios que os poderia ajudar a ultrapassar os problemas, ou até enveredar por comportamentos impulsivos autodestrutivos. (10)

As vítimas do *burnout* referem muitas vezes alterações cognitivas. O impacto do *burnout* sobre os processos cognitivos tem sido principalmente avaliado através de estudos comportamentais, que sugerem uma associação com deficiências no controle voluntário da velocidade de processamento da atenção e da memória de trabalho.(19)

Tabela 1: Sintomas relacionados com a síndrome de *burnout*.

Físicos	Cefaleias; Insónias; Dor osteomuscular; Anomalias gastrointestinais; Anomalias cardíacas; Fadiga crónica.
Psicológicos	Sentimento de vazio; Exaustão; Falha e sensação de perda de poder; Baixa autoestima; Baixo performance profissional; Nervos e inquietação; Perda de valores e de expectativas; Modificação do conceito sobre si próprio; Dificuldade de concentração; Pouca tolerância à frustração; Agressividade.
Comportamentais	Comportamentos de adição e de evicção; Incapacidade de viver uma vida relaxada; Comportamentos de alto risco; Aumento da irritabilidade; Desorganização; Diminuição da performance pessoal.
Emocionais	Distanciamento emocional; Atitudes cínicas e apáticas; Sensação de desamparo; Impaciência; Irritabilidade; Desorientação; Depressão.
Relacionados com o trabalho	Diminuição da capacidade de trabalho; Excesso ou pouco envolvimento; Tédio; Falta de interesse; Hostilidade; Conflitos interpessoais; Problemas de comunicação.

Fonte: adaptado de García-Campayo J et al ,2016 (2)

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

Para a autora Benevides-Pereira, os sintomas individuais da síndrome de *burnout* podem ser divididos em quatro categorias: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos.

Tabela 2: Sintomatologia do *burnout*

Físicos	Fadiga constante e progressiva; Distúrbios de sono; Dores musculares ou osteomusculares; Cefaleias, enxaquecas; Perturbações gastrointestinais; Imunodeficiência; Transtornos cardiovasculares; Distúrbios do sistema respiratório; Disfunções sexuais; Alterações menstruais em mulheres.
Psíquicos	Falta de atenção, de concentração; Alterações de memória; Lentificação do pensamento; Sentimento de alienação; Sentimento de solidão; Impaciência; Sentimento de insuficiência; Baixa autoestima; Labilidade emocional; Dificuldade de autoaceitação; Astenia, desânimo, disforia, depressão; Desconfiança, paranoia.
Comportamentais	Negligência ou excesso de escrúpulos; Irritabilidade; Incremento de agressividade; Incapacidade para relaxar; Dificuldade na aceitação de mudanças; Perda da iniciativa; Aumento do consumo de substâncias; Comportamentos de alto risco; Suicídio.
Defensivos	Tendência ao isolamento; Sentimentos de onnipotência; Perda de interesse pelo trabalho (ou até pelo lazer); Absentismo; Ironia, cinismo.

Fonte: adaptado de Benevides-Pereira, (20)

De acordo com esta autora, um indivíduo em *burnout* não tem obrigatoriamente todos os sintomas apresentados. O grau, o tipo e quantidade de sintomas vão depender de fatores individuais (predisposição genética), fatores ambientais (local de trabalho) e o estadio em que o indivíduo se encontra no processo de desenvolvimento da síndrome. Assim sendo, estes sintomas podem expressar-se de forma diferente em momentos diferentes na mesma pessoa. (20)

4. O que é ser Médico de Medicina Geral e Familiar e o que o torna mais vulnerável

A Medicina Geral e Familiar “é normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão.” (21)

Esta especialidade médica assenta no modelo biopsicossocial, isto é, inclui os dados da pessoa, o seu passado, a sua estrutura familiar e o contexto da sua comunidade. O médico de família cuida da pessoa, em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A Medicina Geral e Familiar trabalha em conjunto com outros profissionais, incluindo não médicos, e é responsável por promover a coordenação dos cuidados de saúde prestados, através da articulação entre os diferentes níveis. Trata-se de uma medicina personalizada que faculta a cada um os cuidados que necessita, fornecendo as ferramentas para que todos possam desenvolver ao máximo as suas capacidades. A abordagem da Medicina Geral e Familiar deve ser constante e contínua desde o nascimento (e, por vezes, desde antes desse momento através do seguimento das gestações) até à morte (por vezes, até depois, acompanhando os familiares no período de luto). (21)

Enquanto disciplina científica centrada na pessoa, três aspetos base devem ser considerados como essenciais: aspetos do contexto, considerando o contexto pessoal, familiar, comunitário e cultural; aspetos de atitude, baseados nas capacidades, valores e ética profissionais do médico; aspetos científicos, adotando uma abordagem crítica da prática clínica, baseada na investigação científica, bem como mantendo-a através da aprendizagem e da melhoria da qualidade contínua. (22)

A capacidade que estes especialistas têm de prestar cuidados aos pacientes ao longo do tempo, desenvolver conhecimento sobre eles e muitas vezes conexões fortes, pode afetar os médicos de Medicina Geral e Familiar de forma positiva (sentimentos de conexão, confiança, curiosidade, diagnóstico aprimorado, competência profissional terapêutica, crescimento pessoal e um sentimento de ser cuidador e respeitado), mas também os pode afetar de forma negativa (ansiedade, tristeza, frustração, questões de limites e efeitos negativos na vida pessoal). (23)

Especialidades como medicina de urgência, medicina interna e medicina familiar são as que apresentam maior risco de *burnout*, pois atuam na “linha da frente”. (10)

Existem alguns fatores na vida de um médico, que podem promover o stress e a progressão para o *burnout* e, como tal, também se aplicam a um especialista de Medicina Geral e Familiar:

1. Formação

Ao iniciar a sua atividade, um médico interno, vê-se pela primeira vez num mundo complexo que envolve alguma ambiguidade e, como tal, pode deparar-se com algumas falhas na sua aprendizagem. Ao longo do internato é dada ênfase às competências cognitivas e práticas – o saber fazer - ao passo que aquilo que respeita ao saber ser é deixado ao livre-arbítrio e o autoconhecimento/desenvolvimento é desprezado. Desde o início que os jovens médicos são estimulados por exemplos de excelência profissional, que nem sempre contemplam o desenvolvimento pessoal. Assim, muitas vezes atingem um estado de frustração e no pior dos casos de exaustão emocional. (24)

Outro ponto a salientar, são os múltiplos momentos de avaliação para passagem ao próximo nível (provas, concursos) que oferecem stress e prolongam o período de formação e de dependência que é muito mais alargado que em qualquer outra profissão. Trata-se de uma vida que está permanentemente a ser adiada, com o médico a colocar sempre no futuro a realização de projetos pessoais vitais para a sua autorrealização. (24)

2. Representação social

Na atualidade, os médicos são muitas vezes vítimas do disfuncionamento do sistema de saúde, vêm-se obrigados a ser coniventes pelo silêncio, sendo alvo de depreciação pública ou de medidas persecutórias formais. Além disso, observa-se casos individuais de má conduta serem generalizados a toda a comunidade médica. (24)

Por outro lado, os doentes têm feito exigências impossíveis de satisfazer, para além de que não cumprem com as prescrições, o que prejudica a relação terapêutica. Posto isto, os doentes, sentindo-se vítimas, intimidam e ameaçam pelos resultados não satisfatórios obtidos. A violência (verbal e física) sobre os médicos e entre médicos está a aumentar e é outro importante fator de stress, embora ainda muito poucas vítimas apresentem denúncia.(24)

A sociedade está cada vez mais hedónica, intolerante à dor, ao desconforto e ao sofrimento, exigindo soluções médicas para patologias que não necessitam deste tipo de intervenção, indignando-se com a falta de cura para doenças e queixando-se de procedimentos mais invasivos. Assim, por um lado, os médicos são considerados indispensáveis, de alto valor público, que agregam as máximas responsabilidades. Por outro

lado, são desvalorizados financeiramente enquanto funcionários. Apesar de estar a crescer, a expressão retaliatória é ainda diminuta em Portugal e o médico continua a ser o interlocutor privilegiado, ou pelo menos desejado, para a maioria das pessoas. (24)

3. Condições de trabalho

Apesar de agora registar-se uma evolução positiva, os hospitais e os centros de saúde têm consistido em estruturas adaptadas, raramente construídas de raiz, sem condições ergonómicas e sem garantir as necessidades estruturais para a realização do ato médico. Outro ponto a salientar são os recursos (tanto materiais como humanos) que escasseiam, sendo frequente a necessidade de utilizar opções de recurso *in extremis* e o uso da imaginação para colmatar as insuficiências. Em alguns Centros de Saúde não há condições para o médico trabalhar nem para os doentes serem assistidos com dignidade. Durante a consulta, a privacidade (imprescindível na relação terapêutica) tornou-se um luxo. A interrupção tornou-se hábito (telefone, pessoas, etc). Todos estes fatores - a desadequação das instalações, a falta de recursos, a falta de privacidade, e as sobrelotações - propiciam a agressividade dos utentes e majoram o stresse médico. (24)

Além disto, os profissionais estão sujeitos a riscos infecciosos, biológicos e físicos, ao potencial de serem agredidos (o médico age em situações limite em que outrem também está em stresse intenso) e, ao contrário dos outros trabalhadores, o empregador não garante a sua efetiva proteção. Estão na primeira linha para contrair a doença e transmiti-la a terceiros (como familiares ou pessoas queridas), sendo este outro dos medos reais que gera inquietação no médico. (24)

4. O trabalho e a sua carga física e mental

O sofrimento e a morte são inerentes à vida, curar é frequentemente inatingível, e à vista disso é que a medicina é considerada uma arte. Faz parte da profissão médica compreender a pessoa na saúde e na doença, tentar minorar os prejuízos da doença, se a cura não for possível, bem como promover a adaptação ao impacto das patologias e ajudar os doentes a serem agentes pró-ativos na gestão da sua saúde. Na prática clínica, o médico enfrenta limitações no serviço que presta, sejam limitações sociais, financeiras, políticas, culturais ou psicológicas que determinam a saúde-doença e que muitas vezes ficam aquém do sistema de saúde. Com isto, advém o facto de ser o médico quem dá a cara quando ocorre o insucesso. O médico frequentemente interioriza essa culpa, com sentimentos destruidores de inadequação e falha na autoconfiança. Contudo, a maioria dos médicos jovens surgem animados pelo poder de curar, e aperceber-se desta limitação é um dos primeiros revezes

do jovem médico. Lidar com o sofrimento e a morte dos doentes por si só é um importante fator de stresse, tal como lidar com a dependência do doente que se coloca nas mãos do médico e também o seu contrário – o desafio da não adesão.(24)

A Medicina não é uma ciência exata e, portanto, não segue com precisão um protocolo científico que garanta o sucesso terapêutico. Assim, perante a obrigação de o médico ser claro e objetivo, instala-se a prática defensiva, fazendo com que o médico recorra a exames adicionais por forma a diminuir as margens de erro.(24)

Atualmente, a consulta está invadida por atos altamente burocráticos, sendo que o clínico tem que intervir em diversos sistemas. Entre algumas tarefas que o médico tem pela frente, e com frequência simultaneamente, destacam-se: trabalhar o sistema familiar; resolver dificuldades sociais; intervir na esfera do trabalho, enquanto assume a gestão financeira; contabilizar os custos das suas intervenções; rentabilizar as instalações; planejar e avaliar; contribuir para a implementação de novos modelos de organização da prestação de cuidados; promover a saúde e educar os doentes; cumprir metas de desempenho de qualidade; descentralizar as decisões; liderar e trabalhar em equipa em termos igualitários; adquirir competências negociais, dominando o marketing da saúde; dominar a transculturalidade dos comportamentos, a comunicação e os relacionamentos; desenvolver perícias da investigação; estudar e desenvolver-se profissionalmente, numa carreira cada vez mais competitiva. (24)

O paradoxal é que à medida que sobem as exigências decresce o poder e esvazia-se o ato médico em si. Posto isto, a conciliação de vários papéis pode acarretar dificuldades na identidade profissional, contribuindo para a insatisfação profissional. Outras profissões de saúde tentam roubar-lhe o poder, invade-se o ato médico, os leigos opinam sobre questões especializadas, transformando o médico num operário da saúde. (24)

5. Organização no trabalho

Ao longo do tempo a organização do serviço nacional de saúde vai sofrendo mudanças e, inerentemente as carreiras médicas também. A gestão das instituições de saúde altera-se, surgindo novos objetivos de produção que fazem com que os médicos se subordinem aos administradores. Estas alterações trazem receios quanto ao futuro, e também a dificuldade em distinguir o correto do que deve ser evitado. O reforço positivo face à boa prática não se verifica, torna-se fútil a especificidade do ato médico, ocorrendo a desvalorização do mesmo. (24)

Na atualidade, os horários dos médicos, incluindo o trabalho noturno (as 24 horas) e por turnos, constituem uma sobrecarga e denunciam o ritmo violento desta profissão. Ocorrem imensas falhas a respeito da lei geral do trabalho, isto é, folgas após horas

noturnas, locais para descanso durante os turnos, horário reduzido para amamentar, não marcação de consultas em horário de descanso, não marcação de consultas sem o consentimento do médico, falham na sua aplicação. Para a sua afirmação social ou simplesmente para dar resposta ao trabalho, muitos médicos vêm-se na obrigação de dispersar investimento laboral em várias frentes (acumulando horários e trabalhos, públicos e privados). Como consequência, prescindem de tempos vitais como os dedicados ao descanso, ao lazer e à família, sujeitando-se a críticas pela sua ausência (família, amigos, superiores, colegas e doentes). O incentivo à produtividade não é isento de aspetos negativos, uma vez que por um lado recompensa a dedicação, podendo ser um motivador externo, mas por outro representa um fator de stress, inculcando a ideia de que tempo é dinheiro, deixando para trás outras opções mais saudáveis quanto à qualidade de vida. (24)

6. O próprio médico

Estudos sobre traços de personalidade comuns na classe médica indicam que os médicos têm uma falha narcísica, um *self* idealizado, em colisão com uma ambivalência quanto à dependência e um autoconceito no fundo imbuído de dúvida, ansiedade e auto criticismo que se expressa em hipercontrolo e perfeccionismo (compulsividade ao trabalho), supressão da hostilidade (fraca assertividade e comportamentos não pró ativos), estoicismo (perseguição da excelência à custa do auto sacrifício, o doente está sempre primeiro). Além das características de personalidade, outras características individuais podem influenciar, nomeadamente o sexo, estado civil, ter ou não descendência. (24)

Os seus estilos de *coping* são ineficazes, recorrendo a repressão de emoções, evitamento e idealização, isto é, estratégias passivas e que têm pouco impacto direto na saúde mental. Caracteriza-os uma vida e gratificações permanentemente adiadas, com frustração, estados depressivos, com limitados interesses extraprofissionais e isolamento dentro da profissão.(24)

O descuido quanto à autoproteção resume-se numa frase: “eu trato, eu não preciso de ser tratado”. (24)

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

Numa revisão da literatura de 2007, foram resumidos os fatores organizacionais e individuais que podem influenciar o risco de *burnout*. (25)

Tabela 3: Fatores organizacionais associados a índices superiores da síndrome de *burnout*.

Fatores	Consequências
Burocracia (excesso de normas)	Impede a autonomia, a participação criativa bem como a tomada de decisões. As atividades são realizadas lentamente, exigindo muita energia. Ex: preenchimento de formulários, relatórios, tempo gasto em reuniões.
Falta de autonomia (impossibilidade de tomar decisões sem ter de consultar ou obter autorização de outrem)	Impossibilita a liberdade de ação e independência profissional.
Normas institucionais rígidas	Impedem que o trabalhador atinja a autonomia; não se sente no controlo das suas tarefas.
Mudanças organizacionais frequentes (alterações frequentes de regras e normas)	Provocam insegurança, predispondo o funcionário a erros
Falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipa	Provoca um clima social prejudicial
Comunicação ineficiente	Provoca distorções e lentificação na disseminação da informação
Impossibilidade de ascender na carreira, de melhorar a sua remuneração, de reconhecimento do seu trabalho,	Pode provocar perda de estímulo no médico
O ambiente físico e seus riscos, incluindo calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene, alto risco tóxico e até de vida	Geram sentimentos de ansiedade, medo e impotência
Outros fatores: acúmulo de tarefas por um mesmo indivíduo; convívio com colegas afetados pela síndrome	

Fonte: adaptado de Ramos Trigo T et al. 2007 (25)

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

Tabela 4: Fatores individuais associados a índices superiores da síndrome de *burnout*.

Fatores	Características
Padrão de personalidade	Indivíduos competitivos, esforçados, impacientes, com excessiva necessidade de controle das situações, dificuldade em tolerar frustração
Locus de controle externo	Consideram que suas possibilidades e acontecimentos de vida são dependentes da capacidade de outros, da sorte ou do destino.
Superenvolvimento	Pessoas empáticas, sensíveis, humanas, com dedicação profissional, altruístas, obsessivos, entusiastas, suscetíveis a se identificarem com os outros.
Indivíduos pessimistas	Costumam destacar os aspetos negativos, preveem insucesso, sofrem por antecipação.
Indivíduos perfeccionistas	São bastante exigentes consigo mesmos e com os outros, não toleram erros e dificilmente se satisfazem com os resultados das tarefas realizadas.
Indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão	Podem deixar de ser realistas, tendo grandes chances de se dececionarem. No entanto, se associado ao otimismo, pode levar a baixos índices de <i>burnout</i> .
Indivíduos controladores	São inseguros, preocupam-se excessivamente, têm dificuldade em delegar tarefas e em trabalhar em grupo.
Indivíduos passivos	Mantêm-se na defensiva e tendem à evicção perante as dificuldades.
Género	As mulheres apresentam maior pontuação em exaustão emocional, e os homens em despersonalização.
Nível educacional	Indivíduos com nível mais elevado.
Estado civil	Maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados.

Fonte: adaptado de Ramos Trigo T et al. 2007 (25)

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

Tabela 5: Fatores laborais associados a índices superiores da síndrome de *burnout*.

Fatores	Características
Sobrecarga	Quantidade ou qualidade excessiva de tarefas que ultrapassam a capacidade de desempenho, por insuficiência técnica, de tempo ou de infraestrutura organizacional. Pressão no trabalho propicia, principalmente, o aparecimento de exaustão emocional.
Baixo nível de controlo das atividades ou acontecimentos no próprio trabalho; baixa participação nas decisões sobre mudanças organizacionais.	Provocam pouca ou nenhuma satisfação do trabalhador pelo seu trabalho.
Expetativas profissionais	Indivíduos com discrepâncias entre as suas expectativas de desenvolvimento profissional e aspetos reais de seu trabalho.
Sentimentos de injustiça e de iniquidade nas relações laborais	Podem ser consequência da carga de trabalho, dos salários desiguais para o mesmo cargo ou da ascensão de um colega sem merecimento.
Trabalho por turnos ou noturno	Chega a afetar cerca de 20% dos trabalhadores, acarretando transtornos físicos e psicológicos. Mais propensos: os que precisam efetuar mudanças em períodos de tempo a cada 2 ou 3 dias, passando alternadamente do período diurno para o noturno e vice-versa.
Precário suporte organizacional e relacionamento conflituoso entre colegas	Provocam pensamentos de não poder contar com ninguém; sentem-se desamparados, carentes de orientação, desrespeitados. Quadro piora na presença de indivíduos competitivos, distantes, excessivamente críticos ou preguiçosos.
Tipo de ocupação	É maior em relação aos cuidadores em geral.
Relação muito próxima e intensa do trabalhador com as pessoas a que deve atender; responsabilidade sobre a vida de outrem	Exemplos: cuidadores de deficientes mentais, SIDA, Alzheimer

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

Conflitos de papel	Conflito de papel: embate entre informações e expectativas do trabalhador sobre o seu desempenho num determinado cargo ou função na instituição.
Ambiguidade de papel	Ambiguidade de papel: normas, direitos, métodos e objetivos pouco delimitados ou claros por parte da organização.

Fonte: adaptado de Ramos Trigo T et al. 2007 (25)

Tabela 6: Fatores sociais associados a índices superiores da síndrome de *burnout*.

Fatores	Características
Falta de suporte social e familiar	Impede o indivíduo de contar com colegas, amigos de confiança e familiares.
Manutenção do prestígio social em oposição à baixa salarial que envolve determinada profissão	O indivíduo busca vários empregos, surgindo sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, pouco tempo para descanso e lazer, para atualização profissional, levando-o à insatisfação e à insegurança nas atividades desempenhadas.
Valores e normas culturais	Podem incrementar ou não o impacto dos agentes stressores no desencadeamento do <i>burnout</i>

Fonte: adaptado de Ramos Trigo T et al. 2007 (25)

5. Prevalência e consequências do *burnout* nos médicos de Medicina Geral e Familiar

A prevalência de *Burnout* em médicos de família tem aumentado nas últimas décadas. Em 2008, um estudo europeu (estudo EGPRN) mostrou que 12% dos médicos de família apresentava níveis altos de *burnout* nas três dimensões (exaustão emocional, despersonalização, reduzida realização profissional). (26)

Para avaliar o *burnout* nos médicos de família portugueses foi feito um estudo entre 2010 e 2011 que incluiu médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) do continente e ilhas. Apesar de este estudo ter algumas limitações, como a não validação na escala usada das variáveis demográficas, concluiu-se que a prevalência do *burnout* variou entre 4,1% e 32,4%, dependendo da definição utilizada. Ainda nesse estudo, os resultados sugeriram que ser do sexo masculino, ter idade avançada e ser casado tendem a aumentar o risco de *burnout*. Esses valores são, no entanto, mais baixos do que os relatados em outros países europeus. (27)

Num estudo de 2013 que acompanhou durante 7 anos uma amostra de médicos de clínica geral dinamarqueses concluiu-se que estes tinham um risco de 13,2 % de desenvolver um grau moderado ou alto de *burnout*. (28)

Um estudo realizado nos Estados Unidos em 2011, revelou que 50% de todos os médicos e 63 % dos médicos de família sofriam de *burnout*, sendo que estes números parecem estar a aumentar. (29)

Em 2016, um estudo em Portugal revelou que os níveis de *burnout* entre os médicos das diversas especialidades foram moderados, mas em 10 dos 20 distritos/regiões autónomas observou-se que os níveis médios de *burnout* foram elevados (aproximadamente 44% dos médicos apresentaram níveis elevados). (30)

Em 2019 foi realizado um estudo que concluiu que a prevalência de *burnout* nos médicos de família da secção regional norte da ordem dos médicos de Portugal era de 17,0% (quatro vezes superior quando comparada com o estudo português publicado em 2012; de igual modo superior ao estudo português de 2016 e ao estudo europeu de 2008). Os médicos de família apresentaram exaustão emocional (66,0%), despersonalização (45,7%) e baixa realização profissional (48,2 %). A despersonalização associou-se ao sexo masculino e aos indivíduos com idades inferiores a 45 anos. A síndrome de *burnout* também esteve associada a idade inferior a 45 anos e com uma duração da atividade como médico de família inferior a 20 anos. (3)

Em relação às consequências do *burnout*, os níveis institucional, social e pessoal são afetados.

- Para a instituição, uma vez que sofre um aumento nos seus gastos (tempo, dinheiro) com a consequente rotatividade de funcionários acometidos pelo *burnout*, assim como com o seu absentismo. “Os indivíduos que estão neste processo de desgaste estão sujeitos a largar o emprego, tanto psicológica quanto fisicamente. Eles investem menos tempo e energia no trabalho, fazendo somente o que é absolutamente necessário e faltam com mais frequência. Além de trabalharem menos, não trabalham tão bem.” Ocorre diminuição na qualidade do trabalho por mau atendimento, procedimentos equivocados, negligência e imprudência. A predisposição a acidentes aumenta devido a faltas de atenção e concentração. (25)
- Para o indivíduo, com consequências físicas e psicológicas já mencionadas anteriormente. (25)
- Para a sociedade, dado que o indivíduo acometido por *burnout* pode distanciar-se dos familiares, incluindo filhos e cônjuge (défice na comunicação, hostilidade, rutura familiar, isolamento social). Para além disso, os doentes mal atendidos arcam com prejuízos emocionais, físicos e financeiros que se podem estender aos seus familiares e até ao seu ambiente de trabalho. (25)

6. Estratégias de prevenção

O *burnout*, uma vez instalado, é de difícil tratamento e resolução. Deste modo, torna-se imperativo investir na prevenção, melhorando o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual, potenciando a qualidade dos serviços de saúde que os profissionais prestam.

Existe uma cultura de que o profissional de saúde é menos vulnerável a situações de stress ou transporta uma certa “imunidade” ao sofrimento dos outros, nomeadamente dos doentes que cuida. Assim, a síndrome de *burnout*, apesar de ser conhecida pela maioria dos profissionais de saúde, é algo que é camuflado e até “aculturado” entre estes profissionais. Muitas vezes os sinais e sintomas associados ao *burnout* são minimizados pelo profissional de saúde, pois estão associados, para ele, ao significado de fraqueza ou incapacidade para responder ao que acha que seria normal responder. (16)

Cientes de que o stress na saúde é algo sério, dado que com médicos em *burnout* não há oferta de qualidade na saúde, implementaram-se em muitos países programas de saúde próprios para médicos. A ideia é contrariar os mitos da profissão, que foram assimilados socialmente, de que “os médicos são imunes a qualquer dano”, que “nunca há tempo para si mesmo”, que “os bons médicos aguentam ou resolvem os seus problemas”. O objetivo é consciencializar estes profissionais de saúde de que devem ter um compromisso consigo próprios, que são merecedores de bem-estar, têm direito a adoecer, e que, como qualquer outra pessoa, devem ser tratados. (16)

Um ambiente de trabalho adequado traz benefícios a todos os implicados. O projeto “Hospitais Promotores da Saúde”, segundo a declaração de Budapeste, traduz este objetivo, “fazer do hospital (alargue-se a filosofia aos centros de saúde) um modelo quanto a serviços e locais de trabalho saudáveis”, concretizando uma melhoria do ambiente físico e psicossocial, melhoria das condições de trabalho, e informação, clareza de comunicação, previsibilidade, participação e autonomia com responsabilização, reconhecimento e prática das competências específicas, adequação entre estatuto e papel desempenhado e possibilidade de desenvolvimento na carreira. (16)

Para combater aquilo que sente, muitas vezes o médico pede ao colega de MGF para prescrever ansiolíticos e/ou antidepressivos, ou ele próprio automedica-se. Só em situações de maior incapacidade aceita fazer acompanhamento psicoterapêutico ou consultar um psiquiatra. Considerando que a formação inicial tem responsabilidade no incremento destes disfuncionamentos, é a este nível que se devem dirigir as estratégias prioritariamente. (16)

Assim, torna-se necessário implantar programas de qualidade visando aperfeiçoar o sistema de capacitação profissional: a frequência de módulos de aprendizagem de técnicas de *coping* com os stressores específicos da profissão e de autocuidados baseados num

autodiagnóstico do *self*, dos contextos de vida e das práticas profissionais e pessoais. As sessões devem focar: comunicação, competências relacionais, assertividade, gestão do conflito e compaixão, gestão do tempo, planeamento de vida, priorizar e decidir, discernimento sobre as crenças irracionais e sua substituição, gestão das expectativas e das emoções, proximidade e distanciamento, envolvimento e indiferença e toda a dinâmica da relação médico/doente/família, o aprimorar o trabalho em equipa, o apoio interpar e fomentar opções por estilos de vida saudáveis. Estes grupos podem assumir diversas formas, desde encontros informais entre pares com regularidade variável e sem objetivo clarificado, com ou sem orientador, até configurações com teorizações explícitas. No entanto, o maior ganho surge naquelas condições em que existe um programa bem definido, com objetivos detalhados, regularidade no encontro, uma metodologia explícita, e está presente um dinamizador habilitado, psiquiatra ou outro, com formação apropriada ao modelo implementado. (16)

A promoção da *resiliência* é um fenómeno complexo, sem receitas universais. Mas o desenvolvimento do humor e do otimismo, a construção de uma “farmácia” de pensamentos positivos e relaxantes, a opção por uma vida saudável — alimentar, não uso de tóxicos, higiene do sono, desenvolvimento de hobbies, o lazer, o exercício físico regular, a prática de relaxamento, o desenvolvimento da sensibilidade humanística e da espiritualidade —, tal como o investimento nos afetos e no apoio familiar, são armas importantes para combater o stress. A dificuldade é que os médicos mudem espontaneamente os seus estilos de vida. (16)

Realça-se a importância de haver um serviço particularizado para este grupo de utentes, com cuidados especiais quanto à confidencialidade (pois a sua quebra poderia levar a alterações do elo de confiança entre profissional de saúde-doente) e particularidades no acesso. Em Portugal foi concebido o Programa de Ajuda Integral ao Médico (PAIM), que se destinava ao tratamento de todos os problemas de saúde, incluindo a saúde mental dos médicos. Do grupo faziam parte dois psiquiatras, um internista e uma neurologista. No entanto, o programa foi suspenso por falta de apoios estruturais. (16)

O uso de técnicas diretas como terapia cognitivo-comportamental, redução de incidentes traumáticos, redução do stress do dia-a-dia, e de técnicas para o alívio da sintomatologia que advêm da ansiedade, como técnicas de relaxamento, respiração e meditação, têm-se mostrado eficazes. (31)

Entre as possibilidades de intervenção terapêutica, a terapia de dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR), inicialmente dirigida para o tratamento da ansiedade, fobias e stress pós-traumático, tem-se mostrado um método igualmente eficaz na recuperação de estados de desgaste emocional. Verificou-se que a ativação do sistema nervoso parassimpático, atribuída à estimulação bilateral (movimentos

oculares), se traduzia na redução imediata da frequência cardíaca. Outros modelos explicativos, com recurso a tecnologias de neuroimagem, sugerem que a estimulação bilateral promove a sincronização dos dois hemisférios cerebrais, possibilitando a substituição de crenças e pensamentos negativos por outros, mais adaptativos, o que se reflete na redução da sintomatologia que acompanha as perturbações de stress e as decorrentes de episódios avaliados pela pessoa como traumáticos. O resultado traduz-se na diminuição do impacto das emoções e memórias perturbadoras, pela indução do estado de relaxamento e diminuição da resposta de excitação fisiológica. (31)

Segundo alguns autores, existem três áreas principais promissoras para ajudar a gerir o stress e a prevenir a síndrome de *burnout*:

- Mais tempo (maior controlo sobre o seu tempo) para as coisas que são mais importantes para os profissionais, tais como a sua vida pessoal e interesses. (32)
- Mais oportunidades de autocuidado, tais como, exercício e atividades de saúde e bem-estar. (32)
- Mais suporte na ajuda que lhes é conferida, para conseguirem lidar efetivamente com o stress e síndrome de *burnout* nas suas vidas, não apenas através do *coaching*, mentoria e suporte na formação, oportunidades educacionais e iniciativas de saúde e bem-estar, mas também através de suporte, respeito e reconhecimento por parte da organização dos seus esforços e contributos. (32)

7. Conclusão

A síndrome de *burnout* é um tema que tem sido abordado por diversos autores com o intuito de explorarem as teorias explicativas, fatores predisponentes, escalas de avaliação, o impacto e possíveis formas de prevenção da mesma. Devido à sua crescente prevalência em diferentes áreas laborais, continua a ser um tema atual e de grande interesse. Esta síndrome caracteriza-se por três dimensões principais - reduzida realização pessoal, exaustão emocional e despersonalização - que se podem manifestar por sintomas a diversos níveis, nomeadamente, emocional, físico, psíquico e comportamental. Fica assim bem perceptível a necessidade de se fazer um diagnóstico precoce para efetuar uma intervenção eficaz que impeça as consequências negativas desta doença.

O trabalho é um dos principais causadores de stress no dia-dia das pessoas, o que, por sua vez, prejudica a saúde em diversos aspetos, existindo profissões mais vulneráveis, nomeadamente a Medicina Geral e Familiar que, por ser geralmente a primeira linha de contacto do doente com o Serviço Nacional de Saúde, faz com que tenha de lidar com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo, contexto ou qualquer outra característica da pessoa. Assim, os médicos desta especialidade necessitam de uma bagagem emocional e científica adequada que lhes permita prestar cuidados centrados não só no indivíduo, mas tendo também em conta o seu contexto social, económico e familiar.

O stress é essencial à vida contribuindo para a tomada de decisões, mas a partir de determinado nível pode ser prejudicial. Assim, qualquer pessoa pode sentir-se em stress, mas o *burnout* apenas é experienciado por aquelas com determinadas características, que iniciam as suas carreiras com grande motivação e investimento pessoal bem como com ideais elevados, acabando por se sentirem defraudadas com os seus objetivos. No caso dos médicos de família, existem outros fatores que contribuem para esta vulnerabilidade: a maior carga de trabalho; a inadequação das estruturas físicas das unidades; as exigências das consultas; os cuidados cada vez mais complexos dos doentes; o trabalho burocrático; as pressões para cumprir metas de desempenho de qualidade; a violência verbal e, por vezes, física a que estão sujeitos, entre outros.

A síndrome de *burnout* acarreta consequências não só para o indivíduo, mas também para a instituição onde este se insere e para a sociedade. A nível individual destacam-se as consequências físicas e psicológicas; a instituição sofre com o aumento nos seus gastos como resultado do absentismo laboral, ocorre diminuição da qualidade do atendimento com maior predisposição a erros; a nível social ficam prejudicadas as relações familiares dos médicos e até das respetivas famílias dos doentes. Tendo em conta que se trata de uma patologia em crescente prevalência torna-se necessário apostar na sua prevenção. Apesar do *burnout* ser um tema da “moda”, ainda não se criaram muitas estratégias eficazes para

o prevenir. Para isso, seria necessário, inicialmente, compreender as falhas concretas onde se pode atuar (por exemplo, quando as consultas são dadas de porta aberta as interrupções são constantes, quer por parte de colegas, quer pela secretária, acrescentando trabalho burocrático e reduzindo ainda mais o tempo de consulta). A necessidade de identificar e compreender estas falhas vem reforçar o facto de serem precisos mais estudos nesta área específica da Medicina Geral e Familiar.

É comum associar-se a carreira desta especialidade a uma maior qualidade de vida por ter um horário e local de trabalho distintos daqueles que têm maioria dos restantes profissionais de saúde. Contudo, a crescente incidência desta doença nestes profissionais vem quebrar este estigma. A elaboração de mais estudos iria permitir aumentar a argumentação para se investir em estratégias de prevenção como é o caso do Programa de Ajuda Integral ao Médico (PAIM).

Bibliografia

1. Vlachou E, Damigos D, Lyrakos G, Chanopoulos K, Kosmidis G, Karavis M. The relationship between burnout syndrome and emotional intelligence in healthcare professionals. *Health Science Journal* [Internet]. 2016;10(5:2). Available from: www.hsj.gr/archive1
2. García-Campayo J, Puebla-Guedea M, Herrera-Mercadal P, Daudén E. Desmotivación del personal sanitario y síndrome de burnout. Control de las situaciones de tensión. La importancia del trabajo en equipo. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:400–6.
3. Reis C. Prevalência de síndrome de Burnout em médicos de família da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet]. 2019;35:176–84. Available from: <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12131>
4. Abyad A, Almustafa B, Ali Mansour A, Al-Mutar MS, al Hilfi T, Olla Kavar SH. Frequency of Job-Related Burn-out in Family Physicians working in General / Family Practice in the Middle East. *World Family Medicine Journal*. 2016;14(6):4–11.
5. Vasconcelos A. Saúde Mental, Burnout, Stress e Satisfação no Trabalho: um estudo em bombeiros voluntários. 2016.
6. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009;14(3):204–20.
7. Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of social issues*. 1974;90(1):159–65.
8. Roque L, Soares L. Burnout numa amostra de psicólogos portugueses da região autónoma da madeira. *Psicologia, Saúde e Doenças* [Internet]. 2012;13(1):2–14. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36224324002>
9. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*. 1981;2:99–113.
10. Frasilho M. Burnout - um risco cardiovascular. *Revista Factores de Risco*. 2015 Jul;5–7.
11. Tarantino M. Síndrome de burnout entra para CID-11 como doença ocupacional [Internet]. *Medscape*. 2022. Available from: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6507393>
12. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*. 1998;7:63–74.
13. Maslach C. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*. 2003;12(5):189–92.

14. Sousa M. Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde. 2011.
15. Mata C, Machado S, Moutinho A, Alexandra D. Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam.* 2016;32:179–86.
16. Frasquilho M. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Saúde Mental.* 2005;23(2):89–98.
17. Santos R. Burnout: Um estudo em profissionais de saúde. 2015.
18. Gomes A, Cruz J. A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, investigação e prática.* 2004;2:193–212.
19. Sokka L, Leinikka M, Korpela J, Henelius A, Ahonen L, Alain C, et al. Job burnout is associated with dysfunctions in brain mechanisms of voluntary and involuntary attention. *Biological Psychology.* 2016;117:56–66.
20. Benevides-Pereira A. A Síndrome de Burnout. 2002.
21. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. 2002.
22. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [Internet]. Available from: <https://apmgf.pt/mfg/competencias-mgf/>
23. Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. *Can Fam Physician [Internet].* 2012; 58:178–85. Available from: www.cfp.ca
24. Frasquilho M. Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Med Port.* 2005; 18:433–44.
25. Ramos T, Teng C, Hallak J. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiqu Clín.* 2007;34(5):223–33.
26. Soler J, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova R, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Family Practice.* 2008;25(4):245–65.
27. Marcelino G, Cerveira J, Carvalho I, Costa J, Lopes M, Calado N, et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: A nationwide survey. *BMJ Open.* 2012;2(3).
28. Pedersen A, Andersen C, Olesen F, Vedsted P. Risk of Burnout in Danish GPs and Exploration of Factors Associated with Development of Burnout: A Two-Wave Panel Study. *International Journal of Family Medicine [Internet].* 2013;1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/603713>
29. Shanafelt T, Boone S, Tan L, Dyrbye L, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377–85.

30. Marôco J, Marôco A, Leite E, Bastos C, Vazão M, Campos J. Burnout nos profissionais de saúde Portugal. Act Med Port [Internet]. 2016;29(1):24–30. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
31. Frasilho M. Burnout - um risco cardiovascular. Revista Fatores de Risco. 2015;58–67.
32. Rosenstein A. Physician Stress and Burnout: Prevalence, Cause, and Effect. American Academy of Orthopaedic Surgeons [Internet]. 2012; Available from: <http://www.aaos.org/news/aaosnow/aug12/managing4.asp>

Anexos

Anexo 1 – “12 degraus antes da queda fatal”

<i>Estadio</i>	<i>Descrição</i>	<i>Narrativa típica</i>
1	Necessidade imperiosa de se afirmar ou de provar ser o mais e sempre capaz	É a fase do enamoramento pela profissão e da conquista em que o perfeccionismo é a marca
		«Estou ciente que este trabalho poderia ser feito muito melhor, sei que vou trabalhar tão bem que vou fazer a diferença». «É mesmo fundamental destacar-me». «O antes não me interessa, comigo as coisas vão mudar». «Sei que sou a pessoa certa, tenho competências e vontade, isso basta para o êxito». «Quero e posso, nada me irá deter».
2	Dedicação intensificada	Perante as primeiras dificuldades resiste, insiste, dedica-se excessivamente. Como a maioria dos colegas não tem o mesmo ritmo, forja-se a necessidade de fazer tudo sozinho (omnipotência) e a qualquer hora do dia (imediatismo). O que tem início com satisfação e prazer, termina quando esse desempenho não é reconhecido. O que antes executava com prazer passa a ser feito como uma luta sofrida. As acções transformam-se em obstinação
		«Há demasiados incompetentes, tenho de acumular o serviço deles». «Nem que caia para o lado, não sou como os outros, hei-de conseguir». «Trabalho dia e noite se for preciso. Os meus doentes/clientes/alunos são a minha razão de existir». «Haja o que houver persistirei até ter êxito». «Maiores as dificuldades, maior a minha abnegação».
3	Desleixo com as necessidades pessoais	Neste momento é como se a paixão laboral cegasse, embora sinta que não há justa compensação pelo seu investimento profissional. Comer, dormir, sair com os amigos começam a perder a oportunidade e o sentido. O lazer deixa de ser cotado como importante.
		«Chego tardíssimo, já se deitaram todos». «Se tirar uma hora para o almoço posso estar a perder uma boa oportunidade». «Eu ponho o trabalho em primeiro lugar». «Já nem dou conta das horas, nem me lembro que há que dormir». «Sair com amigos? Nem pensar, há tanto que fazer» «O meu trabalho é tão

4

Recalque do conflito

Como o retorno nunca é o esperado as dificuldades acentuam-se. Nota que algo não vai bem, mas não enfrenta o problema real. É quando ocorrem as manifestações físicas. São comuns insónias, dores, malestar, cansaço, queixas de memória, raciocínio, concentração, sensação de doença geral. Podem ocorrer perturbações digestivas, urinárias, respiratórias, alterações do ritmo cardíaco, hipertensão arterial, aumento da frequência respiratória, sensação de peso no peito, maior propensão a alergias e doenças infecciosas, e outras. Porém, o próprio não as relaciona com fatores emocionais nem com o desgaste resultante dos comportamentos laborais. Algumas vezes procura o médico de clínica geral ou outras especialidades médicas, mas resiste se o encaminham para especialistas de saúde mental.

absorvente que não deixa lugar para mais nada». «Ultimamente já me desabituei de descanso, divertimento e feriados, no fundo o trabalho é um dever e um sofrer». «Precisam de mim na totalidade, devo pensar nos meus doentes antes de tudo».

«Quero é que me dê solução para esta situação (física), nada mais». «Repensar o estilo de vida? Não há nada a fazer, é assim e pronto». «Não tenho frustrações, não tenho conflitos». «Posso estar debaixo de stress mas não é nada que eu não possa resolver sozinho». «Realmente o trabalho é excessivo e duro, mas não há nada fazer, é aguentar».

5

Reinterpretação dos valores

Surge um nítido isolamento, fuga dos conflitos. Desvaloriza aquilo a que antes dava valor (lazer, família, amigos) e a única medida da autoestima é o desempenho e o estatuto no trabalho. A vida é vivida apenas em função do trabalho.

«As questões de trabalho é que me deitam abaixo, o resto nem interessa». «Entro em casa e não consigo desligar da firma. Não tenho paciência para os filhos». «Se tiver sucesso nos meus projectos profissionais sinto-me excelente. Nada vale tanto». «O que me assusta não é que os meus familiares e conhecidos me critiquem, o que me assusta é que não me

6	Negação de problemas pessoais	Agrava-se a frustração pessoal, sente que todos os dias são maus, mas nesta fase projecta todos as contrariedades fora de si. São terceiros os que são completamente desvalorizados, tidos como incapazes, nefastos ou com desempenho que o prejudica e é fonte da sua própria insatisfação. Critica as políticas, a organização, as chefias, os colegas e os subordinados. Os contactos sociais são de cinismo e agressão. Coloca em causa os serviços da instituição na qual trabalha.	avaliem bem no trabalho». «Faço tudo para não ter conflitos laborais, se for preciso até me torno invisível». «Vejo-me rodeado de fracos, desleixados...». «Se nesta instituição fossem todos como eu não havia problemas». «Aqui não há amigos, nem colaboradores sequer... Tomaria eu que houvesse um profissional confiável para além de mim». «Ah!, se eu revelasse o que sei, ninguém entrava por esta porta...». «De incompetência e vigarice enchi eu aqui». «Posso agradecer ter aprendido nesta instituição tudo o que não deve ser feito».
7	Auto centração, exaustão	Eis o patamar em que se perderam as ilusões e se tenta defender do esgotamento ao evitar a socialização, o diálogo. Desenvolve aversão a reuniões e dá prioridade aos contactos virtuais.	«Estou farto, tenho é de pensar em mim a ver se me safo». «Não confio em ninguém, é entrar mudo e sair calado». «Daqui só saem informações por escrito, senão deturpam tudo». «Nem saio do gabinete, é tudo por email». «Cuide eu de mim que estou por um fio».
8	Mudanças evidentes de comportamento	Chegou aos limites e tem consciência do sofrimento. Está irritável tem dificuldade em aceitar certas brincadeiras com bom senso e bom humor. O sarcasmo matiza as referências ao local de trabalho.	«Tive de erguer uma barreira firme, senão dão cabo de mim». «Não estou para graças, à mínima levam um valente troco». «O saco já está a transbordar, não falta que rebente com tudo». «Ai que bom que isto é, ai que bom que isto vai ser... Foge!».
9	Despersonalização	Fase marcada por uma mudança profunda no Ser, não se reconhece, está indiferente, tomado de cinismo, frieza.	Fase marcada por uma mudança profunda no Ser, não se reconhece, está indiferente, tomado de cinismo, frieza.

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Medicina Geral e Familiar

10	Desmotivação, Diminuição da realização pessoal	Cresce um vazio interior, uma perda de significado para o exercício profissional e a sensação de que tudo é complicado, difícil e desgastante.	«Estou sem resistência, mesmo que queira não consigo». «São demasiados obstáculos, são intransponíveis». «Perdi as capacidades, perdi o interesse». «Estou desmoralizado(a), sem mais energia».
11	Depressão	Instalam-se o desânimo, a desesperança, a tristeza, agravam-se as marcas de indiferença. A vida perde o sentido.	Nada vale a pena». «Isto não tem solução». «Nem eu nem ninguém pode fazer nada».
12	Colapso físico, mental e profissional	Perceção de derrota. Opção por abandono. Pode demitir-se, abandonar completamente a profissão, abandonar a família, o país. Por vezes suicida-se.	

Fonte: Adaptado de Frاسquilho, 2015. (31)