

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO

Cecilia Araújo Rodrigues Dos Santos

Prevalência de Síndrome de Burnout e uso de álcool e outras drogas em acadêmicos da Faculdade de Medicina de Valença.

Juiz de Fora

2018

Cecilia Araújo Rodrigues Dos Santos

Prevalência de Síndrome de Burnout e uso de álcool e outras drogas em acadêmicos da Faculdade de Medicina de Valença.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati

Co-orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Juiz de Fora

2018

Santos, Cecilia Araújo Rodrigues dos.

Prevalência da Síndrome de Burnout e uso de álcool e outras drogas em acadêmicos da Faculdade de Medicina de Valença. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

Cecilia Araújo Rodrigues dos Santos

Prevalência de Síndrome de Burnout e uso de álcool e outras drogas em acadêmicos da Faculdade de Medicina de Valença.

Dissertação apresentada ao Programa de Pósgraduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais e Saúde.

Aprovada em (dia) de (mês) de (ano)

BANCA EXAMINADORA

Prof. Fernando Colugnati- Orientador

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Profa. Oscarina Ezequiel

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Prof. Mario Maia Bracco

CEJAM

AGRADECIMENTOS

Gratidão aos meus pais, meus filhos, meus professores e orientadores e a todos os alunos e pacientes que tive o privilégio de conhecer e tanto me ensinam a respeito do que é ser humano.

“Os educadores, antes de serem especialistas em ferramentas do saber, deveriam ser especialistas em amor: Intérpretes de sonhos.”

Rubem Alves

RESUMO

O presente estudo pretende estimar a prevalência de Burnout e uso de tabaco, álcool, drogas psicoativas, antidepressivos, ansiolíticos e metilfenidato nos alunos do primeiro ao décimo segundo período da Faculdade de Medicina de Valença no ano de 2017. Uma revisão de literatura dos últimos cinco anos demonstra que os índices de Burnout e uso de substâncias psicoativas são maiores em estudantes de medicina do que na população geral. Foi realizado um estudo transversal, com amostra por conveniência (320 alunos). Os instrumentos utilizados foram: Questionário sócio demográfico, MBI-SS (Maslach Burnout Inventory-student survey), ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), WHOQOL- bref (World Health Organization Quality of Life- brief) Como principais resultados, obtivemos que 58,7% (n= 192 IC= 53,3%- 63,9%) dos alunos apresentaram scores compatíveis com Burnout, decorrentes dos valores de pontuação altos para exaustão e descrença e baixos para eficácia profissional. Em relação a consumo de substâncias, relacionamos necessidade de intervenção breve e presença de burnout, evidenciadas nas categorias álcool (n=23 %=7.03 Burnout/n=7.29 (14) IC 95%= 04.70 – 10.38), tabaco (n=12 % = 3.67 Burnout (%/n)=3.65(7) IC 95%= 02.08 – 06.36) , canabis (n = 5 %=1.53 Burnout (%/n)=2.60 (5) IC 95%=00.63 – 3.63), anfetamina (n = 2 %=0.61 Burnout (%/n)=0.52 (1) IC 95% 00.15 – 2.42) e hipnóticos (n=1 %=0.31 Burnout (%/n)=0.52 (1) IC95%= 00.04 – 02.31) . Nossos achados apontam para a necessidade de investigar as causas da alta prevalência de Burnout e abuso de substâncias encontrada, a fim de propor medidas preventivas e/ou oferecer apoio psicológico para os estudantes, proporcionando uma melhor formação médica.

Palavras- chave: Estudantes de medicina; Burnout; Substâncias psicoativas.

ABSTRACT

The present study aims to estimate the prevalence of Burnout and use of tobacco, alcohol, psychoactive drugs, antidepressants, anxiolytics and methylphenidate in students from the first to the twelfth period of the Faculty of Medicine of Valencia in the year 2017. A literature review of the last five years shows that the rates of Burnout and use of psychoactive substances are higher in medical students than in the general population. A cross-sectional study was carried out, with convenience sample (320 students). The instruments used were: a demographic questionnaire, MBI-SS (Maslach Burnout Inventory - student survey), ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), WHOQOLbref (World Health Organization Quality of Life) we obtained that 58.7% (n = 192 CI = 53.3% - 63.9%) of the students presented scores compatible with Burnout, resulting from high scores for exhaustion and disbelief and low for professional efficacy. In relation to substance use, we related a need for brief intervention and presence of burnout, evidenced in the alcohol categories (n = 23% = 7.03 Burnout / n = 7.29 (14) 95% CI = 04.70 - 10.38), tobacco (n = 12 (N = 5% = 1.53 Burnout (% / n) = 2.60 (5) 95% CI = 00.63 - 3.63) (n = 2% = 0.61 Burnout (% / n) = 0.52 (1) 95% CI 0.0015 - 2.42) and hypnotics (n = 1% = 0.31 Burnout (% / n) = 0.52 00.04 - 02.31). Our findings point to the need to investigate the causes of the high prevalence of substance abuse and substance abuse found in order to propose preventive measures and / or offer psychological support to students, providing better medical training.

Keywords: Medical students; Burnout; Psychoactive substances.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Prevalências de Burnout e dimensões do MASLACH BURNOUT INVENTORY-SS	pág 33
Tabela 2- Descrição das amostras, prevalência da síndrome de Burnout nas diferentes categorias e Odds Ratios (OR) brutos com respectivos valores-p.....	pág. 34
Tabela 3- Uso de substâncias e associação com Burnout.....	pág. 35
Tabela 4- WHOQOL- bref.....	pág.36
Tabela 5- Modelo logístico multivariado.....	pág.36

LISTA DE ABREVIATURAS

MBI-SS -Maslach Burnout Inventory - student survey

ASSIST -Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

WHOQOLbref -World Health Organization Quality of Life

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Inventário MBI-ss (Maslach Burnout Inventory)

ANEXO II – Inventário ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

ANEXO III – Inventário WHOqol- bref (World Health Organization Quality of Life-bref)

ANEXO IV – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3 OBJETIVOS.....	27
4 ARTIGO- PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT, USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM ACADÊMICOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
6 REFERÊNCIAS	43
7 ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico: O ensino médico

Na antiguidade, as relações de homens e mulheres com a Medicina trazem suas primeiras marcas nos encontros do conhecimento médico com a magia, com práticas de exorcismos e com crenças na vontade do sobrenatural nas determinações da doença.

As primeiras tentativas de desvinculação da Medicina das amarras do “irracional” ocorreram na Grécia, tendo Hipócrates (460-370 a.C.) como seu principal defensor. Emergiu, nessa época, uma batalha pela edificação de uma medicina racional, a partir de um duplo procedimento: procurar as causas das doenças com a ajuda de múltiplas observações para depois aplicar os remédios apropriados. Hipócrates criou, desenvolveu ou divulgou conceitos inovadores a respeito da arte médica. (Ribeiro Jr., 2003). A Arte Médica é uma das 52 obras, em sua totalidade organizadas em 72 livros, que pertencem ao conjunto de escritos conhecidos como a Coleção Hipocrática. Tais tratados de medicina constituem a primeira coleção de manuscritos científicos do mundo grego. Embora não possamos afirmar com certeza a sua autoria, pode-se inferir que o autor estava familiarizado com a arte médica, pois o texto mostra uma certa competência na exposição das questões clínicas e anatomo-fisiológicas e, ainda, que conhecia o debate filosófico e epistemológico do período. (Rebollo R,2003) A partir daí, preconiza-se a diferenciação entre magia, religião e medicina empírica.

A primeira escola de Medicina foi a Escola médica de Salermo, em 1057, seguida da Universidade de Bolonha (1088) e a Universidade de Paris (1208). Nessa época medieval, preconizou-se o estudo contínuo e consistente e as detalhadas observações dos pacientes. Dessa forma, o “leito do doente” inscrevia-se como a fonte mais fiel e enriquecedora da prática médica por excelência.

A chegada do período Renascentista trouxe avanços significativos no estudo da anatomia humana, marcado principalmente pelas contribuições de Andreas Vesalius (1514-1564). A partir de meados do século XVIII, os físicos e cirurgiões começaram a ter maior prestígio social, em parte pelo avanço da medicina em todos os campos, na Europa, onde profissionais renomados auferiram recompensas e honrarias nas diversas cortes. Para a sociedade, então, o profissional médico se apresentava como um agente social

diferenciado, capaz de modificar positivamente a vida das pessoas, o que justificava o retorno financeiro e o poder de representação política.(Reis T., 2014) Alunos passam a estudar em seus textos em conjunto com um assistente que indica as estruturas descritas no cadáver. A continuidade das descobertas, os avanços da medicina na idade Moderna, a consolidação do hospital como locus privilegiado de prática, de ensino e aprendizagem e as mudanças técnicas do ensino médico conferiam à Medicina o caráter de conhecimento que busca a cura, ou, pelo menos, a minimização do sofrimento, dentro dos cânones da racionalidade, da objetividade e da ciência. Configurava-se, assim, o modelo da ciência médica moderna. É importante ressaltar que a compreensão de saúde assumia um caráter limitado, estático, circunscrito ao espaço do biológico, implicando uma concepção de doença como “entidades bem definidas que envolvem mudanças estruturais em nível celular e tem raízes causais únicas”. Canguilhem afirma que o lidar com partes e fragmentos pode derivar posturas médicas fundamentadas em uma ótica parcial e em representações significativamente cristalizadas em torno da chamada normalidade. “...Normal é o termo pelo qual o século XIX irá designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânico.” (Canguilhem, 1996). A busca por respostas universais, verdades absolutas que fossem produzidas por uma razão neutra, marca a científicidade que vinha conformando as práticas médicas. Os traços da racionalidade cartesiana caracterizavam o modelo biomédico. Esse modelo de ciência moderna continua influenciando a prática médica na contemporaneidade.

A medicina do século XX contribui com avanços no campo das prevenções de doença, imunização, descoberta de antibióticos, descoberta da estrutura química dos hormônios, aparecimento da ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética nuclear, cintilografia, tomografia por emissão de pósitrons e por raios gama, engenharia genética, neurocirurgia e psicofarmacologia. Concomitantemente a esses avanços, a necessidade de articular tecnologias duras à educação, prevenção e promoção de saúde impõe uma reflexão sobre a educação médica. É necessário que as escolas médicas reconheçam a necessidade de desenvolvimento no campo social, aliando ciência e prática. É importante refletir sobre o método de formação dos novos profissionais médicos.

Em paralelo aos grandes avanços tecnológicos no campo da Medicina, acontece em 1948 uma reunião convocada pela OMS, onde acontece a criação do National Health Service, abrindo um novo ciclo em relação à atenção à saúde, que propunha a inclusão de populações marginalizadas pelo desenvolvimento socialmente desigual, injusto e

excludente. Não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para tal seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse. (Sciliar, 2007).

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), instituiu o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde.

A medicina chamada social ou comunitária traz o conceito de tecnologia apropriada ou medicina simplificada, retrocedendo às bases operacionais do período anterior à explosão do consumismo tecnológico, tanto na área da saúde como na sociedade em geral e propondo a participação comunitária nos serviços. O currículo médico passou a não ter como objetivo somente o diagnóstico e o tratamento, mas meios de prevenção. Procurava-se, dessa forma, ao criticar a biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centrado no hospital, não somente introduzir outros conhecimentos, mas fornecer uma visão mais completa do indivíduo.

Essa mudança de paradigma do conceito de saúde é reforçada pela Declaração em Alma –Ata (ex- URSS, 1978), que conceitua saúde como: "... um estado de completo bem-estar, físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade; é um direito humano fundamental, e atingir o mais alto nível possível de saúde é o objetivo social mais importante em escala mundial e sua realização requer a ação de muitos setores econômicos e sociais além do setor de saúde ." O reconhecimento dos determinantes sociais no campo da saúde são fundamentais para o avanço do processo de reforma sanitária brasileira e para a construção de uma sociedade mais humana e justa. (Buss,P., 2007)

Nesse contraste entre a valorização da medicina tecnológica e hospitalocêntrica e a percepção de um conceito mais abrangente de saúde encontram-se os estudantes de medicina. Surge a necessidade de reflexão sobre o ensino médico atual. Muitos alunos têm resistência à inserção na prática da saúde coletiva e comunitária, achando que estar nesses cenários de prática é menos importante do que o aprendizado no hospital. Isso, em parte, se relaciona a trajetória do ensino médica, que continua arraigada à tradição da formação dos próprios professores, que repetem o modelo teórico- prático de sua própria formação. Pensar os processos de aprendizagem e ensino na saúde implica reconhecer os

múltiplos condicionantes sociais, econômicos, políticos e educacionais que presidem as práticas educativas e pedagógicas, buscando superar uma cultura de transmissão de informações e contribuir para uma cultura acadêmica que situa a aprendizagem como prática histórica e compartilhada pelos sujeitos. Ao assumir a prática profissional e a inserção nos espaços de trabalho em saúde como eixos de aprendizagem, a formação médica identifica na realidade, de maneira consistente, pactuada com todos os envolvidos e articulada nos diferentes momentos do currículo médico, mais do que uma estratégia metodológica, mas sim um eixo estruturante para aprender Medicina com os outros e em interação, produzindo caminhos mais abrangentes e interdisciplinares. O trabalho em saúde revela uma indissociabilidade entre teoria e prática, assim sendo, o desenvolvimento de uma visão integral do homem e a ampliação da concepção de cuidado tornam-se prementes para o adequado desempenho laboral. (Mitre S., 2008)

As escolas médicas buscam na atualidade uma adequação em seu cotidiano, valorizando uma concepção ampliada de aprendizagem, baseada no marco histórico-político da defesa e consolidação do SUS, que tem um compromisso com a produção do cuidado em saúde na perspectiva da integralidade.

1.2 O estudante de Medicina

O início da vida universitária é considerado um momento repleto de significados para o estudante de medicina: pode representar a concretização de um sonho, a recompensa de um esforço e um início de uma nova fase da vida. A nova etapa que se inicia para os jovens adultos que ingressam no ensino superior é marcada principalmente por expectativas relativas ao curso e sua formação para o mercado de trabalho, bem como a ideia de que a experiência no âmbito da universidade lhe trará crescimento pessoal. (Bellodi, 2005).

Entendendo o ciclo da vida universitária como uma jornada cheia de implicações e atravessamentos, Schleich (2016) aponta uma preocupação em entender como o universitário vivencia o ambiente acadêmico, as mudanças e o impacto da universidade. Almeida e Soares (2003) ressaltam os desafios da transição e as dificuldades de adaptação do estudante ao contexto da universidade, afirmando que a

transição para o ensino superior é “...fato particularmente exigente que confronta os alunos com uma série de novos e complexos desafios em diferentes áreas de suas vidas.” Nem sempre o estudante consegue ajustar-se de modo satisfatório à realidade universitária, seja por características próprias, seja pelo fato de não ter encontrado apoio na instituição ou fora dela. Esses momentos provocam crises que demandam transformações e adaptações que dependem de recursos internos e externos por parte do estudante.

Nos primeiros anos do curso, o contato com a morte ao defrontar-se com os cadáveres no curso de anatomia já pode ser classificado como disparador de ansiedade. No terceiro e quarto ano há intensificação da experiência de atendimentos com paciente e interação com equipes de cuidado e a frequência às diversas enfermarias, nesse momento então o estudante passa a vivenciar sentimentos de impotência e insuficiência de conhecimentos e habilidades, além das dificuldades de conciliar necessidades pessoais e profissionais. Ao final da graduação, no 5º e 6º ano cursados em regime de internato, é o momento de dedicação à prática clínica, onde o aluno lida diariamente com o sofrimento humano. Somadas às atividades de graduação, existem as atividades de iniciação científica, extensão e estágios. Nesse contexto, existe uma possibilidade de o estudante de medicina desenvolver um sentimento de invulnerabilidade e onipotência, que pode levá-lo a deixar de perceber seus sentimentos e conflitos, sem preocupar-se com a própria saúde, deixando de procurar ajuda para si mesmo.

Bellodi (2005) adverte que a compreensão dos revezes na formação médica e os potenciais geradores de crises, prejuízos e comprometimentos na saúde dos estudantes durante o curso torna-se fundamental para pensar a formação de profissionais de saúde capazes de exercer suas práticas de cuidado. Para a autora, educar é também cuidar, considerando que o ensino de excelência se dá quando é capaz de estimular o crescimento intelectual, emocional e ético de seus alunos e quando os docentes são capazes de cuidar de seus estudantes tanto quanto de suas disciplinas. Segundo Tempski e Martins (2012), a instituição formadora tem total responsabilidade pela humanização do ensino e pelo cuidado aos alunos, acreditando que: “(...) o egresso do curso de Medicina reproduz na sua prática profissional a forma de tratamento que recebeu durante seus anos como estudante, ou seja, a lógica vivenciada na instituição de ensino é fortemente assimilada e reproduzida futuramente.”

O Conselho Federal de Medicina aponta que os fatores estressores ao longo da formação médica possuem graves consequências para a saúde dos futuros médicos, uma

vez que mais da metade dos médicos brasileiros apresenta transtornos como ansiedade e depressão, e 5% referem ideação suicida.(Barbosa et al., 2007).

Os novos estudantes trazem desafios e dilemas no campo da etnia, da educação pública, da deficiência, da sexualidade, do gênero. Enfrentar estes desafios como possibilidades fecundas de aprendizagem, fazendo educação superior e democracia caminharem de forma harmônica é um desafio dos tempos em que vivemos.

Nas novas Diretrizes curriculares nacionais para o curso de medicina de 2014, está presente um importante requisito para a formação do profissional médico, que é: “Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;...”.

Em meio a tantos enfrentamentos no processo de formação do médico, surge a importância de estudos sobre as possíveis consequências dos fatores estressores nos estudantes de medicina. A partir daí, torna-se possível um aprofundamento reflexivo que contribua para a construção de uma nova pedagogia para o ensino médico.

1.3 Conceito de Burnout

O termo “Burnout” é uma metáfora, que emergiu nos anos 70, e significa aquilo ou aquele, no caso de um trabalhador, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico e mental. Em 1969, o termo foi inicialmente adotado por Brändley. No entanto, a maioria dos autores aponta Herbert Freudenberger como o primeiro a utilizar o termo, em 1974, quando alertou a comunidade científica acerca dos problemas aos quais os profissionais de saúde estavam expostos durante o trabalho. Outras importantes pesquisadoras foram Christina Maslach e Susan Jackson, responsáveis pela propagação e pelo interesse científico em torno dessa temática, também a partir dos anos 70 (Benevides-Pereira, 2002; Codo & Vasques-Menezes, 1999). Os estudos sobre a síndrome de Burnout se multiplicaram a partir das pesquisas de Freudenberger, iniciadas em 1974. A síndrome teve seu papel de destaque nos estudos sobre o mundo laboral, quando passou a explicar grande parte das consequências das atividades ocupacionais no trabalhador e deste na organização. Portanto, foi na década de 70 que começaram a ser construídos modelos teóricos e instrumentos para compreender e registrar esse sentimento crônico de desânimo, apatia e despersonalização.

Anteriormente, outras nomenclaturas, como “overstrain”, “neurocirculatory asthenia” e “fadiga industrial”, foram utilizadas para descrever um estado mental similar ao encontrado na síndrome de burnout. A expressão “estar queimado (a)”, na língua espanhola, caracteriza o trabalhador que perdeu a esperança pelo trabalho e que qualquer esforço que ele empregue para fazer bem as coisas é inútil (Benevides-Pereira, 2002b). No Brasil, pode-se encontrar, como sinônimo de burnout, as expressões “síndrome do esgotamento profissional” ou “sensação de estar acabado” (Ministério da Saúde, 2001a). A síndrome de burnout é uma resposta ao estresse prolongado e crônico, ou seja, quando as estratégias de enfrentamento individuais falham ou são insuficientes. Uma diferença entre o estresse e a síndrome de burnout é que o primeiro pode ter aspectos positivos ou negativos, enquanto que a síndrome apresenta apenas aspectos negativos, envolvendo atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho. Além disso, a síndrome está sempre associada ao trabalho e incorpora a dimensão social, devido à despersonalização que acarreta. O estresse pode apresentar alguns sintomas da síndrome, mas, geralmente, não apresenta os sintomas defensivos e é um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e, não necessariamente, na sua relação com o trabalho. A síndrome foi descrita por Maslach e Jackson (1981) como um conjunto de sintomatologia física e psicológica que resulta em um contato frio e impessoal entre o trabalhador e as pessoas receptoras de seu trabalho, como, por exemplo, clientes e pacientes. Os pesquisadores foram unânimes ao afirmarem que o trabalho é a condição determinante para o desenvolvimento da síndrome de burnout. A síndrome de burnout afeta, geralmente, os profissionais que prestam cuidados, indicando que seu quadro relaciona-se com profissões nas quais há contato direto com pessoas, como no caso dos profissionais de saúde. Há evidências de que nessas profissões a frequência e intensidade do transtorno têm se mostrado maiores, indicando que o envolvimento afetivo que ocorre em algumas ocupações aumenta o risco da síndrome. Entretanto, Freudenberger, em 1975, admitiu que outros trabalhadores que não os assistenciais também poderiam sofrer com a síndrome, como, por exemplo, profissionais da educação, justiça, serviços sociais, administração, policiais e agentes penitenciários. A síndrome é constituída por três dimensões relacionadas, mas independentes. A exaustão emocional se relaciona à sensação de esgotamento físico e mental e ao sentimento de falta de energia e entusiasmo. Os trabalhadores percebem que já não despendem mais energia para o atendimento de seu cliente ou demais pessoas como faziam anteriormente, que chegaram ao limite de suas possibilidades. A despersonalização refere-se às alterações na atitude do trabalhador, que

começa a ter um contato frio e impessoal com seus clientes ou usuários de seu serviço. Pode gerar indiferença quanto ao que pode acontecer com as outras pessoas. A diminuição da realização profissional associa-se ao sentimento de insatisfação quanto às atividades profissionais realizadas, com sentimento de insuficiência, baixa autoestima, fracasso profissional e desmotivação. Por se considerar pouco eficiente, muitas vezes, o trabalhador pode desejar abandonar o emprego.

Segundo Carlotto (2001), existem quatro concepções teóricas que explicam a síndrome de burnout. A concepção clínica, que tinha Freudberger (1974) como seu principal estudioso, considerava a síndrome como um estado e não um processo, desencadeada em função do trabalho. Porém, era composta por diversos sintomas individuais, como fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência, inutilidade e baixa autoestima. Esses sintomas poderiam levar o trabalhador à depressão e, até mesmo, ao suicídio. Posteriormente, a abordagem individualista da síndrome foi substituída por uma dimensão mais social. A concepção sociopsicológica teve como principais pesquisadoras Maslach e Jackson (1977), que enfatizaram as variáveis socioambientais como coadjuvantes no desenvolvimento da síndrome. Assim, as suas três dimensões – exaustão emocional, despersonalização e realização profissional – seriam causadas pela associação de fatores individuais às condições e relações do trabalho. Esta abordagem é a mais difundida, principalmente porque o Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento criado pelas autoras para o rastreamento da síndrome, é o mais utilizado (Carlotto, 2001). A concepção organizacional da síndrome baseou-se na Teoria das Organizações e teve como estudiosos Golembiewski, Hiller e Dale (1987). Essa concepção considerava que a síndrome de Burnout seria causada por um desajuste entre as necessidades dos trabalhadores e os interesses da instituição (Carlotto, 2001). A concepção sócio-histórica, que teve como autora de maior destaque Sarandon (1999), destaca que o papel cada vez mais individualista e competitivo da sociedade seria mais importante dos que os fatores individuais e institucionais no desenvolvimento da síndrome. Assim, pessoas que atuam em profissões com perspectiva mais comunitária, voltadas para a ajuda e desenvolvimento do próximo, seriam incompatíveis com os atuais valores sociais predominantes, apresentando maiores riscos de desenvolverem a síndrome (Carlotto, 2001). Em última análise, as três primeiras concepções, descritas acima, evidenciam a relação direta entre o trabalhador e o ambiente de trabalho como condição *sine qua non*.

para o desenvolvimento da síndrome. Para a quarta concepção, haveria como fatores intervenientes os valores sociais difundidos, interferindo ou modulando essa relação.

O alargamento do conceito de Burnout em estudantes, ou seja, a uma atividade pré-profissional, embora já tenha emergido em alguns estudos dispersos ao longo dos anos, foi proposto com rigor e suporte empírico por Schaufeli e colaboradores em artigo publicado em 2000. Este estudo confirmou a estrutura trifatorial original do Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach, Jackson e Leiter (1996), instrumento que avalia Burnout em trabalhadores (Martinez, Pinto e Silva, 2000). O conceito de Burnout em estudantes também se constitui de três dimensões: Exaustão Emocional, caracterizada pelo sentimento de estar exausto em virtude das exigências do estudo; Descrença, entendida como o desenvolvimento de uma atitude cínica e distanciada com relação ao estudo; e Ineficácia Profissional, caracterizada pela percepção de estarem sendo incompetentes como estudantes. Os estudantes, além dos estressores típicos do ensino, atuam diretamente com pessoas, não raras vezes carregando consigo os problemas e conflitos encontrados nos pacientes. Os cursos que abrangem a área da saúde geralmente possuem uma prática de estágio através da qual os estudantes percebem as implicações e limitações de seu conhecimento, quando da aplicação dos mesmos. Nas primeiras intervenções junto aos clientes, costumam surgir dúvidas, medos e ansiedades relacionadas à prática terapêutica. Os estudantes vêm de uma situação ideal, em que os problemas e dificuldades da prática profissional não são abordados, ou o são de forma superficial, e o conhecimento ali adquirido parece adequado às futuras situações de intervenção, o que não se confirma nas situações práticas. Os maiores receios dos estudantes, dessa forma, se configuram em cometer algum erro, prejudicar o cliente e não serem reconhecidos por parte dos colegas e professores.

2 Revisão de literatura

2.1 Burnout em acadêmicos de Medicina

Para essa revisão, inicialmente foram pesquisados os descritores “Burnout” e “estudantes de medicina”, nos bancos de dados: Scielo e Pubmed, no período de 2011 à 2016. Foram encontrados 38 artigos. Também foram incluídos alguns artigos relacionando os principais descritores com: depressão, estresse, ansiedade e qualidade de vida. A maioria dos artigos utilizou o método de pesquisa descritiva e alguns fizeram correlações de Burnout com outras variáveis e revisão de literatura sobre o tema. Nos estudos nacionais encontrados, foram encontradas prevalências em média de 10 a 20% de Burnout em alunos do primeiro ao sexto ano do curso, sendo que em estudos internacionais os níveis de Burnout chegam a escores bem altos (numa média de aproximadamente 50%) nos cursos de medicina. A síndrome está relacionada aos alunos com baixa confiança em suas habilidades clínicas e que não sentem prazer pelo curso. (Costa,2012). Há também associação de Burnout com alunos que falharam nos exames acadêmicos.(Almeida, 2016) Existem múltiplos fatores que facilitam o desencadeamento de Burnout no curso médico. É grande a pressão para os alunos mostrarem seu valor não apenas a si mesmos, mas também a terceiros. São estes — pacientes, colegas e a sociedade — que irão reconhecer e avaliar a atuação do profissional. E, em cada etapa a conquistar para se tornar um médico melhor, a tendência é o afunilamento do número de vagas disponíveis e o aumento da concorrência. Muitas vezes, nessa tentativa de querer sempre se destacar, estes estudantes podem ser grandes vítimas de Burnout. Num estudo realizado em 302 alunos do internato de várias universidades de Santa Catarina sobre estresse ocupacional verificou-se que o nível de estresse foi elevado entre os estudantes investigados. Não houve diferença significativa entre os sexos, mas em demandas psicológicas altas, há tendência de impacto mais negativo entre os homens. Ainda no Brasil, um estudo com 314 alunos de uma universidade pública em São Paulo pesquisou a relação entre violência e Burnout. Pesquisas prévias corroboram a alta prevalência de exposição à violência durante o curso médico. Dentre os alunos pesquisados, 31,19% apresentou burnout moderado e 25,08% severo. Quase dois terços dos alunos (64,25%) que responderam ao questionário “Perception of Medical Students on their Learning Environment” foram vitimas de agressões consideradas severas (assédio moral, discriminações, humilhações, perseguições, agressões físicas e sexuais). Há, portanto, uma correlação positiva entre Burnout e violência escolar. (Peres M, 2014).

Em um estudo que compara parâmetros de qualidade de vida estabelecidos pela OMS e a percepção do cotidiano dos alunos de um curso de Medicina, destacam-se diversos fatores de comprometimento, que afetam diretamente a qualidade de vida dos

mesmos, como: extensa carga horária curricular e extra- curricular; limitação de práticas de esporte, de lazer e sono; alimentação prejudicada pela falta de tempo tanto para fazer as refeições quanto para comprar alimentos saudáveis, sendo necessário lançar mão de “fast foods” e enlatados; competitividade do meio acadêmico; solidão; saudade dos familiares; dificuldade de concentração principalmente no final da tarde e a noite e o impacto entre a expectativa e a realidade em relação ao curso. Há um paradoxo entre a estratégia de promoção da qualidade de vida aos pacientes ser baseada no cuidado integral, nas esferas físicas, psíquicas e ambientais; e a oferecida ao estudante de medicina nem sempre se aplicar a esse conceito. O que está se repensando é que a escola médica tenha a capacidade de reconstruir valores e significados, fazendo com que novos projetos pedagógicos permitam a conciliação entre as necessidades da formação médica e uso adequado do tempo, permitindo ao estudante usufruir melhor condição de vida e saúde (Figueiredo et al, 2014).

Em uma revisão de literatura realizada em 2013 por pesquisadores da UCLA (Universidade da Califórnia em Los Angeles), nas bases: PubMed, Medline e PsycInfo, de 1974 a 2011 usando as palavras-chave: “Burnout”, “estresse”, “bem-estar”, “auto-cuidado”, “psiquiatria” e “cuidados com alunos” encontraram prevalência de Burnout em estudantes de Medicina variando entre 45 a 71%. (Ishak W, 2013)

Um estudo realizado na Hungria em 2016, envolvendo 733 acadêmicos de Medicina de várias escolas médicas do país, concluiu que os fatores predisponentes para Burnout são externos e internos: externos- carga de trabalho, ambiente, quantidade de conteúdo a ser aprendido, pressão do tempo para realizar as tarefas do curso, estresse dos exames, incerteza financeira, confrontamento com a morte, sobrecarga emocional, medo de abandonar o curso ou falhar; e internos- relacionados com a personalidade, autoconfiança, autocontrole, ansiedade, sentimento de vergonha às frequentes críticas experimentadas no curso e reação defensiva ao sentimento de desamparo e abandono. Há relação direta com outros transtornos mentais como ansiedade, distúrbios do sono, depressão, ideação suicida, tabagismo, consumo de álcool, má alimentação e sedentarismo. A motivação altruísta, caracterizada pelo prazer em ajudar pessoas, se mostrou como um fator protetivo. (Győrffy Z, 2016)

Uma revisão narrativa realizada pelo Mayo Clinic College em Minnesota, pesquisou no Medline os descritores: estudantes de medicina, residentes e Burnout no período de 1990-2015 e concluiu que os níveis de Burnout em acadêmicos de medicina são mais elevados dos que os da população geral. Os principais fatores de desgaste são os

ligados ao ambiente de trabalho e aprendizagem, sendo estes mais importantes que a predisposição interna. O estudo relata que a síndrome traz consequências profissionais e pessoais aos estudantes. Dentre as profissionais, estão presentes: diminuição da empatia, comportamento desonesto, dificuldades em gerenciar conflitos de interesse, diminuição dos valores altruístas profissionais, prescrições inappropriadas, diminuição da responsabilidade em relações aos colegas prejudicados, abandono do curso, erro médico e diminuição do conhecimento médico. Algumas das consequências pessoas são: ideação suicida, maior senso de estigma em relação a problemas de saúde mental e mais incidentes em veículos motorizados.(Dyrbye L, 2015)

No estado do Alabama, EUA, estudos concluíram que há uma progressão da prevalência da síndrome de Burnout com o passar dos anos do curso médico, chegando a 43% de desgaste moderado/ alto no terceiro ano de curso. Outro estudo de prevalência de Burnout realizado no Mexico, em 2016, com 344 estudantes, também concluiu que o Burnout atinge todas as fases do curso, de forma progressiva. Nesse estudo, alunos do 1º ao 3º ano apresentaram 94% Burnout leve e 2,8% Burnout moderado, e alunos do 4º ao 6º ano apresentaram 27,8% de Burnout moderado e 8,3% de Burnout grave. (Asencio Lopez, 2016) Já no Reino Unido, uma pesquisa realizada em 356 alunos das universidades de St. Andrews e Manchester concluiu que o escore mais alto de Burnout foi no primeiro ano de curso, com 50% de prevalência. Uma análise de regressão linear revelou que o ano de estudo, atividade física e tabagismo previam significativamente exaustão emocional, enquanto gênero, ano de estudo e instituição previam a dimensão despersonalização. A dimensão pessoal foi relacionada ao ano de estudo, gênero, atividade física e padrão binge de uso de álcool. Esses resultados têm impacto sobre a satisfação no trabalho e nos cuidados com os pacientes.(Jo Cecil, 2014)

Em 2015, 143 professores universitários do curso de Medicina da Universidade de Teerã foram avaliados sobre Burnout e sobre sua disposição interna em mudar suas abordagens de ensino. Foi observado que o Burnout educacional reduz diretamente a prontidão para mudança.(Zeenab Arrandi, 2015)

Depressão está entre os transtornos mentais que acometem os estudantes. Uma revisão de literatura publicada na JAMA(Journal of the American Medical Association) em 2014, envolvendo o período entre 1982 a 2015, mostrou uma prevalência de 23% de depressão. Nos nove estudos longitudinais que avaliaram os sintomas depressivos antes e durante a escola de medicina (n = 2432), o aumento absoluto médio dos sintomas foi de 13,5%. Outro dado importante foi que a porcentagem de estudantes de medicina que

procuram tratamento psiquiátrico foi de 15,7%. A prevalência geral acumulada de ideação suicida foi de 11,1% (2043/21002 indivíduos, 95% IC, 9,0% a 13,7%, I² = 95,8%). (Lisa S Rotenstein, 2016)

2.2 Uso de substâncias em estudantes de Medicina

Entende-se por substâncias psicoativas aquelas que, quando ingeridas ou administradas no organismo, são capazes de alterar os processos mentais e cognitivos dos indivíduos. Este termo e seu equivalente, droga psicotrópica, são os termos mais neutros e descritivos para toda a classe de substâncias lícitas (ex. álcool) e ilícitas (ex. maconha, cocaína). O termo “psicoativas” não implica necessariamente a produção de dependência. Em linguagem comum, muitas vezes, ele é deixado implícito, como em “uso de drogas” ou “abuso de substâncias”. Entre as drogas de uso prevalente na população encontram-se o álcool e o tabaco. São substâncias que merecem uma diferenciação, pois são consideradas drogas lícitas, ou seja, são livremente comercializadas e, sobretudo, socialmente aceitas, mas que nem por isso deixam de causar os mesmos males à saúde acarretados pelas drogas ilícitas, cuja produção, venda e uso são legalmente proibidos no Brasil. Com relação aos universitários do curso de Medicina, as pesquisas têm demonstrado índices elevados de consumo de drogas, que constitui uma das inúmeras “válvulas de escape” para os problemas psicológicos ou de resiliência provocados pela rotina estressante. O álcool é a substância mais utilizada no cotidiano desses estudantes, com percentuais de até 98%, seguido por tabaco, maconha, solventes e tranquilizantes. Há relatos de que o consumo de álcool e outras drogas está presente de forma “endêmica” na comunidade médica, e, frequentemente, seu uso se inicia durante a graduação. Com base em vivências pessoais no curso de Medicina, seguidas da observação das atitudes dos estudantes de Medicina diante do enfrentamento das dificuldades na formação médica, é possível considerar que inúmeros fatores podem contribuir para o uso indevido de drogas no período da formação superior. Ao ingressar no curso de Medicina, o estudante necessita se adaptar a uma realidade nova de ensino- -aprendizagem, de vida universitária, de mudança no estilo de vida e de aquisição de maiores responsabilidades, para as quais talvez ainda não esteja preparado. Surge, assim, um conflito interpessoal, que pode levá-lo a buscar meios para “fugir” dessa realidade. Parte-se do princípio de que

as características do curso de Medicina têm atuado como fatores de risco para que o estudante dê início e/ou continuidade ao uso/abuso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Os alunos, de forma intensiva, são submetidos a carga horária elevada de estudos e a extensos conteúdos durante as aulas, sendo necessária a continuidade dos estudos em casa. Portanto, resta pouco tempo para estar com a família e com os amigos, realizar atividades fora da realidade médica e cuidar da própria saúde.(Vilela, 2015)

O número de artigos envolvendo uso de substâncias e estudantes de medicina é extenso, e já foram realizadas pesquisas envolvendo muitos estudantes, estudos multicêntricos tanto nacionais quanto internacionais. Essas pesquisas já são robustas desde a década de 90. Os estudos mais modernos já não estão enfocando tanto o uso de álcool, e sim o uso recreativo(não prescrito) de psicotrópicos e psicoestimulantes. Isso não ocorre porque houve diminuição no potencial de risco do uso de álcool e substâncias ilícitas, porém esse assunto já foi bastante pesquisado. Um estudo realizado em 2015, (Roncero, 2015) revisou a literatura publicada internacionalmente nos últimos 25 anos sobre o uso de substâncias legais e ilegais por estudantes de medicina, através de uma pesquisa sistemática de MEDLINE e LILACS. Cento e seis manuscritos foram avaliados, que incluíram uma população de 88.413 estudantes de medicina. Foram validados 74.001 questionários. Apesar das muitas variações regionais, a maioria dos estudos está sendo feita na América e na Europa. Com exceção do álcool em algumas áreas do mundo ocidental, os estudantes de medicina usam substâncias menos do que os estudantes universitários em geral e a população em geral. As substâncias utilizadas são principalmente álcool (24%), tabaco (17,2%) e maconha (11,8%). O uso de drogas hipnóticas e sedativas também é comum (9,9%). A taxa de uso de estimulantes é de 7,7% e de cocaína, 2,1%; Sendo o uso de opiáceos muito baixo (0,4%). Em algumas partes da América Latina, até 14,1% usam inalantes. Os alunos nos últimos anos da escola têm uma taxa mais elevada de consumo de substâncias. O uso de substâncias, exceto para hipnóticos e sedativos, é mais comum entre homens do que mulheres.

Outra revisão de literatura organizada em 2015, consultou o PubMed, por meio do software EndNote X7, e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se as bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e a Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando os seguintes Descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e suas combinações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola: Estudantes de medicina (Medical students – Estudantes de Medicina), Drogas (Drugs – Drogas) e

Prevalência (Prevalence – Prevalência) no período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2013. A pesquisa teve o seguinte enfoque: pesquisar prevalência do uso de drogas entre os estudantes de Medicina (categoria dividida em drogas lícitas e ilícitas); fatores que propiciam o uso de drogas entre os estudantes de Medicina; e análise referente aos estudantes brasileiros de Medicina. Dos 28 artigos analisados, grande parte dos autores detectou, em suas pesquisas, elevadas taxas de consumo de drogas lícitas entre os estudantes de Medicina, com prevalência do uso de álcool. Comparando os estudantes de Medicina com outros estudantes universitários, pesquisas afirmam que aqueles utilizam mais bebida alcoólica do que estudantes de outros cursos. Alguns estudos revelaram que a ingestão de bebidas alcoólicas aumenta no decorrer dos períodos do curso de Medicina, levantando, assim, a hipótese de que algumas características do curso médico contribuem para esse aumento no consumo, já que a formação médica impõe maiores cargas emocionais ao aluno, como um contato mais direto com os pacientes e rigores no estágio. Ao se avaliar a prevalência comparativa do consumo de drogas lícitas entre médicos e estudantes de Medicina, notou-se que o uso de bebidas alcoólicas é maior pelos estudantes do que pelos médicos, sendo médicos do sexo masculino em maior número e estudantes femininas em maior número. A segunda droga lícita prevalente é o tabaco, porém, ao contrário do álcool, a prevalência do tabagismo parece atingir níveis baixos entre os estudantes. Nota-se que, por algum motivo, eles têm mais consciência dos malefícios do cigarro em longo prazo. Tal condição é considerada de alta relevância, já que a classe médica tem importância fundamental no aconselhamento dos pacientes em relação ao abandono ou à não iniciação ao uso do tabaco. (Machado C, 2015)

As publicações científicas analisadas evidenciaram em suas pesquisas que os estudantes de Medicina apresentam vários comportamentos de risco associados ao consumo de drogas lícitas. Dentre eles, considerou-se a amnésia alcoólica, o não uso de preservativo, maior número de parceiros sexuais, dependência de jogos de azar, internet, envolvimento em acidentes de trânsito, brigas e oniomania (compulsão por fazer compras).

A maconha se apresenta como a primeira droga ilícita mais utilizada pelos estudantes de Medicina e também a prevalente entre homens. É considerada a substância ilícita de mais fácil entrada no ambiente universitário e de maior uso entre estudantes em geral e de Medicina. Uma das possíveis explicações desse fato é a percepção de que a maconha é uma “droga leve”, sem muitas consequências para a saúde do indivíduo, em contraste com outras drogas lícitas. No estudo realizado por Budhathoki et al.(2016), a

utilização da maconha esteve em primeiro lugar entre os estudantes de Medicina do Nepal que cursavam o terceiro ano, diferenciando-se, assim, de outros estudos em que o álcool se apresentou como a principal droga de uso. Ainda nesse estudo, mais da metade dos entrevistados envolvidos em algum tipo de substância afirmou que o uso começou após se juntarem à Faculdade de Medicina. Quanto à utilização da cocaína, esta apresenta prevalência acima da média da população brasileira. Porém, quando comparada a outras drogas, é a que menos se consome entre os estudantes de Medicina. No estudo de Romero et al., a prevalência anual do uso de cocaína foi bastante inferior quando comparada à prevalência em estudantes universitários chilenos, entre jovens chilenos e até mesmo na população chilena em geral. Diante disso, acredita-se que os estudantes de Medicina podem ser mais conscientes dos danos e dos riscos de dependência dessas drogas, que atuam como um elemento de dissuasão, o que pode explicar seu baixo consumo.

Em relação aos motivos que levam ao consumo, Os alunos relataram: as festas da faculdade, que foi a opção prevalente (72,45%), seguida de pós-provas da faculdade (11,74%). A alternativa “ao final de um dia estressante de faculdade” foi escolhida por 3,57% dos alunos, e 21,24% deles optaram por todas as situações. Especificamente sobre o estudante brasileiro, autores como Oliveira et al. detectaram uma mudança acentuada no perfil de uso de drogas entre estudantes de Medicina. O uso de inalantes subiu, tendo atingido a posição de segunda droga mais consumida, ultrapassando a maconha e até mesmo o tabaco. Além disso, essa droga foi prevalente entre os alunos nos primeiros anos escolares, enquanto o uso recreativo de anticolinérgicos e ecstasy era mais comum entre os alunos nos anos posteriores. Petroianu et al.(2010) mostraram que a ingestão de bebidas alcoólicas está diretamente relacionada com o uso de outras substâncias psicoativas, incluindo as ilícitas, corroborando a hipótese de que o alcoolista tem predisposição para outros comportamentos de risco. O uso de maconha ou haxixe foi relatado por boa parte desses estudantes, e houve evidência de que aqueles que trabalhavam consumiam menos esse tipo de substância.

Em 2012, pesquisadores concluíram uma pesquisa nacional com estudantes de medicina da American Medical Association Physician Masterfile, onde 4.212 alunos preencheram questionários sobre: álcool abuso / dependência, burnout, depressão, ideação suicida e qualidade de vida. Destes, 1.411 alíos, 32,4% preencheram critérios diagnósticos para abuso / dependência de álcool. Houve significativa correlação entre uso nocivo de álcool com Burnout e depressão.

Nos últimos anos o uso de psicoestimulantes sem receita médica, como o metilfenidato, é crescente. Principalmente com o objetivo de aumentar o rendimento em diversas áreas de estudo e trabalho. Entre estudantes usuários de metilfenidato não-prescrito, a maior parte usou em períodos dos estudos acadêmicos de elevado estresse. O mecanismo de ação dessas substâncias assemelha-se ao de drogas ilícitas (por exemplo, cocaína), fundamentado na elevação do nível de atividade dopaminérgica. Willians et al encontraram a prevalência de 23% para o uso não-prescrito de metilfenidato entre adolescentes usuários abusivos de outras drogas. Em 2000, o U.S. Drug Enforcement Administration indicou que o tráfico do metilfenidato já se comparava ao de drogas com grande potencial de dependência, como a morfina; e reforça a evidência da associação entre efeitos nocivos de drogas ilícitas e uso abusivo desses medicamentos. Além do enfoque da dependência, o uso de psicoestimulantes suscita um debate ético. O crescente apelo ao aprimoramento cognitivo farmacológico desafia o papel tradicional da medicina na sociedade e questiona o papel de uma vida virtuosa como fator contribuinte para a realização profissional.

Numa revisão de literatura realizada em 2013, utilizando como descritores: metilfenidato, ritalina, estudantes e estudantes de medicina, foram potencialmente elegíveis vinte e um artigos, e oito, de aproximadamente 850 artigos, foram selecionados para revisão. Os artigos foram publicados no período de 1999 a 2012. A prevalência para o uso no último ano, variou de 3% a 16% e 14,5% dos estudantes de medicina responderam positivamente à pergunta "Você já usou metilfenidato para melhorar o desempenho acadêmico?" Não houve diferença de uso entre gêneros. No Brasil, o consumo também aumentou ao longo dos anos. Em 2000, o consumo nacional brasileiro era de aproximadamente 23 kg e a produção brasileira aumentou de 40 kg em 2002 para 226 kg em 2006.¹¹ Informações não oficiais transmitidas em meios não científicos mostram que esse grande aumento transformou o Brasil em o segundo líder mundial na prescrição de metilfenidato.(Robin M, 2013)

Para estimar a prevalência do uso de psicoestimulantes na comunidade médica francesa, foi realizado um estudo transversal com base populacional em 2016, utilizando um inquérito online auto-administrado em 1718 estudantes e médicos franceses. A prevalência ao longo da vida do uso de psicoestimulantes foi de 33%, sem diferenças significativas em relação ao gênero. Os motivos para o consumo foram aumento do desempenho acadêmico, concentração, memória e vigília. Como na França existem fortes

restrições para prescrição de metilfenidato e modafinil, os corticóides foram os medicamentos mais consumidos.(Fond G, 2016)

Em 2013, um estudo transversal realizado numa escola de Medicina em Volta Redonda- RJ, com alunos do 1º ao 8º períodos do curso de Medicina, encontrou uma prevalência de 23,72% do uso não prescrito do metilfenidato.(Samara Guerra Carneiro, Airton Salviano Teixeira Prado, Hermiton Canedo Moura, João Francesco Strapasson, Natália Ferreira Rabelo, Tiago Turci Ribeiro, Eliane Camargo de Jesus, 2013).

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral:

O objetivo geral do presente estudo consiste em estimar a prevalência da Síndrome de Burnout, uso de substâncias e aspectos da qualidade de vida dos acadêmicos de medicina no ano de 2016, e sua associação com o uso de álcool e outras drogas.

3.2 Objetivos Específicos:

- 1) Estimar a prevalência do uso de álcool e outras drogas na população de estudo;
- 2) Avaliar o nível da qualidade de vida dos estudantes
- 3) Analisar as associações entre o uso das substâncias e os sintomas de Burnout.
- 4) Analisar as associações entre a qualidade de vida e os sintomas de Burnout
- 5) Apresentar um modelo multivariado que expresse o perfil de estudante com maior chance de Burnout.

Os métodos, análises estatísticas, resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo. Em seguida, são apresentadas considerações finais.

4 Prevalência de Síndrome de Burnout e uso de álcool e outras drogas em acadêmicos da Faculdade de Medicina de Valença.

Introdução

O termo “Burnout” é uma metáfora, que emergiu nos anos 70, e significa aquilo ou aquele, no caso de um trabalhador, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico e mental. (Benevides-Pereira, 2002; Codo & Vasques-Menezes, 1999). O alargamento do conceito de Burnout em estudantes, ou seja, a uma atividade pré-profissional, embora já tenha se apresentado em alguns estudos dispersos ao longo dos anos, foi proposto com rigor e suporte empírico por Schaufeli e colaboradores em artigo publicado em 2000. A escala de avaliação de Burnout em estudantes também se constitui de três dimensões: Exaustão Emocional, caracterizada pelo sentimento de estar exausto em virtude das exigências do estudo; Descrença, entendida como o desenvolvimento de uma atitude cínica e distanciada com relação ao estudo; e Ineficácia Profissional, caracterizada pela percepção de estarem sendo incompetentes como estudantes.

Entendendo o ciclo da vida universitária como uma jornada cheia de implicações e atravessamentos, Schleich (2016) aponta uma preocupação em entender como o universitário vivencia o ambiente acadêmico, as mudanças e o impacto da universidade. Almeida e Soares (2003) ressaltam os desafios da transição e as dificuldades de adaptação do estudante ao contexto da universidade, afirmando que a transição para o ensino superior é “...fato particularmente exigente que confronta os alunos com uma série de novos e complexos desafios em diferentes áreas de suas vidas.” Nem sempre o estudante consegue ajustar-se de modo satisfatório à realidade universitária, seja por características próprias, seja pelo fato de não ter encontrado apoio na instituição ou fora dela. Esses momentos provocam crises que demandam transformações e adaptações que dependem de recursos internos e externos por parte do estudante.

Na revisão de literatura realizada para realização do presente artigo, inicialmente foram pesquisados os descritores “Burnout” e “medical students”, nos bancos de dados: Scielo e Pubmed, no período de 2011 à 2016. Foram encontrados 38 artigos. Também

foram incluídos alguns artigos relacionando os principais descritores com: depressão, estresse, ansiedade e qualidade de vida. A maioria dos artigos utilizou o método de pesquisa descritiva e alguns fizeram correlações de Burnout com outras variáveis e revisão de literatura sobre o tema. Nos estudos nacionais encontrados, foram encontradas prevalências em média de 10 a 20% de Burnout em alunos do primeiro ao sexto ano do curso, sendo que em estudos internacionais os níveis de Burnout chegam a escores bem altos (numa média de aproximadamente 50%) nos cursos de medicina.

Em um estudo que compara parâmetros de qualidade de vida estabelecidos pela OMS e a percepção do cotidiano dos alunos de um curso de Medicina, destacam-se diversos fatores de comprometimento, que afetam diretamente a qualidade de vida dos mesmos, como: extensa carga horária curricular e extra- curricular; limitação de práticas de esporte, de lazer e sono; alimentação prejudicada pela falta de tempo tanto para fazer as refeições quanto para comprar alimentos saudáveis, sendo necessário lançar mão de “fast foods” e enlatados; competitividade do meio acadêmico; solidão; saudade dos familiares; dificuldade de concentração principalmente no final da tarde e a noite e o impacto entre a expectativa e a realidade em relação ao curso. Há um paradoxo entre a estratégia de promoção da qualidade de vida aos pacientes ser baseada no cuidado integral, nas esferas físicas, psíquicas e ambientais; e a oferecida ao estudante de medicina nem sempre se aplicar a esse conceito. O que está se repensando é que a escola médica tenha a capacidade de reconstruir valores e significados, fazendo com que novos projetos pedagógicos permitam a conciliação entre as necessidades da formação médica e uso adequado do tempo, permitindo ao estudante usufruir melhor condição de vida e saúde (Figueiredo et al, 2014).

Com relação ao uso de substâncias em universitários do curso de Medicina, as pesquisas têm demonstrado índices elevados de consumo de drogas, que constitui uma das inúmeras “válvulas de escape” para os problemas psicológicos ou de resiliência provocados pela rotina estressante. O álcool é a substância mais utilizada no cotidiano desses estudantes, com percentuais de até 98%, seguido por tabaco, maconha, solventes e tranquilizantes. Há relatos de que o consumo de álcool e outras drogas está presente de forma “endêmica” na comunidade médica, e, frequentemente, seu uso se inicia durante a graduação.

Numa revisão de literatura realizada em 2013, utilizando como descritores: metilfenidato, ritalina, estudantes e estudantes de medicina, vinte e um artigos foram selecionados para revisão. Os artigos foram publicados no período de 1999 a 2012. A prevalência para o uso no último ano, variou de 3% a 16%, e 14,5% dos estudantes de medicina responderam positivamente à pergunta "Você já usou metilfenidato para melhorar o desempenho acadêmico?" Não houve diferença de uso entre gêneros. No Brasil, o consumo também aumentou ao longo dos anos. Em 2000, o consumo nacional brasileiro era de aproximadamente 23 kg e a produção brasileira aumentou de 40 kg em 2002 para 226 kg em 2006. Informações não oficiais transmitidas em meios não científicos mostram que esse grande aumento transformou o Brasil em o segundo líder mundial na prescrição de metilfenidato. (Robin M, 2013).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal. A amostra foi constituída de alunos de graduação da Faculdade de Medicina de Valença que efetuaram matrícula no primeiro semestre de 2017. Os dados foram coletados por alunos da Liga Acadêmica de Saúde Mental da faculdade, em sala de aula, ao término das aulas. Os acadêmicos receberam treinamento nos instrumentos utilizados. Alunos de todos os períodos, com exceção dos alunos da Liga Acadêmica de Saúde Mental, foram convidados a participar do estudo.

Além de um questionário sócio demográfico, foram aplicados os seguintes instrumentos:

MBI-SS (Maslach Burnout Inventory- student survey): Composto por 15 itens que avaliam as 3 dimensões da síndrome. A primeira, exaustão emocional, caracterizada pela falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional. A segunda, despersonalização, definida como a falta de sensibilidade e a dureza ao responder as pessoas que são receptoras de seu serviço e, por último, a baixa realização profissional, que se refere a uma diminuição do sentimento de competência em relação ao trabalho com pessoas, de forma adaptada aos estudantes. (Schaufeli e colaboradores, 2002). Os itens tem pontuação de 0 a 6, sendo que os 5 primeiros itens avaliam a dimensão Exaustão, seguido de 4 itens que avaliam a dimensão Despersonalização/ Descrença, e 6 itens que avaliam a dimensão realização profissional. Considerou-se indicativo de Burnout, níveis altos de exaustão e despersonalização (respectivamente acima de 14 e

acima de 6), e níveis baixos de eficácia profissional (abaixo de 23) (Edméa Fontes de Oliva Costa e colaboradores, 2012).

ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test): É um questionário estruturado desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As propriedades psicométricas da versão brasileira do ASSIST se mostraram satisfatórias (Iara Ferraz Silva Henrique, Denise de Michele, Roseli Boergen de Lacerda, e colaboradores, 2004).

WHOQOL- bref (World Health Organization Quality of Life- brief): Versão abreviada do WHOQOL-100, consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-bref é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. Tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos entrevistados.(Marcelo PA Fleck, 2000). Foi utilizada a versão de 0 a 100 da escala reduzida, conforme manual da OMS.

As prevalências de Burnout e suas facetas são apresentadas como percentuais e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A prevalência de Burnout foi também estimada dentro de cada categoria de variáveis de interesse, acompanhadas pelos *Odds Ratios* (OR)brutos, seus IC95%. Finalmente, um modelo logístico multivariado foi ajustado, considerando-se associações com p-valores menores ou iguais a 0,10. O modelo final.

Para efeito de análise, os escores do WHOQOL para cada dimensão foram categorizados em variáveis binárias tendo como ponto de corte o percentil 75 da amostra. Da mesma forma e apenas para o modelo multivariado, os escores do ASSIST para cada tipo de droga também foram dicotomizados, considerando-se qualquer forma de uso da substância contra os que nunca usaram.

Foi entregue a cada um dos indivíduos incluídos no estudo o termo de consentimento informado solicitando a participação voluntária. As informações foram mantidas em anonimato. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora.(protocolo n°: 66759317.0.0000.5147)

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 326 estudantes que concordaram em participar da pesquisa e responderam aos instrumentos de forma completa. Dado que o número de matriculados era de 600, a amostra compreende portanto 54,3 % da população definida. A idade média é de 23,9 anos ($dp= 5,2$) e 59% da amostra é do sexo feminino. A renda familiar predominante é de 10 a 20 salários mínimos (40,8%), sendo que a escolaridade dos pais é predominantemente de Nível Superior (55,6% dos pais e 63,3% das mães).

A tabela 1 apresenta as prevalências de Burnout em cada uma das facetas, bem como o indicativo de Burnout total, ou seja, aqueles que pontuaram para Burnout em cada uma das facetas. Chama atenção aos altos valores de estudantes nos níveis mais elevados da síndrome nas facetas independentes, chegando a 98% na Descrença, gerando uma prevalência final de Burnout de 58,7%.

A tabela 2, além da descrição da amostra, traz as prevalências de Burnout em cada categoria, e os OR brutos como medida de associação. Estudantes do chamado ciclo básico do curso de medicina, que compreende os 2 primeiros anos do curso, são os que apresentam maior prevalência, sendo que a chance de Burnout chega a diminuir 60% no período de internato. Chama atenção também o aumento da chance da síndrome entre as estudantes do sexo feminino, cerca de o dobro em relação aos do sexo masculino, e o efeito protetor do nível de renda, sendo que quanto maior a renda, menor a chance do Burnout.

Ao avaliarmos o uso de substâncias entre os estudantes (Tabela 3), percebe-se que a grande maioria declara nunca ter utilizado nenhuma das substâncias, quase 84% da amostra. Os usos mais prevalentes são do tabaco, álcool e maconha, mas sempre em níveis que não demandam intervenções. Apenas no álcool 7% necessitaria de intervenção breve, sugerindo um uso abusivo. Nos estimulantes e outras drogas, cerca de 16% já fizeram uso de algum tipo, seja cocaína, anfetamina e mesmo opióides, porém em nenhum caso há a necessidade de intervenção, sugerindo uso recreacional. Mas todos os usos mostram associações com a síndrome, sugerindo um aumento da chance de se apresentar o Burnout. A maconha foi a que apresentou maior associação ($OR=2,0$; $p<0,0001$).

A tabela 4 mostra a relação do Burnout com a qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL. As médias dos escores nas quatro dimensões são sempre de ordem superior a

60. Ao se dicotomizar estes escores de acordo com o percentil 75 da amostra de cada dimensão, nota-se que todas se associam de forma protetora com o Burnout, ou seja, os 75% com melhor qualidade de vida apresentam uma chance cerca de 65% menor de apresentar a síndrome em relação aos demais. Aparentemente estes efeitos protetores são praticamente os mesmos, independente da dimensão.

Finalmente o modelo multivariado traz os OR ajustados a partir de efeitos observados nas análises brutas. O uso da maconha, apesar de perder a significância estatística, foi mantido no modelo uma vez que o OR ajustado ainda se apresentou na ordem de 50%. Os demais efeitos ajustados apresentam diminuições em relação aos valores brutos, como esperado, mas podem refletir um perfil do típico estudante com maior risco de Burnout. As dimensões do WOQOL foram intercambiadas nos ajustes, sendo que o único par que ainda apresentou significância estatística foram as dimensões Física e Ambiente, que hipoteticamente são menos associadas entre si.

Tabela 1: Prevalências de Burnout e dimensões do MASLACH BURNOUT INVENTORY-SS

Variável	n	%	IC
MBI-Exaustão			
Baixo (0-9)	25	7.65	5.20-11.09
Moderado (10-14)	43	13.15	9.88-17.28
Alto (>14)	259	79.20	74.43-83.28
MBI-Descrença			
Baixo (0-1)	2	00.61	00.15-2.42
Moderado (2-6)	3	00.92	00.29-2.82
Alto (>6)	322	98.47	96.36-99.36
MBI-Eficácia			
Baixo (>27)	26	07.95	5.45-11.44
Moderado (23-27)	42	12.84	9.61-16.95
Alto (<23)	259	79.20	74.43-83.28
Burnout	192	58.7	53.3 – 63.9

Tabela 2: Descrição das amostras, prevalência da síndrome de Burnout nas diferentes categorias e Odds Ratios (OR) brutos com respectivos valores-p

Variável	n	%	Burnout (%,n)	OR (IC 95%)	p-valor
Período (ciclos)					
Ciclo-Básico (1 ao 4)	135	41.28	66,6 (90)	1	
Ciclo-Clínico (5 ao 8)	103	31.50	60,2 (62)	0.75 (0.64,1.28)	0.304
Internato (9 ao 12)	89	27.22	44,9 (40)	0.40 (0.23,0.70)	0.001
Sexo					
Masculino	129	39.45	45,7 (59)	1	
Feminino	196	59.94	67,3 (132)	2.44 (1.54,3.86)	0.0001
Renda					
< 10 salários mínimos	99	31.83	65,6 (65)	1	
10 a 20 salários mínimos	127	40.84	60,6 (77)	0.80 (0.46,1.39)	0.438
> 20 salários mínimos	85	27.33	44,7 (38)	0.42 (0.23,0.76)	0.005
Região de origem					
Sudeste	287	89.69	58,9 (169)	1	
Demais regiões	33	10.31	51,5 (17)	0.74 (0.36,1.52)	0.418
Bolsista					
Sim	40	87.73	60,0 (24)	1	
Não	286	12.27	58,4 (167)	1.02 (0.66,1.57)	0.901
Doença Pessoal					
Não	302	92.35	61,5 (186)	1	
Sim	22	6.73	22,7 (5)	0.18 (0.06 0.51)	0.001
Doença Familiar					
Não	143	43.73	60,8 (87)	1	
Sim	178	54.43	56,7 (101)	0.84 (0.53,1.32)	0.459
Escolaridade Pai					
Fundamental	48	14.68	58,3 (28)	1	
Médio	96	29.36	54,1 (52)	0.84 (0.41,1.70)	0.635
Superior	182	55.66	60,9 (111)	1.11 (0.58,2.13)	0.738
Escolaridade Mãe					
Fundamental	25	7.65	60,0 (15)	1	
Médio	94	28.75	59,6 (56)	0.98 (0.39,2.41)	0.980
Superior	207	63.30	57,9 (120)	0.91 (0.39,2.14)	0.846
Pais Médicos					
Não	285	87,4	57,8 (165)	1	
Sim	41	12,6	63,4 (26)	1.26 (0.64,2.48)	0.503
Estágio Extra					
Não	192	58.72	60,4 (124)	1	
Sim	133	40.67	50,4 (67)	0.55 (0.35,0.87)	0.011
Atividade científica					
Não	220	67.28	60,0 (132)	1	
Sim	106	32.42	55,7 (59)	0.83 (0.52,1.33)	0.456

Tabela 03- Uso de substâncias e associação com Burnout

Variável	n	%	Burnout (%/n)	OR (IC 95%) ^a
Sem consumo declarado em qualquer substância	274	83.79	56,2 (154)	1 (referência)
INTERVENÇÃO TABACO				
Nenhuma intervenção	40	12.23	75,0 (30)	1.5 (0.93 – 2.4)*
Intervenção breve	12	3.67	58,3 (7)	
Tratamento intensivo	1	0.31	100,0 (1)	
INTERVENÇÃO ALCOOL				
Nenhuma intervenção	29	8.87	79,3 (23)	1.4 (0.92 – 2.1)
Intervenção breve	23	7.03	60,9 (14)	
Tratamento intensivo	1	0.31	100,0 (1)	
INTERVENÇÃO MACONHA				
Nenhuma intervenção	48	14.68	68,8 (33)	2.0 (1.1 - 3.7)**
Intervenção breve	5	1.53	100,0 (5)	
Tratamento intensivo	0	0.00	0 (0)	
INTERVENÇÃO COCAÍNA				
Nenhuma intervenção	53	16.21	71,7 (38)	1.9 (1.0 – 3.8)**
Intervenção breve	0	0.00	0 (0)	
Tratamento intensivo	0	0.00	0 (0)	
INTERVENÇÃO ANFETAMINA				
Nenhuma intervenção	51	15.60	72,6 (37)	1.8 (0.9 – 3.3)*
Intervenção breve	2	0.61	50,0 (1)	
Tratamento intensivo	0	0.00	0 (0)	
INTERVENÇÃO INALANTES, ALUCINÓGENOS e OPIÓIDES^b				
Nenhuma intervenção	53	16.21	71,7 (38)	1.9 (1.0 – 3.8)**
Intervenção breve	0	0.00	0 (0)	
Tratamento intensivo	0	0.00	0 (0)	
INTERVENÇÃO HIPNÓTICOS				
Nenhuma intervenção	52	15.90	71,2 (37)	1.9 (1.1 – 3.7)**
Intervenção breve	1	0.31	100,0 (1)	
Tratamento intensivo	0	0.00	0	

Tabela 4: WHOQOL- bref

	Média ± DP	Burnout % (n)	OR (IC 95%) ^a
Físico	68.7 ± 14.1	38.0 (34)	0.31 (0.18 - 0.51)***
Psicológico	64.6 ± 18.0	39.7 (31)	0.37 (0.22 - 0.63)***
Relação Social	64.7 ± 17.9	35.6 (21)	0.32 (0.18 - 0.58)***
Meio Ambiente	65.1 ± 15.6	37.5 (27)	0.33 (0.19 - 0.58)***

a: Calculado para variável dicotômica definida pelos percentis 75 da amostra em cada domínio

Tabela 5- Modelo logístico multivariado

	Odds Ratio	[95% Conf.	Interval]	P>z
Ciclo Básico	1.96	1.10	3.50	0.02
Sexo Feminino	1.98	1.18	3.34	0.01
Renda abaixo de 10 SM				
10-20 SM	0.53	0.29	0.99	0.05
> 20 SM	0.40	0.20	0.78	0.01
Uso de Maconha				
Físico (>75p)	1.50	0.76	2.94	0.24
Ambiente (>75p)	0.41	0.23	0.76	0.00
	0.53	0.28	1.02	0.06

DISCUSSÃO

A síndrome de Burnout tem uma evolução insidiosa. O processo de exaustão emocional surge naqueles que não conseguem superar as adversidades, caracterizando-se pela sensação de não poder dar mais de si mesmo/a, pela sensação de haver chegado ao próprio limite. Os indivíduos se tornam ansiosos, estudam mais e mais, dormem pouco, têm pouco tempo livre, perdem oportunidades de ter relações sociais e recreações, tornando-se mais vulneráveis aos distúrbios mentais. Na tentativa de distanciamento, de minimizar a exaustão, começam a tratar os demais com indiferença, com impessoalidade, adotando atitudes irônicas ou cínicas, caracterizando o que vem sendo chamado de desumanização. Essa questão tem sido bastante enfatizada nos anos recentes, devido à observação da acentuação de atitudes céticas e da diminuição dos sentimentos humanísticos em muitos estudantes de medicina. (Benevides- Pereira, 2009).

Os níveis de Burnout em acadêmicos de medicina são mais elevados dos que os da população geral.(Dyrbye L., 2016). Apesar dos estudos nacionais pesquisados encontrarem prevalências médias de 10 a 35% de Burnout em alunos do primeiro ao sexto ano do curso, em estudos internacionais os níveis chegam a escores bem altos (numa média de aproximadamente 50%) nos cursos de medicina. Um estudo realizado em uma Universidade do Ceará detectou Burnout em 14,9% dos estudantes e 57,7% apresentaram risco de desenvolver a síndrome. (Almeida, G. 2016). Burnout em estudantes de medicina em níveis acima de 50% da amostra, já foram detectados em vários países, como: México (Asencio Lopez, 2016), Estados Unidos e Reino Unido. (Jo Cecil, 2014).

Nosso estudo detectou uma prevalência de 57% de Burnout nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Valença. Este resultado é bastante significativo, por ser bem superior ao de outras escolas brasileiras e sugere a necessidade de busca mais pormenorizada das possíveis etiologias do problema. De acordo com as análises do presente estudo, o Burnout mostrou-se mais prevalente nos alunos do sexo feminino, ciclo básico, usuários de substâncias e inversamente proporcional aos com níveis altos de qualidade de vida. Num estudo realizado na Universidade de Taubaté, com 225 alunos do primeiro ao quarto ano do curso de medicina, os resultados mostraram que o comprometimento emocional dos alunos variou conforme a série, com diferenças significativas para os componentes da síndrome entre alunos com notas acima e abaixo da

média, sendo o primeiro ano o mais afetado. (Mori M., 2012). Um estudo multicêntrico realizado em 22 escolas de medicina no Brasil que pesquisou prevalência de ansiedade em estudantes de medicina encontrou como fatores de risco: sexo feminino, localização da escola e bolsa de estudos. Assim como os sintomas de Burnout, os sintomas ansiosos são mais presentes em estudantes do sexo feminino. (Brenneisen Mayer F., 2016)

Não há um consenso entre as pesquisas a respeito de qual período do curso é mais estressante. Determinadas pesquisas mostram um nível mais elevado de Burnout no ciclo básico, o que pode ser justificado devido aos exames competitivos, à transição do ensino médio para realidades de maior autonomia e responsabilidade e à frustração causada por um ciclo que não corresponde às expectativas de calouros que desejam contato imediato com disciplinas médicas específicas. (Costa, 2012). A prevalência de depressão grave e burnout severo, por sua vez, são mais elevadas entre alunos do ciclo básico. Uma pesquisa no estado de São Paulo, envolvendo 338 estudantes de medicina concluiu que a prevalência de depressão grave e Burnout severo são mais elevadas entre alunos do ciclo básico. (Peres, 2014).

Uma pesquisa envolvendo 407 alunos de medicina no Reino Unido encontrou níveis bem mais altos de exaustão emocional em estudantes do primeiro ano em relação ao terceiro ano. Os níveis eram altos também nos alunos que praticavam pouca atividade física e nos fumantes. (Jo Cecil, 2014). Já pesquisas realizadas nos EUA e México, obtiveram resultados progressivos de Burnout de acordo com o passar dos períodos do curso. O resultado de nossa pesquisa mostra níveis mais altos de burnout no ciclo básico (41,28%), caindo progressivamente no ciclo clínico (31,50%) e internato (27,22%). Ainda que a correlação de Burnout com gênero e período do curso seja importante, alguns estudos valorizam mais a relação do burnout com o estilo de vida e comportamento de saúde. (Jo Cecil, 2014).

Especificamente em relação à Faculdade de medicina de Valença, houve uma reestruturação do curso nos últimos anos, tanto para adequação às novas diretrizes curriculares nacionais, quanto por uma busca pela melhoria do ensino. Vários cursos relacionados a técnicas de ensino- aprendizagem e à métodos de avaliação foram oferecidos aos docentes. Os alunos passaram a serem avaliados mais vezes durante o período. Um dos resultados dessa mudança foi o resultado do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), que colocou a Faculdade de Medicina de Valença em primeiro lugar no ranking de melhores faculdades de medicina do estado do Rio de

Janeiro. Talvez a busca por resultados de qualidade no exame nacional tenha influenciado nos índices altos de Burnout.

O estudante de medicina precisa ter maior conscientização a respeito do uso de substâncias. No entanto, a maioria das escolas de medicina e programas de residência oferecem pouca ou nenhuma educação sobre o consumo de álcool e drogas. (Brown At., 2013). Um estudo americano com 4402 estudantes de medicina concluiu que os domínios de exaustão emocional e descrença do Burnout estão fortemente associados ao abuso / dependência de álcool. (Jackson E.R., 2016). Apesar de que grande parte da amostra relata não utilizar nenhuma substância psicoativa, os dados em relação a preferência de escolha correspondem aos estudos sobre uso de substâncias e estudantes de medicina. Na maioria das pesquisas, o álcool é sempre o mais utilizado e a maconha é a substância ilícita de escolha. Dados de uma revisão de literatura realizada em 2015 colocam o álcool numa frequência de uso em 24% dos estudantes, o tabaco em 17,2% e a maconha em 11,8%. (Roncero,2015). Já num estudo na Universidade do Maranhão, 64,2% dos estudantes de medicina usavam bebidas alcoólicas.(Barbosa, F. 2010).

Em relação ao uso de substâncias, percebemos a necessidade de intervenção breve para alguns alunos usuários de: tabaco, álcool, maconha, anfetaminas e hipnóticos. Esse resultado revela tanto o uso abusivo/de risco dessas substâncias, quanto o aparecimento ainda insidioso de abuso de psicofármacos. Esse aspecto do aconselhamento e tratamento para transtornos relacionados a substâncias no meio médico ainda é um “tabu”, embora os planos de tratamento possam ser adaptados tanto para os estudantes como para os médicos assistentes, muitas vezes há uma relutância em se referir a si próprio ou a um colega devido a uma variedade de razões relacionadas ao medo de repercussão, crença de que o problema já foi abordado, falha no reconhecimento ou ignorância. (Catalina I., 2014).

O presente estudo determina o álcool como a substância mais utilizada no meio acadêmico. Porém, em estudos brasileiros e internacionais mais recentes, observamos o crescente aumento do consumo de psicofármacos e psicoestimulantes, chegando a média de 20-30% em estudantes de medicina.(Finger G., 2013). Há também um aumento significativo do uso das chamadas club drugs (por exemplo ecstasy e MDMA) em estudantes do curso médico.(Horowitz, A., 2008). Nossos achados em relação ao uso de substâncias foram comparativamente baixos em relação à literatura nacional e mundial. Ainda assim, é importante destacar a relação positiva do uso de todas as substâncias com Burnout. Ao ingressar nas universidades muitos jovens adultos estão expostos a novas

experiências, sem que contar que existe uma diminuição na supervisão de outros adultos como pais e responsáveis, além do que, o repertório comportamental desses indivíduos esta em fase de desenvolvimento o que acaba favorecendo a vulnerabilidade para o início e para a manutenção do uso de álcool e outras drogas. ((Manzatto, 2011). Alguns casos nos últimos três anos, envolvendo óbito de estudantes e uso de substâncias pode ter influenciado os alunos a responderem de maneira mais “ branda” ao ASSIST, pensando que poderiam ser expostos de alguma forma. É possível a presença desse viés, já que no convívio com os alunos, percebemos um consumo alto de álcool, principalmente no padrão Binge.

Em relação à qualidade de vida, dois domínios se destacaram, se associando negativamente em relação ao Burnout. Os domínios físico e ambiental. O domínio físico engloba presença/ausência de: dor, energia e sono, dependência de medicamentos e atividade física. As pesquisas relacionam esses fatores com Burnout, principalmente a privação do sono.(Arruda, M. 2010) Estudantes de medicina parecem estar mais expostos a distúrbios de sono, sendo aqueles nos anos iniciais mais afetados por apresentar uma percepção pior de sono. (Corrêa,2017). Já o domínio ambiental se relaciona a segurança, moradia, recursos financeiros, acesso a cuidados de saúde, lazer e transporte. A pesquisa mostra que os estudantes são provenientes, em maioria, de famílias com boa situação sócio econômica.

Os achados do presente estudo devem ser compreendidos no contexto de algumas limitações metodológicas. Dos 600 alunos matriculados no curso de medicina, apenas 326 aceitaram responder ao questionário. Assim a amostra não foi representativa da população de alunos. A profissão médica é uma tarefa muito árdua e delicada, visto que exige grande responsabilidade, conhecimento e sensibilidade. A graduação é o momento apropriado para formar um profissional com adequada base teórico-prática e com condição de desenvolver uma boa relação médico paciente. Nossos achados apontam para a necessidade de investigar as causas da alta prevalência de sintomas de Burnout encontrada, a fim de propor medidas preventivas e/ou de oferecer apoio psicológico para os estudantes, proporcionando uma melhor formação médica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Faculdade de Medicina de Valença montou um serviço de assistência psicopedagógica para os alunos, e tem oferecido capacitação aos docentes, apresentando novas técnicas de ensino-aprendizagem, vindo ao encontro da formação de profissionais com características peculiares ao exercício de uma medicina competente tecnicamente, mas aliada sempre ao compromisso ético e à concepção ampliada de saúde, onde cuidar é valorizar, é criar vínculo e se responsabilizar pela integralidade das ações. As mudanças no ensino médico podem mudar os altos índices de Burnout nos estudantes, uma vez que ampliam o olhar acadêmico para dimensão do sujeito integral, não fragmentado.

Além dessas medidas, a coordenação de saúde mental do município de Valença se colocou a disposição de oferecer atendimento clínico para transtornos emocionais e casos de abuso e dependência de estudantes de medicina. Apesar do presente estudo não oferecer ainda soluções efetivas, houve uma possibilidade de diálogo a respeito do tema e da necessidade de planejar estratégias de cuidado, tanto por parte da instituição de ensino, quanto pelos órgãos de saúde pública do município. A preocupação com a qualidade de vida do estudante de medicina tem afetado alunos e profissionais envolvidos com docência, cuidados e pesquisa no Brasil. Em 2016 foi elaborado um documento, intitulado Carta de Marília, durante o 10º Congresso Paulista de Educação Médica, com o objetivo de elencar estratégias de fortalecimento dos serviços de apoio à saúde discente, estritamente necessárias no contexto violento em que se inserem as escolas médicas na atualidade. Nesse documento constam algumas diretrizes para os serviços de apoio aos estudantes de medicina, como:

- O cuidado da saúde emocional e psíquica do estudante deve ser considerado objetivo da formação médica, sendo responsabilidade da instituição a garantia de assistência à saúde mental do corpo discente;
- Os serviços de apoio à saúde mental do discente devem promover a realização de trabalhos científicos por meio de estudos longitudinais que permitam um olhar ampliado para os possíveis determinantes e agravantes dos problemas de saúde do corpo discente e sua relação entre si;
- Reforçar a garantia do sigilo no atendimento ao estudante, bem como a separação da assistência e da atividade docente, sendo que o profissional que atende o estudante jamais pode ser seu avaliador em cenário da prática médica;
- Maior vínculo dos serviços de

apoio ao estudante com a Academia, servindo de base para eventuais mudanças curriculares com o objetivo de promoção e recuperação da saúde discente;

- Garantir a promoção e participação em espaços junto aos colaboradores, corpo docente e discente que promovam o debate e a discussão de temas relacionados a opressões, por meio de eventos, congressos, semanas temáticas, cinedebates, oficinas, onde se promova a discussão de temas como racismo, homofobia, transfobia, opressão de gênero, cotas raciais e sociais, entre outros;
- Promoção e participação em espaços junto aos discentes, colaboradores e docentes que promovam a discussão da saúde do estudante, bem como estratégias de promoção e recuperação da saúde;
- Promoção e participação em espaços de atividades culturais para além do ambiente escolar que contribuam para a promoção da saúde mental do estudante;
- Divulgar, ainda no acolhimento do estudante e sua família, a existência dos serviços de apoio, de maneira a otimizar a sua utilização pelos estudantes;
- Disponibilizar na primeira semana de aula o Código de Ética do estudante de Medicina, elaborado pelo Cremesp, enfatizando seus pontos principais de modo a promover a saúde institucional e reprimir práticas violentas, esclarecendo as repercussões jurídicas cabíveis.(Baldassin, 2016).

No ano de 2017, o departamento de saúde mental da Faculdade de medicina de Valença enviou um documento à direção da Faculdade com várias propostas relacionadas à saúde mental do estudante, inclusive com o conteúdo da carta de Marília. Apesar dos resultados críticos a respeito do nível de estresse dos estudantes, existe um movimento coletivo de elaboração de estratégias para mudanças desse cenário.

6 REFERÊNCIAS:

- Almeida G., Souza H. , Almeida P. et al.(2016) The prevalence of burnout syndrome in medical students. *Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo)* vol.43 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2016.
- Almeida, L. S. & Soares, A. P. (2003). Os estudantes universitários: sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. Em E. Mercuri & S. A. J. Polydoro (Orgs.). *Estudante universitário: características e experiências de formação*. Taubaté: Cabral.
- Arruda, M. Tempsky, P.(2010) Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.34, n.3, p.422-429, 2010.
- Asencio Lopez L., Almaras Celis G.D., Carrillo Maciel V. et al.(2016) Burnout syndrome in first to sixth-year medical students at a private university in the north of Mexico: descriptive cross-sectional study. *Medwave*. 2016 Apr 25;16(3):e6432.
- Baldassin, S. (2016) I Fórum Paulista de Serviços de Apoio ao Estudante de Medicina — Força Paulista — “A Carta de Marília”. *Revista Brasileira de Educação médica* 2016 (4) pag. 537-539
- Barbosa, F; Barbosa, R; Barbosa, M; Aguiar, D et al.(2013) Uso de álcool entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Maranhão. *Rev. bras. educ. méd*;37(1):89-95, jan-mar. 2013
- Bellodi, P. *Tutoria - Mentoring na Formação Médica*. 2005. Editora Casa do Psicólogo.
- Benevides- Pereira(2003) O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy* – Ano 1, nº 1- Ago 2003 – p. 4-11.
- Benevides- Pereira (2009) Transtornos emocionais em estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*.(1) pag. 10-23
- Brenneisen Mayer F., Souza Santos I., Silveira P.S. et al.(2016) Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ*. 2016 Oct 26;16(1):282.
- Brown AT, Kolade VO, Staton LJ, Patel NK.(2013) Knowledge of addiction medicine among internal medicine residents and medical students. *Tenn Med*. 2013 Mar;106(3):31-3.
- Carlotto, M.(2002) A síndrome de Burnout e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002
- Costa, E. (2012). Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics* vol.67 no.6 São Paulo 2012

Catalina I. Dumitrascu, Philip Z. Mannes, Lena J. Gamble, Jeffrey A. Selzer.(2014) Substance Use Among Physicians and Medical Students. *MSRJ* 2014 VOL: 03 p:26-35

Che Fadhilah bt Mamat, Shazia Qasim Jamshed, Tarek El Syed et al.(2015) The use of psychotropic substances among students: The prevalence, factor association, and abuse. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015 Jul-Sep; 7(3): 181–187

Cleomara de Souza Machado et al.(2015) Estudantes de Medicina e as Drogas: Evidências de um Grave Problema. *Revista brasileira de educação médica* 39 (1) : 159-167; 2015.

Coentre R., Faravelli C., Figueira ML(2016). Assessment of depression and suicidal behaviour among medical students in Portugal. *Int J Med Educ.* 2016 Oct 29; 7:354-363.

Corrêa, C. e colaboradores.(2017). *J Bras Pneumol.* 2017;43(4):285-289

De Oliveira GS Jr, Almeida MD, Ahmad S, Fitzgerald PC, McCarthy RJ. Anesthesiology residency program director burnout.(2013) *J Clin Anesth.* 2011;23(3):176-82.

DeWitt D, Canny BJ, Nitzberg M, Choudri J, Porter S.(2016) Medical student satisfaction, coping and burnout in direct-entry versus graduate-entry programmes. *Med Educ.* 2016 Jun;50(6):637-45.

Dyrbye L., Shanafelt T.(2015) A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education* dez/2015.

Edmā Fontes de Oliva Costa et al.(2012) Burnout e fatores associados entre estudantes de medicina: um estudo transversal. *Clinics* vol.67 no.6 São Paulo 2012.

Ferrante, Margherita et al.(2013) Prevalence of smoking habits, attitudes, knowledge and beliefs among Health Professional School students: a cross-sectional study. *Ann. Ist. Super. Sanità [online].* 2013, vol.49, n.2 [cited 2015-12-05], pp. 143-149.

Finger, G.(2013) Use of methylphenidate among medical students: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2013; 5993: 285-289

Georges Canguilhem(1966) *O Normal e o Patológico.* Georges Canguilhem, 1966. 6º edição. 2009.

Goel AD, Akarte SV, Agrawal SP, Yadav V.(2016) Longitudinal assessment of depression, stress, and burnout in medical students. *J Neurosci Rural Pract.* 2016 Oct-Dec;7(4):493-498.

Grysche, Rebeca Jesumary Gonçalves.(2014) Transtorno mental comum nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP: uma análise longitudinal. *Dissertação de mestrado* 2014-08-28 Pós- graduação em Saúde coletiva Faculdade de Medicina de Botucatu.

Gustavo Magalhães Viana, Thiago Gonçalves Silva, Camillo Tupinambá Oliveira, Matheus Felipe Rodrigues Castro et al.(2014) Relação entre síndrome de Burnout, ansiedade e qualidade de vida entre estudantes de ciências da saúde. Rev Univ Vale do Rio Verde. V 12, 2014.

Győrffy Z., Birkás E., Sándor I.(2016) Career motivation and burnout among medical students in Hungary - could altruism be a protection factor? BMC Med Educ. 2016 Jul 18;16:182.

Habibzadeh A, Alizadeh M, Malek A, Maghbooli L, Shoja MM, Ghabili K.(2011) Illicit methylphenidate use among Iranian medical students: prevalence and knowledge. Drug Des Devel Ther. 2011 Feb 3;5:71-6

Horowitz A, Galanter M, Dermatis H, Franklin J. Use of and attitudes toward club drugs by medical students. J Addict Dis. 2008;27(4):35-42.

Iara Ferraz Silva Henrique, Denise de Micheli, Roseli Boergen de Lacerda, e colaboradores.(2004) Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias. (ASSIST) Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 199-206

Ilic M., Todorovic C., Jovanovic M.(2016) Burnout Syndrome Among Medical Students at One University in Serbia: Validity and Reliability of the Maslach Burnout Inventory- Student Survey. Behav Med. 2016 Apr 29:1-6.

Isabel Amélia Costa Mendes.(2004) Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 no.3 Ribeirão Preto Maio/ Junho 2004.

Ishak W, Nikravesh R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C.(2013) Burnout in medical students: a systematic review.(2013) Clin Teach. 2013;10(4): 242-5.

Isilda Teixeira Rodrigues, Carlos Fiolhais.(2013) O ensino da medicina na Universidade de Coimbra no século XVI. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.435-456.

Jacson E. R., Shanafelt T., Dyrbye L. Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students.(2016) Acad Med. 2016 Sep;91(9):1251-6.

Jo Cecil, Calum McHale, Jo Hart, Laidlaw A.(2014) Behaviour and burnout in medical students. Medical Education Online. Ago/2014 vol 19.

Joseph N, Joseph N, Panicker V, Nelliyanil M, Jindal A, Viveki R. Assessment and determinants of emotional intelligence and perceived stress among students of a medical college in south India. Indian J Public Health 2015;59:310-3

Katia Burle dos Santos(2005) Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes. Dissertação de mestrado da faculdade de Letras da UNESP de São Paulo. 2005

Kloster M. et al.(2013) Sonolência diurna e habilidades sociais em estudantes de medicina. Rev. bras. educ. med. vol.37 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2013. Kloster M. et al.

Kunwar D, Risal A, Koirala S.(2016) Study of Depression, Anxiety and Stress among the Medical Students in two Medical Colleges of Nepal. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2016 Jan-Mar; 14(53):22-26

Machado-Duque ME, Echeverri Chabur JE, Machado-Alba JE.(2015) Excessive Daytime Sleepiness, Poor Quality Sleep, and Low Academic Performance in Medical Students. Rev Colomb Psiquiatr. 2015 Jul-Sep;44(3):137-42.

Maslach e Jackson(1981) The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behavior. Vol. 2.99-113

Marcelo PA Fleck, Sérgio Louzada, Marta Xavier, Eduardo Chachamovich, Guilherme Vieira, Lyssandra Santos e Vanessa Pinzon(2000) Rev. Saúde Pública vol.34 n.2 São Paulo Apr. 2000

Marwat M.(2013) Prevalence of depression and the use of antidepressants among third year medical students of Khyber Medical College, Peshawar. J Postgrad Med Inst 2013; 27(1):26-8.

MEC (2014) Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação.

Mendes S, Troncoso L., Nascimento B. et al.(2015)Research About Use of Stimulant Drugs Among Medical Students. Ciência Atual Rio de Janeiro Volume 5, Nº 1 2015.

Milton de Arruda Martins.(2015) Manual do Residente de Clínica Médica. Editora Manole 2015.

Moacyr Sciliar.(2007) História do Conceito de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

Mori M., Valente T.(2012) Síndrome de Burnout e Rendimento Acadêmico em Estudantes da Primeira à Quarta Série de um Curso de Graduação em Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (4) : 536-540; 2012.

Octavio Gárciga Ortega. Carolina Surí Torres, Raúl Rodríguez JorgeI. Consumo de drogas legales y estilo de vida en estudiantes de medicina.(2015) Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41 (1):4-17

Pagnin D., Queiroz V.(2015) Comparison of Quality of Life Between Medical Students and Young General Populations Education for Health Volume 28 Issue 3 (December 2015).

Pan XF, Wen Y, Zhao Y, Hu JM, Li SQ, Zhang SK et al.(2016) Prevalence of depressive symptoms and its correlates among medical students in China: a national survey in 33 universities. *Psychol Health Med.* 2016 Oct;21(7):882-9.

Paula Gómez H et al(2015) Bienestar y rendimiento académico en estudiantes de Medicina Rev Med Chile 2015; 143: 930-937

Paulo Marchiori Buss, Alberto Pellegrini Filho.(2007) A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

Peres M., Barreto A., Babler F. et al.(2014) Exposição à violência, qualidade de vida, depressão, e burnout entre estudantes de medicina em uma universidade estadual paulista. *Rev Med (São Paulo)*. 2014 jul.-set.;93(3):115-24.

PM Lashley, MH Campbell, MK Emmanuel.(2015) Psychological Stress and Burnout among Medical Students at the University of the West Indies. *West Indian Medical Journal/West Indian Medical Journal*. 28 Sep, 2015.

Petroianu A, Reis DC, Cunha BD, Souza DM.(2010) Prevalence of alcohol, tobacco and psychotropic drug use among medical students at the Universidade Federal de Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2010 Sep-Oct;56(5):568-71

P Whitehorse-Smith, C Mitchell, WDAbel, JHarrison.(2015) Psychoactive Substance Use among Medical/Health Faculty Undergraduate Student. *WIMJOpen*2015;2(1):11

Reis, T. Vilela, A. Contexto Político e social da medicina – da Renascença ao Brasil de hoje. (2014) *Rev.Saúde.Com* 2014; 10(4): 422-427.

Regina André Rebollo.(2003) Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratamento hipocrático. Sobre a arte Médica. *Scientle Studia*, 2003, vol I n° 3 pag. 275-297.

Ribeiro Jr., W.A.(2003) Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o "pai da medicina". *Jornal Brasileiro de História da Medicina*, v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003.

Robyn M. EmanuelSandra L. FrellsenKathleen J. Kashima et al.(2013) Cognitive Enhancement Drug Use Among Future Physicians: Findings from a Multi-Institutional Census of Medical Students. *Journal of General Internal Medicine* August 2013, Volume 28, Issue 8, pp 1028–1034.

Roncero C, Egido A, Rodriguez- Cinta L, et al.(2015) Substance Use among Medical Students: A Literature Review. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(3):109-21

Rosana Quintella Brandão Vilela, Sylvia Helena Batista, Nildo Alves Batista.(2015) Educação médica no Brasil. Editora Cortez, 2015.

Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M3, Segal JB.(2016)Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016 Dec 6;316(21):2214-2236.

Rudson Oliveira Damasceno; Rita Narriman Silva de Oliveira Boery; Ícaro José Santos Ribeiro; Karla Ferraz dosAnjos; Vanessa Cruz Santos; et al.(2016) Uso de álcool, tabaco e outras drogas e qualidade de vida em estudantes universitários. Revista Baiana de Enfermagem 30.3

Samara Guerra Carneiro, Airton Salviano Teixeira Prado, Eliane Camargo de Jesus Araujo, Hermiton Canedo Moura, João Francesco Strapasson, Natália Ferreira Rabelo, Tiago Turci Ribeiro(2013) O uso não prescrito de metilfenidato entre acadêmicos de Medicina. Cadernos UniFoa, maio-2013.

Sandra Minardi Mitre, Rodrigo Siqueira-Batista.(2008) Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2):2133-2144, 2008.

Santen S.A., Holt D.B.(2010) Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. South Med J. 2010 Aug;103(8):758-63

Schleich, A. L. R.(2006) Integração na educação superior e satisfação acadêmica de estudantes ingressantes e concluintes. Dissertação de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

Souza E.(2013) Uma leitura psicanalítica da síndrome de burnout em profissionais de saúde, Webartigos set/2013.

Takeuchi Y, Morita E, Naito M, Hamajima N.(2009) Smoking rates and attitudes to smoking among medical students: a 2009 survey at the Nagoya University School of Medicine. Nagoya J Med Sci. 2010 Aug;72(3-4):151-9

Tempsky, P. e Arruda, M.(2012) Atendimento psicológico aos estudantes de medicina Técnica e ética. Edipro, 2012. Cap. II Por que atendê-los? A responsabilidade da Escola Médica na manutenção da saúde e da qualidade de vida do estudante. Edipro, 2012.

Tempsky,P.(2008) Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. Tese de doutorado Faculdade de medicina da USP, 2008.

Trigo, T.(2010) Validade Fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra Brasileira de auxiliares de Enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão. Tese de Mestrado USP 2010

Zeinab A., Amirhossein E. et al.(2015) Linking medical faculty stress/burnout to willingness to implement medical school curriculum change: a preliminary investigation. Journal of evaluation in clinical practice. 13 November 2015.

7 ANEXOS:

ANEXO I Inventário MBI-ss

Questionário para avaliação de Burnout em Estudantes.

Dê como resposta um número de 0 a 6:

- 0- Nunca
- 1- Uma vez ao ano
- 2- Uma vez ao mês ou menos
- 3- Algumas vezes ao mês
- 4- Uma vez por semana
- 5- Algumas vezes por semana
- 6- Todos os dias

- 1) Sinto-me consumido pelos meus estudos._____
- 2) Sinto-me emocionalmente esgotado pelos meus estudos._____
- 3) Sinto-me esgotado no fim de um dia em que tenho aula._____
- 4) Sinto-me cansado quando me levanto para enfrentar outro dia de aula._____
- 5) Estudar e frequentar as aulas são, para mim, um grande esforço._____
- 6) Posso resolver os problemas que surgem nos meus estudos._____
- 7) Durante as aulas, sinto-me confiante: realizo as tarefas de forma eficaz._____
- 8) Considero-me um bom estudante._____
- 9) Sinto-me estimulado quando concluo com êxito a minha meta de estudos._____
- 10) Tenho aprendido muitas coisas interessantes no decorrer dos meus estudos._____
- 11) Acredito que eu seja eficaz na contribuição das aulas que frequento._____
- 12) Tenho me tornado menos interessado nos meus estudos._____
- 13) Tenho me tornado menos interessado nos estudos desde que entrei nesta faculdade._____
- 14) Tenho estado mais descrente do meu potencial e da utilidade dos meus estudos._____
- 15) Eu questiono o sentido e a importância de meus estudos._____

ANEXO II QUESTIONÁRIO ASSIST

Nome: _____
Entrevistador: _____ DATA: ____ / ____ / ____

ASSIST – OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que freqüência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc.)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU TE OU
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. **bebidas alcóolicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermutes, caninha, rum tequila, gin)
- c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. **outras – especificar:**

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que freqüência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

4. Durante os três últimos meses, com que freqüência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

5. Durante os três últimos meses, com que freqüência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. Outros especificar	0	5	6	7	8

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois de segunda droga, etc.)	NÃO, Nunca	Sim, nos últimos	Últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. Outros especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?
(Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos

→ Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

→ Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

Anote a pontuação para cada droga. SOME	Nenhuma	Receber	Encaminhar para tratamento
Tabaco	0-3	4-26	27 ou mais
Álcool	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína	0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	0-3	4-26	27 ou mais
Opióides	0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c. Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ANEXO 3

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que	1	2	3	4	5

	precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa Prevalência de Síndrome de Burnout e uso de álcool e outras drogas em acadêmicos da Faculdade de Medicina de Valença. Nesta pesquisa pretendemos **mapear os casos de burnout e ter um panorama geral do uso de substâncias lícitas e ilícitas em acadêmicos do primeiro ao sexto ano do curso de medicina**. O motivo que nos leva a estudar **esse tema é a necessidade de buscar mudanças no ensino médico para melhora da qualidade de vida dos estudantes**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) receberá questionários que deverão ser preenchidos de acordo com as orientações escritas, podendo perguntar aos monitores treinados para aplicações destes. Os riscos envolvidos são insípidos. A pesquisa contribuirá para **reflexão e possíveis ações que melhorem a realidade atual da qualidade de vida do aluno de medicina no Brasil**.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Não há riscos eminentes envolvidos nessa pesquisa, apenas talvez algum constrangimento ao responder os questionários já que os mesmos envolvem temas relacionados a história pessoal e uso de substâncias.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Medicina de Valença e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa” Prevalência de Síndrome de Burnout e uso de álcool e outras drogas em acadêmicos da Faculdade de Medicina de Valença.” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Endereço: Rua José Rodrigues Chaves 108/101
Laranjeiras
CEP: 27600-000
Fone: (24) 24524987
E-mail: cecivitoria9@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br
CEP: 36036-900