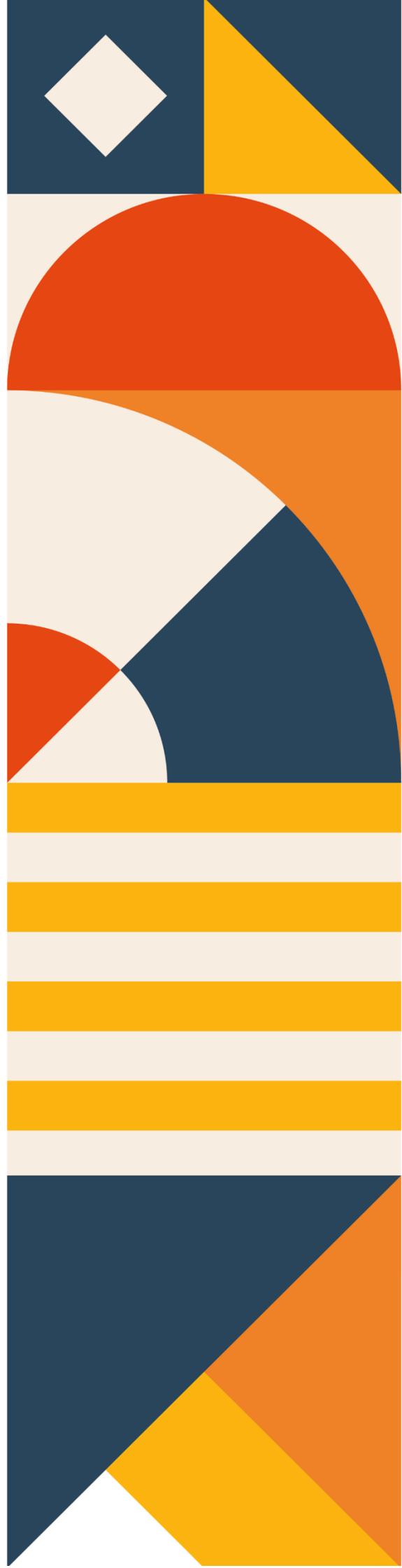


Avaliação do **Burnout** no internato médico português

RELATÓRIO
ESTUDO NACIONAL



ÍNDICE

Informação Técnica.....	3
Sumário Executivo.....	4
Enquadramento Teórico	6
Metodologia.....	10
Resultados.....	12
Caracterização Sociodemográfica	12
Caracterização das condições laborais.....	14
Caracterização do envolvimento/autonomia no trabalho.....	16
Caracterização dos níveis de <i>burnout</i>	18
Discussão.....	27
Referências.....	32

INFORMAÇÃO TÉCNICA

O estudo de avaliação do *burnout* no internato médico português é um estudo realizado pelo Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos.

Autores: João Bastos, Rafael Inácio, Sebastião Martins.

Apoio técnico: Luís Mateus.

Estudo observacional transversal com colheita de dados realizada através de questionário online de resposta única. Os dados foram recolhidos durante os meses de Agosto e Setembro de 2023 e anonimizados em plataforma própria utilizada pela Ordem dos Médicos para o efeito. O protocolo do estudo foi previamente aprovado pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, tendo sido dado conhecimento do mesmo ao Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos.

Objetivo primário: Avaliar os níveis de *burnout* nos médicos internos de formação especializada de qualquer ano de formação a frequentar o programa de internato médico em Portugal em 2023.

Objetivo secundário: Avaliar a associação entre os níveis de *burnout* e as condições de trabalho nos médicos internos de formação especializada de qualquer ano de formação a frequentar o programa de internato médico em Portugal em 2023.

Contacto para esclarecimentos adicionais sobre instrumentos de medida e métodos de análise: geral@cnmi.pt

Conselho Nacional do Médico Interno ©

Novembro de 2023

SUMÁRIO EXECUTIVO

O *burnout* é uma síndrome que afeta particularmente profissões com elevado contacto com pessoas, como é o caso dos médicos, e caracteriza-se por sintomas de exaustão emocional, desumanização/despersonalização e perda de realização profissional. Entre o estado de *burnout* e o estado de envolvimento pleno no trabalho (*engagement*) existem diversos perfis intermédios de risco cuja análise é fundamental para a delineação de estratégias preventivas. Caso não seja devidamente intervencionado, a síndrome de *burnout* pode ter consequências devastadoras tanto para o indivíduo a nível psiquiátrico como para os pacientes, ao encontrar-se associado a uma redução da qualidade dos cuidados de saúde prestados e aumento de erro médico. Considerando a deterioração das condições de trabalho na área da saúde nos últimos anos, a averiguação dos níveis de *burnout* nos médicos assume uma extrema relevância no momento atual. O objetivo deste estudo foi avaliar o *burnout* nos médicos internos portugueses e a sua associação com variáveis socioprofissionais. A avaliação deu-se por via de um inquérito *online* disponibilizado por email nos meses de Agosto e Setembro de 2023. Foram recolhidas variáveis de natureza sociodemográfica, profissional e perguntas específicas para avaliação de *burnout* utilizando o instrumento mais usado na literatura (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*).

Foram obtidas 1737 respostas, correspondendo a uma taxa de resposta de 16,9% da população. Sobre as condições de trabalho dos inquiridos, apurou-se que 84,8% realizava horas extraordinárias, sendo a média de horas de trabalho semanal de 52,8 horas (Desvio-Padrão de 10,6). Verificou-se ainda que 55,1% realizava mensalmente turnos com duração superior a 12 horas, 62,1% realizava trabalho noturno e 55,9% tinha dois ou menos fins de semana livres por mês. Um total de 54,4% considerou ter uma relação entre vida pessoal e profissional desequilibrada ou muito desequilibrada e 35,3% dos inquiridos iniciaram algum tipo de apoio psicológico ou psiquiátrico durante o internato. A elevada carga horária associada ao trabalho e estudo autónomos e prossecução de objetivos curriculares foi o principal tema elencado na pergunta aberta do questionário sobre condições laborais.

Na nossa amostra, 24,7% dos inquiridos apresentavam sintomas graves de *burnout*, encontrando-se 55,3% em risco de desenvolvimento da totalidade da síndrome. Observámos que 64,7% da amostra se encontrava num nível de exaustão emocional grave, 45,8% num nível elevado de despersonalização/desumanização e 48,1% apresentava elevada diminuição da realização profissional. Médicos internos há mais tempo no internato, que consideravam como mais desequilibrada a relação entre trabalho e vida pessoal, com menos autonomia no seu trabalho e que realizavam mais horas extraordinárias apresentaram níveis superiores de *burnout*. Foi ainda encontrada uma associação significativa entre *burnout* e o início de acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

Este foi o primeiro estudo à escala nacional que avaliou sintomas de *burnout* em médicos internos, tendo observado valores superiores no nosso país face à literatura. A prevalência encontrada da síndrome e o elevado número de pessoas em risco devem-nos alertar para a necessidade de desenvolvimento de estratégias preventivas organizacionais que promovam o bem-estar físico e psíquico dos médicos internos. Destas estratégias, destaca-se a necessidade de abordar a carga de trabalho do internato e as implicações das diferentes obrigações associadas ao plano curricular.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O termo burn-out ou *burnout* é proveniente do inglês e significa “queimar até à exaustão”. O termo foi proposto pela primeira vez pelo professor e psicanalista americano *Herbert Freudenberger* depois de o constatar em si mesmo e em colegas de trabalho (1). Hoje, o *burnout* é conceptualizado como uma síndrome que afeta particularmente profissões com elevado contacto com pessoas e desgaste emocional, como sucede nos cuidados de saúde (2). A síndrome consiste na presença de sintomas de três dimensões: exaustão emocional, desumanização/despersonalização e perda de realização profissional (3). A exaustão emocional refere-se ao sentimento de se ter esgotado por completo os recursos emocionais do próprio para lidar com os obstáculos do dia a dia laboral. A desumanização/despersonalização reflete-se na resposta perante o outro no local de trabalho (incluindo perante colegas, pacientes e outros profissionais) que é negativa, cínica e alienada. Finalmente, a redução da realização profissional caracteriza-se pelo declínio do sentimento de que se é capaz e competente para fazer face aos desafios e responsabilidades profissionais.

Na literatura, não existe consenso na forma como o *burnout* deve ser definido, observando-se uma elevada heterogeneidade entre estudos (4,5). Assim, por exemplo, muitos estudos consideram que apenas a presença de sintomas graves de um dos componentes da síndrome é suficiente para identificar a presença de *burnout* num indivíduo. De acordo com a definição de *Maslach* (3) o *burnout* corresponde a uma perda de conexão psicológica com o trabalho com implicações importantes na identidade e motivação do trabalhador. Assim, apenas a totalidade das três dimensões sintomáticas capturam esta perda de sentido no trabalho, traçando uma linha de separação fundamental, por exemplo, entre a exaustão crónica e a fadiga e o fenómeno de *burnout* propriamente dito.

Segundo a literatura mais recente, o *burnout* deve ainda ser pensado como um *continuum* com diversos perfis intermédios que separam o *burnout* severo (pontuações elevadas nas três dimensões sintomáticas) de um estado de envolvimento pleno com o trabalho (*engagement*) (6). O *engagement* corresponde a um estado cognitivo-afetivo positivo relacionado com a motivação para o trabalho e que se caracteriza por dedicação e absorção no mesmo (7). A análise de estados intermédios entre *burnout* severo e

engagement é fundamental na identificação de pessoas em risco de desenvolver a síndrome de *burnout* na sua totalidade. Neste contexto, podemos definir os seguintes perfis intermédios de *burnout*:

- | Perfil esgotado (pontuação elevada de exaustão emocional);
- | Perfil alienado (pontuação elevada de desumanização/despersonalização);
- | Perfil incapaz (pontuação elevada na perda de realização profissional).

A avaliação dos diferentes perfis é crucial na escolha mais adequada de estratégias preventivas. Assim, profissionais com níveis elevados de exaustão emocional carecem, por exemplo, de intervenções que visem reduzir o elemento de *stress* mais preponderante nestes trabalhadores: a elevada carga de trabalho. Por outro lado, médicos com níveis graves de despersonalização/desumanização e perda de realização profissional parecem sofrer de problemas diferentes relacionados com justiça no ambiente laboral, reconhecimento por pares e relações sociais disfuncionais dentro do local de trabalho (6).

Caso não seja devidamente intervencionado, o *burnout* pode causar um elevado desgaste psíquico podendo levar ao desenvolvimento de depressão, ansiedade, uso problemático de substâncias psicoativas e, em casos mais graves, suicídio (8–10)

Vários estudos têm relacionado o *burnout* com características do local de trabalho, principalmente carga laboral, pressão sentida, relação com colegas e chefias e sensação de reduzido suporte social e autonomia (11,12). Para além destes, existem fatores individuais que medeiam o desenvolvimento da síndrome. Destes, destaca-se o achado consistentemente reportado de que trabalhadores mais jovens tendem a apresentar pontuações mais elevadas de *burnout* (13).

Um fator intrinsecamente relacionado com os cuidados de saúde que predispõe o desenvolvimento de *burnout* neste contexto é a presença de elevadas exigências emocionais derivadas do contacto quotidiano com pessoas fragilizadas, as relações hierárquicas tensas nas instituições de saúde e a estrutura do horário com trabalho por turnos e trabalho noturno frequentes (9). A literatura mostra de forma relevante que a síndrome de *burnout*, entre os profissionais de saúde leva a uma redução significativa da qualidade dos cuidados prestados, aumentando a probabilidade de erro médico (14–16).

É relevante salientar que o *burnout* afeta todos os profissionais de saúde uma vez que à medida que mais profissionais ficam incapazes de lidar com os seus deveres e tarefas laborais, os restantes trabalhadores vêem-se sobrecarregados com responsabilidades acrescidas, facilitando o aparecimento da síndrome na restante força de trabalho (17).

Nas últimas duas décadas, a literatura demonstrou que o *burnout* é um problema transversal aos profissionais médicos, especialistas e internos (5,18,19). Em Portugal, entre 2011 e 2013, *Marôco et al.* (2016), observaram que 47,8% dos profissionais de saúde apresentavam níveis de *burnout* elevados (9). De forma semelhante, *Vala et al.* (2016), verificaram com base numa amostra de 9176 médicos portugueses que 66% apresentavam níveis elevados de exaustão emocional, 39% níveis elevados de despersonalização e 30% elevada diminuição da realização profissional (7). Relativamente aos médicos internos em particular, existe apenas um estudo em Portugal que encontrou uma prevalência de *burnout* de 45,2% entre médicos internos de oncologia, hematologia e radioterapia (n= 118) no ano de 2011 (20). Salienta-se a evidência internacional mais recente onde se observou uma prevalência média de *burnout* de cerca de 35,7 % no conjunto das especialidades (4).

Com o aparecimento e prolongamento da pandemia de COVID-19, os efeitos do aumento da carga laboral (principalmente no Serviço Nacional de Saúde) e da deterioração das condições de trabalho são hoje aspetos ainda mais evidentes no dia a dia dos profissionais de saúde no nosso país. Esta realidade é ainda mais preponderante para os cerca de 9000 médicos internos do país, uma classe de trabalhadores que apresenta um risco elevado de desenvolver *burnout* em virtude da sua idade e das características do seu trabalho: a elevada exigência e responsabilidade no dia a dia de um clínico que se encontra numa fase precoce da carreira; a discrepância que muitas vezes existe entre o trabalho de internato idealizado e a realidade laboral do quotidiano; e a necessidade de complementar o trabalho clínico com formação profissional, técnica e científica exigidas pelo regime de internato de formação especializada.

Neste seguimento, a averiguação da dimensão dos níveis de *burnout* entre os médicos internos de Portugal assume uma importância extrema. Não só existem poucos estudos no país sobre esta síndrome, como os estudos que existem não têm em conta a situação dos cuidados de saúde pós-pandemia de COVID-19 ou as particularidades do

trabalho do médico interno. Estes dados irão abrir caminho para melhor delinear e caracterizar a realidade laboral do dia a dia dos médicos internos, permitindo desenhar estratégias para minorar eventuais obstáculos encontrados. Pretende-se que estas estratégias não só consigam melhorar a saúde dos profissionais de saúde, como também os cuidados prestados aos doentes, em particular no Serviço Nacional de Saúde Português.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os níveis de *burnout* e a sua associação às condições de trabalho nos médicos internos de formação especializada de qualquer ano de formação a frequentar o programa de internato médico em Portugal em 2023.

METODOLOGIA

Estudo observacional transversal com colheita de dados realizada através de questionário online de resposta única, aplicado a médicos internos a trabalhar em Portugal. Os dados foram recolhidos entre 7 de Agosto e 22 de Setembro de 2023 e anonimizados em plataforma própria utilizada pela Ordem dos Médicos para o efeito. O protocolo do estudo foi previamente aprovado pelo Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, tendo sido dado conhecimento do mesmo ao Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos.

Na primeira secção do questionário, foram recolhidas variáveis sociodemográficas respeitantes a características básicas dos indivíduos (género, idade e estado civil). Não foram utilizados instrumentos especificamente designados para variáveis sociodemográficas.

Na segunda secção do questionário, foram recolhidas variáveis profissionais, nomeadamente relativas ao percurso laboral, especialidade e número de anos de formação especializada à data do inquérito. Acrescentou-se ainda uma avaliação do ambiente laboral e tipo de trabalho desempenhado, designadamente tipo de local de trabalho, carga de trabalho, cumprimento dos descansos compensatórios, autonomia no local de trabalho, relações com colegas, chefias e pacientes e equilíbrio entre vida pessoal e profissional. Salienta-se que não foram colhidos dados relativos ao serviço onde cada trabalhador exercia função ou dados pessoais que permitiriam a identificação do trabalhador. Foi também incluída uma pergunta aberta relativa a aspetos do ambiente laboral que o trabalhador considerasse relevantes e que pudessem não ter sido contemplados nas restantes secções do inquérito, em linha com recomendações internacionais na realização de inquéritos sobre *burnout* (21).

Na terceira secção do questionário, foram recolhidas informações para avaliação de *burnout* utilizando o instrumento *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI) (22). Optou-se pelo uso desta escala por ter uma tradução em português certificada e por ser a escala mais utilizada no *screening* de sintomas de *burnout* nos estudos realizados a nível mundial (4,19). A versão utilizada neste estudo foi a versão

portuguesa validada pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional em 1999.

O MBI é um questionário constituído por 22 itens relativos a estados sentidos no trabalho. Cada item é respondido através de uma escala de frequência de sete pontos que vai de 0 (nunca) até 6 (sempre/todos os dias). Estes itens estão divididos pelas três subescalas do *burnout*: exaustão emocional (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), despersonalização (itens 5, 10, 11, 15, 22), e realização profissional (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

Para a classificação de cada uma das três dimensões do *burnout* (em níveis baixo, médio e elevado) foram utilizados os valores de referência estabelecidos por *Maslach et al.* (1996) para a profissão médica, tal como explicitado de seguida.

Tabela 1: Categorização dos Scores do MBI para profissionais (adaptado de *Maslach*)

	Baixo	Médio	Elevado
Exaustão emocional	≤ 18	19-26	≥ 27
Despersonalização/Desumanização	≤ 5	6-9	≥ 10
Perda de realização profissional	≥ 40	39-34	≤ 33

No presente estudo, *burnout* foi definido como pontuações elevadas nos três grupos sintomáticos (correspondendo ao conceito de *burnout* severo na definição original de *Leiter & Maslach*) considerando-se “em risco de *burnout*” indivíduos com sintomatologia elevada em pelo menos uma das dimensões, à semelhança do realizado noutros estudos deste tipo (23).

Os dados foram tratados através da utilização do software *IBM SPSS Statistics 28*®. Foi feita uma análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos (testes *Mann-Whitney U*, *Kruskwal-Wallis*, correção de *Bonferroni* para vários testes), conforme adequado a cada variável). O nível de significância estatística fixou-se num valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Caracterização Sociodemográfica

Foram obtidas 1737 respostas ao questionário de um universo populacional de 10 268 médicos internos (taxa de resposta de 16,9%). A idade média dos inquiridos foi de 29,9 anos (DP 3,8 anos). 71,1% dos inquiridos era do género feminino e 81,4% tinha como estado civil “solteiro”. As regiões do país Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo perfizeram 90,7% do total de respostas. A distribuição de respostas por ano de internato encontra-se detalhada no gráfico 1. Foram obtidas respostas de 47 das 48 especialidades com internato médico existente em Portugal, encontrando-se as taxas de resposta dentro da especialidade e dentro da amostra detalhadas na tabela 2. 44,6% dos inquiridos encontrava-se a realizar o seu internato em hospital central, 24,2% em hospital distrital, 22,1% em Unidade de Saúde Familiar (USF) / Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 6,8% em Unidade Local de Saúde (ULS) e 2,2% em Unidade de Saúde Pública (USP). 98,9% dos inquiridos trabalhava em instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Gráfico 1: Percentagem de respostas por ano de internato

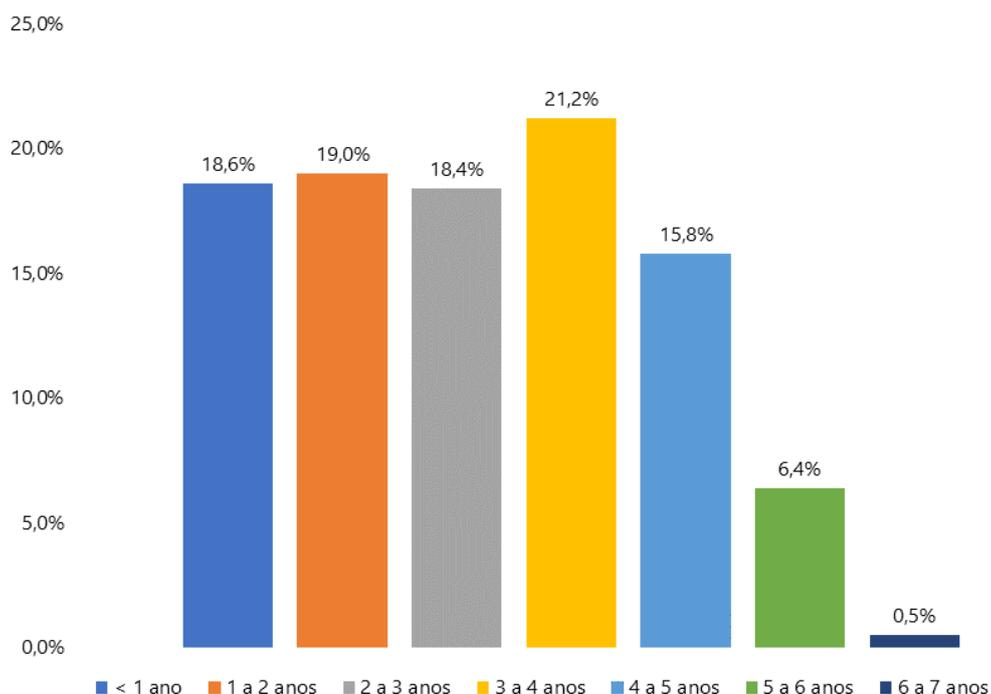


Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica

Idade (anos) – média (DP)	29,9 (3,8)
Género – n (%)	
Masculino	495 (28,5%)
Feminino	1235 (71,1%)
Outro	2 (0,1%)
Prefiro não responder	5 (0,3%)
Estado civil – n (%)	
Solteiro	1414 (81,4)
Casado	308 (17,7)
Viúvo	2 (0,1)
Divorciado	13 (0,7)
Região – n (%)	
Norte	664 (38,2)
Centro	290 (16,7)
Lisboa e Vale do Tejo	621 (35,8)
Alentejo	53 (3,1)
Algarve	52 (3,0)
Açores	32 (1,8)
Madeira	25 (1,4)
Anos de especialidade – n (%)	
< 1 ano	323 (18,6)
1 a 2 anos	330 (19,0)
2 a 3 anos	320 (18,4)
3 a 4 anos	369 (21,2)
4 a 5 anos	275 (15,8)
5 a 6 anos	111 (6,4)
6 a 7 anos	9 (0,5)
Especialidade – n (% de resposta na especialidade; % de resposta na amostra)	
Anatomia Patológica	21 (25,9; 1,2)
Anestesiologia	74 (15,6; 4,3)
Cirurgia Vascular	9 (16,7; 0,5)
Cardiologia	33 (15,3; 1,9)
Cardiologia Pediátrica	2 (10,0; 0,1)
Cirurgia Cardíaca	5 (27,8; 0,3)
Cirurgia Torácica	1 (5,9; 0,1)
Cirurgia Geral	91 (20,4; 5,2)
Cirurgia Maxilo-Facial	9 (20,9; 0,5)
Cirurgia Pediátrica	8 (25,0; 0,5)
Cirurgia Plástica	6 (9,8; 0,3)
Dermatovenereologia	6 (8,0; 0,3)
Doenças Infecciosas	21 (16,7; 1,2)
Endocrinologia e Nutrição	20 (19,4; 1,2)
Estomatologia	7 (8,9; 0,4)
Gastroenterologia	26 (18,3; 1,5)
Genética Médica	5 (16,1; 0,3)
Ginecologia/Obstetrícia	72 (22,8; 4,1)
Hematologia	17 (15,3; 1,0)
Imunoalergologia	11 (18,0; 0,6)
Imuno-hemoterapia	13 (14,3; 0,7)
Medicina do Trabalho	11 (12,6; 0,6)
Medicina Física e de Reabilitação	28 (12,7; 1,6)
Medicina Geral e Familiar	392 (16,2; 22,6)
Medicina Intensiva	61 (21,4; 3,5)
Medicina Interna	211 (16,9; 12,1)
Medicina Legal	3 (7,5; 0,2)

<i>Medicina Nuclear</i>	10 (37,0; 0,6)
<i>Nefrologia</i>	27 (19,9; 1,6)
<i>Neurocirurgia</i>	10 (14,1; 0,6)
<i>Neurologia</i>	31 (16,9; 1,8)
<i>Neurorradiologia</i>	9 (12,9; 0,5)
<i>Oftalmologia</i>	15 (15,2; 0,9)
<i>Oncologia Médica</i>	47 (19,7; 2,7)
<i>Ortopedia</i>	43 (12,8; 2,5)
<i>Otorrinolaringologia</i>	22 (14,0; 1,3)
<i>Patologia Clínica</i>	24 (14,4; 1,4)
<i>Pneumologia</i>	27 (12,9; 1,6)
<i>Pediatria</i>	125 (21,2; 7,2)
<i>Psiquiatria</i>	65 (16,3; 3,7)
<i>Psiquiatria da Infância e Adolescência</i>	9 (10,6; 0,5)
<i>Radiologia</i>	19 (10,2; 1,1)
<i>Radioncologia</i>	8 (14,5; 0,5)
<i>Reumatologia</i>	26 (25,0; 1,5)
<i>Saúde Pública</i>	40 (18,6; 2,3)
<i>Urologia</i>	17 (17,7; 1,0)
<hr/>	
Local de Formação – n (%)	
Hospital Central	775 (44,6)
Hospital Distrital	421 (24,2)
Unidade Local de Saúde	118 (6,8)
Centro de Saúde, USF A	86 (5,0)
Centro de Saúde, USF B	263 (15,1)
Centro de Saúde, UCSP	35 (2,0)
Unidade de Saúde Pública	39 (2,2)
<hr/>	
Natureza da Instituição – n (%)	
<i>Instituição do Serviço Nacional de Saúde</i>	1718 (98,9)
<i>Instituição Privada de Saúde</i>	19 (1,1)

Caracterização das condições laborais

No que diz respeito à caracterização das condições laborais (Tabela 3), 84,8% dos inquiridos realizava mais de 40 horas semanais, sendo a média de horas de trabalho semanal de 52,8 horas (DP 10,6). A distribuição do número de horas de trabalho semanal encontra-se detalhada no gráfico 2. 93,5 % dos inquiridos realizava trabalho fora do horário laboral (fins-de-semana, feriados ou após as 17h) e 62,1% trabalho noturno. Relativamente à realização de turnos com duração superior a 12 horas, 55,1% referiu a sua realização pelo menos uma vez por mês. 60,2% dos médicos internos inquiridos não apresentavam 11 horas de descanso entre turnos pelo menos uma vez por mês. 55,9% dos inquiridos referiu ter 2 ou menos fins-de-semana livres por mês.

Gráfico 2: Distribuição do número de horas de trabalho semanal

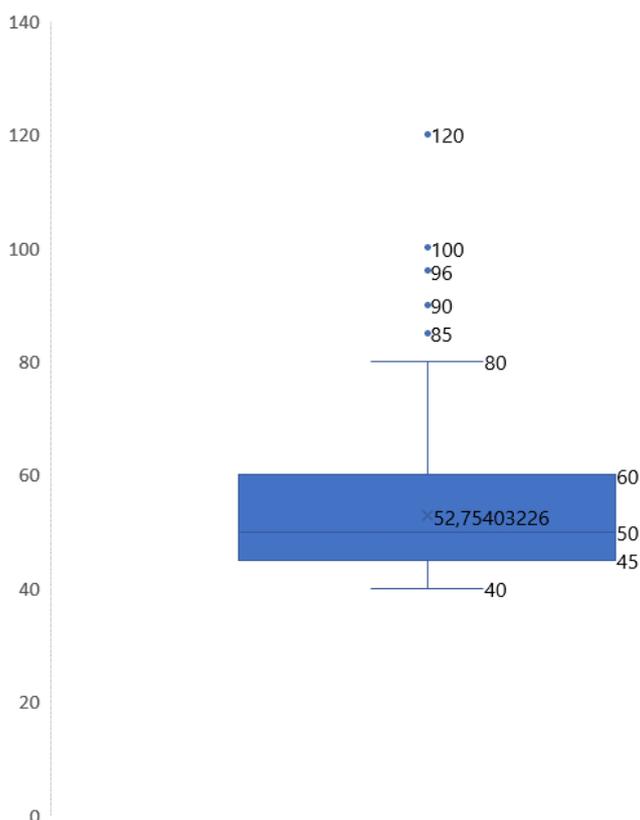


Tabela 3 – Caracterização das condições laborais

Realização de mais de 40 horas semanais – n (%)	1473 (84,8)
Horas de trabalho semanal – média (DP)	52,8 (10,6)
Trabalho fora de horário laboral (FDS, feriados, após 17h) – n (%)	1624 (93,5)
Trabalho noturno – n (%)	1079 (62,1)
Turnos com duração superior a 12h – n (%)	
<i>Não realização de turnos superiores a 12h</i>	780 (44,9)
<i>Cerca de 1 vez por mês</i>	125 (7,2)
<i>Cerca de 2 a 5 vezes por mês</i>	468 (26,9)
<i>Cerca de 5 a 8 vezes por mês</i>	279 (16,1)
<i>Mais de 8 vezes por mês</i>	85 (4,9)
Menos de 11 horas de descanso entre turnos – n (%)	
<i>Nunca</i>	691 (39,8)
<i>Pelo menos 1 vez por mês</i>	292 (16,8)
<i>Cerca de 2 a 5 vezes por mês</i>	479 (27,6)
<i>Cerca de 5 a 8 vezes por mês</i>	154 (8,9)
<i>Mais de 8 vezes por mês</i>	121 (7,0)
Fins-de-semana livres por mês – n (%)	
<i>0</i>	39 (2,2)
<i>1</i>	278 (16,0)
<i>2</i>	655 (37,7)
<i>3</i>	262 (15,1)
<i>4</i>	503 (29,0)

Caracterização do envolvimento/autonomia no trabalho

Relativamente à caracterização do envolvimento/autonomia no trabalho (tabela 4), 78,5% dos inquiridos descreveu a relação com os colegas como boa ou muito boa, 57,6% descreveu a relação com os superiores como boa ou muito boa e 72,4% descreveu a relação com os pacientes como boa ou razoavelmente boa. 64,1% dos médicos internos indicou ter um nível de autonomia ou controlo sobre o seu trabalho adequados ou moderadamente adequados, 43,4% referiu encontrar-se satisfeito ou muito satisfeito com a formação especializada e 54,4% considerou ter uma relação entre trabalho e vida pessoal desequilibrada ou muito desequilibrada, como mostra o gráfico 3. 35,3% dos inquiridos referiu ter iniciado algum tipo de apoio psicológico ou psiquiátrico durante o internato.

Gráfico 3: Relação entre trabalho e vida pessoal

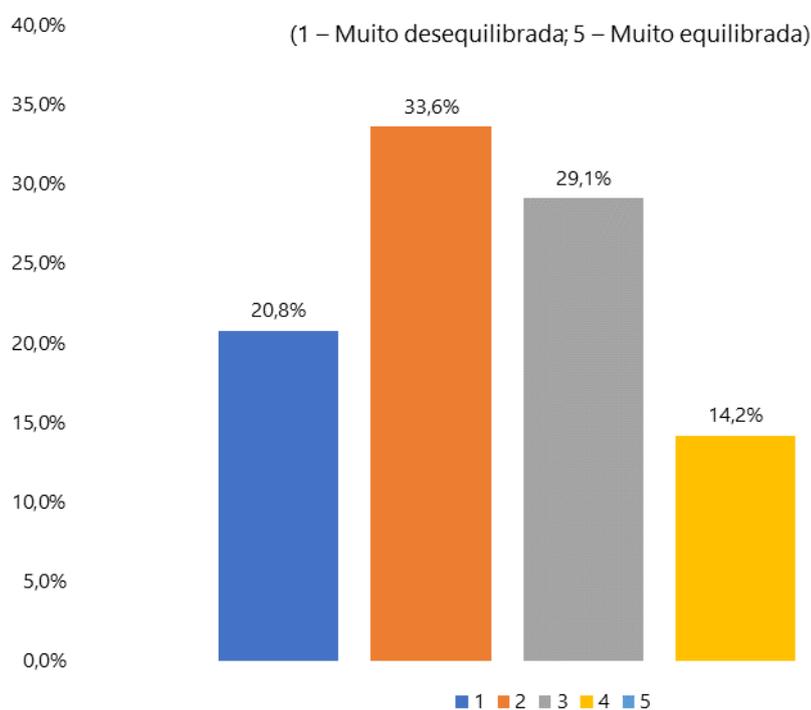


Tabela 4 – Caracterização do envolvimento/autonomia no trabalho

Relação com os colegas – n (%)	
(1-Muito má; 5-Muito boa)	
1	22 (1,3)
2	59 (3,4)
3	294 (16,9)
4	774 (44,6)
5	588 (33,9)
Relação com os superiores – n (%)	
(1-Muito má; 5-Muito boa)	
1	70 (4,0)
2	209 (12,0)
3	458 (26,4)
4	703 (40,5)
5	297 (17,1)
Relação com os pacientes – n (%)	
(1-Relação difícil; 5-Relação boa)	
1	24 (1,4)
2	74 (4,3)
3	290 (16,7)
4	856 (49,3)
5	401 (23,1)
Nível de autonomia/controlo sobre o desempenho laboral – n (%)	
(1-Não possuo controlo/autonomia; 5-Autonomia/controlo adequados)	
1	30 (1,7)
2	135 (7,8)
3	458 (26,4)
4	746 (42,9)
5	368 (21,2)
Grau de satisfação com a formação especializada – n (%)	
(1-Muito insatisfeito; 5-Muito satisfeito)	
1	98 (5,6)
2	227 (13,1)
3	658 (37,9)
4	613 (35,3)
5	141 (8,1)
Equilíbrio da relação entre trabalho e vida pessoal – n (%)	
(1-Muito desequilibrada; 5-Muito equilibrada)	
1	361 (20,8)
2	583 (33,6)
3	506 (29,1)
4	247 (14,2)
5	40 (2,3)
Início de acompanhamento psicológico/psiquiátrico – n (%)	
614 (35,3)	
Início de acompanhamento em indivíduos em risco de burnout – n (%)	
547 (56,9)	

Caracterização dos níveis de *burnout*

No que diz respeito à caracterização dos níveis de *burnout* na amostra estudada (tabela 5), foi possível objetivar que 64,7% dos inquiridos apresentou uma pontuação de exaustão emocional grave, 45,8% uma pontuação de despersonalização grave e 48,1% uma diminuição grave de realização profissional. 24,7% dos inquiridos demonstrou sintomatologia grave de *burnout*, enquanto 55,3% demonstrou encontrar-se em risco de desenvolver este síndrome. 5,3% dos inquiridos apresentou pontuação baixa em cada uma das dimensões, correspondendo a um perfil de inquiridos envolvidos (*engagement*) no seu trabalho. No que respeita a valores numéricos, o valor médio das pontuações obtidas nas categorias de exaustão emocional foi de 30,6, despersonalização 9,5, realização profissional 32,3 e o valor médio do score global de *burnout* foi de 7,8.

Gráfico 4: Percentagem de médicos internos que se encontrava num nível baixo, médio ou alta de cada uma das três dimensões que constituem o *burnout*

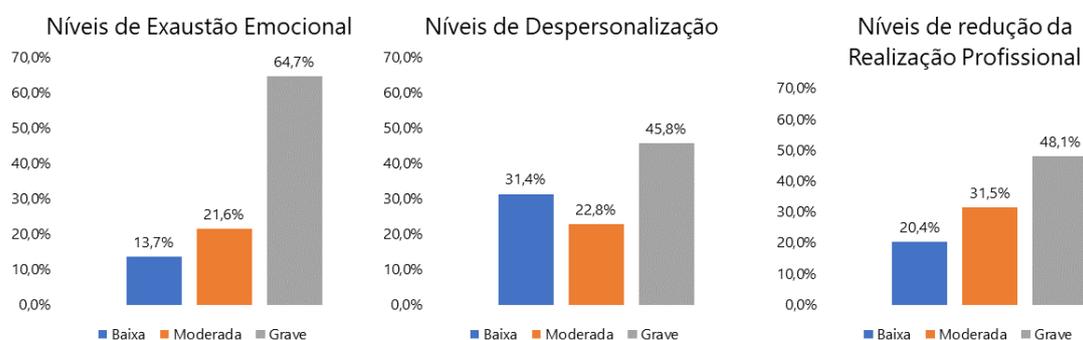


Gráfico 5: Caracterização dos níveis de *burnout* na amostra

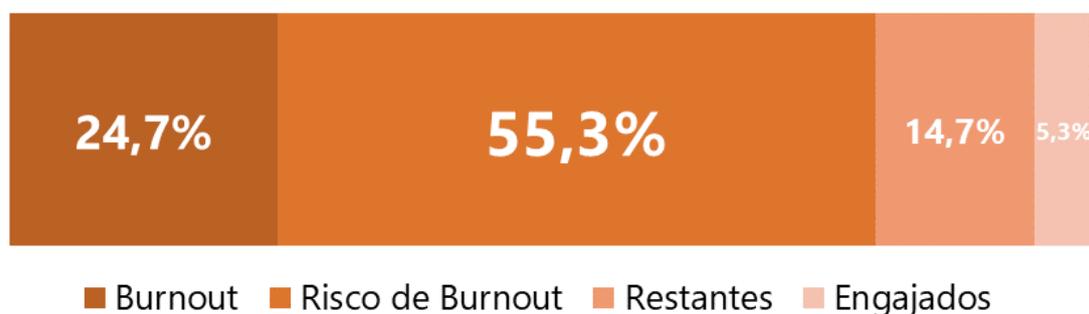


Tabela 5 – Caracterização dos níveis de *burnout*

Exaustão emocional – n (%)	
<i>Baixa</i> (≤ 18)	238 (13,7)
<i>Moderada</i> (19-26)	375 (21,6)
<i>Grave</i> (≥ 27)	1124 (64,7)
Despersonalização – n (%)	
<i>Baixo</i> (≤ 5)	546 (31,4)
<i>Moderado</i> (6-9)	396 (22,8)
<i>Grave</i> (≥ 10)	795 (45,8)
Realização profissional – n (%)	
<i>Baixa</i> (≤ 33)	835 (48,1)
<i>Moderada</i> (34-39)	548 (31,5)
<i>Alta</i> (≥ 40)	354 (20,4)
Risco de <i>burnout</i> – n (%)	
<i>Apenas exaustão emocional grave</i>	253 (26,4)
<i>Apenas despersonalização grave</i>	78 (8,1)
<i>Apenas realização profissional baixa</i>	122 (12,7)
<i>Exaustão emocional e Despersonalização graves</i>	223 (23,2)
<i>Exaustão emocional grave e Realização profissional baixa</i>	219 (22,8)
<i>Despersonalização grave e Realização profissional baixa</i>	65 (6,8)
Burnout – n (%)	429 (24,7)

Dos 55,3% de inquiridos que demonstraram estar em risco de desenvolver síndrome de *burnout* caracterizaram-se os perfis intermédios de inquiridos em exaustão, alienação e incapacidade, cujos resultados se detalham de seguida e na tabela 5.

Perfis intermédios de risco de <i>burnout</i>	55% (n= 960)
<i>Exaustos e Alienados</i>	12,8 % (n= 223)
<i>Exaustos e incapazes</i>	12,6 % (n= 219)
<i>Exaustos</i>	14,6 % (n= 253)
<i>Incapazes</i>	7 % (n= 122)
<i>Alienados</i>	4,5 % (n= 78)
<i>Alienados e Incapazes</i>	3,7 % (n= 65)

No que diz respeito à caracterização dos níveis de *burnout* por regiões (tabela 6), especialidade (tabela 7) e área médica (tabela 8), cujos resultados se detalham nos

gráficos 6, 7 e 8, é de destacar a verificação de diferenças entre grupos com significância estatística no que aos níveis de *burnout* diz respeito, nomeadamente entre a região norte e centro ($p=0,002$) (tabela 9) e entre especialidades médicas, médico-cirúrgicas e cirúrgicas quando comparadas com especialidades de diagnóstico, Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Saúde Pública (tabela 10).

Gráfico 6: Percentagem de *burnout* por regiões

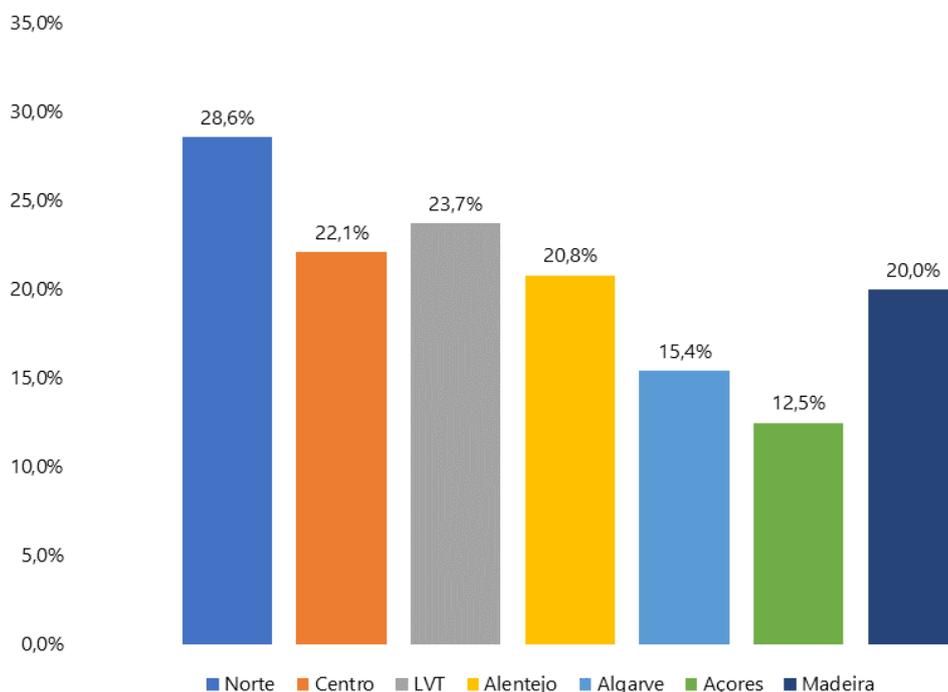


Tabela 6 – Caracterização dos níveis de *burnout* por regiões

<i>Burnout</i> – n (%)	
Norte	190 (28,6)
Centro	64 (22,1)
Lisboa e Vale do Tejo	147 (23,7)
Alentejo	11 (20,8)
Algarve	8 (15,4)
Açores	4 (12,5)
Madeira	5 (20,0)
Risco de <i>burnout</i> – n (%)	
Norte	355 (53,5)
Centro	161 (55,4)
Lisboa e Vale do Tejo	345 (55,5)
Alentejo	33 (62,2)
Algarve	32 (61,5)
Açores	20 (62,5)
Madeira	14 (56,0)

Gráfico 7: Percentagem de *burnout* por especialidade (n>50)

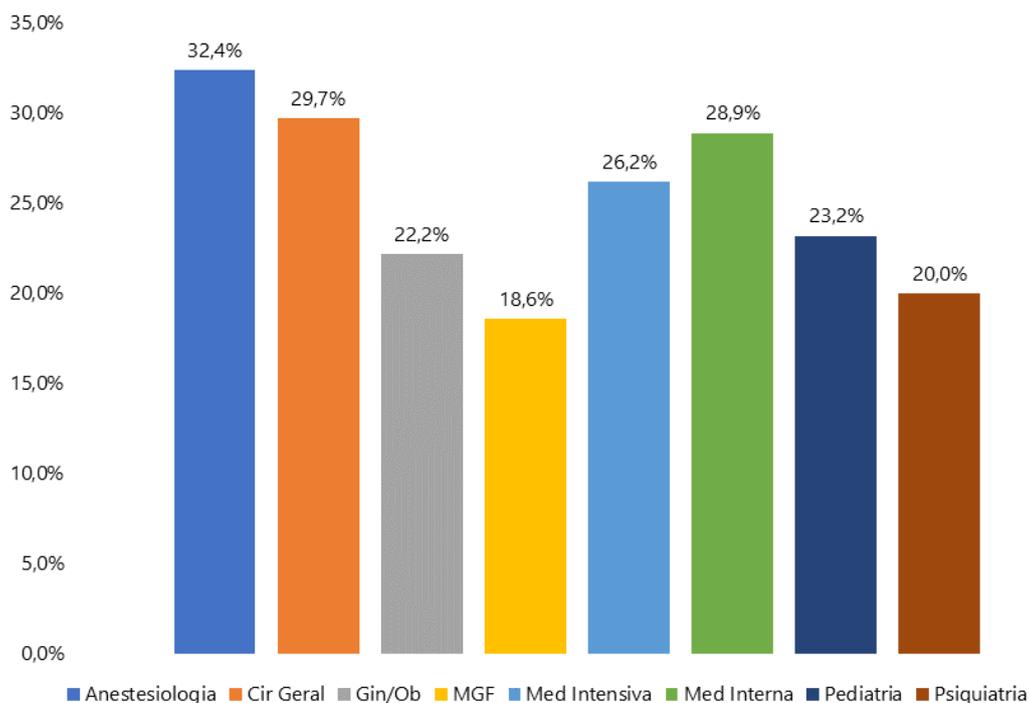


Tabela 7 – Caracterização dos níveis de *burnout* por especialidade (n>50)

Burnout – n (%)	
<i>Anestesiologia</i>	24 (32,4)
<i>Cirurgia Geral</i>	27 (29,7)
<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>	16 (22,2)
<i>MGF</i>	73 (18,6)
<i>Medicina Intensiva</i>	16 (26,2)
<i>Medicina Interna</i>	61 (28,9)
<i>Pediatria</i>	29 (23,2)
<i>Psiquiatria</i>	13 (20,0)
Risco de burnout – n (%)	
<i>Anestesiologia</i>	37 (50,0)
<i>Cirurgia Geral</i>	46 (50,4)
<i>Ginecologia/Obstetrícia</i>	43 (59,7)
<i>MGF</i>	204 (52,1)
<i>Medicina Intensiva</i>	33 (54,1)
<i>Medicina Interna</i>	117 (55,5)
<i>Pediatria</i>	65 (52,0)
<i>Psiquiatria</i>	40 (61,5)

Gráfico 8: Percentagem de *burnout* por área médica

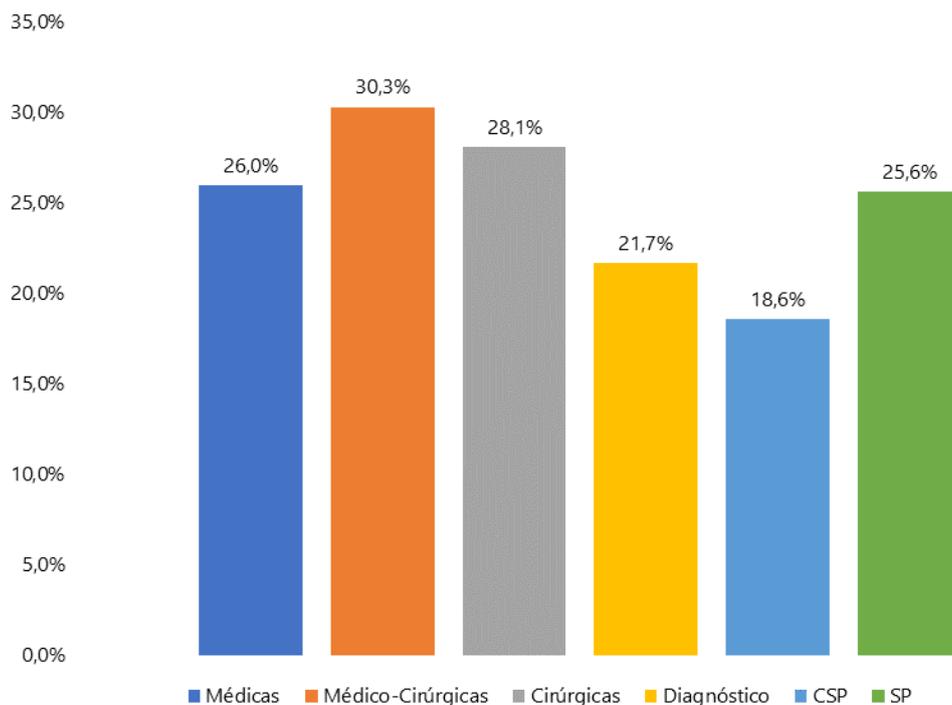


Tabela 8 – Caracterização dos níveis de *burnout* por área médica

Burnout – n (%)	
Especialidades médicas	234 (26,0)
Especialidades cirúrgicas	39 (28,1)
Especialidades médico-cirúrgicas	53 (30,3)
Especialidades de Diagnóstico	20 (21,7)
Cuidados de Saúde Primários	73 (18,6)
Saúde Pública	11 (25,6)
Risco de burnout – n (%)	
Especialidades médicas	432 (54,8)
Especialidades cirúrgicas	71 (51,0)
Especialidades médico-cirúrgicas	93 (53,1)
Especialidades de Diagnóstico	70 (76,1)
Cuidados de Saúde Primários	204 (52,1)
Saúde Pública	30 (69,7)

Tabela 9 – Caracterização das diferenças entre grupos: Regiões

	Centro	Lisboa e Vale do Tejo
Norte	0,002	0,089
Centro		0,087

Valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni para vários testes

Tabela 10 - Caracterização das diferenças entre grupos: Área médica

	Esp. Cirúrgicas	Esp. Médico-Cir	Esp. Diagnóstico	CSP	Saúde Pública
Esp. Médicas	0,831	0,675	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Esp. Cirúrgicas		0,635	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Esp. Médico- Cir			< 0,001	< 0,001	0,002
Esp. Diagnóstico				< 0,001	0,928
CSP					< 0,001

Valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni para vários testes

Verificou-se também uma diferença estatisticamente significativa entre géneros no que diz respeito ao grupo de sintomas apresentados, com o género masculino a apresentar maiores níveis de despersonalização ($p < 0,01$) e o género feminino maiores pontuações na escala de exaustão emocional ($p = 0,02$). Não foram observadas diferenças significativas entre os scores de *burnout* total apresentados entre géneros.

A análise inferencial efetuada utilizando os scores médios da pontuação de *burnout* (tabela 11) permitiu ainda verificar diferenças com significância estatística entre grupos, nomeadamente nos diferentes anos de internato ($p < 0,001$), com a média do score de *burnout* a demonstrar ser significativamente inferior no 1º ano de internato quando comparado com os restantes anos (tabela 12), na realização de horas extraordinárias ($p < 0,001$), no início de acompanhamento psicológico ($p < 0,001$), no grau de autonomia laboral e no equilíbrio entre trabalho e vida pessoal ($p < 0,001$), com os scores de *burnout* a revelarem-se tanto mais altos quanto mais baixos o valor de autonomia e equilíbrio (tabelas 13 e 14).

Pontuação de *Burnout* Grupos com diferenças estatisticamente significativas

- × Anos de internato
- × Realização de horas extraordinárias
- × Equilíbrio entre trabalho e vida pessoal
- × Grau de autonomia no trabalho
- × Início de acompanhamento psicológico

Tabela 11 – Análise inferencial dos scores médios de *burnout* por categoria

Género – média (DP)		p-value
Masculino	7,7 (21,0)	0,587 ¹
Feminino	7,9 (19,2)	
Estado civil – média (DP)		
Solteiro	8,3 (19,4)	0,074 ²
Casado	5,6 (20,8)	
Viúvo	-5,0 (15,6)	
Divorciado	7,3 (22,0)	
Regiões (n > 100) – média (DP)		
Norte	9,8 (19,7)	0,003²
Centro	5,4 (19,8)	
Lisboa e Vale do Tejo	7,9 (19,9)	
Anos de especialidade – média (DP)		
< 1 ano	2,2 (20,8)	< 0,001²
1 a 2 anos	8,6 (20,0)	
2 a 3 anos	7,8 (18,3)	
3 a 4 anos	11,1 (19,5)	
4 a 5 anos	7,9 (19,4)	
5 a 6 anos	10,5 (17,3)	
6 a 7 anos	16,7 (14,4)	
Área médica – média (DP)		
Especialidades médicas	8,1 (18,6)	< 0,001²
Especialidades cirúrgicas	8,2 (21,8)	
Especialidades médico-cirúrgicas	8,6 (18,6)	
Especialidades de Diagnóstico	18,9 (18,1)	
Cuidados de Saúde Primários	2,8 (20,1)	
Saúde Pública	20,4 (20,4)	
Realização de horas extra – média (DP)		
Sim	9,2 (19,1)	< 0,001¹
Não	0,1 (21,3)	
Grau de autonomia laboral – média (DP)		
1	28,1 (20,8)	< 0,001²
2	19,2 (19,2)	
3	11,3 (18,9)	
4	5,2 (18,2)	
5	3,1 (20,3)	
Equilíbrio entre trabalho e vida pessoal – média (DP)		
1	20,6 (18,3)	< 0,001²
2	10,9 (16,9)	
3	2,4 (17,4)	
4	-4,5 (18,6)	
5	-7,8 (22,8)	
Início de acompanhamento psicológico – média (DP)		
Sim	14,9 (19,7)	< 0,001¹
Não	3,9 (18,6)	

¹Mann-Whitney U; ²Kruskal-Wallis

Tabela 12 – Caracterização das diferenças entre grupos: Anos de especialidade

	1 a 2 anos	2 a 3 anos	3 a 4 anos	4 a 5 anos	5 a 6 anos	6 a 7 anos
< 1 ano	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,017
1 a 2 anos		0,566	0,123	0,686	0,279	0,170
2 a 3 anos			0,034	0,884	0,137	0,133
3 a 4 anos				0,060	0,985	0,305
4 a 5 anos					0,177	0,143
5 a 6 anos						0,320

Valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni para vários testes

Tabela 13 - Caracterização das diferenças entre grupos: Autonomia laboral

	2	3	4	5
1	0,096	< 0,001	< 0,001	< 0,001
2		< 0,001	< 0,001	< 0,001
3			< 0,001	< 0,001
4				0,113

Valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni para vários testes

Tabela 14 - Caracterização das diferenças entre grupos: Equilíbrio trabalho-vida pessoal

	2	3	4	5
1	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
2		< 0,001	< 0,001	< 0,001
3			< 0,001	0,019
4				0,739

Valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni para vários testes

Finalmente, no que concerne à questão de resposta aberta incluída no questionário, o principal tema elencado pelos inquiridos disse respeito à **elevada carga horária, não prevista nos programas de internato, associada à realização de trabalho e estudo autónomo para a prossecução de objetivos curriculares**. Outros temas frequentemente referidos pelos inquiridos foram:

- | Vencimento mensal baixo com necessidade de realização de horas extraordinárias para um nível de vida condizente com as expectativas;
- | Excesso de carga laboral, particularmente de noites e fins-de-semana;
- | Não cumprimento dos descansos compensatórios ou folgas por realização de trabalho em horário incómodo;
- | Grau de autonomia atribuído desadequado face à fase formativa correspondente;
- | Dificuldade na gestão emocional do stress associado às condições e particularidades de trabalho em Serviço de Urgência;

- | Excesso de trabalho burocrático sem horário dedicado ao mesmo;
- | Relação deficitária com superiores hierárquicos e orientadores de formação;
- | Conflitos interpessoais no ambiente laboral com repercussão na qualidade formativa;
- | Necessidade de deslocação durante todo o período de internato ou em estágios específicos com conseqüente distanciamento familiar;
- | Ausência de planeamento da componente formativa durante o período de internato;
- | Necessidade de contacto frequente com familiares e de comunicação de desfechos desfavoráveis sem preparação ou formação prévias;
- | Dificuldade na gestão emocional associada à gestão de casos complexos e ao sofrimento dos pacientes.

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta dados relativos à incidência de *burnout* em médicos internos com atuação em Portugal. Utilizando a definição de *burnout* proposta por *Maslach & Leiter* (2016), o nosso trabalho verificou que 25% da população estudada apresentava sintomas graves de *burnout*, isto é, pontuações elevadas de exaustão emocional, desumanização/despersonalização e perda de realização profissional. Olhando para cada uma das três dimensões da síndrome, observamos que 65% da amostra se encontra num nível de exaustão emocional grave, cerca de 46% apresenta um nível elevado de despersonalização/desumanização e aproximadamente 48% reporta uma elevada redução da diminuição da realização profissional. Isto significa que 55% da amostra do estudo apresentou níveis sintomáticos graves em pelo menos uma das três dimensões da síndrome, correspondendo a pessoas que se encontram em risco de desenvolver *burnout* na sua totalidade sindromática.

Comparando com dados de outros estudos nacionais, o maior trabalho realizado até à data em Portugal nesta área foi o de *Vala et al.* (7) que contou com respostas de 9176 médicos portugueses (especialistas e internos). Este estudo observou que 7% dos médicos da sua amostra apresentava níveis elevados nos três indicadores de *burnout*, traduzindo uma diferença expressiva face aos resultados encontrados pelo presente trabalho. No que diz respeito às subdimensões da síndrome, em comparação com o nosso trabalho, *Vala et al.* observaram em 2016 uma percentagem semelhante de níveis elevados de exaustão emocional (66%) mas níveis elevados de despersonalização inferiores (39%) e uma diminuição bastante menos acentuada da realização profissional (30%) face ao nosso estudo, traduzindo um perfil sindromático globalmente menos grave e menos avançado. Salientam-se ainda os dados portugueses de *Marôco et al.* (9) que observaram uma percentagem superior (44%) de *burnout* elevado em médicos (n=466) entre os anos de 2011 e 2013 e o estudo de *A. Joaquim et al.* (20) que observou uma prevalência superior (45%) da síndrome em 118 médicos internos. Contudo, a comparação direta destes dados com os do presente trabalho é impossibilitada pelo facto dos dois estudos usarem definições diferentes para o cálculo da síndrome de *burnout* ou não explicitarem que definição foi operacionalizada.

Em comparação com os dados internacionais mais recentes (4,19), o nosso estudo observou uma prevalência de *burnout* semelhante (nos estudos cuja definição de *burnout* correspondia à do presente trabalho verificou-se uma média de 22,9% de prevalência da síndrome em médicos internos) e níveis de exaustão emocional, desumanização/despersonalização e redução de realização profissional superiores face a médicos internos em países como *Holanda* (24) e *EUA* (25).

Em relação aos preditores de *burnout*, foram identificadas variáveis de natureza socioprofissional que contribuem para o desenvolvimento da síndrome. A este respeito, médicos internos há mais tempo a realizar o internato de formação especializada apresentaram maiores níveis de *burnout*. Estes dados são contraditórios face aos resultados identificados na literatura (4,9,26), onde se observa que o *burnout* diminui com o aumento do número de anos de trabalho. A este respeito, é avançada a hipótese de que indivíduos com mais experiência profissional tiveram tempo de formular estratégias efetivas de *coping* para lidar com o stress derivado do trabalho, estando assim mais protegidos de desenvolverem *burnout* face aos seus pares mais novos. No presente estudo não se verificou o achado da literatura acima descrito uma vez que 90% da amostra tinha entre 1 a 5 anos de experiência laboral. Isto significa que entre o grupo que se encontra há mais tempo a trabalhar e o grupo que se encontra há menos tempo em funções laborais decorreu um período pequeno, insuficiente para permitir a aquisição diferenciadora de estratégias de *coping*. Finalmente, com o avançar do internato verifica-se um aumento da carga de trabalho e acumulação de funções/responsabilidades que explica maiores níveis de *burnout* em médicos há mais tempo a realizar a formação especializada.

A necessidade de formação complementar (técnica e científica) fora do horário de trabalho (que se vai acumulando ao longo dos anos de formação especializada) constitui uma característica específica do internato médico que facilita o aparecimento, desenvolvimento e perpetuação do *burnout*. Com efeito, o tema de elevada carga horária (não prevista no programa de internato) associada ao trabalho e estudo autónomos e prossecução de objetivos curriculares foi o principal assunto elencado na pergunta aberta do questionário relativa a aspetos do ambiente laboral que o trabalhador considerava relevantes. O médico interno vê-se, assim, na necessidade de continuar a

sua formação fora do seu horário de trabalho, diminuindo as suas atividades de lazer e a sua vida pessoal, facilitando ainda mais o aparecimento de *burnout*. Esta conclusão vai ao encontro do achado no presente estudo de que internos que consideram ter um desequilíbrio entre vida pessoal e laboral encontram-se mais propensos a desenvolver a síndrome de *burnout*. Destacam-se também o baixo rendimento mensal, a dificuldade na gestão emocional do stress associado ao trabalho no Serviço de Urgência e casos clínicos complexos, o excesso de trabalho burocrático e a necessidade de deslocação com consequências negativas na vida familiar do interno como temas que frequentemente surgiram na resposta aberta do questionário.

Relativamente às condições de trabalho, o nosso estudo vai ao encontro dos resultados encontrados por *Vala et. al.* (7) ao corroborar que a realização de horas extraordinárias contribui de forma significativa para o desenvolvimento de *burnout*. Consistentemente com o reportado na literatura (12,26,27), observámos também na nossa população que a falta de controlo e autonomia sobre o trabalho do próprio predispõe ao desenvolvimento da síndrome. Por último, o presente trabalho encontrou uma associação significativa entre o início de acompanhamento psicológico durante o internato e as pontuações de *burnout*, devendo-nos alertar para o impacto psíquico e sofrimento que a síndrome acarreta.

O presente trabalho realizou ainda uma análise dos diferentes perfis intermédios de *burnout*, identificando 960 médicos internos (55% da nossa amostra) em risco da síndrome por apresentarem sintomas severos em pelo menos uma das dimensões sintomáticas. Destes, encontrámos como mais frequentes os perfis de exaustão emocional grave (14,6%); exaustão e alienação severas (12,8%); e exaustão e sensação de incapacidade graves (12,6%). Observa-se, assim, que os perfis intermédios mais comumente encontrados pautam-se por uma elevação marcada da dimensão da exaustão emocional. A análise de estados intermédios de *burnout* é crucial dado que profissionais com níveis elevados de exaustão emocional carecem de intervenções preventivas que visem reduzir o elemento de stress mais preponderante nestes trabalhadores: a elevada carga de trabalho. Por outro lado, médicos com níveis graves de despersonalização/desumanização (perfil alienado) e perda de realização profissional (perfil incapaz) parecem sofrer de problemas diferentes relacionados com justiça no

ambiente laboral, reconhecimento por pares e relações sociais disfuncionais dentro do local de trabalho. No polo oposto do *burnout*, encontramos o envolvimento/*engagement*. No presente trabalho, observámos que apenas 5,3 % da nossa amostra correspondia a médicos internos envolvidos no seu trabalho, um resultado inferior ao encontrado noutros estudos, em que mais de 20% dos médicos internos apresentam este perfil (28,29).

Como limitações deste estudo, assinalamos em primeiro lugar a dificuldade de perceber qual o impacto ao longo do tempo dos preditores socioprofissionais de *burnout* que foram identificados, uma vez que se trata de um estudo transversal. Em relação às pessoas em risco de *burnout*, seria importante a realização de uma avaliação longitudinal dado que de acordo com a literatura mais recente a evolução sintomática deste grupo pode dar-se tanto no sentido da instalação da totalidade da síndrome de *burnout* (caso não ocorram alterações do ambiente laboral) como no sentido de alívio dos sintomas (caso existam alterações no local de trabalho) (6). Outra limitação relacionada com a discussão de resultados prendeu-se com a elevada heterogeneidade na literatura no que à definição de *burnout* diz respeito, dificultando a comparação dos resultados do presente trabalho com outros semelhantes. Para contornar esta realidade, a discussão de resultados focou-se nos estudos que utilizaram a mesma definição de *burnout* que o nosso estudo. Finalmente, a baixa taxa de resposta (16,9%) em comparação com outros estudos deste tipo dificulta a generalização dos resultados para a população e comparações entre os diferentes grupos amostrais (por especialidades e regiões, por exemplo). Esta taxa de resposta aquém da expectativa pode ser explicada pelo facto de ter sido utilizada apenas uma forma de divulgação do inquérito (via correio eletrónico) e por este ter sido disponibilizado em período de férias para muitos médicos. Contudo, realça-se que os inquéritos de satisfação do internato médico (disponibilizados fora do período de férias) têm taxas de resposta semelhantes (19%). Por outro lado, o estudo pode ter tido um padrão de respostas enviesado uma vez que indivíduos com patologia psiquiátrica tendem a responder 20% menos a inquéritos, em comparação com os seus pares saudáveis (30) podendo o presente trabalho ter subvalorizado a dimensão dos casos mais graves de *burnout* com consequências psiquiátricas já estabelecidas. Ainda

assim, de acordo com uma meta-análise recente, este constitui um dos estudos com maior amostragem a nível internacional neste campo (19).

Em conclusão, os resultados apresentados neste trabalho permitem alertar para um problema premente no internato médico português que carece de mais investigação assim como desenvolvimento de estratégias preventivas que promovam o bem-estar físico e psíquico dos médicos internos. Estas estratégias devem partir de um ponto de vista organizacional, em linha com o reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde do *burnout* como um fenómeno laboral (e não uma doença médica *per se*) (31). São necessárias intervenções que tenham em consideração os problemas que os jovens internos hoje enfrentam, focadas em áreas tão diferentes como a carga de trabalho, a autonomia sobre o mesmo, o reconhecimento entre pares, a justiça relativa e as relações interpessoais no local de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1).
2. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. Vol. 75, *American Journal of Health-System Pharmacy*. American Society of Health-Systems Pharmacy; 2018. p. 147–52.
3. Maslach C, Leiter MP. Burnout. In: *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress*. Elsevier; 2016. p. 351–7.
4. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018 Nov 1;13(11).
5. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. Vol. 320, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2018. p. 1131–50.
6. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res*. 2016 Dec 1;3(4):89–100.
7. Vala J, Marques A, Sérgio P, Rui M, Lopes C. Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final.
8. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: A systematic review. Vol. 7, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2017.
9. Marôco* J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level [Internet]. 2016. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
10. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, et al. Depression-burnout overlap in physicians. *PLoS One*. 2016 Mar 1;11(3).
11. Halbesleben JRB, Buckley MR. Burnout in organizational life. *J Manage*. 2004;30(6):859–79.
12. Lee RL, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*. 1996;81(2):123–33.
13. Marchand A, Blanc ME, Beauregard N. Do age and gender contribute to workers' burnout symptoms? *Occup Med (Chic Ill)*. 2018;68(6):405–11.
14. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, et al. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci*. 2013 Aug 28;10(11):1471–8.
15. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010 Jun;251(6):995–1000.
16. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Vol. 283, *Journal of Internal Medicine*. Blackwell Publishing Ltd; 2018. p. 516–29.
17. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ*. 2000;34(5):374–84.

18. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. Vol. 25, EMA - Emergency Medicine Australasia. 2013. p. 491–5.
19. Najj L, Singh B, Shah A, Najj F, Dennis B, Kavanagh O, et al. Global prevalence of burnout among postgraduate medical trainees: a systematic review and meta-regression. CMAJ Open. 2021 Jan 1;9(1):E189–200.
20. Joaquim A, Custódio S, Savva-Bordalo J, Chacim S, Carvalhais I, Lombo L, et al. Burnout and occupational stress in the medical residents of Oncology, Haematology and Radiotherapy: A prevalence and predictors study in Portugal. Psychol Health Med. 2018;23(3).
21. "Maslach C "Leiter, MP." How to Measure Burnout Accurately and Ethically. Harvard Business Review. 2021;
22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual [Internet]. 1996. Available from: www.mindgarden.com
23. Simons BS, Foltz PA, Chalupa RL, Hylden CM, Dowd TC, Johnson AE. Burnout in U.S. military orthopaedic residents and staff physicians. Mil Med. 2016 Aug 1;181(8):835–9.
24. Prins JT, Hoekstra-Weebers JEHM, Gazendam-Donofrio SM, Dillingh GS, Bakker AB, Huisman M, et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: A national study. Med Educ. 2010;44(3).
25. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among u.s. medical students, residents, and early career physicians relative to the general u.s. population. Academic Medicine. 2014;89(3).
26. Prins JT, H M Hoekstra-Weebers JE, M van de Wiel HB, Gazendam-Donofrio SM, Sprangers F, A Jaspers FC, et al. Burnout Among Dutch Medical Residents. Vol. 14, International Journal of Behavioral Medicine Copyright C. Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 2007.
27. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. 2016 Jan 1;50(1):132–49.
28. Di Liberto G, Baldizzi G, Carvalho V, Cuffaro L, Sauerbier A, Klingelhoef L, et al. Education Research: Impact of Burnout on Neurology Residents and Research Fellows in Europe. Neurology: Education. 2022;1(2).
29. Nguyen MA, Castelo M, Greene B, Lu J, Brar S, Reel E, et al. Profiles of Burnout and Response to the COVID-19 Pandemic Among General Surgery Residents at a Large Academic Training Program. Surg Innov. 2023;30(2).
30. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders and nonattenders to a health survey of a general population. Am J Epidemiol. 2001;154(10).
31. Montgomery A, Panagopoulou E, Esmail A, Richards T, Maslach C. Burnout in healthcare: The case for organisational change. Vol. 366, The BMJ. BMJ Publishing Group; 2019.