Silmar de Souza Abu Gannam

O mal-estar na formação médica: uma análise dos sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e suas relações com resiliência e empatia

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de concentração Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Zen Tempski

Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP

São Paulo|2018

O mal-estar na formação médica: uma análise dos sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e suas relações com resiliência e empatia

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção de título de
Doutor em Ciências

Programa de Ciências Médicas
Área de concentração Educação e
Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Zen
Tempski

Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gannam, Silmar de Souza Abu

O mal-estar na formação médica : uma análise dos
sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento
profissional e suas relações com resiliência e
empatia / Silmar de Souza Abu Gannam. -- São
Paulo, 2018.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências Médicas. Área de
Concentração: Educação e Saúde.

Orientadora: Patrícia Zen Tempski.

Descritores: 1. Estudantes de medicina 2. Estresse
psicológico 3. Psicanálise 4. Resiliência psicológica
5. Empatia 6. Esgotamento profissional 7. Ansiedade
8. Depressão 9. Mal-estar

USP/FM/DBD-362/18

Responsável: Eidi Raquel Franco Abdalla - CRB-8/4901

*Aos ventos, que tricotam o Saber,
como os galos de João Cabral, que
tecem a Manhã.*

Os galos e o vento

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

Tecendo a Manhã
João Cabral de Melo Neto

*Diz-se que a ciência tem dois
objetivos: teoria e experimento. As
teorias tentam dizer como o mundo é.
Os experimentos e a tecnologia
subsequente mudam o mundo. (...)
Nós representamos de modo a intervir
e intervimos de modo a representar.*

Hacking, 2012, p. 93

*Os sonhos não têm comportamento.
Sempre havia de existir nos sonhos
daquele menino o primitivismo
do seu existir.
E as imagens que ele organiza com
o auxílio das suas palavras
eram concretas.
Ele até chegou um dia a pegar
na crina do vento.
Era sonho?*

Menino do Mato
Manuel de Barros

AGRADECIMENTOS

Meu reconhecimento e gratidão aos amigos de jornada, fiéis companheiros desta aventura, que trilhamos juntos: Bruno Perotta, Fernanda Mayer, Helena Paro, Itamar Santos, Munique Peleias, Paulo Silveira, Renata Giaxa e Sylvia Enns.

Aos meus queridos mestres que me ensinaram a sempre perguntar e indagar sobre as (in)verdades do mundo: Maria do Patrocínio Nunes e Milton de Arruda Martins.

A Rosana Paz que sempre me socorreu nos momento de desespero acadêmico.

A toda equipe da UNICID e em especial aos amigos que me apoiaram e me ajudaram a remar quando os braços já falhavam: Fernanda Giudice Garcilazo, Marco Antônio de Angelis, Marcos Mendes, Raquel Quiles e Patrícia Brigatte.

Aos meus alter egos: Antônio Eduardo Pesaro e Nelma Zero, somos parte de uma mesma vida.

A meus pais que me introduziram ao mundo e me ensinaram a ser curioso.

A minhas irmãs queridas, tesouros que a vida me deu: Denise Ballester e Vanessa Gannam. Sei que as escolhi muito antes de nascer.

A minha querida orientadora que com todo afeto e paciência nunca desistiu: Patrícia Zen Tempski. Uma luz sempre presente de um túnel que parecia sem fim.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento de sua publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão da Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos de periódicos de acordo com *List of Journals in Index Medicus*.

Observação: imagem da Faculdade de Medicina da USP, gentilmente cedida pela profa. Dra. Patricia Zen Tempski e imagem do livro cedida por Dyslexic Library (<https://dyslexiclibrary.com>)

Agradecimentos	vii
Normalização Adotada	viii
Sumário	ix
Lista de Abreviaturas e Siglas	xii
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Quadros.....	xiv
Lista de Tabelas	xv
Lista de Gráficos	xvi
Resumo.....	xvii
Abstract	xviii
1. Introdução	1
1.1. Contextualização do Mal-Estar	1
1.2. O Mal-Estar na Formação Médica.....	7
1.3. Por que a Psicanálise?	13
2. Objetivos do Estudo.....	17
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. Métodos.....	18
3.1. Desenho do Estudo.....	18
3.2. Amostra	20
3.3. Coleta dos Dados.....	20
3.4. Instrumentos	21
3.5. Variáveis do Estudo	23
3.5.1. Intensidade dos Sintomas de Ansiedade	23
3.5.2 Intensidade dos Sintomas de Depressão.....	23
3.5.3. Resiliência	23
3.5.4. Intensidade dos Sintomas de Esgotamento Profissional.....	24
3.5.5. Empatia.....	24
3.6. Análise Estatística	24
3.7. Análise de Itens.....	26

4. Resultados	28
4.1. Ansiedade	29
4.2. Depressão	30
4.3. Resiliência	32
4.4. Esgotamento Profissional	34
4.4.1. Exaustão Emocional	38
4.4.2. Despersonalização	41
4.4.3. Realização Profissional	43
4.5. Empatia	46
4.5.1. Consideração Empática	50
4.5.2. Tomada de Perspectiva	53
4.5.3. Angústia Pessoal	55
4.6. Análise de Itens	58
4.6.1. IDATE-E	58
4.6.2. IDATE-T	60
4.6.3. IDB	61
4.6.4. RS-14	64
4.6.5. MBI	64
4.6.6. EMRI	67
5. Discussão	69
5.1. Ansiedade	71
5.2. Depressão	72
5.3. Resiliência	73
5.4. Esgotamento Profissional	74
5.5. Empatia	77
5.6. A Perda da Experiência e a Experiência da Perda	80
6. Conclusões	87
7. Anexos	88
Anexo I: Comissão de Ensino e Pesquisa	88
Anexo II: Plataforma Veras	89
Anexo III: Questionários Utilizados	90
Questionário sociodemográfico	90
IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado	91

IDB - Inventário de Depressão de Beck	92
RS -14 Escala de Resiliência de Wagnild & Young.....	94
MBI- Inventário de Esgotamento Profissional de Maslach.....	95
EMRI- Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis	96
8. Referências Bibliográficas	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EMRI	Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HTML	Hypertext Markup Language
IDATE-E	Inventário de Ansiedade-Estado
IDATE-T	Inventário de Ansiedade-Traço
IDB	Inventário de Depressão de Beck
IES	Instituição de Ensino Superior
MBI	Inventário de Esgotamento Profissional de <i>Maslach</i> (<i>Maslach Burnout Inventory</i>)
MBI-HSS	Inventário de Esgotamento Profissional - <i>Human Services Survey</i>
MySQL	Structured Query Language
OMS	Organização Mundial da Saúde
PERL	Practical Extracting and Reporting Language
RC	Razão de Chances
RS-14	Escala de Resiliência (<i>Resilience Scale</i>)
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VERAS	Vida de Estudante e residente da Área da Saúde
η^2	Tamanho do Efeito
τ	<i>Tau b de Kendall</i>

Figura 1- Fluxograma de perdas e número de participantes.	26
Figura 2- O sofrimento do estudante de medicina como perda da experiência	83

LISTA DE QUADROS

Quadro I- Depoimentos de estudantes brasileiros quanto a sua formação.	6
Quadro II- Caracterização das escolas médicas participantes do estudo	19
Quadro III- Qualidade dados (efeito piso e teto) e confiabilidade dos questionários utilizados.	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição, sexo e anos do curso do participantes do estudo de acordo com intensidade de sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E) e ansiedade-traço (IDATE-T).	30
Tabela 2- Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E) e ansiedade-traço (IDATE-T) dos participantes do estudo de acordo com intensidade dos sintomas de depressão (IDB).	31
Tabela 3- Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E), ansiedade-traço (IDATE-T) e depressão (IDB) dos participantes do estudo de acordo com as categorias de resiliência (RS-14).	33
Tabela 4- Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E), ansiedade-traço (IDATE-T) e depressão (IDB) e categorias de resiliência (RS-14) de acordo com as categorias dos subdomínios de esgotamento profissional (MBI): exaustão emocional, despersonalização e realização profissional	36
Tabela 5- Regressões ordinais brutas para verificar a associação entre esgotamento profissional (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) e intensidade de sintomas de ansiedade (ansiedade-estado e ansiedade-traço), resiliência e intensidade de sintomas de depressão.	37
Tabela 6- Regressões ordinais ajustadas para sexo e ano do curso para verificar a associação entre esgotamento profissional (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) e intensidade de sintomas de ansiedade (ansiedade-estado e ansiedade-traço), resiliência e intensidade de sintomas de depressão.	38
Tabela 7- Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E), ansiedade-traço (IDATE-T) e depressão (IDB), categorias de resiliência (RS-14) e categorias dos subdomínios de esgotamento profissional (MBI) dos participantes do estudo de acordo com as categorias dos subdomínios de empatia (EMBI): consideração empática, tomada de perspectiva e angústia pessoal.	47-48
Tabela 8- Regressões ordinais brutas para verificar a associação entre empatia e ansiedade-estado, ansiedade-traço, resiliência e depressão.	49
Tabela 9- Regressões ordinais ajustadas para verificar a associação entre empatia e ansiedade-estado, ansiedade-traço, resiliência, depressão e esgotamento profissional.	50
Tabela 10- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do IDATE-E de acordo com a intensidade dos sintomas de ansiedade: baixa, moderada ou alta.	60
Tabela 11- Frequência de respostas de cada item do IDATE-T de acordo com a pontuação e com a intensidade dos sintomas de ansiedade: baixa, moderada ou alta	61
Tabela 12- Frequência de respostas de cada item do IDB de acordo com a intensidade dos sintomas de depressão: ausente ou mínima, leve e moderada ou alta.	62-63
Tabela 13- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do RS-14 e com as categorias de resiliência: baixa, moderada ou alta	64
Tabela 14- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do MBI e com a intensidade dos sintomas de esgotamento profissional: baixa, moderada ou alta.	66
Tabela 15- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do EMRI e com as categorias de empatia: baixa, moderada ou alta.	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Frequência de estudantes de Medicina com intensidade de depressão mínima ou ausente, leve e moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.	32
Gráfico 2- Frequência de estudantes de Medicina com resiliência baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço	34
Gráfico 3- Frequência de estudantes de Medicina com resiliência baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de depressão.	34
Gráfico 4- Frequência de estudantes de Medicina com exaustão emocional baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.	39
Gráfico 5- Frequência de estudantes de Medicina com exaustão emocional baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de depressão.	40
Gráfico 6- Frequência de estudantes de Medicina com exaustão emocional baixa, moderada ou alta de acordo com as categorias de resiliência.	40
Gráfico 7- Frequência de estudantes de Medicina com despersonalização baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.	41
Gráfico 8- Frequência de estudantes de Medicina com despersonalização baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de depressão.	42
Gráfico 9- Frequência de estudantes de Medicina com despersonalização baixa, moderada ou alta de acordo com as categorias de resiliência.	42
Gráfico 10- Frequência de estudantes de Medicina com realização profissional baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.	44
Gráfico 11- Frequência de estudantes de Medicina com realização profissional baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de depressão.	44
Gráfico 12- Frequência de estudantes de Medicina com despersonalização baixa, moderada ou alta de acordo com as categorias de resiliência	45
Gráfico 13- Frequência de estudantes de Medicina com consideração empática, baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão.	51
Gráfico 14- Frequência de estudantes de Medicina com consideração empática, baixa moderada ou alta de acordo com as categorias de resiliência.	51
Gráfico 15- Frequência de estudantes de Medicina com consideração empática, baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.	52
Gráfico 16- Frequência de estudantes de Medicina com tomada de perspectiva baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão.	53
Gráfico 17- Frequência de estudantes de Medicina com tomada de perspectiva baixa moderada ou alta, de acordo com as categorias de resiliência.	54
Gráfico 18- Frequência de estudantes de Medicina com tomada de perspectiva baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.	55
Gráfico 19- Frequência de estudantes de Medicina com angústia pessoal baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão.	56
Gráfico 20- Frequência de estudantes de Medicina com angústia pessoal baixa moderada ou alta, de acordo com as categorias de resiliência.	56
Gráfico 21- Frequência de estudantes de Medicina com angústia pessoal baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.	57

Gannam S. *O mal-estar na formação médica: uma análise dos sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e suas relações com resiliência e empatia* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

As exigências e pressões da formação médica representam uma ameaça para o bem-estar pessoal e para a saúde mental dos estudantes de Medicina, gerando elevados índices de ansiedade, depressão e esgotamento emocional. Estudantes de Medicina estão expostos continuamente a fatores de estresse tanto físicos como psicológicos, destacando-se o contato precoce e contínuo com a morte e o sofrimento de pacientes e seus familiares, alta demanda de estudos e trabalho, alta competitividade entre pares, má supervisão e até mesmo assédio. Vários estudos apontam para uma prevalência aumentada de distúrbios emocionais e psicológicos em estudantes de Medicina quando comparados com a população geral pareada para a idade e com estudantes universitários de outras áreas. O objetivo deste estudo foi analisar o sofrimento dos alunos de Medicina por meio das associações entre sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e suas relações com empatia e resiliência. Trata-se de um estudo transversal, no qual 1350 alunos de 22 escolas médicas brasileiras responderam a questionários autoaplicáveis em uma plataforma eletrônica. Todas as variáveis foram categorizadas em três graus de intensidade (baixa, moderada e alta) e apresentadas como frequências e proporções. Modelos de regressão ordinal com razão de chances proporcionais foram construídos para testar as associações. Por fim, uma análise descritiva dos itens de cada questionário foi realizada. Encontrou-se uma alta prevalência de distúrbios emocionais, com elevados índices de ansiedade, depressão e esgotamento profissional. Por outro lado, a maioria dos participantes apresentou resiliência alta ou moderada. Em relação a empatia os estudantes apresentaram alta tomada de perspectiva e baixa angústia pessoal e uma maior prevalência de consideração empática baixa e moderada. Houve uma associação direta entre ansiedade, depressão e esgotamento profissional, sendo que alta intensidade de sintomas de ansiedade e depressão significaram um aumento de até 8,3 vezes e 2,8 vezes de esgotamento profissional, respectivamente. Resiliência foi um fator protetor, diminuído ansiedade, depressão e esgotamento profissional e melhorando a empatia. Esta por sua vez, teve um comportamento variável: enquanto que a tomada de perspectiva diminuiu com desgaste emocional, a consideração empática aumentou. Análise de itens permitiu um aprofundamento do entendimento destas relações e uma diálogo com a psicanálise e seus conceitos de mal-estar na cultura, narcisismo, sofrimento e sintoma.

Descritores: estudantes de Medicina; estresse psicológico; psicanálise; resiliência psicológica; empatia; esgotamento profissional; ansiedade; depressão; mal-estar.

Gannam S. *Malaise in medical training: an analysis of the symptoms of anxiety, depression, and professional exhaustion and their relationships with resilience and empathy* [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

The demands and pressures of medical training pose a threat to the personal well-being and mental health of medical students, generating high rates of anxiety, depression and emotional exhaustion. Medical students are continually exposed to both physical and psychological stressors, highlighting early and ongoing contact with the death and suffering of patients and their families, high demand for studies and work, high peer competitiveness, poor supervision and even harassment. Several studies point to an increased prevalence of emotional and psychological disorders in medical students compared to the age-matched general population and to university students from other areas. The objective of this study was to analyze the suffering of medical students through the associations between symptoms of anxiety, depression and professional exhaustion and their relationships with empathy and resilience. This is a cross-sectional study, in which 1350 students from 22 Brazilian medical schools answered self-administered questionnaires in an electronic platform. All variables were categorized into three degrees of intensity (low, moderate and high) and presented as frequencies and proportions. Ordinal odds regression models were constructed to test for associations. Finally, a descriptive analysis of the items of each questionnaire was performed. There was a high prevalence of emotional disorders, with high rates of anxiety, depression and professional exhaustion. On the other hand, the majority of the participants presented high resilience. Regarding empathy, the students presented high perspective-taking and low personal distress and a higher prevalence of low and moderate empathic concern. There was a direct association between anxiety, depression and professional exhaustion. Higher intensity of anxiety and depression symptoms meant an increase of up to 8.3 times and 2.8 times of professional exhaustion, respectively. Resilience was a protective factor, decreasing anxiety, depression and professional exhaustion and improving empathy. Empathy, in turn, had a variable behavior: whereas perspective-taking decreased with the increase of symptoms of emotional distress, empathic consideration increased. Analysis of items allowed to deepen the understanding of these relationships and to dialogue with psychoanalysis and its concepts of malaise in culture, narcissism, suffering and symptom.

Descriptors: students, medical; stress, psychological; psychoanalysis; resilience, psychological; empathy; burnout, professional; anxiety; depression; malaise.

1. INTRODUÇÃO

Entre maio e junho de 2018, quatro casos de suicídio entre estudantes de diferentes faculdades da Universidade de São Paulo (USP) foram reportados (Vieira, 2018). No ano anterior, num intervalo de dois meses, seis estudantes que cursavam o quarto ano da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) tentaram se matar (Collucci, 2017; Damasceno, 2017) e, em apenas duas semanas, foram registradas dois suicídios e uma tentativa por estudantes da Universidade Federal de Minas Gerais (Damasceno, 2017).

Estaria a juventude atual sofrendo em excesso? Este excesso seria diferente de outros momentos históricos? Para o psicanalista Gilberto Safra¹, o sofrimento humano não pode ser compreendido sem o registro da historicidade, uma vez que o humano está inserido na história do mundo e o sujeito comporta em si mesmo a dimensão de sua historicidade. Esta entendida como as significações e valores que o sujeito atribui a sua situação humana, ou seja, como parte de uma série temporal circunscrita a um período histórico e assegurada pela transmissão transgeracional de sua cultura. É justamente nesta intersecção entre sofrimento e historicidade que esse mal-estar pode ser compreendido.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MAL-ESTAR

O sociólogo Zygmunt Bauman em seu livro “O mal-estar na pós-modernidade” de 1998, abordou esta questão diferenciando a sociedade contemporânea, definida por ele como pós-moderna, da sociedade moderna a partir da noção de *incerteza*.

Para este autor, a modernidade chega com a promessa de liberar o indivíduo de uma identidade herdada, uma atribuição imutável de sua condição (tal como a de vassalo), transformando-a em uma realização, uma tarefa individual a ser conquistada pelo próprio indivíduo, que surge neste momento, como aquele responsável por sua identidade. Esta identidade moderna era construída durante a vida, exigia uma clara concepção da forma final almejada e necessitava de planejamento a longo prazo, tornando-se um projeto de vida que apresenta uma estreita e irrevogável relação com a ambição da modernidade de criar um projeto de ordem social, o Estado Moderno. Se

¹ Safra G. (Instituto de Psicologia da USP). Modalidades psicopatológicas do adolescente e do jovem na atualidade. (Conferência proferida na Universidade Paulista; 2018; São Paulo, SP).

por um lado, esta nova forma de organização daria o benefício de um começo limpo e deixaria os indivíduos “livres” para escolher a espécie de vida que desejariam viver, por outro, passa a controlar e administrar a existência destes, pois afinal, eram necessários esforços coletivos para assegurar os fins individuais. Necessitava-se de um cenário previsível, de confiança e estável para que os atos e escolhas do indivíduo permitissem que este pudesse idealizar, construir e viver essa identidade de forma clara e duradoura por toda a vida. (Bauman,1998)

Na pós-modernidade os projetos de vida individuais não encontram mais este terreno sólido, estável e de confiança para erguerem seus alicerces. Não existe nenhuma certeza e uma nova modalidade de incerteza é inaugurada. Na modernidade o incerto era limitado à sorte, ao destino, as contingências da vida e aos dons (inatos ou adquiridos) e habilidades do indivíduo (Bauman,1998). Na pós-modernidade o próprio futuro do mundo torna-se incerto, enquanto que no presente se vive uma ambiguidade extrema e estrutural. Qual seria a maneira correta de viver? Quais os critérios servem para se julgar os acertos e erros? Como se pode medir a felicidade e o sucesso? Neste sentido, Žižek (2015) aponta as contradições do “milagre” sul-coreano. A Coreia do Sul, em menos de 40 anos, deixou de ser um dos países mais pobres do mundo para se tornar um dos mais avançados tecnologicamente (Amaral, 2012) e se atualmente apresenta um desempenho econômico invejável, tornou-se um paraíso do consumo e possui riquezas materiais abundantes, ainda apresenta grande desigualdade social, alta concentração de renda, desertificação de suas paisagens e a mais alta taxa de suicídios do mundo, “sendo permeada por um inferno de solidão e desespero” (Žižek, 2015, p. 25). Terá a Coreia do Sul realmente alcançado o sucesso almejado?

Em 2014, Michael Booth, um escritor britânico que mora na Dinamarca, causou polêmica com seu artigo publicado na edição impressa do jornal *The Guardian*, questionando uma certeza quase que absoluta: o de que a Escandinávia é o melhor lugar do mundo para se viver (Ricciardelli, 2014). Ao abalar o mito da utopia nórdica, Booth delata a nova incerteza pós-moderna que deixa de ser transitória, temporária e transponível para ser permanente e irredutível.

Esta incerteza permanente associada a ambiguidade estrutural da pós-modernidade, produz uma atemporalidade da noção de crise expressa pela sensação quase universal de que “atualmente as coisas estão melhores, no meu tempo era tudo mais difícil ou pior” ou “as coisas estão progredindo, veja só o desenvolvimento”. O problema do desenvolvimento e do progresso é que são sempre desiguais e criam instabilidades e antagonismos e ao mesmo tempo geram expectativas e ideais que não poderão ser

cumpridos ou alcançados. Provavelmente, tunisinos pouco antes da Primavera Árabe² apresentavam qualidade de vida melhor que em décadas anteriores, mas os padrões pelos quais a avaliavam haviam mudado, estavam mais altos e, portanto, geraram insatisfação e revolta culminando com o ato de desespero e automutilação de Mohamed Bouazizi (Žižek, 2015).

Žižek (2015, p. 28) conclui que "as pessoas não se rebelam quando 'as coisas realmente vão mal', mas quando suas expectativas são frustradas", o que corrobora com a ideia de Bauman (1998) que a tarefa coletiva de se estabelecer uma nova e melhor ordem que possa substituir a atual, defeituosa e insuficiente, não faz parte da agenda política contemporânea, foi redirecionada a um novo alvo. Sem uma redefinição estrutural, a pós-modernidade se constitui como uma continuação da modernidade, mas na qual nota-se uma liquefação das "sólidas" estruturas da antiga ordem social, sendo esta por sua vez, a principal marca da contemporaneidade que pode ser entendida como uma *modernidade liquefeita ou líquida* (Bauman, 2001).

Mas qual seria este novo alvo e que força é essa capaz de dissolver as forças que poderiam ter mantido a questão da ordem e do sistema na agenda política? Segundo Bauman (2001, p. 11), seriam "[os] grilhões e algemas que, certo ou errado, eram suspeitos de limitar a liberdade individual de escolher e de agir". Žižek (2015) vai além e pergunta quem ou o que teria essa autoridade de suspender as decisões de representantes do povo, democraticamente eleitos, e encontra suas respostas nas palavras de Hans Tietmeyer, um dos presidentes do *Deutsches Bundesbank*: "o plebiscito permanente dos mercados globais" (Žižek, 2015, p. 45). Observa-se assim a lógica que permite ao mundo contemporâneo suspender a democracia:

...os mercados são mais democráticos do que as eleições parlamentares, pois neles o processo de voto continua permanentemente (e é permanentemente refletido nas flutuações do mercado) e num nível global – não apenas a cada quatro anos e dentro dos limites de um Estado-nação. A ideia subjacente é que libertas desse controle superior dos mercados (e de seus especialistas), as democráticas decisões parlamentares são "irresponsáveis". (Žižek, 2015, p. 45-46).

Entretanto, esse discurso não passa de uma miragem, pois são exatamente esses padrões, códigos, regras e regulamentações que funcionam como pontos de apoio na

² Primavera Árabe foi uma onda de protestos e manifestações populares contra governos do Oriente Médio e do norte da África a partir de 18 de dezembro de 2011, devido à crise econômica, falta de democracia, elevadas taxas de desemprego e a piora das condições de vida.

incerteza cotidiana. A ausência dessas balizas de orientação não aumenta a liberdade para que se possa construir modos de vida segundo vontades individuais e independentes da sociedade. Um exemplo disso, seria a impossibilidade de realização do projeto da década de 90, que a partir da lógica de gratuidade e quebra de fronteiras estabelecidas pelo advento da internet, buscava uma não regulamentação e uma maior liberdade para as transações comerciais que poderiam ser mais personalizadas e livres. O resultado foi exatamente o oposto, com a desculpa de garantir um mercado mais justo e que assegurasse o maior bem de uma nação, sua produção intelectual, houve um aumento exponencial da regulamentação das leis de direitos autorais e do fluxo de capital pela *internet* (Žižek, 2015).

Na esfera microeconômica existe uma distinção entre liberdade “formal” e “real”. A liberdade de escolha só é possível se existir uma malha quase infindável de condições (jurídicas, educacionais, éticas, econômicas, culturais, sociais e outras). É necessária uma série de regulamentações que são tão ordinárias que se tornam invisíveis, para que se possa gozar de uma liberdade não regulamentada. O resultado da ausência dessa malha seria uma liberdade de escolha, sem escolha. A Saúde Suplementar no Brasil é um bom exemplo desta liberdade sem liberdade, a falta de regulamentação, os aumentos abusivos e a crise econômica brasileira fizeram com que mais de 3 milhões de pessoas deixassem de poder escolher ter ou não um plano de saúde particular, o que impactará no Sistema Único de Saúde (SUS) e limitará ainda mais na possibilidade de se “escolher” ter ou não acesso a atenção à saúde (Silva, 2018; Mendonça, 2018)

Bauman (1998 & 2001) reforça essa ideia de que o resultado da ausência de regulação não é o mesmo que liberdade para o indivíduo, mas seu avesso:

A rigidez da ordem é o artefato e o sedimento da liberdade dos agentes humanos. Essa rigidez é o resultado de “soltar o freio”: da desregulamentação, da liberalização, da “flexibilização”, da “fluidez” crescente, do descontrole dos mercados financeiro, imobiliário e de trabalho. (Bauman, 2001, p. 11)

A *modernidade líquida*, na busca pela liberdade, em todas as suas esferas, inaugura a queda dos grupos de referência e a ascensão de uma “comparação universal”, que em seu limite seria a expressão máxima da globalização. O que define esse processo de comparação é a incerteza instaurada, não existe um *à priori*, mas uma constante modificação dos critérios que definem ou julgam o valor do que seria correto, certo, bom, adequado ou mesmo desejado.

A metáfora contida na qualificação da modernidade como líquida, implica que diferentemente dos sólidos, os líquidos não mantêm sua forma com facilidade, sofrem uma constante mudança de forma e, portanto, não são capazes de delimitar uma posição no espaço. Os sólidos apresentam dimensões claras e demarcam o espaço, mas resistem a mudanças e neutralizam ou pelos menos diminuem a significação do tempo. Para os fluidos que estão constantemente prontos e propensos à mudança, o que importa é o tempo, mais do que o espaço, que, afinal, preenchem apenas por um instante. Os sólidos são estáveis em sua inércia, manter os líquidos em uma mesma forma requer um esforço constante, que é dado a cada momento.

Qual o resultado deste advento da *modernidade fluida* na condição humana? É exatamente este mundo de incerteza que alberga o sofrimento humano e confere-lhe sentido.

Freud (1988a), em seu clássico manuscrito de 1929: "*O mal-estar na civilização*", descreveu como sendo inerente à cultura e à organização em sociedade um certo mal-estar. Este seria inescapável e incurável e estaria associado a própria estrutura da linguagem, sua figura fundamental a angústia e seu correlato maior o sentimento de culpa inconsciente (Dunker, 2015 & Eidelsztein, 2016). Esta concepção de mal-estar o situa como uma condição para a existência humana como tal, sendo que a própria noção de humanidade estaria contida nele. A fundação da cultura e da civilização é sincrônica e indissociável da gênese do mal-estar.

Uma série de significações estão associados ao termo *mal-estar*. Este apresenta um sentido amplo e está associado desde aos problemas de natureza fisiológica como a doença, a indisposição e o incômodo, até questões existências que incluem a miséria moral, a aflição coletiva, a vulnerabilidade e o desamparo, passando por estados afetivos como a angústia, a inquietude, a tristeza e o "estar mal" (Dunker, 2015).

A ideia de pertencer a um lugar é de que esse lugar comporta exterioridade e remete a um entendimento de mundo como totalidade, no qual existem regras e formas que separam o exterior do interior e determinam o sentido de pertencimento. Pertencer torna a experiência de mundo como sendo da ordem espacial e, portanto, definindo um lugar ou posição. Neste sentido, para Dunker (2015): "o mal-estar não é apenas uma sensação desagradável ou um destino circunstancial, mas o sentimento existencial de perda de lugar, a experiência real de estar fora de lugar".

Em um mundo de incertezas cada vez mais presentes, como na contemporaneidade e sua *modernidade líquida*, essa sensação de fora de lugar ganha uma nova dimensão e, segundo Dunker (2011) permite a distinção de dois tipos de sofrimento: (1) o *sofrimento*

Quadro I - Depoimentos de estudantes brasileiros quanto a sua formação.

"Não há nada pior que as comparações com os colegas ou conhecidos que tiveram um desempenho promissor. Que ótimo que tiveram, mas muitas vezes essas comparações aumentam ainda mais as nossas dificuldades, pois nos sentimos cada vez mais pressionados a conseguir atingir determinado objetivo. Mas se isso não acontece é motivo para frustração, sensação de fracasso. O que acaba por interferir em todo o desempenho acadêmico". (idade não revelada, Rio Grande do Sul)

"Durante os quatro anos de cursinho para passar em Medicina sofri com ansiedade. Quando eu passei, respirei aliviada achei que aquela sensação chegaria ao fim. Mas não, na faculdade piorou". (30 anos, Rio de Janeiro)

"Pressão de todos os lados, carga horária enorme e professores prontos para te humilhar e para te dizer que aluno de Medicina 'tem que passar por isso mesmo'" (30 anos, Rio de Janeiro)

"Deixei de sair, de fazer atividades físicas e de me alimentar por conta do estresse". (18 anos, São Paulo)

"A pressão, o medo, a insegurança e a incerteza geram um transtorno que muitas vezes se torna um trauma para a vida toda". (idade não revelada, São Paulo)

Fonte: Catraca Livre, 2017

excessivamente nomeado, que se apresenta codificado sob formas, leis, princípios morais ou mesmo diagnósticos clínicos e (2) o *sofrimento insuficientemente nomeado*, que se manifesta como um mal-estar difuso, uma angústia transitória ou uma condição inerente a uma forma de viver. Desprende-se desta forma de entendimento do sofrimento, que este possui duas direções: uma que parte da relação do sujeito com o mundo e a outra dos efeitos do mundo no sujeito. Ambas são indissociáveis e, tanto demandam, como resultam em uma resposta do sujeito. Esta demanda nem sempre resultará em sofrimento, mas pode ser tanto a causa como consequência deste.

Examinar o sofrimento do estudante de Medicina, portanto, necessita um olhar nestes dois sentidos, que possa associar os desafios da contemporaneidade com as especificidades de ser tornar médico em tempos tão líquidos. Perceber os sintomas não como fenômenos isolados, mas como a resultante de processos individuais e de efeitos da cultura no indivíduo.

O sofrimento psíquico de estudantes universitários, em especial dos futuros médico, é uma preocupação desde as décadas de 20 e 30 (Strecker *et al.*, 1936; Strecker *et al.*, 1937; Morrison & Diehl, 1927). Atualmente a prevalência de ansiedade, depressão e esgotamento profissional durante a formação médica atingiram níveis alarmantes (Dyrbye & Shanafelt, 2016; Dyrbye *et al.*, 2014; Mazurkiewicz *et al.*, 2012; Van Verooij, 2015; WHO, 2017; Mayer *et al.*, 2016) com crescente taxas de ideação suicida e mesmo suicídio, sendo aquela estimada globalmente entre 7,4% a 24,2 % (WHO, 2017; WHO, 2014).

1.2. O MAL-ESTAR NA FORMAÇÃO MÉDICA

A agência de comunicação *Catraca Livre* (2017) realizou uma pesquisa coletando por meio de sua plataforma *online* a opinião de 2.130 universitários e vestibulandos. Dentre os participantes, 99% informaram que já passaram por quadros de estresse e ansiedade por conta da universidade ou curso pré-vestibular. Analisando os depoimentos de alguns destes estudantes (Quadro I) vemos que as preocupações de Morrison & Diehl de 1924, ainda continuam atuais: alguns universitários precisam de ajuda para lidar com seus problemas individuais e a maioria deles não está recebendo a ajuda que precisava. São descritas a pressão tanto para entrar na faculdade como dentro dela, a competitividade, a frustração, a humilhação e a falta de tempo para amigos e lazer.

A formação universitária é um momento de transição vivenciado pelos estudantes que implica em uma série de desafios como a construção de uma identidade profissional, adaptação ao novo espaço físico e de posição no mundo, perda das referências escolares, desligamento abrupto do grupo de amigos do colégio e o estabelecimento de novos vínculos (Hoirisch *et al.*, 1993). Durante a formação acadêmica os estudantes enfrentam o processo de transição para idade adulta, a consolidação dos papéis sexuais e sociais, resignificação de valores (éticos, morais, religiosos e culturais) e a formação de sua identidade pessoal e profissional (Scherer *et al.*, 2006).

Esta nova realidade, por si só, já seria geradora de sofrimento, angústia e ansiedade. Entretanto, a formação médica carrega em si outros desafios para o estudante. Em 1936, Strecker *et al.* alerta para as adversidades da formação médica de forma poética, mas que ainda impressiona pela atualidade:

Provavelmente, não há formação profissional que seja mais rigorosa em suas demandas. As tensões não são apenas físicas, mas mentais, emocionais e sociais. Não existe apenas a exigência intelectual de aprender um grande número de fatos... O efeito benéfico dos hobbies e os métodos mais usuais de relaxamento e diversão são frequentemente negligenciados pela pressão do trabalho. No estudo da Medicina, o estudante entra em contato com as grandes crises da vida, repetida e prematuramente, em comparação com estudantes de outras profissões. E as encontra em doses concentradas. Sofrimento, doença, morte os envolve diariamente. Nascimento, desesperança e morte, ele vê com frequência. Miséria, pobreza, tragédia são contatos frequentes. Coragem e fraqueza, esperança e desespero, amor e ódio, ele encontra de forma rígida. Nenhum treinamento profissional leva seus alunos tão jovens a um contato

tão íntimo com heroísmo e covardia, sabedoria e estupidez, as profundezas e exaltações da vida como o estudo da Medicina. Religião, ideais, costumes são agredidos e testados. A ética dissidente é encontrada diariamente. Portanto, a Medicina não é apenas uma pressão sobre a saúde física, mas uma tremenda pressão sobre as forças que contribuem para a estabilidade da personalidade.
(Strecker et al., 1936)

Será que este sofrimento é inerente a formação médica? Visto que muito precocemente, o estudante de Medicina é exposto à dor humana, às dificuldades do viver, às incongruências e contingências da vida em sociedade, às diferenças e desigualdades sociais e à dura realidade de muitos de seus pacientes e dos próprios serviços de saúde. Ou será a realização de sua impotência diante da morte, de doenças ou mesmo do sofrimento do outro que causam seu próprio sofrimento?

Mas se diversos estudos apontam que o aumento da empatia e da resiliência são fatores que promovem a saúde mental dos estudantes (Halpern *et al.*, 2014; Brazeau *et al.*, 2010; Hojat *et al.*, 2015; Park *et al.*, 2015; Thiriaux *et al.*, 2016; Thomas *et al.*, 2007), não será justamente este envolvimento precoce com os pacientes e seus problemas e a realização de suas limitações que operem como protetores contra o sofrimento psíquico dos futuros médicos?

Por outro lado, a competitividade dentro das escolas médicas e a cultura que a formação médica é dura (Silveira, 2017) e que “estudante de Medicina tem que sofrer” não seriam em parte responsáveis?

Uma terceira hipótese seria relacionada com a distância entre os ideais do *ser médico* e da *Medicina* e a realidade encontrada no curso e na própria profissão. A idealização de como serão o curso, a profissão, os professores, os preceptores, colegas, médicos dos hospitais, a relação com os pacientes e o que de fatos os futuros estudantes encontram em sua longa formação podem muitas vezes ser causa de frustrações, decepções e desilusões. A quebra destes ideais estaria relacionadas com: (1) as próprias características do curso que expõe o estudante diretamente com o mal-estar gerado tanto pelas limitações da vida humana como por viver em sociedade; (2) a dureza do ambiente educacional das escolas médicas que muitas vezes é caracterizado como competitivo e exigente, no qual os alunos referem sofrer assédio e humilhações; e (3) as crescentes demandas do curso que levam a privação de fontes de prazer e relações significativas (Tempiski et al. 2012; Silveira, 2017; Silver & Gliken, 1990; Kay, 1990). Como demonstram os depoimentos de estudantes de Medicina em reportagem da folha de São Paulo (Collucci, 2017):

A formatura está próxima e a realidade da profissão vai matando as ilusões dos tempos de calouros. Há disputas infantis por notas, muitas divulgadas nominalmente.

Além do cansaço mental, da desumanização cotidiana, temos que ter a cabeça tranquila para estudar doenças.

Em apenas dez semanas de duração, somos cobrados sobre fisiopatologia das doenças, sobre diagnósticos e sobre quais exames solicitar para excluir ou confirmar hipóteses [diagnósticas].

...não existe tempo suficiente para atividades que não estejam ligadas ao mundo médico. As aulas começam às 8h e terminam às 18h quase todos dias.

Tempiski *et al.* (2012), realizaram um estudo em seis escola médicas brasileiras, no qual 56 alunos do primeiro ao sexto participaram em grupos focais com o objetivo de explorar como é a vida dos estudantes de Medicina. Os autores concluem que a percepção dos entrevistados é que sua qualidade de vida no curso é pior do que em outros contextos da sua vida, como demonstram outros estudos (Enns *et al.*, 2016; Peleias *et al.*, 2017). No entanto, os estudantes parecem aceitar que sacrifícios e dificuldades são necessários para que se tornem médicos, ou seja, que fazem parte da formação médica. As principais fontes de insatisfação dos alunos referidas pelos autores foram relacionadas ao ambiente de aprendizagem e ao currículo, bem como a falta de tempo, o excesso de trabalho e estudos e a falta de profissionalismo de alguns professores, preceptores e supervisores. Esse aparente paradoxo de se sacrificar para atingir o objetivo de se tornar médico, parece reforçar a cultura de que para se tornar médico é necessário sofrer (Tempiski *et al.* 2012; Silveira, 2017; Silver & Gliken, 1990; Kay, 1990). Algumas das falas colhidas nos grupos focais ajudam a ilustrar o sofrimento do estudante de Medicina:

*É como ter um bebê, sabe? O bebê rouba sua vida pessoal, seu tempo, sua namorada, suas horas de sono e ocupa espaço em sua casa. No entanto, você é completamente louco por ele ou ela. Este é o mesmo sentimento na escola de Medicina, é ótimo. (Tempiski *et al.*, 2012, p.3)*

*A faculdade de Medicina promove o crescimento pessoal. (Tempiski *et al.*, 2012, p. 5)*

O mínimo que posso fazer é me esforçar o máximo que posso."
(Tempiski et al., 2012, p. 5)

A pressão no programa médico é grande." (Tempiski et al., 2012, p.5)
Qualidade de vida é conseguir atingir meu objetivo em vida."
(Tempiski et al., 2012, p. 4)

Durante a faculdade de Medicina você nem tem tempo para chorar, sonhar e pensar na namorada que você perdeu." (Tempiski et al. 2012, p. 4)

Você vê muitos estudantes de Medicina adoecendo, ficando para baixo, negligenciando o próprio corpo, incapaz de refletir sobre essas coisas. (Tempiski et al., 2012, p. 5)

Esta realidade não é diferente nos Estado Unidos. A agência *Student BMJ*, em uma matéria (Sayburn, 2015) sobre o bem-estar de estudantes de Medicina, descreve a cultura das faculdades de Medicina norte-americanas. Segundo a autora, existe uma natureza competitiva e perfeccionista dos próprios estudantes de Medicina e uma crença que tanto médicos como estudantes não podem ficar doentes. Interessante notar como as mesmas queixas dos estudantes brasileiros estão presentes nos norte-americanos (Sayburn, 2015):

... os médicos acreditam e esperam que os alunos acreditem que somos invencíveis, não podemos ficar doentes.

Muitas pessoas no curso têm expectativas muito altas de si mesmas, uma atitude perfeccionista. Queremos fazer bem, ser o melhor, ir bem nos exames. Mas quando você precisa tirar um tempo porque não está bem, isso é visto como uma fraqueza. Mancha a imagem do herói.

Imediatamente, no início da faculdade de Medicina, você está ciente de que as pessoas ao seu redor não são apenas seus pares, mas concorrentes e futuros colegas de trabalho. Você está construindo relacionamentos que importarão mais tarde em sua carreira.

Eu nunca posso tirar um tempo dos meus estudos

Silveira (2017) realizou 13 grupos focais com 120 estudantes do último ano do curso médico para investigar a formação da identidade médica. A maioria dos participantes concentrou suas narrativas em aspectos negativos, experiências ruins e até mesmo assédio. A autora sugere que existe uma cultura na formação médica de que para se tornar um médico são necessários sacrifícios. As expectativas não realizadas, as dificuldades encontradas, os maus exemplos e as más vivências nas clínicas e hospitais acabam culminado em uma série de reações dos estudantes como raiva, culpa, agressividade, cinismos e distanciamento emocional (Silveira, 2017).

A estrutura atual da vida acadêmica dos estudantes de Medicina repleta de pressões, a constante ameaça de fracasso acadêmico e profissional, a cultura dentro das instituições e as decepções com o curso estão diretamente relacionadas, assim, relacionados com os agravos à saúde mental dos futuros médicos. Neste contexto, entende-se que as exigências e pressões da formação médica representam uma ameaça para o bem-estar pessoal e para a saúde mental dos futuros médicos, gerando elevados índices de ansiedade e depressão (Baldassin *et al.*, 2008; Baldassin, 2010; Bore *et al.*, 2016; Bassols *et al.*, 2014; Chang *et al.*, 2012; Dyrbye, 2006; Dyrbye, 2006b; Hope & Henderson, 2014; Mayer, 2016; Serra *et al.*, 2015; Tabalipa *et al.*, 2015; Van Venrooij *et al.*, 2015). Estudantes de Medicina estão expostos continuamente a fatores de estresse tanto físicos como psicológicos, destacando-se o contato precoce e contínuo com a morte e o sofrimento de pacientes e seus familiares, alta demanda de estudos e trabalho, alta competitividade entre pares, má supervisão e até mesmo assédio (Dyrbye & Shanafelt, 2016; Bore *et al.*, 2016; Outram & Kelly, 2014; Enns *et al.*, 2016; Peres *et al.*, 2016; Thomas *et al.*, 2007).

Vários estudos apontam para uma prevalência aumentada de distúrbios emocionais e psicológicos em estudantes de Medicina quando comparados com a população geral pareada para a idade (Dyrbye *et al.*, 2014; Dyrbye & Shanafelt, 2016) e com estudantes universitários de outras áreas (Bacchi & Licinio, 2015; Dyrbye & Shanafelt, 2016). Entretanto, Brazeau *et al.* (2014) ao avaliarem a saúde mental de ingressantes do curso médico, perceberam que estes apresentavam índices semelhantes ou até melhores de que ingressantes de outros cursos, concluindo que entrar na escola médica parece influenciar negativamente a saúde emocional e psicológica dos estudantes.

Ansiedade e depressão estão associadas ao esgotamento profissional ou *burnout* (Dyrbye & Shanafelt, 2016; Bore *et al.*, 2016; Dyrbye *et al.*, 2006; Hope & Henderson, 2014; Costa *et al.*, 2012; Chang *et al.*, 2012; van Venrooij, 2015; Mazurkiewicz, *et al.*, 2012), uma síndrome caracterizada pela dedicação exagerada à atividade profissional, o desejo de ser o melhor e a necessidade de ter realização, sucesso e reconhecimento profissional (Maslach & Jackson, 1981; Maslach *et al.*, 1996).

Para além do impacto na vida pessoal dos estudantes este desgaste emocional prejudica o próprio desenvolvimento destes futuros profissionais e coloca em risco a segurança dos pacientes, levando ao aumento de erro médico, a uma piora do desempenho académico, desistência do curso, abuso de álcool e drogas ilícitas, diminuição do profissionalismo e piora do cuidado com o paciente e até o aumento de ideias suicidas (Walkiewicz *et al.*, 2012; Dyrbye & Shanafelt, 2016; Vasconcelos *et al.*, 2015; West, 2009; Paro *et al.*, 2014; Thiriaux *et al.*, 2016; Bore *et al.*, 2016).

Neste contexto é possível entender a relação entre todos estes distúrbios emocionais e psicológicos e empatia. Atualmente a empatia é reconhecida como uma das habilidades mais indispensáveis aos médicos e frequentemente é associada a melhoria da saúde dos pacientes e na qualidade do cuidado prestado, melhorando tanto o diagnóstico médico com a aderência ao tratamento. (Paro *et al.*, 2014; Thiriaux *et al.*, 2016; Dyrbye & Shanafelt, 2016; Thomas *et al.*, 2007; Hojat *et al.*, 2015; Brazeau *et al.*, 2010; Outram & Kelly, 2014)

Halpern *et al.* (2014) também descreve um efeito benéfico da empatia na qualidade de vida e bem-estar dos médicos, que avaliam a relação empática com pacientes como sendo geradora de maior satisfação profissional. Embora diversos estudos (Brazeau *et al.*, 2010; Hojat, *et al.*, 2015; Park *et al.*, 2015; Thiriaux *et al.*, 2016; Thomas *et al.*, 2007) estabeleçam uma associação entre empatia, esgotamento profissional, depressão e ansiedade, fica difícil definir uma causalidade. Será a diminuição da empatia a causa do estresse emocional ou o contrário, o aumento deste resultaria em menor empatia? Independentemente, tanto a diminuição da empatia como o aumento da ansiedade, depressão e esgotamento profissional estão associados e resultam em uma piora na qualidade de vida dos médicos, formados e em formação, e culminam com a piora da qualidade do cuidado de seus pacientes.

Recentemente, há um aumento nas publicações que descrevem formas de resiliência e sua associação com empatia, esgotamento profissional, ansiedade e depressão. Indivíduos com maior resiliência apresentam menor intensidade de sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e maior empatia e melhor qualidade de vida (Bacchi & Licinio, 2016; Tempiski *et al.*, 2015; Dyrbye *et al.*, 2010; Howe *et al.*, 2012; Outram & Kelly, 2014; Oliveira & Machado, 2011; West *et al.*, 2016; Brazeau *et al.*, 2011; Rogger, 2016). Resiliência pode ser entendida como um processo sistêmico no qual indivíduos por meio de interações intrapsíquicas, sociais e culturais são capazes de, em diferentes contextos, transformarem situações aparentemente de risco ou vulnerabilidade em fontes de aprendizagem e desenvolvimento de competências ou habilidades para enfrentamento destas mesmas adversidades (Tempiski *et al.*, 2012;

Tempski *et al.*, 2015; Felgueiras *et al.*, 2010; Howe *et al.*, 2012; Oliveira & Machado, 2011; Rutter, 2012).

Este estudo propõe avaliar a associação entre esgotamento profissional, ansiedade, depressão, resiliência e empatia e compreender a relação entre estas variáveis. Entretanto, esta tarefa é mais difícil do que aparenta, pois nela estão contida uma complexidade intrínseca que pode passar despercebida devido ao reducionismo proposto em uma formulação tão condensada. Um segundo questionamento seria quanto ao objeto de estudo: a compreensão do que seria causalidade, por exemplo, é a mesma quando comparamos variáveis físicas, como temperatura e pressão, ou variáveis mais conceituais como classes sociais, gênero, sofrimento psíquico e sintomas de ansiedade e depressão?

1.3. POR QUE A PSICANÁLISE?

Beer (2017) defende que a partir das formulações de Khun, a concepção de ciência apresenta uma inversão, na qual o método científico estaria subordinado ao seu objeto de estudo. Segundo Khun (2013), se um objeto não pode ser assimilado pelo paradigma atuante, um novo deve ser criado para atender as novas exigências do objeto como fenômeno, levando a uma certa autonomia do conhecimento em relação a realidade.

Essa autonomia pode ser entendida como uma distinção entre realidade e a definição de conhecimento como representação da realidade. Para Hacking (2012), a realidade se conjuga com suas representações de modo que tanto as representações criam realidades, como as realidades evocam modos de serem representadas. A partir de um mesmo fenômeno ou observação, diferentes representações podem ser criadas. A inversão proposta por Khun indica que não existe nenhum critério que garanta que certa representação da realidade seja melhor que outra (Beer, 2017) e defende que a ciência não deve se posicionar em relação à realidade nem em uma relação unívoca, nem a partir de uma ruptura completa.

A realidade científica assim definida rearticula as formulações teóricas e a experimentação: ao mesmo tempo que a ciência propõe modelos explicativos e de compreensão da realidade, ela intervém no mundo, de modo que a realidade representada é também por ela criada. A experimentação deixa de ser a mera verificação da teoria abstrata dentro de uma racionalidade científica e se torna a

criadora de uma nova realidade, esta, por sua vez, seria a mola propulsora de todo o desenvolvimento científico e da própria teoria que o sustenta (Beer, 2017).

Retomando a questão acerca do objeto de estudo, Hacking (2012) propõe que é possível estabelecer a existência de entidades não diretamente observáveis. Se uma entidade hipotética pode ser utilizada em um experimento de modo a produzir ou explicar um fenômeno, tem-se que no mínimo ele existe. Neste sentido, a realidade de uma entidade é definida pelo reconhecimento de sua potência causal: “com base nesses princípios tratemos como real aquilo que podemos utilizar para intervir no mundo de forma a afetar algo, ou aquilo que o mundo utiliza para nos afetar” (Hacking, 2012, p.231).

Essa mudança de caráter de uma entidade teórica inferida para uma entidade que pode ser utilizada em experimentos não significa que tudo que se possa pensar a partir de um experimento exista (Beer, 2017). Entretanto, uma vez que algo produza fenômenos ou efeitos, “tem-se aí não mais uma inferência, mas um sinal da existência de uma entidade” (Beer, 2017).

Assim, a possibilidade de questionamento da teoria estabelecida e o reconhecimento de novos fenômenos que mostrem a insuficiência do conhecimento construído permitem articulações entre campos do saber distintos. O que faz com que a afirmação de Lacan (1995a, p. 877) que a oposição entre as ciências exatas e ciências conjecturais não são mais sustentadas, principalmente porque a conjectura é passível de um cálculo exato (probabilidade) e em que a exatidão baseia-se apenas num formalismo que separa axiomas e leis de agrupamento dos símbolos.

A partir deste posicionamento pode-se definir o objeto deste estudo e suas articulações teóricas. Define-se como objeto deste estudo o **mal-estar na formação médica**, e, como já descrito, este apresenta dois componentes: o *sofrimento excessivamente nomeado* e o *sofrimento insuficientemente nomeado*. Apesar de não ser possível uma aferição direta do sofrimento, pode-se observar e medir seus efeitos.

Os sintomas de ansiedade e depressão quando avaliados de forma quantitativa e fenomenológica, como em questionários autoaplicáveis de triagem ou percepção de sintomas, emoções ou sensações, são uma forma indireta de se verificar este sofrimento, tanto em sua vertente insuficientemente nomeado, como na excessivamente nomeada. Freud (1988b) aponta que a angústia é um estado idiossincrático ou inerente ao ser humano e sua função primordial é evitar uma situação de perigo, seja ele de origem interna (psíquica), como externa. O sujeito responde a esta angústia com sintomas ou inibições, que em última instância, são as formas de

defesa contra a angústia. O sintoma como defesa, ao mesmo tempo que é a expressão desse mal-estar relacionado com a cultura e, portanto, difuso e mal nomeado; resulta como resposta direta a um estado de perigo conhecido e, portanto, circunscrito e bem nomeado.

A partir do momento que uma causa, explicação ou mesmo associação, mesmo que hipotética, possa dar algum sentido, ou mesmo significado ao sofrimento, este ganha uma localização, uma temporalidade e uma modalidade. Esta última é muitas vezes confundida como a causa do sofrimento. O sujeito situa seu sofrimento ao dizer que: *sofre quando algo acontece* ou que *sofre neste local ou nesta situação* e indica seu modo de sofrer ao falar que: *sofre de(por) amor*, *sofre por causa de alguém*, ou ainda *por preocupação*. Sofrer por alguém ou algo, apesar de sugerir a causa do sofrimento, indica o modo pelo qual se sofre por determinado objeto, que pode ser trocado sem que a modalidade do sofrimento se altere. Sofre por amor e sofrer por causa de alguém, ou ainda pela falta de alguém, são equivalentes. Apesar de causas diferentes, o modo parece relacionado com o jeito de se relacionar com o outro.

Essa nomeação do sofrimento, quando transportada para a Medicina, pode ser identificada na relação do estudante com seu fazer, com as instituições (escola, hospitais, Unidades de Saúde, dentre outras) e na relação com os outros. O esgotamento profissional (*burnout*) e a empatia localizam o mal-estar do fazer médico, na relação com o outro, no próprio trabalho médico ou nos estudos.

Sintomas de ansiedade e depressão, esgotamento profissional e empatia albergam tanto a resposta do sujeito ao mal-estar, como o efeito deste no sujeito. A resiliência, em contrapartida, privilegia a posição do sujeito em relação a este mal-estar e, apesar, de não ser uma medida isolada desta, pode ser uma medida indireta da relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo.

A psicanálise como campo de saber, ocupa lugar singular para estudar o sofrimento, visto que nasceu como resposta direta ao mal-estar na cultura (Eindelman, 2016). A ciência pode ser entendida como uma modalidade determinada de se operar com o Saber, ou seja, de se estabelecer ligações, associações e dar sentido a uma rede de significantes, a partir de uma certa concepção. A psicanálise neste sentido se aproxima da ciência, mas por ter como fundação a ideia de inconsciente, alerta que toda concepção teórica não é toda, mas sim uma representação da realidade, dentre várias.

Freud (1988c) já propunha uma articulação entre a psicanálise e outras disciplinas. Como parte deste estudo, pretende-se interpretar os resultados encontrados usando-se a psicanálise como referencial teórico. Tavakol & Sandars (2014a; 2014b), discutem

a importância dos aspectos quantitativos e qualitativos das pesquisas em educação médica. O objetivo final de ambos métodos é obter novos conhecimentos e, em seguida, adicioná-lo a um corpo pré-existente de saber e, ao fazê-lo, transformá-lo de forma útil a fim de gerar e desenvolver novas fontes de conhecimento e criar percepções únicas que ampliem o entendimento humano. Embora a pesquisa quantitativa seja diferente da pesquisa qualitativa, ambos os métodos permitem que sejam gerados novos conhecimentos para melhorar a credibilidade tanto das teorias sobre a educação médica como sua prática.

A associação de métodos diferentes de pesquisa permite produzir modalidades diferentes de conhecimento e, assim, produzir novas realidades sobre um fenômeno ou objeto. As diferenças e complementariedade entre métodos qualitativos e quantitativos é bem descrita por Tavakol & Sandars (2014b):

Pesquisadores quantitativos estão preocupados com a objetividade do fenômeno em estudo. Eles controlam, manipulam e testam hipóteses, a fim de generalizar os resultados para uma população alvo. Pesquisadores qualitativos, por outro lado, estão preocupados com a subjetividade do fenômeno em estudo. Eles não estão interessados na quantificação de associações ou na busca de inferências de causa e efeito. Eles estão interessados em captar “insights” e entendimentos, que são baseados nas experiências e interpretações dos participantes, a fim de explorar as implicações e significados do fenômeno sob investigação... Há um corpo crescente de evidências que sugerem a combinação de métodos qualitativos e quantitativos são importantes, embora possa levar tempo para entender que ambos os métodos não se contradizem, mas se complementam. (Tavakol & Sandars, 2014b, p. 847)

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi analisar o sofrimento dos alunos de Medicina por meio das associações entre sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e suas relações com empatia e resiliência.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar a presença e intensidade dos sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional nos estudantes de Medicina;
2. Avaliar as diferenças nos escores de resiliência e empatia de acordo com os sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional nos estudantes de Medicina;
3. Descrever as diferenças de gênero e entre os anos do curso nas associações encontradas;
4. Analisar os itens dos questionários utilizados no estudo: IDATE-E, IDATE-T, IDB, RS-14, MBI e EMRI;
5. Interpretar os resultados, usando a teoria psicanalítica como arcabouço teórico.

Este estudo é parte do projeto VERAS (Vida de Estudantes e Residentes da Área da Saúde), um estudo multicêntrico envolvendo 22 escolas médicas brasileiras, criado para avaliar qualidade de vida, competências emocionais, ambiente educacional e estresse emocional de estudantes e residentes de profissões da saúde (Paro *et al.*, 2014; Tempski *et al.*, 2015; Mayer *et al.*, 2016).

O projeto VERAS foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cede do projeto, e pelos conselhos de todas as instituições envolvidas, protocolo de pesquisa nº 181/11 (Anexo I). Contou com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em projeto aprovado no edital 24/2010 – Pró-Ensino na Saúde

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado por meio de assinatura eletrônica em que a confidencialidade e o anonimato foram garantidos. A participação no estudo foi voluntária, sem qualquer compensação financeira. Foi assegurado a todos os participantes acesso aos dados e resultados do estudo.

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, baseado em questionários autoinformes. Os dados foram coletados entre agosto de 2011 e agosto de 2012 por meio de uma plataforma eletrônica de pesquisa, especificamente desenvolvida para este fim. Estudantes aleatoriamente selecionados receberam por e-mail um link com o URL para acessar os questionários.

No período da coleta de dados, existiam no Brasil 153 escolas médicas com no mínimo uma turma formada e aproximadamente 86.000 estudantes de Medicina. Os critérios de inclusão para a seleção das instituições foram: (1) ter formado pelo menos uma turma de Medicina; (2) ser reconhecida pelo Ministério da Educação; (3) possuírem um grupo de investigação disposto a participar do estudo; (4) ter anuências dos gestores do curso, por meio de assinatura de termo de consentimento pelo diretor ou coordenador do curso e (5) ter 50% dos questionários respondidos ao término do prazo de coleta de dados. Inicialmente, foram convidadas 40 escolas, sendo que 31 confirmaram a participação e apenas 22 preencheram todos os critérios para serem incluídas no estudo (Quadro II).

Quadro II - Caracterização das escolas médicas participantes do estudo

Nome da Escola Médica	Cidade - UF	Natureza Jurídica	Ano de abertura	Vagas/Ano
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública	Salvador-BA	Pública	1953	190
Faculdade de Medicina de Marília	Marília -SP	Pública	1966	80
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	São José Rio Preto- SP	Pública	1968	64
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba	João Pessoa - PB	Privada	2004	100
Faculdade Evangélica do Paraná	Curitiba -PR	Privada	1969	100
Faculdade de Medicina do ABC	Santo André- SP	Privada	1969	100
Fundação Universidade Federal de Rondônia	Porto Velho- RO	Pública	2002	40
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	Porto Alegre- RS	Privada	1970	74
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	São Sorocaba-SP	Privada	1950	100
Universidade de São Paulo	São Paulo- SP	Pública	1950	175
Universidade Estadual do Piauí	Teresina- PI	Pública	1998	84
Universidade Federal do Ceará	Sobral- CE	Pública	2000	80
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Porto Alegre- RS	Pública	1961	88
Universidade Federal de Goiás	Goiânia-GO	Publica	1960	110
Universidade Federal de Mato Grosso	Campo Grande- MS		1967	80
Universidade Federal do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro- RJ	Pública	1808	192
Universidade Federal do Tocantins	Palmas- TO	Pública	2007	80
Universidade Federal de Uberlândia	Uberlândia- MG	Pública	1968	80
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	Botucatu- SP	Pública	1962	90
Centro Universitário Serra dos Órgãos	Teresópolis-RJ	Privada	1970	144
Universidade de Fortaleza	Fortaleza- CE	Privada	2006	120
Universidade de Passo Fundo	Passo Fundo- RS	Privada	1969	80

Apesar das escolas participantes do projeto terem sido selecionados por conveniência, tinha-se como objetivo garantir que a amostra representasse a diversidade das escolas médicas brasileiras quanto à localização geográfica (duas da região norte, duas da região centro oeste, quatro da região nordeste, nove da região sudeste e quatro da região sul), tipos de urbanização (13 nas capitais estaduais e nove em outras cidades), natureza jurídica (13 públicas e nove privadas) e método de ensino (tradicional e aprendizado baseado em problemas – ABP).

3.2. AMOSTRA

A amostra ($n=1650$) foi calculada com nível de significância de 0,05, poder estatístico de 80%, capacidade de detectar tamanhos de efeito de 0,165 entre dois grupos com o mesmo tamanho e prevendo uma perda de 30% de respostas. Em cada escola participante, ao menos 60 estudantes de Medicina, estratificados por sexo e ano do curso, isto é, cinco homens e cinco mulheres para cada um dos seis anos, foram selecionados aleatoriamente por meio de listas de números arbitrários geradas por computador.

Os participantes tiveram um período de dez dias para responder aos questionários na plataforma online. No caso de não completarem a pesquisa, um outro estudante era selecionado da mesma maneira, até um máximo de duas substituições. Após terminarem de responder todos os questionários, os participantes recebiam feedback sobre suas pontuações. Todos tiveram oportunidade de entrar em contato com os pesquisadores para orientação ou apoio emocional.

3.3. COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada com a colaboração de pesquisadores locais em cada escola médica participante. Primeiramente, estes pesquisadores participaram de uma oficina sobre o Projeto VERAS, que tinha como objetivo apresentar o projeto, esclarecer dúvidas, assim como explicar o recrutamento dos estudantes, sorteio aleatorizado e preenchimento dos questionários na plataforma *on-line*.

Os estudantes de Medicina foram convidados para participar do estudo de forma coletiva e presencial, pelo pesquisador local da escola médica. Os estudantes sorteados aleatoriamente receberam o convite individual, enquanto que os não sorteados tiveram a oportunidade de participar como voluntários. No presente estudo foram considerados, para análise, apenas os dados dos estudantes sorteados.

A plataforma *on-line*, batizada de Plataforma VERAS foi desenvolvida pelos pesquisadores do projeto VERAS com o objetivo de sistematizar a coleta de dados e garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes. O sistema utiliza páginas dinâmicas em HTML e linguagem *Perl*, com suporte para banco de dados MySQL, escolhidos em função de ser de uso gratuito (*freeware*). O sistema é acessível a qualquer um pelo endereço eletrônico: www.veras.logicamix.com

Ao acessar a plataforma pela primeira vez, o participante foi direcionado para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). Após leitura, preenchimento e aceitação do mesmo, o sistema gera automaticamente um “login” e senha que são enviados para o e-mail cadastrado. Com estes dados, o participante pode entrar no sistema e acessar o questionário sociodemográfico e, após sua conclusão, os demais questionários, que foram oferecidos de forma aleatória. Com o objetivo de garantir que os questionários fossem respondidos na sua íntegra, o acesso ao próximo só era permitido após a finalização do anterior. O tempo de resposta para se completar todos os questionários variou de 50 a 120 minutos.

Os respondentes tiveram um prazo máximo de 10 dias para responder todos os questionários disponíveis na plataforma VERAS e receberam lembretes por e-mail a cada dois dias caso houvesse questionários incompletos durante esse prazo. Após responderem todos os questionários, os estudantes tinham acesso a um relatório individual gerado automaticamente pelo sistema com a interpretação dos seus escores.

A equipe de pesquisa disponibilizou um canal de contato, caso o estudante desejasse discutir seus resultados, ou precisasse de suporte emocional. Os respondentes foram também orientados quanto a possibilidade de buscar auxílio junto ao pesquisador local.

Com o objetivo de assegurar a qualidade da coleta de dados e minimizar perdas, foram desenvolvidas estratégias motivações e de seguimento dos pesquisadores locais: (1) reuniões frequentes entre os pesquisadores locais e a coordenação do Projeto Veras; (2) *Newsletter* eletrônico (VERAS News); e acompanhamento personalizado de cada IES participante por um pós-graduando.

3.4. INSTRUMENTOS

A plataforma VERAS utiliza questionários sociodemográficos, de autoavaliação e escalas consagradas pelo amplo uso em estudos internacionais com versões brasileiras validadas. No presente estudo os seguintes instrumentos foram usados (Anexo III):

1. **Questionário Sociodemográfico** para identificar idade, sexo e ano do curso.
2. **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)** desenvolvido por Spielberger em 1970 (Spielberger *et al.*, 1983) e adaptadas para o Brasil por Biaggio & Natalício (1979). Atualmente, é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a ansiedade geral (Andade *et al.*, 2001; Guillén-Riquelme, 2014; Fioravanti *et al.*, 2006). O IDATE é um

questionário autoaplicável composto de duas escalas distintas, com 20 afirmações cada, que avaliam: a *Ansiedade Traço* (IDATE- T) e a *Ansiedade Estado* (IDATE- E).

3. **Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI)**, criada por Davis em 1980, a partir de um modelo multidimensional de empatia, que permitisse uma avaliação independente dos domínios cognitivo e afetivo (Davis, 1980). A versão brasileira é composta por 21 afirmações divididas em três subescalas: *Consideração empática, Tomada de perspectiva e Angústia pessoal* (Koller *et al.*, 2001; Sampaio *et al.*, 2011).
4. **Escala de resiliência do Wagnild e Young**, é o primeiro e mais utilizado instrumento para medir resiliência (Wagnild & Young, 1993; Wagnild, 2009). Apresenta uma versão com 14 questões (**RS-14**) agrupadas em cinco domínios - *Autoconfiança* ou *autoestima*, *Sentido da Vida*, *Serenidade*, *Perseverança* e *Autossuficiência* - que foi traduzida e validada para o português, por Pesce *et al.* (2005).
5. **Inventário de Burnout de Maslach (MBI)** é o instrumento mais utilizado na identificação do esgotamento profissional (*Burnout*) e foi desenvolvido por Maslach & Jackson (1981). Atualmente existem três versões deste questionário, optou-se por utilizar a versão original da escala, o MBI – Human Services Survey (MBI-HSS). O MBI-HSS tem a vantagem de ter sido traduzido, adaptado e validado para ao Brasil (Carlotto & Câmara, 2007) e apresentar uma padronização dos escores sugestivos da síndrome de esgotamento profissional (notas de corte), além de ser amplamente utilizada nos estudos em educação médica (Dyrbye & Shanafelt, 2016). A versão atual contém 22 afirmações divididas em três domínios: *Exaustão Emocional*, *Despersonalização* e *Realização Pessoal*. Para este estudo o MBI-HSS foi adquirido online em sua versão em português do Brasil na Mind Garden Inc® (<http://www.mindgarden.com>).
6. **Inventário de Depressão de Beck (IDB)** foi desenvolvido no final da década de 50 (Beck *et al.*, 1961), sendo hoje a ferramenta de autoavaliação da depressão mais utilizada, tanto clinicamente, como em pesquisa (Richter *et al.*, 1998). Para este estudo usou-se a versão revisada em 1978 (BDI-1A), traduzida e adaptada para o português brasileiro (Gorenstein & Andrade, 1996; 1998). Consiste de 21 itens de múltipla escolha referentes à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, irritabilidade, retração social e diminuição de libido, dentre outros.

3.5. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis analisadas foram sexo, idade, ano do curso, esgotamento profissional, empatia, resiliência e sintomas de depressão e ansiedade. Os anos do curso foram estratificados em três períodos: ciclo básico (1º e 2º anos), ciclo clínico (3º e 4º anos) e internato (5º e 6º anos).

3.5.1. Intensidade dos Sintomas de Ansiedade

Ansiedade foi avaliada segundo a validação brasileira do IDATE (Biaggio & Natalício, 1979), na qual escores menores ou iguais 33 indicam baixa intensidade de sintomas ansiosos, maiores ou iguais a 50 indicam alta intensidade e valores intermediários (34-49), intensidade moderada, para ambas as escalas.

3.5.2 Intensidade dos Sintomas de Depressão

A intensidade do sintomas depressivos foram definidas usando-se os valores preconizados na literatura: menor ou igual a nove para intensidade mínima ou ausente dos sintomas de depressão; entre 10 e 17 para intensidade leve; 18 a 29 para moderada e maior ou igual a 30 para alta (Beck *et al.*, 1961; Gorenstein & Andrade, 1998; Richter, 1998). Devido ao baixo número de participantes com intensidade alta de depressão, esta intensidade de sintomas foi analisada juntamente com a moderada. Desta maneira foram obtidas três categorias de intensidade de sintomas depressivos: (1) ausente/mínima, (2) leve e (3) moderada ou alta.

3.5.3. Resiliência

Os cinco domínios do RS-14 referem-se a aspectos diferentes da resiliência que se articulam entre si para fornecer um escore global. Este indica a gradação de resiliência de um indivíduo que pode ser classificada em: Muito Alta- escores entre 91-98; Alta-escores entre 82-90; Moderadamente Alta- escores entre 74-81; Moderadamente Baixa- escores entre 65-73; Baixa- escores entre 57 -64- e Muito Baixa- escores entre 14-56 (Wagnild & Young, 1993; Wagnild, 2009). Neste estudo optou-se por analisar apenas o escore global da RS-14 e as categorias foram agrupadas da seguinte maneira: (1) Muito Alta e Alta; (2) Moderadamente Alta e Moderadamente Baixa e (3) Muito Baixa e Baixa, resultando em apenas três variáveis: (1) resiliência alta- escores globais de RS-14 entre 82-98; (2) resiliência moderada- escores entre 65-81 e (3) resiliência baixa- escores entre 14-64.

3.5.4. Intensidade dos Sintomas de Esgotamento Profissional

Para a análise do esgotamento profissional foram usados os valores sugeridos pelas próprias autoras do MBI para a população médica (Maslach *et al.*, 1996). Na subescala *Exaustão Emocional* valores menores ou iguais a 18 representam baixo grau de esgotamento profissional, maiores ou iguais a 27 alto grau de esgotamento profissional e valores intermediários (19-26), grau moderado. Na subescala *Despersonalização* valores menores ou iguais a cinco indicam baixo grau de esgotamento profissional, maiores ou iguais a 10, alto grau de esgotamento profissional e valores intermediários (seis a nove), grau moderado. Já na subescala *Realização Profissional*, valores maiores ou iguais a 40 significam baixo grau de esgotamento profissional e alta realização profissional, menores ou iguais a 33 alto grau de esgotamento profissional e baixa realização profissional e valores intermediários (34-39), grau moderado para ambos.

3.5.5. Empatia

As subescalas da EMRI estão relacionadas a conceitos diferentes, apesar de interligados do construto empatia e, portanto, foram analisadas separadamente em consonância com as orientações dos estudos originais da escala (Davis, 1980; Limpo *et al.*, 2013; Sampaio *et al.*, 2011). Não existem valores de corte preconizados. Para analisar-se esta variável, optou-se por categorizá-la de acordo com os tercis dos escores obtidos para cada subescala. Primeiro tercil equivale à baixa empatia, segundo tercil à moderada empatia e terceiro tercil à alta empatia. Para *Consideração empática*, alta empatia significa escores maiores ou iguais a 29, moderada entre 25 e 28 e baixa menores ou iguais a 24. Para *Tomada de Perspectiva* alta empatia refere-se a escores maiores ou iguais a 28, moderada entre 24 e 27 e baixa menores ou iguais a 23. Para *Angústia Pessoal* alta empatia representa escores maiores ou iguais a 22, moderada entre 18 e 21 e baixa menores ou iguais a 17.

3.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A confiabilidade dos dados foi verificada por meio da consistência interna dos instrumentos utilizados por meio do coeficiente α -Cronbach. Valores maiores ou igual a 0,7 indicam consistência interna satisfatória, valores entre 0,6-0,7 consistência interna questionável e abaixo de 0,6 que não há consistência interna dos dados (Cronbach, 1951; Cramer, 2002.)

Para avaliar a qualidade dos questionários, as ocorrências de efeito piso (porcentagem de respondentes com pontuação mínima no questionário) e teto (porcentagem de respondentes

com pontuação máxima no questionário) foram determinadas. Estabeleceu-se como ocorrência de efeito piso ou teto quando mais de 10% dos participantes apresentaram escore mínimo ou máximo respectivamente (Smith *et al.*, 2005)

As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências e proporções. Para sua análise utilizamos o teste *Qui-quadrado* para averiguar a significância e *tau b de Kendall* (τ) para verificar a força da associação, sendo que valores menores 0,10 corresponde a uma associação muito fraca entre as variáveis, entre 0,10 e 0,19 uma relação fraca, entre 0,20 e 0,29 moderada e acima ou igual a 0,30 forte (Cumming, 2012).

Idade é a única variável contínua e foi descrita em média e desvio padrão. Não foram encontradas diferenças significativas das médias de idades entre as categorias de nenhuma varável.

Foram construídos modelos de regressão ordinal com razão de chances proporcionais para testar as associações entre (a) esgotamento profissional e intensidade de sintomas de ansiedade e depressão e resiliência e (b) empatia e intensidade de sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e resiliência. Os modelos criados para analisar as relações entre esgotamento profissional e intensidade de sintomas de ansiedade e depressão e resiliência foram:

(1) Modelo bruto para as seguintes variáveis independentes:

- a. Intensidade de sintomas ansiedade-estado (IDATE-E),
- b. Intensidade de sintomas ansiedade-traço (IDATE-T),
- c. Intensidade de sintomas de depressão (IDB) e
- d. Resiliência (RS-14).

(2) Modelo ajustado para sexo, idade, ano do curso e todas as outras variáveis independentes: intensidade de sintomas de ansiedade (IDATE-E e IDATE-T) e depressão (IDB) e resiliência (RS-14).

Uma vez que na literatura é descrita a associação entre esgotamento profissional e empatia (Paro *et al.*, 2014; Hojat *et al.*, 2001; Thiriaux *et al.*, 2016; Brazeau *et al.*, 2010), os domínios daquele (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) foram incluídos como variáveis independentes nos modelos ajustados para análise da empatia. Assim, os modelos criados para analisar as relações entre empatia e intensidade de sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional e resiliência foram:

(1) Modelo bruto para as seguintes variáveis independentes:

- a. Intensidade de sintomas ansiedade-estado (IDATE-E),
- b. Intensidade de sintomas ansiedade-traço (IDATE-T),

- c. Intensidade de sintomas de depressão (IDB) e
- d. Resiliência (RS-14).

(2) Modelo ajustado para sexo, idade, ano do curso e todas as outras variáveis independentes: intensidade de sintomas de ansiedade (IDATE-E e IDATE-T) e depressão (IDB), resiliência (RS-14) e esgotamento profissional (MBI).

A qualidade de ajuste dos modelos foi verificada pelo *Qui-quadrado* do $\log^2$ da razão de verossimilhança entre os modelos e pelos testes de *Pearson* e *Deviance*. A suposição de razão de chances proporcionais foi testada pelo Teste das Linhas Paralelas. Nos resultados de todos os modelos foram apresentados os pseudo- R^2 de Nagelkerke, as razões de chance (RC) e seus respectivos intervalos de confiança 95% (Cumming, 2012).

Para todas as comparações, baixa intensidade de sintomas ansiosos, ausência de sintomas depressivos (ou sintomas mínimos), baixa resiliência, baixa empatia, baixo esgotamento profissional (baixa exaustão emocional, baixa despersonalização e alta realização profissional), sexo feminino e 1º e 2º anos do curso (ciclo básico) foram usadas como referências. O nível de significância foi fixado em 0,05 e a análise estatística foi realizada no software SPSS® versão 21.

3.7. ANÁLISE DE ITENS

Os itens de cada questionário foram avaliados de acordo com seu significado semântico e frequência de repostas. Uma vez que os instrumentos da pesquisa apresentavam características diferentes, optou-se por analisar a frequência de repostas respeitando-se essas diferenças. Para cada item do IDATE- E e do IDATE-T foram calculadas as frequências de resposta de acordo com a intensidade dos sintomas (baixa, moderada e alta). Estes instrumentos são respondidos por meio de em uma escala de Likert de quatro pontos (1-4). Para a apresentação dos dados, a pontuação das respostas "1" e "2" foram agrupadas, criando três grupos de respostas: "1-2", "3" e "4".

O IDB apresenta uma série de afirmativas diferentes, cada uma com pontuações diferente, mas que representam um núcleo semântico. Foram calculadas as frequências de resposta de acordo com a intensidade dos sintomas (ausente ou mínima, leve e moderada ou alta).

O RS-14 é composto por uma escala de Likert de sete pontos (1-7). Para a apresentação dos dados, a pontuação das respostas "1,"2" e "3" foram agrupadas, assim como a "5" e "6", fornecendo três grupos de respostas: "1-3", "4" e "5-6". O MBI também é preenchido por meio de uma escala de Likert de sete pontos (0-6), que foram agrupados da seguinte maneira: "0-2", "3-4" e "5-6". O EMRI contém outra escala de Likert de cinco pontos (1-5) que foram agrupados em: "1-2", "3" e "4-5".

Para a análise dos significados e agrupamento dos itens dos questionários partiu-se das concepções teóricas de narcisismo proposta por Freud (1988d) e Lacan (1981; 1995c) para se identificar grupos semânticos. Apesar do conceito de *eu* parecer natural e intuitivo, não é inato e, segundo estes autores, seria uma ação psíquica. Baseando-se na observação de bebês, Freud irá postular que existe um tempo de desorganização psíquica, chamada de autoerotismo, na qual existe uma *falta de si*. Esta falta representaria uma mistura entre o mundo e a própria existência (Whitaker, 2002; Freud, 1988d). A separação do mundo e dos outros seria concomitante à constituição de uma identidade e dependente de uma ação psíquica. Esta ação é o narcisismo.

Lacan (1981; 1995c), partindo da observação de crianças pequenas diante do espelho, associa este processo de formação do *eu* à identificação de uma imagem. Esta identificação que ocorreria em três tempos lógicos. No primeiro tempo, a imagem diante do espelho representaria um outro, desprovido de sentido. No segundo há um transitivismo, no qual se confundiria quem está olhando, com quem está sendo olhado. No último tempo então se daria o reconhecimento da imagem como minha e, portanto, a formação do *eu*. Entretanto, essa imagem não consegue dizer tudo o que alguém é, causando dúvida, o que faz com que a criança se dirija ao outro para confirmar se o que ela vê, é realmente ela.

Para a psicanálise (Whitaker, 2002; Freud, 1988d; Lacan 1981 & 1995c), desta imagem identificatória nascem dois ideais: (1) o **eu ideal**, que seria um ideal de completude, a imagem capaz de representar alguém por completo e, portanto, o ideal mítico a ser perseguido; (2) o **ideal de eu**, que seriam as construções de significados, as simbolizações e as identificações decorrentes do ideal imaginário de totalidade do eu ideal. O ideal de eu, está em constante modificação e representa todos os ideais de alguém, ou seja, seus sonhos, vontades, valores e teorias do que faz alguém feliz, bem sucedido e completo.

Justifica-se a leitura dos questionários a partir dessa concepção teórica, porque estudar Medicina é tanto um ideal em si mesmo, como um processo de identificação e de construção de uma identidade (Silveira, 2017; Cruess *et al.*, 2014; Cruess *et al.*, 2015; Cruess & Cruess, 2012; Helmich *et al.*, 2017). Ser médico é um ideal a se conquistar ao mesmo tempo que o curso de Medicina é um processo de identificações com formas de agir, pensar, trabalhar; com o tipo de médico que alguém quer ou pretende ser. Este processo de formação da identidade médica, como qualquer outra construção de identidade, está relacionado com a construção de uma imagem de si e com a criação de expectativas de como será o futuro e de como *eu* estarei e serei neste futuro.

4. RESULTADOS

Dos 1.650 alunos selecionados aleatoriamente, 1.350 (81,8%) aceitaram participar e completaram o estudo (Fig. 1). 274 estudantes (16,6%) não quiseram participar do estudo alegando falta de tempo, 13 (0,8%) não terminaram de responder todos os questionários e outros 13 (0,8%) tiveram seus dados perdidos devido a problemas técnicos da plataforma.

Figura 1- Fluxograma de perdas e número de participantes.

As características de nossa amostra são apresentadas de acordo com as categorias do Ansiedade- Estado e Ansiedade-Traço (Tabela 1), Depressão (Tabela 2), Resiliência (Tabela 3), Esgotamento Profissional (Tabela 4) e Empatia (Tabela 5). 714 indivíduos (52,9%) eram mulheres, 459 (34,0%) estavam no ciclo básico, 491 (36,4%) no ciclo clínico e 400 (29,6%) internato. Suas idades variaram entre 17 e 40 anos ($22,8 \pm 3$ anos).

A confiabilidade dos questionários e dados foi verificada para todos os domínios dos questionários utilizadas. O coeficiente α -Cronbach variou entre 0,60 e 0,93 e não foram observados efeito piso e teto (Quadro III). Com exceção da subescala despersonalização do MBI (α -Cronbach igual a 0,68) e da subescala angústia pessoal (α -Cronbach igual a 0,60), os questionários utilizados apresentaram alta confiabilidade (α -Cronbach maior que 0,70).

Quadro III – Qualidade dados (efeito piso e teto)* e confiabilidade dos questionários utilizados.

Questionário	Qualidade dos dados		Confiabilidade
	Escore máximo n(%)	Escore mínimo n(%)	α -Cronbach
IDATE- E	2 (0,2)	1 (0,1)	0,92
IDATE- T	3 (0,2)	1 (0,1)	0,93
IDB	55 (0,4)	2 (0,1)	0,87
RS-14	20 (1,5)	0 (0,0)	0,87
Exaustão Emocional (MBI)	4 (0,3)	1 (0,1)	0,85
Despersonalização (MBI)	87 (6,6)	0 (0,0)	0,78
Realização Profissional (MBI)	3 (0,2)	7 (0,5)	0,81
Consideração Empática (EMRI)	0 (0,0)	25 (1,9)	0,73
Tomada de Perspectiva (EMRI)	0 (0,0)	14 (1,4)	0,88
Angústia Pessoal (EMRI)	0 (0,0)	1 (0,1)	0,60

*Efeito piso: porcentagem de respondentes com escore mínimo $\geq 10\%$. Efeito teto: porcentagem de respondentes com escore máximo $\leq 10\%$. IDB - Inventário de Depressão de Beck; RS-14 - Escala de resiliência do Wagnild e Young versão abreviada; IDATE-E - Inventário de Ansiedade-Estado; IDATE-T- Inventário de Ansiedade-Traço; MBI - Inventário de Esgotamento Profissional de Maslach; EMRI - Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis.

4.1. ANSIEDADE

Entre os participantes, 1.103 (81,7%) e 1.155 (85,6%) foram classificados como apresentando intensidade de sintomas moderada ou alta para ansiedade-estado e ansiedade-traço, respectivamente (Tabela 1). Mulheres apresentam maior intensidade de sintomas de ansiedade do que homens, apesar da fraca associação entre ansiedade e sexo ($p < 0,001$; $\tau = -0,14$ para IDATE-E e $\tau = -0,16$, para IDATE-T). Entre as mulheres 36,1% ($n=258$) e 42,9% ($n=306$) apresentaram intensidade alta de sintomas para ansiedade-estado e ansiedade-traço respectivamente, enquanto que entre os homens esta prevalência foi de 23,9% ($n=152$) e 27,4% ($n=174$).

Não foram encontradas diferenças significativas para sintomas de ansiedade- tanto ansiedade-estado, como ansiedade-traço- entre os anos do curso e nem entre a média de idades.

Tabela 1- Distribuição, sexo e anos do curso do participantes do estudo de acordo com intensidade de sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E) e ansiedade-traço (IDATE-T).

	Ansiedade-Estado (IDATE-E)				Ansiedade-Traço (IDATE-T)				
	Baixa	Moderada	Alta	τ	Baixa	Moderada	Alta	τ	Total
Total (%)	247 (18,3)	693 (51,3)	410 (30,4)	–	195 (14,4)	675 (50,0)	480 (35,6)	–	1350
Idade (média $\pm$ DP)	22,7 $\pm$ 3,3	22,8 $\pm$ 2,8	22,8 $\pm$ 3,2	–	23,2 $\pm$ 3,5	22,8 $\pm$ 2,8	22,6 $\pm$ 3,1	–	22,8 $\pm$ 3,0
Sexo*									
Feminino (%)	103 (14,4)	353 (49,4)	258 (36,1)	- 0,14	78 (10,9)	330 (46,2)	306 (42,9)	-0,16	714 (52,9)
Masculino (%)	144 (22,6)	340 (53,5)	152 (23,9)		117 (18,4)	345 (54,2)	174 (27,4)		636 (47,1)
Ano do curso									
Ciclo básico (%)	90 (19,6)	223 (48,6)	146 (31,8)	–	64 (13,9)	218 (47,5)	177 (38,6)	–	459 (34,0)
Ciclo clínico (%)	88 (17,9)	254 (51,7)	149 (30,3)		67 (13,6)	257 (52,3)	167 (34,0)		491 (36,4)
Internato (%)	69 (17,2)	216 (54,0)	115 (28,7)		64 (16,0)	200 (50,0)	136 (34,0)		400 (29,6)

τ - coeficiente Tau b de Kendall; IDATE-E - Inventário de ansiedade-estado; IDATE-T- Inventário de ansiedade-traço. * $p < 0,05$ para todas as comparações.

4.2. DEPRESSÃO

A prevalência de sintomas de depressão também foi elevada (41,3%, $n=557$), mesmo que a maioria dos estudantes (58,7%, $n=793$) apresentaram intensidade de sintomas depressivos ausente ou mínima (Tabela 2). Entre aqueles com sintomas depressivos, a maioria ($n=386$, 69,1%) apresentou intensidade leve. Não foram encontradas diferenças significativas para sintomas de depressão entre os anos do curso. Apesar da fraca associação encontrada ($\tau=-0,15$, $p>0,05$), mulheres apresentam maior frequência de sintomas de depressão de intensidade leve a alta do que homens. 48,9 % das participantes ($n=349$) e 32,7% dos estudantes do sexo masculino ($n=208$) apresentam intensidade de sintoma leve e moderada ou alta, ou seja, entre os indivíduos com sintomas depressivos, 62,7% ($n=349$) eram do sexo feminino.

Existe uma forte associação entre intensidade de sintomas depressivos e ansiosos ($\tau=0,42$ e $\tau=0,52$ para IDATE-E e IDATE-T, respectivamente). Há um aumento progressivo da intensidade dos sintomas de ansiedade, tanto estado como traço concomitante ao aumento da intensidade dos sintomas de depressão. Indivíduos com escores mais elevados no IDB apresentam pontuações maiores no IDATE-E e IDATE-T (Gráfico 1) e esta associação foi estatisticamente significativa ($p<0,001$). A prevalência de sintomas de ansiedade moderada e alta foi aproximadamente duas vezes maior que a de presença de sintomas depressivos mínimos, assim, mesmo nestes últimos, a prevalência de sintomas ansiosos moderado e grave foi alta tanto para ansiedade-estado (72,9%, $n=578$) como para ansiedade-traço (76,1%, $n=549$).

Não foram encontradas diferenças significativas para sintomas de depressão entre os anos do curso e nem entre a média de idades.

Tabela 2- Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E) e ansiedade-traço (IDATE-T) dos participantes do estudo de acordo com intensidade dos sintomas de depressão (IDB).

Depressão – IDB					
	Mínima/Ausente	Leve	Moderada/Alta	τ	Total
Total (%)	793 (58,7)	385 (28,5)	172 (12,8)	–	1350
Idade (média $\pm$ DP)	22,8 $\pm$ 3,0	22,8 $\pm$ 3,2	22,7 $\pm$ 2,9	–	22,8 $\pm$ 3,0
Sexo*					
Feminino (%)	365 (51,1)	242 (33,9)	107 (15,0)	-0,15	714 (52,9)
Masculino (%)	428(67,3)	143(22,5)	65(10,2)		636 (47,1)
Ano do curso					
Ciclo básico(%)	269 (58,6)	129 (28,1)	61 (13,3)	–	459 (34,0)
Ciclo clínico(%)	283 (57,6)	142 (28,9)	66 (13,4)		491 (36,4)
Internato (%)	241 (60,2)	114 (28,5)	45 (11,2)		400 (29,6)
Intensidade dos sintomas de ansiedade- estado (IDATE-E)*					
Baixa (%)	215 (27,1)	25 (6,5)	7 (4,1)	0,42	247 (18,3)
Moderada (%)	464 (58,5)	191 (49,6)	38 (22,1)		693(51,3)
Alta (%)	114 (14,4)	169 (43,9)	127 (73,8)		410(30,4)
Intensidade dos sintomas de ansiedade- traço (IDATE-T)*					
Baixa (%)	190 (24,0)	4 (1,0)	1 (0,6)	0,52	195 (14,4)
Moderada (%)	482 (60,8)	177 (46,0)	16 (9,3)		675 (50,0)
Alta (%)	121 (15,2)	204 (53,0)	155 (90,1)		480 (35,6)

τ - coeficiente *Tau b de Kendall*; IDB - Inventário de depressão de Beck; IDATE-E - Inventário de ansiedade-estado; IDATE-T- Inventário de ansiedade-traço.* $p < 0,05$ para todas as comparações.

Gráfico 1- Frequência de estudantes de Medicina com intensidade de depressão mínima ou ausente, leve e moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

4.3. RESILIÊNCIA

Apenas uma pequena parcela dos estudantes (13%, n=176) apresentou baixa resiliência, enquanto que 47,3% (n=638) apresentou escores acima de 82 no RS-14 (alta resiliência). Não houve diferenças entre o grau de resiliência entre homens e mulheres e nem entre os anos do curso (Tabela 3). Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias de resiliência e anos do curso e nem entre a média de idades.

Depressão ($\tau=-0,41$), ansiedade-estado ($\tau=-0,42$) e ansiedade- traço ($\tau=-0,44$) demonstraram forte associação com resiliência. Quanto maior a resiliência, menor a intensidade dos sintomas de ansiedade ($p=0,001$) e depressão ($p<0,001$). Houve uma diminuição da intensidade dos sintomas de ansiedade (Gráfico 2) e de depressão (Gráfico 3) concomitante ao aumento da resiliência.

Tabela 3- Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E), ansiedade-traço (IDATE-T) e depressão (IDB) dos participantes do estudo de acordo com as categorias de resiliência (RS-14).

Resiliência - RS-14					
	Baixa	Moderada	Alta	τ / η^2	Total
Total (%)	176 (13,0)	536 (39,7)	638 (47,3)	–	1350
Idade (média $\pm$ DP)	22,4 $\pm$ 2,7	22,6 $\pm$ 2,9	23,0 $\pm$ 3,2	–	22,8 $\pm$ 3,0
Sexo					
Feminino (%)	76 (11,9)	248 (39,0)	312 (49,1)	–	714 (52,9)
Masculino (%)	100 (14,0)	288 (40,3)	326 (45,7)	–	636 (47,1)
Ano do curso					
Ciclo básico (%)	64 (13,9)	186 (40,5)	209 (45,5)	–	459 (34,0)
Ciclo clínico (%)	59 (12,0)	196 (39,9)	236 (48,1)	–	491 (36,4)
Internato (%)	53 (13,3)	154 (38,5)	193 (48,3)	–	400 (29,6)
Intensidade dos sintomas de depressão- IDB*					
Ausente ou Mínima	28 (3,5)	275 (34,7)	490 (61,8)	–	793 (58,7)
Leve	67 (17,4)	194 (50,4)	124 (32,2)	-0,41	385 (28,5)
Moderada ou Alta	68 (39,5)	67 (39,0)	37 (21,5)	–	172 (12,8)
Intensidade dos sintomas de ansiedade- estado (IDATE-E)*					
Baixa (%)	4 (2,3)	56 (10,4)	187 (29,3)	–	247 (18,3)
Moderada (%)	65 (36,9)	293 (54,7)	335 (52,5)	-0,42	693 (51,3)
Alta (%)	107 (60,8)	187 (34,9)	116 (18,2)	–	410 (30,4)
Intensidade dos sintomas de ansiedade- traço (IDATE-T)*					
Baixa (%)	0	27 (5,0)	168 (26,3)	–	195 (14,4)
Moderada (%)	31 (17,6)	285 (53,2)	359 (56,3)	-0,44	675 (50,0)
Alta (%)	145 (82,4)	224 (41,8)	111 (17,4)	–	480 (35,6)

τ - coeficiente *Tau b* de Kendall; IDB - Inventário de depressão de Beck; RS-14 - Escala de resiliência de Wagnild e Young; IDATE-E - Inventário de ansiedade-estado; IDATE-T - Inventário de ansiedade-traço.

* $p<0,05$ para todas as comparações.

Entre os participantes com baixa resiliência 39,5% apresentaram intensidade de sintomas moderada ou alta para depressão, 60,8% alta intensidade de ansiedade-estado e 82,4% alta intensidade de ansiedade-traço. Por outro lado, entre os com alta resiliência apenas 21,5% apresentavam intensidade moderada a alta de sintomas de depressão, 18,2% alta intensidade de ansiedade-estado e 17,4% alta intensidade de ansiedade-traço. Nota-se que o efeito da redução foi maior para ansiedade (queda de 42,6% para ansiedade-estado e de 65,0% para ansiedade-traço), do que para depressão (diminuição de 18,0%).

Gráfico 2- Frequência de estudantes de Medicina com resiliência baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço

Gráfico 3- Frequência de estudantes de Medicina com resiliência baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de depressão.

4.4. ESGOTAMENTO PROFISSIONAL

Foram encontrados altos índices de esgotamento profissional para os três domínios do MBI. Entre os participantes, 79,2%, 64,8% e 74,4% tiveram escore compatível com grau moderado a alto para exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, respectivamente (Tabela 4).

Existe uma relação direta entre a intensidade dos sintomas de ansiedade e a gravidade do esgotamento profissional (Gráficos 4, 7 e 10) e indivíduos com maior grau de esgotamento profissional para os três domínios do MBI apresentam intensidade de sintomas ansiosos mais elevados ($p < 0,001$). Esta associação entre ansiedade e esgotamento profissional variou de moderada a alta ($0,21 < \tau < 0,39$). A intensidade dos sintomas de depressão também aumenta simultaneamente ao aumento do esgotamento profissional ($p < 0,05$). Exaustão emocional ($\tau = 0,31$) e realização profissional ($\tau = -0,30$) apresentaram uma forte associação com os escores do IDB, enquanto que para despersonalização esta foi moderada ($\tau = 0,25$).

O aumento da resiliência ocorreu em paralelo a uma diminuição da intensidade do esgotamento profissional ($p < 0,05$), como já observado por outros autores (Bacchi & Licinio, 2013; Dyrbye, 2010). Esta associação foi forte para Realização profissional ($\tau = 0,42$) e moderada para exaustão emocional ($\tau = 0,24$) e despersonalização ($\tau = 0,20$).

Houve diferença entre sexo e anos do curso e a intensidade de sintomas de esgotamento profissional ($p < 0,05$). Revelando uma associação fraca, mulheres apresentam maior exaustão emocional ($\tau = -0,12$) e menor realização profissional ($\tau = 0,15$) do que homens, enquanto que estes apresentam maior despersonalização (moderada associação; $\tau = 0,28$). Quanto maior o ano do curso, maior a exaustão emocional, a despersonalização e a realização profissional. Entretanto, a associação foi moderada para a primeira ($\tau = 0,23$), forte para segunda ($\tau = 0,35$) e fraca para a terceira ($\tau = 0,07$). Não houve diferença entre as médias de idade.

Os modelos de regressão ordinais evidenciaram a grande interdependência entre ansiedade, depressão e resiliência em suas associações com o esgotamento profissional, visto que houve uma diminuição das RC encontradas nos modelos brutos para os ajustados (Tabelas 5 e 6). Simultaneamente, notamos um aumento do pseudo- R^2 , indicando uma melhor adequação destes últimos. Os modelos para ansiedade-estado e ansiedade-traço apresentaram pseudo- R^2 semelhantes, entretanto ansiedade-traço apresentou razão de chances consistentemente maiores que ansiedade-estado.

Tabela 4- Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E), ansiedade-traço (IDATE-T) e depressão (IDB) e categorias de resiliência (RS-14) de acordo com as categorias dos subdomínios de esgotamento profissional (MBI): exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.

	Exaustão Emocional (MBI)				Despersonalização (MBI)				Realização Profissional (MBI) ⁵			
	Baixa	Moderada	Alta	τ	Baixa	Moderada	Alta	τ	Baixa	Moderada	Alta	τ
Total (%)	281 (20,8)	372 (27,6)	697 (51,6)	-	474 (35,2)	330 (24,4)	546 (40,4)	-	599 (44,4)	418 (31,0)	333 (24,7)	-
Idade (média + DP)	23,2 ± 3,2	22,8 ± 2,7	23,0 ±3,3	-	22,7 ± 2,7	22,8 ± 2,8	22,6 ± 3,1	-	22,4 ± 2,7	22,6 ± 2,9	22,8 ± 3,2	-
Sexo*												
Feminino (%)	126 (44,8)	190(51,1)	398 (57,1)	-0,12	274 (57,8)	181 (54,8)	259 (47,4)	0,28	320 (53,4)	226 (54,1)	168 (50,5)	0,15
Masculino (%)	155 (55,2)	182 (48,9)	299 (42,9)		200 (42,2)	149 (45,2)	287 (52,6)		279 (46,6)	192 (45,9)	165 (49,5)	
Ano do curso*												
Ciclo básico (%)	112 (39,9)	131 (35,2)	216 (31,0)	0,23	205 (43,2)	107 (32,4)	147 (26,9)	0,35	212 (35,4)	137 (32,8)	110 (33,0)	0,07
Ciclo clínico (%)	103 (36,7)	149 (40,1)	239 (34,3)		179 (37,8)	120 (36,4)	192 (35,2)		243 (40,6)	126 (30,1)	122 (36,6)	
Internato (%)	66 (23,6)	92 (24,7)	242 (34,7)		90 (19,0)	103 (31,2)	207 (37,9)		144 (24,0)	155 (37,1)	101 (30,3)	
Intensidade de sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E)*												
Baixa (%)	99 (35,2)	80 (21,5)	68 (9,8)	0,33	127 (26,8)	58 (17,6)	62 (11,4)	0,21	53 (8,8)	77 (18,4)	117 (35,1)	-0,29
Moderada (%)	154 (54,8)	220 (59,1)	319 (45,8)		253 (53,4)	183 (55,5)	257 (47,1)		287 (47,9)	237 (56,7)	169 (50,8)	
Alta (%)	28 (10,0)	72 (19,4)	310 (44,5)		94 (19,8)	89(27,0)	227 (41,6)		259 (43,2)	104 (24,9)	47 (14,1)	
Intensidade de sintomas de ansiedade-traço (IDATE-T)*												
Baixa (%)	100 (35,6)	56 (15,1)	39 (5,6)	0,39	114 (24,1)	40 (12,1)	41 (7,5)	0,25	31 (5,2)	56 (13,4)	108 (33,4)	-0,35
Moderada (%)	152 (54,1)	230 (61,8)	293 (42,0)		255 (53,8)	182 (55,2)	238 (43,6)		254 (42,4)	243 (58,1)	178 (53,5)	
Alta (%)	29 (10,3)	86 (32,1)	365 (52,4)		105 (22,2)	108 (32,7)	267 (48,9)		314 (52,4)	119 (28,5)	47 (14,1)	
Intensidade de sintomas de depressão (IDB)*												
Ausente/Mínima (%)	236(84,0)	243(65,3)	304(43,6)	0,31	348(73,4)	197(59,7)	328(43,6)	0,25	252(42,1)	268(64,1)	263(79,0)	-0,30
Leve (%)	34(12,1)	101(27,2)	244(35,0)		92(19,4)	104(31,5)	183(33,5)		209(34,9)	113(27,0)	57(17,1)	
Moderada/Alta (%)	11(3,9)	28(7,5)	149(21,4)		34(7,2)	29(8,8)	125(22,9)		138(23,0)	37(8,9)	13(3,9)	
Resiliência (RS-14) *												
Baixa (%)	13(4,6)	29(7,8)	134 (19,2)	-0,24	35(7,4)	33(10,0)	108(19,8)	-0,20	142(23,7)	30(7,2)	4(1,2)	0,42
Moderada (%)	82(29,2)	146(39,2)	308(44,2)		158(33,3)	136(41,2)	242(44,3)		307(51,3)	166(39,7)	63(18,9)	
Alta (%)	186(66,2)	197(53,0)	255(36,6)		281(59,3)	161(48,8)	196(35,9)		50(25,0)	222(53,1)	266(79,9)	

τ - coeficiente Tau b de Kendall; IDB - Inventário de depressão de Beck; RS-14 - Escala de resiliência do Wagnild e Young; IDATE-E - Inventário de ansiedade-estado; IDATE-T - Inventário de ansiedade-traço; MBI – Inventário de esgotamento profissional de Maslach. [§]Realização profissional baixa, moderada e alta significa esgotamento profissional alto, moderado e baixo, respectivamente. *p<0,05 para todas as comparações.

Tabela 5- Regressões ordinais brutas para verificar a associação entre esgotamento profissional (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) e intensidade de sintomas de ansiedade (ansiedade-estado e ansiedade-traço), resiliência e intensidade de sintomas de depressão.

	Exaustão Emocional [§]		Despersonalização [§]		Realização Profissional [§]	
Modelo Bruto Ansiedade –Estado						
Pseudo-R ²	0,15		0,06		0,12	
Ansiedade Alta (RC; IC95%)	8,4*	6,1-11,7	3,7*	2,7-5,0	0,15*	0,11-0,21
Ansiedade Moderada (RC; IC95%)	2,3*	1,8-3,0	1,8*	1,4-2,4	0,37*	0,29-0,48
Ansiedade Baixa (RC; IC95%)	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Modelo Bruto Ansiedade –Traço						
Pseudo-R ²	0,21		0,09		0,12	
Ansiedade Alta (RC; IC95%)	14,3*	10,1-20,3	5,0*	3,6-6,9	0,09*	0,13-0,07
Ansiedade Moderada (RC; IC95%)	3,4*	2,5-4,7	2,2*	1,6-3,0	0,29*	0,22-0,4
Ansiedade Baixa (RC; IC95%)	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Modelo Bruto Depressão						
Pseudo-R ²	0,13		0,09		0,12	
Depressão Moderada/Alta (RC; IC95%)	6,3*	4,3-9,2	4,4*	3,2-6,0	0,17*	0,12-0,23
Depressão Leve (RC; IC95%)	3,1*	2,4-4,0	2,3*	1,8-2,9	0,37*	2,1-3,4
Depressão Mínima/Ausente (RC; IC95%)	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Modelo Bruto Resiliência						
Pseudo-R ²	0,08		0,06		0,24	
Resiliência Alta (RC; IC95%)	0,2*	0,1-0,3	0,3*	0,2-0,4	14,3*	9,8-24,7
Resiliência Moderada (RC; IC95%)	0,4*	0,2-0,6	0,5*	0,4-0,7	3,3*	1,8-5,2
Resiliência Baixa (RC; IC95%)	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref

[§] Razão de Chances calculada em relação a chance de apresentar escores mais elevados de esgotamento profissional (alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional).

RC= Razão de Chances; IC_{95%}= Intervalo de Confiança a 95%; Ref = Referência; Δ variável excluída do modelo.

*p<0,05.

Tabela 6- Regressões ordinais ajustadas para sexo e ano do curso para verificar a associação entre esgotamento profissional (exaustão emocional, despersonalização e realização profissional) e intensidade de sintomas de ansiedade (ansiedade-estado e ansiedade-traço), resiliência e intensidade de sintomas de depressão.

	Exaustão Emocional [§]		Despersonalização [§]		Realização Profissional [§]	
Pseudo-R ²	0,22		0,18		0,29	
	RC	IC _{95%}	RC	IC _{95%}	RC	IC _{95%}
Idade (RC; IC _{95%})	1,0	0,9-1,0	Δ		1,0	0,9-1,0
Masculino	0,9	0,7-1,1	1,8*	1,5-2,3	0,83	0,7-1,0
Feminino	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Internato	2,4*	1,7-3,3	2,8*	2,1-3,6	Δ	
Ciclo clínico	1,3*	1,0-1,7	1,4*	1,1-1,8	Δ	
Ciclo básico	1,0	Ref	1,0	Ref	Δ	
Depressão moderada/alta	2,8*	1,8-4,3	3,1*	2,1-4,6	0,6*	0,3-0,8
Depressão leve	2,0*	1,5-2,6	1,9*	1,5-2,5	0,7*	0,5-0,9
Depressão ausente/mínima	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Ansiedade- estado alta	4,5*	3,1-6,4	2,2*	1,5-3,1	0,3*	0,2-0,5
Ansiedade- estado moderada	1,7*	1,3-2,3	1,5*	1,1-2,0	0,5*	0,4-0,7
Ansiedade- estado baixa	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Ansiedade-traço alta	8,3*	5,5-12,5	2,9*	2,0-4,3	0,3*	0,2-0,4
Ansiedade-traço moderada	2,8*	2,0-3,9	1,9*	1,4-2,6	0,5*	0,3-0,6
Ansiedade-traço baixa	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Resiliência alta	0,5*	0,3-0,8	0,6*	0,4-0,9	10,2*	4,4-13,3
Resiliência moderada	0,8	0,5-1,2	0,8	0,6-1,2	2,2*	1,4-3,3
Resiliência baixa	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref

[§] Razão de Chances calculada em relação a chance de apresentar escores mais elevados de esgotamento profissional (alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional).

RC= Razão de Chances; IC_{95%}= Intervalo de Confiança a 95%; Ref = Referência; Δ variável excluída do modelo.

*p<0,05.

4.4.1. Exaustão Emocional

As mulheres parecem apresentar maior exaustão emocional que homens. Enquanto que 57,1% dos indivíduos com alta exaustão emocional eram mulheres, 52,2% dos com baixa exaustão emocional eram homens. Entretanto, no modelo ajustado de regressão ordinal, esta diferença não se mostrou significativa (RC= 0,9; IC_{95%}=0,7-1,1). Já em relação ao ano de curso, estar cursando o internato representa uma chance de 2,4 vezes maior de apresentar exaustão emocional (RC= 2,4; IC_{95%}=1,7-3,3) que estar nos primeiros anos da faculdade.

Entre os estudantes com alto esgotamento profissional no domínio exaustão emocional 44,5% e 52,4% apresentaram alta intensidade de sintomas ansiosos no IDATE- E ($\tau=0,33$) e no IDATE- T ($\tau=0,39$), respectivamente, indicando uma forte associação entre ansiedade e exaustão emocional (Gráfico 4).

Gráfico 4- Frequência de estudantes de Medicina com exaustão emocional baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

A intensidade dos sintomas de depressão também aumenta com o aumento da exaustão emocional ($p<0,05$) e apresentaram uma forte associação ($\tau=0,31$) com os escores do IDB (Gráfico 5). Entre os indivíduos com baixa exaustão emocional, apenas 3,9%, apresentam intensidade moderada ou alta de sintomas depressivos, enquanto que entre os indivíduos com alta exaustão emocional a prevalência foi de 36,6%.

Resiliência parece ser um fator protetor contra exaustão emocional, estando ambas moderadamente associadas ($p<0,05$; $\tau=-0,24$). O aumento da resiliência, diminui a exaustão emocional (Gráfico 6). Entre os estudantes com baixa exaustão emocional, 66,2% demonstraram alta resiliência, enquanto que esta estava presente em apenas 36,6% dos com alta exaustão emocional.

Comparando-se os modelos de regressão ordinal (brutos e ajustado) para exaustão emocional, nota-se um melhor valor de pseudo- R^2 para o modelo ajustado. Em ambos modelos (bruto e ajustado), o aumento dos sintomas depressivos e ansiosos leva a maior chance de aumento do esgotamento profissional. O oposto ocorre para resiliência, esta quanto maior, menor a exaustão emocional, entretanto esta fator protetor parece estar presente apenas para alta resiliência. A intensidade alta de sintomas de ansiedade-traço

parece ser o principal fator associado, com RC de 8,3 (IC_{95%}: 5,5-12,5). Idade e sexo foram excluídos do modelo ajustado.

Gráfico 5- Frequência de estudantes de Medicina com exaustão emocional baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas depressão.

Gráfico 6- Frequência de estudantes de Medicina com exaustão emocional baixa, moderada ou alta de acordo com as categorias de resiliência.

4.4.2. Despersonalização

A prevalência de intensidade alta para sintomas de despersonalização foi elevada (40,4%, n=546). Sexo e ano do curso apresentaram associação com despersonalização, que foi moderada para a primeira variável ($p<0,05$; $\tau=0,28$) e forte para a segunda ($p<0,05$; $\tau=0,35$). Entre os participantes com alta intensidade de sintomas de despersonalização, 37,9% estavam no internato e 52,8% eram homens, enquanto que entre os com baixa intensidade de sintomas, apenas 19,0% eram do quinto e sexto anos do curso e 57,8% eram mulheres.

Ainda entre os indivíduos com elevada despersonalização, 41,6% exibiram ansiedade-estado elevada ($p<0,05$; $\tau=0,21$) e 48,9% ansiedade-traço elevada ($p<0,05$; $\tau=0,25$), revelando uma associação moderada para ansiedade (Gráfico 7).

A associação entre despersonalização e depressão também foi moderada ($p<0,05$; $\tau=0,25$), sendo que a intensidade dos sintomas de depressão aumenta com o aumento da despersonalização (Gráfico 8). Entre os indivíduos com baixa despersonalização, apenas 7,2% apresentam intensidade moderada ou alta de sintomas depressivos, enquanto que entre os indivíduos com alta despersonalização esta está presente em 35,9% dos estudantes.

Gráfico 7- Frequência de estudantes de Medicina com despersonalização baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

Gráfico 8- Frequência de estudantes de Medicina com despersonalização baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de depressão.

A resiliência, teve associação moderada com despersonalização ($p<0,005$; $\tau=-0,20$). Entre os estudantes com baixa despersonalização 59,3% demonstraram alta resiliência e entre os com alta despersonalização, apenas 35,9% (Gráfico 9).

Gráfico 9- Frequência de estudantes de Medicina com despersonalização baixa, moderada ou alta de acordo com as categorias de resiliência.

Em relação as regressões ordinais para despersonalização, sexo apresentou-se como um fator associado, sendo que os homens apresentam 1,8 vezes mais chance ($RC=1,8$; $IC_{95\%}: 1,5-2,3$) que mulheres de exibirem maiores índices de despersonalização. No modelo ajustado, aumento do ano do curso e das intensidades de sintomas de depressão e ansiedade significam aumento do risco para despersonalização, enquanto que o aumento da resiliência mostrou-se protetor. Neste modelo, depressão parece ser o principal fator, apresentado uma $RC= 3,1$ ($IC_{95\%}: 2,1-4,6$) para intensidade de sintomas moderada ou alta. Novamente, é necessária alta resiliência para que esta represente chance menor de esgotamento profissional, sendo que indivíduos nesta condição apresentam 0,6 vezes menos chance ($RC=0,6$; $IC_{95\%}: 0,4-0,9$) de apresentar despersonalização que indivíduos com baixa resiliência. Idade foi excluída do modelo, mas a cada ano de curso a chance de se ter despersonalização aumenta. Estudantes do ciclo clínico apresentam 1,4 vezes maior chance ($RC=1,4$; $IC_{95\%}: 1,1-1,8$) de despersonalização que alunos do ciclo básico, enquanto que alunos do internato apresentam 2,8 vezes mais ($RC=1,4$; $IC_{95\%}: 2,1-3,6$).

4.4.3. Realização Profissional

44,4% dos participantes ($n= 599$) apresentou baixa realização profissional (alto esgotamento profissional). Entre estes, 53,4% eram mulheres e 76,0% estavam nos ciclos básico e clínicos. Entretanto, as associações encontradas foram fraca ($\tau=0,15$) e muito fraca ($\tau=0,07$), respectivamente, e tanto sexo como ano de curso foram excluídos do modelo de regressão ordinal ajustado. Por outro lado, estudantes com baixa realização profissional demonstraram uma intensidade maior de sintomas ansiosos (Gráfico 10): 43,2% apresentam intensidade alta de sintomas de ansiedade-estado e 52,4% relataram intensidade alta de sintomas de ansiedade-traço. A associação entre realização profissional e ansiedade foi moderada ($p<0,05$; $\tau= -0,29$) para o IDATE-E e forte ($p<0,05$; $\tau=-0,35$) para o IDATE-T.

A intensidade dos sintomas de depressão diminui com o aumento da realização profissional (Gráfico 11), apresentando uma forte associação com os escores do IDB ($p<0,05$; $\tau= -0,30$). Entre os indivíduos com alta realização profissional (baixo esgotamento profissional), apenas 3,9% apresentam intensidade moderada ou alta dos sintomas depressivos, enquanto que entre os indivíduos com baixa realização profissional (alto esgotamento profissional) esta estava presente em 25,0% dos participantes.

Gráfico 10- Frequência de estudantes de Medicina com realização profissional baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

Gráfico 11- Frequência de estudantes de Medicina com realização profissional baixa, moderada ou alta de acordo com a intensidade de sintomas de depressão.

Houve uma forte associação positiva entre realização profissional ($p < 0,05$; $\tau = 0,42$) e resiliência (Gráfico 12). Entre os estudantes com alta realização profissional (baixo esgotamento profissional), 79,9% demonstraram alta resiliência, sendo esta presente em apenas 25,0% dos com baixa realização profissional (alto esgotamento profissional), ou seja, quanto maior a resiliência maior a realização profissional e vice-versa.

Gráfico 12- Frequência de estudantes de Medicina com despersonalização baixa, moderada ou alta de acordo com as categorias de resiliência.

Analisando-se os modelos de regressão ordinal para realização profissional nota-se que idade, sexo e ano do curso não foram fatores associados. A intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão diminuiu com o aumento da realização profissional, ou seja, quanto maior a intensidade dos sintomas, menor a chance de se ter realização profissional. Para intensidade moderada de sintomas de ansiedade (tanto estado como traço) a chance de se ter realização profissional é 0,5 vezes menor ($RC=0,5$; $IC_{95\%}$: 0,3-0,7) do que para intensidade baixa enquanto que para alta é 0,3 vezes menor ($RC=0,5$; $IC_{95\%}$: 0,2-0,4). Para depressão leve ou moderada a alta essas chances são 0,7 vezes menor ($RC=0,7$; $IC_{95\%}$: 0,5-0,9) e 0,6 vezes menor ($RC=0,6$; $IC_{95\%}$: 0,3-0,8), respectivamente.

Resiliência parece ser o principal fator associado e quanto maior a resiliência, maior a realização profissional. Importante notar, que indivíduos com alta resiliência apresentam 10,2 vezes maior chance ($RC=10,2$; $IC_{95\%}$: 4,4- 13,3) de terem realização profissional que os indivíduos com baixa resiliência, enquanto que os com moderada resiliência apresentam apenas 2,2 vezes mais chance ($RC=2,2$; $IC_{95\%}$: 1,4- 3,3).

Usando-se o valor de corte sugerido, baseado nos tercís dos escores obtidos em cada subdomínio, obteve-se uma distribuição relativamente homogênea para os três domínios de empatia (Tabela 7).

Mulheres apresentaram índices maiores de empatia do que homens nas subescalas consideração empática e angústia pessoal. Encontrou-se uma associação moderada entre consideração empática ($p < 0,05$; $\tau = -0,21$) e fraca para angústia pessoal ($p < 0,05$; $\tau = -0,15$). Entre os estudantes com alta consideração empática 72,3% ($n = 324$) eram mulheres, enquanto que dos com alta angústia pessoal 56,7% ($n = 217$) o eram. Os modelos de regressão ajustados confirmaram essa diferença e ser homem diminui a chance de apresentar consideração empática 0,4 vezes ($RC = 0,4$; $IC_{95\%}: 0,3-0,5$) e de apresentar angústia pessoal 0,6 vezes ($RC = 0,6$; $IC_{95\%}: 0,4-0,8$).

Anos do curso mostrou uma associação fraca ($p < 0,05$; $\tau = 0,08$) com angústia pessoal. Enquanto que 66,7% ($n = 307$) dos indivíduos com baixa angústia pessoal eram do ciclo clínico e do internato, 71,5% ($n = 270$) dos com alta angústia pessoal eram do ciclos básico e clínico. Todavia, a variável anos do curso foi excluído dos modelos de regressão ordinal.

Tabela 7-Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E), ansiedade-traço (IDATE-T) e depressão (IDB), categorias de resiliência (RS-14) e categorias dos subdomínios de esgotamento profissional (MBI) dos participantes do estudo de acordo com as categorias dos subdomínios de empatia (EMBI): consideração empática, tomada de perspectiva e angústia pessoal.

Consideração Empática (EMRI)					Tomada de Perspectiva (EMRI)				Angústia Pessoal (EMRI)			
	Baixa	Moderada	Alta	τ	Baixa	Moderada	Alta	τ	Baixa	Moderada	Alta	τ
Total (%)	486(36,0)	416 (30,8)	448 (33,2)	-	393 (29,1)	417 (30,9)	540 (40,0)	-	461 (24,1)	506 (37,5)	383 (28,4)	-
Idade (média + DP)	22,7 + 2,8	22,6 ± 3,3	23,0 ±2,9	-	22,6 + 2,5	22,8 + 2,8	22,6 + 3,1	-	22,3 ± 3,2	22,8 + 2,7	22,8 + 3,2	-
Sexo*												
Feminino (%)	185 (38,1)	205 (49,3)	324 (72,3)	-0,21	149 (37,9)	191 (45,8)	374 (69,3)	-	146 (31,7)	172 (34,0)	217 (56,7)	-0,15
Masculino (%)	301 (61,9)	211 (50,7)	124 (27,7)		244 (62,1)	226 (54,2)	166 (30,7)		315 (68,3)	334 (66,0)	166 (43,3)	
Anos do curso**												
Ciclo básico (%)	141 (29,0)	146 (35,1)	172 (38,4)	-	110 (28,0)	139 (33,3)	210 (38,9)	-	154 (33,3)	144 (28,4)	133 (34,8)	-0,08
Ciclo clínico (%)	178 (36,6)	161 (38,7)	152 (33,9)		143 (36,4)	160 (38,4)	188 (34,8)		146 (31,7)	184 (36,4)	140 (36,6)	
Internato (%)	167 (34,4)	109 (26,2)	124 (27,7)		140 (35,6)	118 (28,3)	142 (26,3)		161 (35,0)	178 (35,2)	109 (28,5)	
Intensidade de sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E)***												
Baixa (%)	91(18,7)	77(18,5)	79(17,6)	-	28 (7,1)	53(12,7)	113 (20,9)	-0,11	95 (20,5)	34(6,7)	18 (4,7)	0,18
Moderada (%)	256(52,7)	226(54,3)	211(47,1)		195 (49,6)	228(54,7)	274 (50,7)		243 (52,7)	219 (43,3)	178 (46,5)	
Alta (%)	139(28,6)	113(27,2)	158(35,3)		171 (43,4)	136(32,6)	153 (28,4)		124 (26,9)	253 (50,0)	187 (48,8)	
Intensidade de sintomas de ansiedade-traço (IDATE-T) +												
Baixa (%)	86(17,7)	54(13,0)	55(12,3)	0,09	14 (3,5)	50(11,9)	88 (16,3)	-0,13	77 (16,8)	9 (1,8)	16 (4,2)	0,27
Moderada (%)	245(50,4)	224(53,8)	206(46,0)		167 (42,5)	194(46,6)	279 (51,6)		246 (53,3)	182 (36,0)	62 (16,3)	
Alta (%)	155(31,9)	138(33,2)	187(41,7)		212 (54,0)	173(41,5)	173 (32,1)		138 (29,9)	215 (62,2)	304 (83,7)	
Intensidade de sintomas de depressão (IDB)***												
Mínima/Ausente (%)	285(58,6)	260(62,5)	238(53,1)	-	150 (38,1)	216 (51,7)	333 (61,7)	-0,14	290 (62,8)	173 (34,1)	80 (20,9)	0,24
Leve (%)	126(25,9)	102(24,5)	151(33,7)		136 (34,5)	122 (29,2)	146 (27,1)		120 (26,0)	207 (40,9)	134(34,9)	
Moderada/Alta (%)	75(15,4)	54(13,0)	59(13,2)		108 (27,4)	80 (19,1)	60 (11,2)		52 (11,2)	127 (25,0)	168 (44,2)	

(Continua)

Tabela 7-Distribuição, sexo, anos do curso e intensidade dos sintomas de ansiedade-estado (IDATE-E), ansiedade-traço (IDATE-T) e depressão (IDB), categorias de resiliência (RS-14) e categorias dos subdomínios de esgotamento profissional (MBI) dos participantes do estudo de acordo com as categorias dos subdomínios de empatia (EMBI): consideração empática, tomada de perspectiva e angústia pessoal.

Consideração Empática (EMRI)					Tomada de Perspectiva (EMRI)				Angústia Pessoal (EMRI)			
	Baixa	Moderada	Alta	τ	Baixa	Moderada	Alta	τ	Baixa	Moderada	Alta	τ
Resiliência (RS-14)*												
Baixa (%)	73(15,0)	51(12,3)	52(11,6)	0,11	101 (25,7)	57 (13,6)	70 (13,0)	0,13	48 (10,4)	123 (24,4)	151 (39,5)	-0,21
Moderada (%)	224(46,1)	163(39,2)	149(33,3)		167 (42,5)	196 (47,0)	214 (39,7)		177 (38,3)	256 (50,6)	134 (34,9)	
Alta (%)	189(38,9)	202(48,6)	247(55,1)		125 (31,9)	164 (39,4)	255 (47,3)		236 (51,3)	127 (25,0)	98 (25,6)	
Exaustão Emocional (MBI)**												
Baixa (%)	95 (19,5)	96 (23,1)	90 (20,1)	-	79 (14,8)	89 (21,3)	113 (28,3)	-	135 (29,3)	110 (21,7)	36 (9,4)	0,22
Moderada (%)	121 (24,9)	124 (29,8)	127 (28,3)		142 (26,7)	117 (28,0)	113 (28,3)		134 (29,7)	137 (27,1)	101 (26,4)	
Alta (%)	270 (55,6)	196 (47,1)	231 (51,6)		311 (58,5)	212 (50,7)	174 (43,5)		192 (41,6)	259 (51,2)	246 (64,2)	
Despersonalização (MBI)**												
Baixa (%)	119 (24,5)	6 (1,4)	209 (46,7)	-0,25	142 (26,7)	128 (30,6)	204 (51,0)	-0,19	186 (40,3)	172 (34,0)	116 (20,6)	-
Moderada (%)	118 (24,3)	13 (3,1)	110 (24,6)		130 (24,4)	120 (28,7)	80 (20,0)		118 (25,6)	125 (24,7)	87 (15,5)	
Alta (%)	249 (51,2)	397 (95,4)	129 (28,8)		260 (15,6)	170 (23,2)	116 (29,0)		157 (34,1)	209 (41,3)	360 (63,9)	
Realização Profissional (MBI)§***												
Baixa (%)	253 (52,1)	189 (45,4)	157 (35,0)	0,21	307 (57,7)	185 (44,3)	107 (26,8)	0,23	139 (30,2)	232 (45,8)	228 (59,5)	-0,09
Moderada (%)	142 (29,2)	125 (30,0)	151 (33,7)		142 (26,7)	136 (32,5)	140 (35,0)		148 (32,1)	167 (33,0)	103 (26,9)	
Alta (%)	91(18,7)	102 (24,5)	140 (31,3)		83 (15,6)	97 (23,2)	153 (38,3)		174 (37,7)	107 (21,1)	52 (13,6)	

τ - coeficiente Tau b de Kendall; IDB - Inventário de Depressão de Beck; RS-14 - Escala de resiliência do Wagnild e Young; IDATE-E - Inventário de ansiedade-estado; IDATE-T - Inventário de ansiedade-traço; MBI - Inventário de esgotamento profissional de Maslach; EMRI - Escala multidimensional de reatividade interpessoal de Davis.

§ Realização profissional baixa, moderada e alta significa esgotamento profissional alto, moderado e baixo, respectivamente.

* $p < 0,05$ para consideração empática e angústia pessoal; ** $p < 0,05$ para angústia pessoal; *** $p < 0,05$ para tomada de perspectiva e angústia pessoal. + $p < 0,05$ para todas as comparações. ** $p < 0,05$ para consideração empática e tomada de perspectiva.

Tabela 8-Regressões ordinais brutas para verificar a associação entre empatia e ansiedade-estado, ansiedade-traço, resiliência e depressão.

	Consideração Empática		Tomada de Perspectiva		Angústia Pessoal	
Modelo bruto intensidade de sintomas ansiedade-estado (IDATE-E)						
Pseudo-R ²	Δ		0,03		0,06	
Ansiedade Alta (RC; IC _{95%})	Δ		0,4*	0,3-0,6	3,7*	2,7-4,9
Ansiedade Moderada (RC; IC _{95%})	Δ		0,5*	0,4-0,7	1,9*	1,5-2,5
Ansiedade Baixa (RC; IC _{95%})	Δ		1,0	Ref	1,0	Ref
Modelo bruto intensidade de sintomas ansiedade-traço (IDATE-T)						
Pseudo-R ²	0,02		0,03		0,14	
Ansiedade Alta (RC; IC _{95%})	1,8*	1,4-2,5	0,4*	0,3-0,5	8,2*	5,9-11,3
Ansiedade Moderada (RC; IC _{95%})	1,3	1,0-1,7	0,5*	0,4-0,7	2,9*	2,2-4,0
Ansiedade Baixa (RC; IC _{95%})	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Modelo bruto intensidade de sintomas depressão (IDB)						
Pseudo-R ²	0,01		0,03		0,09	
Depressão Moderada/Alta (RC; IC _{95%})	0,9	0,7-1,3	0,4*	0,3-0,5	5,4*	3,6-8,0
Depressão Leve (RC; IC _{95%})	1,3*	1,1-1,7	0,7*	0,5-0,9	3,0*	2,1-4,3
Depressão Ausente/Mínima (RC; IC _{95%})	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Modelo bruto resiliência (RS-14)						
Pseudo-R ²	0,03		0,03		0,07	
Resiliência Alta (RC; IC _{95%})	1,6*	1,2-2,2	1,9*	1,4-2,5	0,3*	0,2-0,4
Resiliência Moderada (RC; IC _{95%})	0,9	0,7-1,2	1,1	0,8-1,4	0,6*	0,5-0,8
Resiliência Leve (RC; IC _{95%})	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref

IDB - Inventário de depressão de Beck; RS-14 - Escala de resiliência do Wagnild e Young; IDATE-E - Inventário de ansiedade-estado; IDATE-T- Inventário de ansiedade-traço; MBI - Inventário de esgotamento profissional de Maslach; EMRI - Escala multidimensional de reatividade interpessoal de Davis.

§ Razão de Chances calculada em relação a chance de apresentar escores mais elevados de empatia.

RC= Razão de Chances; IC_{95%}= Intervalo de Confiança a 95%; Ref = Referência.

*p<0,05. Δ = variável excluída do modelo

Tabela 9- Regressões ordinais ajustadas para verificar a associação entre empatia e ansiedade-estado, ansiedade-traço, resiliência, depressão e esgotamento profissional.

	Consideração Empática		Tomada de Perspectiva		Angústia Pessoal	
Pseudo-R ²	0,21		0,09		0,19	
	RC	IC _{95%}	RC	IC _{95%}	RC	IC _{95%}
Idade	1,0	1,0-1,0	1,0	0,9-1,0	0,9	0,9-1,0
Masculino	0,4*	0,3-0,5	0,8	0,6-1,1	0,6*	0,4-0,8
Feminino	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Internato	0,7	0,5-1,0	0,9	0,6-1,3	0,8	0,5-1,3
Ciclo clínico	0,8	0,6-1,0	1,0	0,8-1,4	0,9	0,6-1,3
Ciclo básico	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Depressão moderada/alta	1,2*	0,8-1,7	0,6*	0,4-0,9	2,3*	1,4-3,8
Depressão leve	1,5*	1,1-1,9	0,9	0,6-1,2	1,7*	1,2-2,6
Depressão ausente/mínima	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Exaustão emocional alta	1,2	0,9-1,6	0,8	0,5-1,2	3,1*	1,6-5,8
Exaustão emocional moderada	1,2	0,9-1,6	0,9	0,6-1,3	2,3*	1,2-4,4
Exaustão emocional baixa	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Despersonalização alta	0,4*	0,3-0,6	0,6*	0,4-0,8	0,8	0,5-1,2
Despersonalização moderada	0,6*	0,5-0,8	0,8	0,5-1,1	0,8	0,5-1,3
Despersonalização baixa	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Realização profissional alto [†]	2,1*	1,4-2,5	2,5*	1,4-3,3	0,7	0,4-1,4
Realização profissional moderado [†]	1,2	0,8-1,7	1,1	0,7-1,7	0,8	0,4-1,4
Realização profissional baixo [†]	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Ansiedade-estado alta	1,7	1,0-2,5	0,8	0,5-1,3	1,8	1,0-3,6
Ansiedade-estado moderada	1,2	0,9-1,6	0,7	0,4-1,0	1,6	0,9-3,0
Ansiedade-estado baixa	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Ansiedade-traço alta	3,6*	2,3-5,4	0,8	0,5-1,4	1,8	1,0-3,6
Ansiedade-traço moderada	1,8*	1,3-2,6	0,9	0,5-1,9	1,6	0,9-3,0
Ansiedade-traço baixa	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref
Resiliência alta	1,9*	1,3-2,8	0,9	0,6-1,4	0,5*	0,3-0,8
Resiliência moderada	1,0	0,7-1,5	0,9	0,6-1,3	0,7	0,5-1,1
Resiliência baixa	1,0	Ref	1,0	Ref	1,0	Ref

IDB - Inventário de Depressão de Beck; RS-14 - Escala de resiliência do Wagnild e Young versão abreviada; IDATE-E - Inventário de Ansiedade-Estado; IDATE-T - Inventário de Ansiedade-Traço; MBI - Inventário de Esgotamento Profissional de Maslach; EMRI - Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis.

[§] Razão de Chances calculada em relação a chance de apresentar escores mais elevados de empatia.

[†] Realização profissional baixa, moderada e alta significa esgotamento profissional alto, moderado e baixo, respectivamente.

RC= Razão de Chances; IC_{95%}= Intervalo de Confiança a 95%; Ref = Referência. *p<0,05. Δ = variável excluída do modelo.

4.5.1. Consideração Empática

Não foram encontradas diferenças significativas entre os escores no EMRI para as categorias do IDATE-E e do IDB (Gráfico 13). Diferentemente, ao analisarmos o IDATE-T, quanto maior a consideração empática, maior a intensidade dos sintomas ansiosos, entretanto esta associação foi muito fraca ($p<0,01$; $\tau=0,09$). Entre os indivíduos com alta consideração empática, 41,7% (n=187) apresentavam intensidade alta de sintomas de ansiedade-traço. Resiliência também apresentou

uma associação positiva fraca ($p=0,001$; $\tau=0,11$) com consideração empática, sendo que entre os estudantes com alta consideração empática, 55,1% ($n=247$) apresentavam alta resiliência (Gráfico 14).

Gráfico 13- Frequência de estudantes de Medicina com consideração empática, baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão.

Gráfico 14- Frequência de estudantes de Medicina com consideração empática, baixa moderada ou alta de acordo com as categorias de resiliência.

*

Não foi encontrada associação entre exaustão emocional e consideração empática, entretanto despersonalização apresentou uma moderada correlação inversa ($p < 0,05$; $\tau = -0,25$) e realização profissional uma moderada associação positiva ($p < 0,01$; $\tau = 0,21$). Quanto maior a despersonalização, menor a consideração empática e quanto maior a realização profissional, maior a consideração empática. Entre os participantes com baixa consideração empática, 51,2% ($n = 249$) apresentavam alta despersonalização e 52,5% ($n = 253$) baixa realização profissional (Gráfico 15).

Gráfico 15- Frequência de estudantes de Medicina com consideração empática, baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.

Os modelos de regressão ordinais brutos para consideração empática apresentaram valores pequenos de pseudo- R^2 (0,01-0,03), indicando que são modelos pouco explicativos (Tabela 8). O modelo ajustado apresentou um pseudo- $R^2 = 0,21$ (Tabela 9). Neste modelo, idade, ano do curso e exaustão emocional não se mostraram como fatores explicativos de empatia. Todavia, alta e moderada despersonalização, ser do sexo masculino e apresentar baixa realização profissional (alto esgotamento profissional,) reduz a chance de se obter escores elevados de consideração empática. Já, quanto mais alta a intensidade de sintomas ansiosos-traço, apresentar alta resiliência e intensidade leve de sintomas de depressão, maior a chance de se obter valores mais altos de consideração empática. Apenas graus elevados de resiliência e esgotamento profissional, devido à baixa realização profissional, apresentaram RC significativas ($RC = 1,9$, $IC_{95\%}: 1,3-2,8$; $RC = 0,5$, $IC_{95\%}: 0,4-0,7$, respectivamente). Tanto resiliência como realização profissional moderadas não apresentaram razão de chances significativas. Ansiedade-traço apresentou a maior razão de chances para consideração empática, sendo igual a 3,6 ($IC_{95\%}: 2,3-5,4$) para sintomas de alta intensidade.

4.5.2. Tomada de Perspectiva

As prevalências para baixa, moderada e alta tomada de perspectiva foi, respectivamente, de 29,01% (n=393), 30,9% (n=417) e 40,0% (n= 540). Não foram encontradas correlações para sexo e ano do curso. Houve uma fraca associação entre intensidade dos sintomas ansiosos e grau de tomada de perspectiva, sendo que quanto maior a primeira, menor a segunda, tanto para ansiedade-traço ($p<0,001$; $\tau=-0,13$), como para ansiedade-estado ($p<0,001$; $\tau=-0,11$). Entre os estudantes com baixa tomada de perspectiva, apenas 28 estudantes (7,1%) e 14 (3,5%) apresentaram baixa intensidade de sintomas de ansiedade-estado e ansiedade traço, respectivamente (Gráfico 16).

O mesmo ocorre para depressão, apesar da associação fraca, quanto maior a intensidade dos sintomas de depressão, menor a tomada de perspectiva ($p=0,001$; $\tau=-0,14$). Entre os participantes com alta tomada de perspectiva, 61,7% (n=333) não tinham sintomas de depressão (intensidade mínima ou ausente).

Gráfico 16- Frequência de estudantes de Medicina com tomada de perspectiva baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão.

Já o aumento da resiliência implica em um aumento concomitante da tomada de perspectiva, apesar da fraca associação, ($p<0,05$; $\tau=0,13$). Entre os participantes com alta tomada de perspectiva, 47,3% (n= 255) mostraram alta resiliência (Gráfico 17).

Gráfico 17- Frequência de estudantes de Medicina com tomada de perspectiva baixa moderada ou alta, de acordo com as categorias de resiliência.

Em relação ao esgotamento profissional, tomada de perspectiva apresentou uma correlação moderada positiva com realização profissional ($p < 0,05$; $\tau = 0,23$), ou seja, a queda em uma significa a queda em outra. Entre os alunos com baixa tomada de perspectiva, 57,7% ($n = 307$) apresentavam baixa realização profissional, enquanto que 153 (38,3) apresentavam alta tomada de perspectiva e alta realização profissional ao mesmo tempo (Gráfico 18). Despersonalização correlacionou-se fraca e inversamente ($p < 0,05$; $\tau = -0,19$) com tomada de perspectiva. 51% ($n = 204$) dos estudantes com baixa tomada de perspectiva apresentaram alta despersonalização.

Tanto os modelos de regressão ordinais brutos, como o ajustado para tomada de perspectiva, apresentaram valores pequenos de pseudo- R^2 (0,03-0,09), indicando a existência de outros fatores determinantes desta variável. Estudantes com alta intensidade de sintomas de depressão, alta despersonalização e alto esgotamento profissional devido à baixa realização profissional apresentam menor chance de ter valores moderados a altos de tomada de perspectiva ($RC = 0,6$, $IC_{95\%}$: 0,4-0,9; $RC = 0,6$, $IC_{95\%}$: 0,4-0,9; $RC = 0,4$, $IC_{95\%}$: 0,3-0,7, respectivamente). Idade, sexo, ano do curso, exaustão emocional, ansiedade e resiliência não apresentaram RC significativas.

Gráfico 18- Frequência de estudantes de Medicina com tomada de perspectiva baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.

4.5.3. Angústia Pessoal

As prevalências para baixa, moderada e alta angústia pessoal foram, respectivamente, de 24,1% (n=461), 37,5% (n=506) e 28,4% (n=383). Quanto maior a intensidade de angústia pessoal maior a intensidade dos sintomas ansiosos e depressivos e menor a resiliência ($p=0,001$). O IDATE-E apresentou uma associação fraca ($\tau=0,18$), enquanto esta foi moderada para o IDATE-T ($\tau=0,27$), o IDB ($\tau=0,24$) e o RS-14 ($\tau=-0,21$). Dos indivíduos com alta angústia pessoal, 48,4% (n=187), 83,7% (n=304), 44,2% (n=168) apresentaram altas intensidades de sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão, respectivamente, enquanto que 4,7% (n=18), 4,2% (n=16) e 20,9% (n=80), tiveram baixa intensidade de sintomas, respectivamente (Gráfico 19). A resiliência apresentou um comportamento inverso, estudantes com alta resiliência representavam 51,3% (n=236) dos com baixa angústia pessoal, enquanto que os com baixa resiliência representavam 39,5% (n=151) dos com alta angústia pessoal (Gráfico 20).

Gráfico 19- Frequência de estudantes de Medicina com angústia pessoal baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de sintomas de ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão.

Gráfico 20- Frequência de estudantes de Medicina com angústia pessoal baixa moderada ou alta, de acordo com as categorias de resiliência.

Angústia Pessoal não apresentou associação com despersonalização. Exaustão Emocional correlaciona-se direta e moderadamente com angústia pessoal ($p<0.05$; $\tau= 0,22$). Entre os indivíduos com alta angústia pessoal, 64,2% (246) apresentavam alta exaustão emocional.

Realização profissional teve uma associação muito fraca e inversa ($p < 0.05$; $\tau = -0.09$). Entre os participantes com alta angústia pessoal, 59,5% ($n=228$) apresentavam baixa realização profissional (Gráfico 21).

Gráfico 21- Frequência de estudantes de Medicina com angústia pessoal baixa moderada ou alta de acordo com intensidade de exaustão emocional, despersonalização e realização profissional.

Os modelos de regressão ordinais brutos para angústia pessoal apresentaram valores pequenos de pseudo- R^2 (0,06-0,09) com exceção do com ansiedade-traço (0,14) que foi semelhante ao do modelo ajustado (0,19). Idade, ano do curso, despersonalização e realização profissional não foram incluídos no modelo, enquanto que sintomas de depressão moderados ou altos, exaustão emocional moderada e alta e resiliência são. Esta última é um fator protetor, ou seja, a presença de resiliência alta diminui a chance de valores elevados de angústia pessoal ($RC=0,4$, $IC_{95\%}$: 0,2-0,7 para o modelo com IDATE-E e $RC=0,5$, $IC_{95\%}$: 0,3-0,8 para IDATE-T).

Ansiedade-traço parece ser o principal fator determinante de angústia pessoal. O aumento da intensidade dos sintomas está associado a uma elevação da angústia pessoal ($RC=8,6$, $IC_{95\%}$: 2,5-29,4 para alta intensidade e $RC=4,0$, $IC_{95\%}$: 1,2-13,3 para moderada intensidade).

A avaliação semântica dos itens dos questionários permitiu a identificação das seguintes unidades de sentido e significação:

- (1) **Sensações e emoções** – refere-se às alterações psíquicas e somáticas e às emoções associadas aos sintomas de ansiedade, depressão ou esgotamento profissional como cansaço, agitação, nervosismo, qualidade do sono, tristeza, irritação, dentre outros. Os questionários apresentam tanto atributos positivos como negativos. Nos questionários de ansiedade, depressão e esgotamento profissional, atributos positivos pontuam de forma inversa, quanto maior a intensidade presente, menos pontos valem na composição do escore do instrumento.
- (2) **Imagem de si** – indica a percepção que o respondente tem de si mesmo, podendo ser positiva ou negativa. Em outras palavras sugere o modo como o estudante se percebe: fracassado, realizado profissionalmente, capaz, incapaz, etc.
- (3) **Expectativas** – inclui as expectativas diante da vida, trabalho, pessoais ou sobre o futuro, bem como a sensação de preocupação, arrependimento ou de punição. As expectativas podem ser entendidas como a concepção de futuro, a possibilidade de dar sentido à vida ou de modificar o destino, bem como as noções de esperança ou desamparo.
- (4) **Relação como o outro** – aponta o modo como o participante percebe sua relação com outro e parcialmente o que este representa ao primeiro. Está intimamente ligada aos conceitos de empatia, despersonalização e cinismo.

4.6.1. IDATE-E

O IDATE-E apresentou três grupos semânticos: *sensações e emoções*; *imagem de si* e *expectativas* (Tabela 10). Enquanto *emoções e sensações* apresentaram atributos negativos e positivos, *imagem de si* referiu-se a apenas aspectos positivos e *expectativas* apenas a negativos.

Entre as afirmativas que compunham sensações e emoções positivas: *sinto-me calmo(a)*; *sinto-me descansado(a)* e *estou descontraído(a)* foram as que apresentaram menor frequência de pontuação “4”, entre os respondentes com alta intensidade de ansiedade-estado. Com exceção do item *sinto-me descansado(a)* que apresentou frequência de pontuação 64,8% entre os com baixa ansiedade, ambas afirmativas apresentaram frequência próxima a 100% (98,0% e 91,5%, respectivamente). *Sinto-me em casa* apresentou frequência de pontuação “4” no grupo com alta ansiedade-estado de 52,7%.

Estou tenso(a), sinto-me ansioso(a) e sinto-me nervoso(a) são os itens negativos referentes a *sensações e emoções* com maior frequência de pontuação “4” no grupo com alta intensidade de sintomas ansiosos, enquanto que *sinto-me super excitado(a) e confuso(a) e estou arrependido* foram o de menor.

Quanto a *imagem positiva de si*, todas as afirmativas apresentaram frequência entre 14,9% a 21,7% para pontuação “4” no grupo com alta intensidade de sintomas de ansiedade-estado. Enquanto estas eram perto de 100% no grupo com baixa intensidade.

Na categoria *expectativa negativa* os itens *estou preocupado(a) e estou preocupado(a) com possíveis infortúnios* tiveram frequência de resposta “1” entre os respondentes com alta intensidade de sintomas ansiosos de 12,0% e 16,6% respectivamente, enquanto essa foi de 90,3% e 87,9% entre os que apresentavam baixa intensidade de sintomas.

Tabela 10- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do IDATE-E e com a intensidade dos sintomas de ansiedade: baixa, moderada ou alta.

		Ansiedade-Estado (IDATE-E)								
no.	Item do IDATE-E	Baixa			Moderada			Alta		
	Sensações e emoções positivas (Pontuação)	1-2	3	4	1-2	3	4	1-2	3	4
Q_1	Sinto-me calmo(a).	0,4%	1,6%	98,0%	2,0%	26,7%	71,3%	20,5%	57,3%	22,2%
Q_5	Sinto-me a vontade.	0,4%	0,4%	99,2%	1,7%	12,1%	86,1%	10,7%	53,7%	35,6%
Q_8	Sinto-me descansado(a).	4,0%	31,2%	64,8%	28,0%	45,5%	26,6%	61,2%	29,5%	9,3%
Q_10	Sinto-me em casa.	0,8%	2,4%	96,8%	4,9%	16,7%	78,4%	15,1%	32,2%	52,7%
Q_15	Estou descontraído(a).	2,8%	5,7%	91,5%	6,5%	36,9%	56,6%	30,5%	57,8%	11,7%
Q_19	Sinto-me alegre.	0,4%	3,2%	96,4%	1,7%	24,5%	73,7%	11,7%	56,1%	32,2%
Q_20	Sinto-me bem.	0,0%	0,4%	99,6%	0,3%	14,1%	85,6%	12,0%	55,4%	32,7%
Sensações e emoções negativas										
Q_3	Estou tenso(a).	96,0%	3,6%	0,4%	73,2%	25,1%	1,7%	18,5%	49,8%	31,7%
Q_4	Estou arrependido(a).	98,4%	1,2%	0,4%	91,1%	7,9%	1,0%	67,1%	25,6%	7,3%
Q_6	Sinto-me perturbado(a).	99,6%	0,4%	0,0%	93,4%	5,8%	0,9%	47,6%	39,5%	12,9%
Q_9	Sinto-me ansioso(a).	88,7%	10,9%	0,4%	56,0%	35,6%	8,4%	10,7%	42,9%	46,3%
Q_12	Sinto-me nervoso(a).	99,2%	0,8%	0,0%	77,9%	21,5%	0,6%	22,2%	52,4%	25,4%
Q_13	Estou agitado(a).	97,6%	1,6%	0,8%	79,5%	19,3%	1,2%	37,6%	44,4%	18,0%
Q_14	Sinto-me uma pilha de nervos.	100,0%	0,0%	0,0%	93,4%	6,3%	0,3%	48,3%	37,6%	14,1%
Q_18	Sinto-me super excitado(a) e confuso(a).	97,6%	2,0%	0,4%	88,7%	9,8%	1,4%	51,7%	36,8%	11,5%
Imagem positiva de si										
Q_2	Sinto-me seguro(a).	0,0%	2,4%	97,6%	1,7%	28,9%	69,4%	27,6%	57,6%	14,9%
Q_11	Sinto-me confiante.	0,0%	3,2%	96,8%	1,9%	31,2%	67,0%	21,7%	57,1%	21,2%
Q_16	Sinto-me satisfeito(a).	0,0%	1,6%	98,4%	3,0%	27,1%	69,8%	21,2%	57,1%	21,7%
Expectativa negativa										
Q_7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios.	87,9%	11,3%	0,8%	62,6%	31,9%	5,5%	16,6%	46,3%	37,1%
Q_17	Estou preocupado(a).	90,3%	8,5%	1,2%	55,3%	39,1%	5,6%	12,0%	51,2%	36,8%

IDATE-E - Inventário de Ansiedade-Estado. Tamanho da barra equivale a porcentagem de respostas.

no. - Número da questão no IDATE-E.

4.6.2. IDATE-T

O IDATE-T revelou dois grupos com atributos positivos e negativos: *sensações e emoções* e *imagem de si* e um grupo apenas com valor negativo: *expectativas negativas* (Tabela 11).

Entre as afirmativas que compunham *sensações e emoções*, apenas 4,2% dos respondentes com intensidade alta de ansiedade-traço marcou pontuação “4” para *sinto-me bem* e 6,0% para *estou feliz*, enquanto que 51,7% e 50,4% marcaram “4” para *tenho vontade de chorar* e *sinto-me deprimido*, respectivamente. Novamente a afirmativa *sinto-me descansado(a)* recebeu pontuação “1” em 59,5% das respostas dos participantes com baixa intensidade de sintomas ansiosos.

Os itens referentes a *imagem positiva de si* com exceção do *sinto-me calmo(a)*, *ponderado(a)* e *senhor(a) de mim mesmo* tiveram pontuação “4” entre os estudantes com alta intensidade de sintomas ansiosos inferior a 25% (13,1% a 23,5%). Apesar de menos frequente que nos participantes com baixa intensidade de sintomas ansiosos, a pontuação “1” para *Não tenho confiança em mim mesmo* entre os respondentes com alta intensidade de sintomas foi de 36,3%, ficando superior a pontuação “4” neste grupo.

Quanto as expectativas negativas, o grupo com baixa intensidade de sintomas de ansiedade-traço teve frequência de pontuação “1” para as afirmativas variando entre 91,3% e 97,9%, enquanto que no grupo com alta intensidade de sintomas esta variou entre 11,5% a 48,8%. Entre estes últimos, 72,5% atribui notas “3” e “4” para a afirmativa *gostaria de poder ser tão feliz quantos os outros parecem ser*.

Tabela 11- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do IDATE-T e com a intensidade dos sintomas de ansiedade: baixa, moderada ou alta.

		Ansiedade-Traço (IDATE-T)								
no.	Item do IDATE-E	Baixa			Moderada			Alta		
	Sensações e emoções positivas (Pontuação)	1-2	3	4	1-2	3	4	1-2	3	4
Q_1	Sinto-me bem.	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	6,8%	93,2%	4,2%	40,8%	55,0%
Q_26	Sinto-me descansado(a).	5,1%	35,4%	59,5%	23,3%	51,4%	25,3%	52,9%	39,4%	7,7%
Q_30	Sou feliz.	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	7,4%	92,6%	6,0%	34,0%	60,0%
Sensações e emoções negativas										
Q_22	Canso-me facilmente.	86,2%	12,8%	1,0%	60,9%	28,7%	10,4%	22,1%	41,3%	36,7%
Q_23	Tenho vontade de chorar.	97,9%	2,1%	0,0%	89,8%	9,0%	1,2%	51,7%	31,5%	16,9%
Q_35	Sinto-me deprimido(a).	100,0%	0,0%	0,0%	92,7%	7,0%	0,3%	50,4%	36,3%	13,3%
Imagem positiva de si										
Q_27	mesmo.	0,0%	2,1%	97,9%	2,1%	27,3%	70,7%	29,2%	52,3%	18,5%
Q_33	Sinto-me seguro(a).	0,0%	3,6%	96,4%	1,5%	26,7%	71,9%	23,5%	56,5%	20,0%
Q_36	Estou satisfeito(a).	0,0%	1,0%	99,0%	0,4%	16,3%	83,3%	13,1%	54,8%	32,1%
Q_39	Sou uma pessoa estável.	0,5%	1,5%	97,9%	1,8%	10,7%	87,6%	15,8%	44,4%	39,8%
Imagem negativa de si										
Q_32	Não tenho muita confiança em mim mesmo(a).	88,7%	5,1%	6,2%	72,6%	21,6%	5,8%	36,3%	36,5%	27,3%
Q_34	Evito ter que enfrentar crises ou problemas.	79,5%	11,8%	8,7%	61,5%	29,2%	9,3%	41,9%	32,5%	25,6%
Expectativas negativas										
Q_24	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.	96,9%	1,5%	1,5%	75,6%	19,1%	5,3%	27,5%	30,2%	42,3%
Q_25	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.	97,9%	2,1%	0,0%	79,4%	15,7%	4,9%	48,8%	32,1%	19,2%
Q_28	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.	95,9%	4,1%	0,0%	79,7%	17,5%	2,8%	38,8%	31,9%	29,4%
Q_29	Preocupo-me demais com coisas sem importância.	91,3%	8,2%	0,5%	62,5%	28,0%	9,5%	22,5%	38,3%	39,2%
Q_31	Deixo-me afetar muito pelas coisas.	90,8%	8,7%	0,5%	53,8%	35,9%	10,4%	11,5%	37,9%	50,6%
Q_37	As vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando.	93,3%	6,2%	0,5%	57,2%	35,0%	7,9%	20,4%	39,6%	40,0%
Q_38	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.	97,4%	1,5%	1,0%	63,9%	29,9%	6,2%	17,9%	36,5%	45,6%
Q_40	Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento.	92,8%	6,7%	0,5%	53,9%	35,3%	10,8%	13,8%	42,5%	43,8%

IDATE-T - Inventário de Ansiedade-Traço. Tamanho da barra equivale a porcentagem de respostas.
no. - Número da questão no IDATE-T.

4.6.3. IDB

O IDB apresenta uma série de afirmativas que compõe um núcleo lógico que parte de uma premissa positiva para uma negativa. Foram identificados três grupos semânticos que agrupariam estas sequências lógicas de afirmativas: *sensações ou emoções*; *imagem de si* e *expectativas* (Tabela 12).

Ao analisar a categoria *sensações ou emoções* nota-se que apenas 13,8% dos estudantes com intensidade moderada ou alta de sintomas de depressão referem não se sentir tristes. 98,8% fica aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava e 92,0% não sente mais prazer nas coisas como antes.

Ao referirem-se a imagem que fazem de si mesmos, apenas 53,2% dos participantes com intensidade moderada ou alta de sintomas de depressão refere não se sentir fracassado, enquanto

que 41,5% se sente culpada a maior parte do tempo; 73,1% estão decepcionados consigo mesmo e 16,5 % se considera feio.

Em relação as expectativas, 51,1% referem estar desanimados quanto ao futuro e 48,4% estão menos interessados pelas outras pessoas.

Tabela 12- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do IDB e com a intensidade dos sintomas de depressão: ausente ou mínima, leve e moderada ou alta.

no.	Item do IDB	Depressão (IDB)		
	Sensações ou Emoções	Ausente/Mínima	Leve	Moderada/Alta
Q_1	Não me sinto triste.	84,8%	39,3%	13,8%
Q_1	Eu me sinto triste.	15,2%	58,4%	56,4%
Q_1	Estou sempre triste e não consigo sair disto.	0,0%	2,0%	24,3%
Q_1	Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.	0,0%	0,3%	5,4%
Q_4	Tenho tanto prazer em tudo como antes.	79,2%	30,3%	8,0%
Q_4	Não sinto mais prazer nas coisas como antes.	20,8%	68,9%	73,4%
Q_4	Não encontro um prazer real em mais nada.	0,0%	0,5%	11,2%
Q_4	Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.	0,0%	0,3%	7,4%
Q_10	Não choro mais do que o habitual.	87,9%	59,6%	22,3%
Q_10	Choro mais agora do que costumava.	12,1%	34,0%	54,3%
Q_10	Agora, choro o tempo todo.	0,0%	1,3%	10,6%
Q_10	Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.	0,0%	5,0%	12,8%
Q_11	Não sou mais irritado agora do que já fui.	57,1%	20,6%	11,2%
Q_11	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.	41,6%	68,9%	65,4%
Q_11	Atualmente me sinto irritado o tempo todo.	0,9%	9,5%	19,5%
Q_11	Não me irrita mais com as coisas que costumavam irritar-me.	0,4%	1,1%	3,9%
Q_16	Consigo dormir tão bem como o habitual.	54,8%	22,4%	20,2%
Q_16	Não durmo tão bem quanto costumava.	45,2%	72,6%	67,0%
Q_16	Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.	0,0%	5,0%	12,3%
Q_16	Acordo varias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	0,0%	0,0%	0,4%
Q_17	Não fico mais cansado do que o habitual.	40,1%	10,8%	3,7%
Q_17	Fico cansado com mais facilidade do que costumava.	59,4%	74,1%	51,6%
Q_17	Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.	0,5%	13,5%	42,6%
Q_17	Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.	0,0%	0,0%	0,0%
Q_18	Meu apetite não esta pior do que o habitual.	89,3%	78,1%	62,4%
Q_18	Meu apetite não e tão bom quanto costumava ser.	10,3%	16,1%	25,3%
Q_18	Meu apetite esta muito pior agora.	0,4%	5,5%	11,1%
Q_18	Não tenho mais nenhum apetite.	0,0%	0,3%	1,2%
Q_19	Não tenho perdido muito peso, se e que perdi algum recentemente.	91,4%	88,3%	81,0%
Q_19	Perdi mais de dois quilos e meio.	7,1%	7,7%	6,6%
Q_19	Perdi mais de cinco quilos.	1,0%	2,2%	10,3%
Q_19	Perdi mais de sete quilos	0,4%	1,8%	2,1%
Q_20	Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.	75,1%	51,7%	37,1%
Q_20	Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estomago ou prisão de ventre.	24,9%	47,4%	52,3%
Q_20	Estou muito preocupado com problemas físicos e difícil pensar em outra coisa.	0,0%	0,9%	10,6%
Q_20	Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.	0,0%	0,0%	0,0%
Q_21	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.	88,4%	68,9%	45,7%
Q_21	Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.	10,6%	23,0%	34,0%
Q_21	Estou muito menos interessado em sexo atualmente.	1,0%	7,7%	19,1%
Q_21	Perdi completamente	0,0%	0,5%	1,1%

(Continua)

Tabela 12- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do IDB e com a intensidade dos sintomas de depressão: ausente ou mínima, leve e moderada ou alta (conclusão).

no.	Item do IDB	Depressão (IDB)		
		Ausente/Mínima	Leve	Moderada/Alta
Imagem de si				
Q_3	Não me sinto um fracasso.	97,3%	85,5%	53,2%
Q_3	Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.	2,4%	13,3%	34,0%
Q_3	Quando olho para trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos.	0,2%	1,1%	11,2%
Q_3	Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.	0,0%	0,0%	1,6%
Q_5	Não me sinto especialmente culpado.	90,6%	58,6%	31,9%
Q_5	Eu me sinto culpado grande parte do tempo.	9,2%	35,6%	41,5%
Q_5	Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.	0,3%	4,7%	14,4%
Q_5	Eu me sinto sempre culpado.	0,0%	1,1%	12,2%
Q_6	Não acho que esteja sendo punido.	92,3%	73,6%	54,2%
Q_6	Acho que posso ser punido.	7,3%	22,2%	16,9%
Q_6	Creio que serei punido.	0,4%	2,1%	9,7%
Q_6	Acho que estou sendo punido.	0,0%	2,1%	19,1%
Q_7	Não me sinto decepcionado comigo mesmo.	84,6%	39,3%	13,2%
Q_7	Estou decepcionado comigo mesmo.	14,9%	59,1%	73,1%
Q_7	Estou enojado de mim.	0,5%	1,6%	12,3%
Q_7	Eu me odeio.	0,0%	0,0%	1,3%
Q_8	Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.	41,7%	16,6%	6,8%
Q_8	Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.	53,1%	77,0%	42,2%
Q_8	Eu me culpo sempre por minhas falhas.	5,1%	5,8%	44,0%
Q_8	Eu me culpo por tudo de mau que acontece.	0,0%	0,5%	7,0%
Q_13	Tomo decisões tão bem quanto antes.	81,1%	40,4%	15,6%
Q_13	Adio minhas decisões mais do que costumava.	17,6%	51,3%	52,4%
Q_13	Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.	1,2%	8,2%	26,7%
Q_13	Não consigo mais tomar decisões.	0,0%	0,0%	5,3%
Q_14	Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.	82,0%	41,2%	23,2%
Q_14	Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.	16,3%	41,5%	48,1%
Q_14	Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.	1,3%	11,1%	12,1%
Q_14	Considero-me feio.	0,3%	6,1%	16,5%
Q_15	Posso trabalhar tão bem quanto antes.	83,8%	37,7%	10,1%
Q_15	Preciso de um esforço extra para fazer qualquer coisa.	16,2%	58,3%	50,5%
Q_15	Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.	0,0%	3,9%	36,2%
Q_15	Não consigo mais fazer trabalho algum.	0,0%	0,0%	3,2%
Expectativas				
Q_2	Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.	90,7%	74,7%	38,3%
Q_2	Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.	8,5%	24,5%	51,1%
Q_2	Acho que nada tenho a esperar.	0,5%	0,8%	5,2%
Q_2	Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.	0,2%	0,0%	5,4%
Q_12	Não perdi o interesse pelas outras pessoas.	81,8%	39,3%	16,5%
Q_12	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.	17,7%	55,9%	48,4%
Q_12	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.	0,4%	4,7%	33,0%
Q_12	Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.	0,1%	0,0%	2,1%
Q_9	Não tenho quaisquer ideias de me matar.	97,5%	86,0%	56,4%
Q_9	Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.	2,4%	13,7%	38,8%
Q_9	Gostaria de me matar.	0,0%	0,3%	4,2%
Q_9	Eu me mataria se tivesse oportunidade.	0,0%	0,0%	0,6%

IDB- Inventário de depressão de Beck. Tamanho da barra equivale a porcentagem de respostas.

no. - Número da questão no IDB.

4.6.4. RS-14

O RS-14 apresenta apenas frases afirmativas e positivas, que foram agrupadas em dois grupos: *imagem positiva de si* e *expectativa positiva* (Tabela 13). Entre os participantes com alta resiliência, a frequência de respostas “5-7” variou entre 92,5% a 99,8% para todos os itens do questionário com exceção de *eu costumo lidar com problemas de uma forma ou de outra*, na qual esta foi de 83,5%.

Entre os indivíduos com baixa resiliência, a frequência de resposta “5-7” para a categoria *imagem positiva de si* foi de apenas 47,2% para *sinto orgulho de ter realizado coisas na minha vida* e de 40,3% para *minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis*. O restante das alternativas teve frequência de “5-7” em torno de um terço.

Em relação a categoria *expectativa positiva*, 63,1% atribuíram nota “1” para *eu normalmente posso achar motivo para rir*. 54,5% atribuíram a mesma nota para *eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes* e 68,8% para *eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra*. Por outro lado, 47,3% e 55,1% atribuíram pontuação “5-7” para *sinto orgulho de ter realizado coisas na minha vida* e *minha vida tem sentido*.

Tabela 13- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do RS-14 e com as categorias de resiliência: baixa, moderada ou alta.

no.	Item do RS-14	Resiliência (RS-14)								
		Baixa			Moderada			Alta		
	Imagem de si (Pontuação)	1-3	4	5-7	1-3	4	5-7	1-3	4	5-7
Q_2	Sinto orgulho de ter realizado coisas na minha vida.	21,6%	31,3%	47,2%	0,7%	6,7%	92,5%	0,0%	0,2%	99,8%
Q_4	Eu sou amigo de mim mesmo.	44,9%	24,4%	30,7%	5,0%	15,5%	79,5%	0,5%	1,7%	97,8%
Q_6	Eu sou determinado.	42,6%	25,6%	31,8%	2,6%	10,8%	86,6%	0,5%	0,2%	99,4%
Q_8	Eu sou disciplinado.	42,6%	25,6%	31,8%	2,6%	10,8%	86,6%	0,5%	0,2%	99,4%
Q_11	Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	35,2%	24,4%	40,3%	8,2%	13,1%	78,7%	1,9%	3,9%	94,2%
	Expectativa positiva									
Q_1	Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	68,8%	13,1%	18,2%	22,9%	20,3%	56,7%	6,6%	9,9%	83,5%
Q_3	Quando faço planos, eu os levo até o fim.	27,8%	26,7%	45,5%	3,7%	11,4%	84,9%	1,3%	4,2%	94,5%
Q_5	Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	47,2%	29,5%	23,3%	7,6%	22,4%	70,0%	0,6%	4,2%	95,1%
Q_7	Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	54,5%	19,3%	26,1%	16,0%	18,8%	65,1%	1,9%	5,6%	92,5%
Q_9	Eu mantenho interesse nas coisas.	24,4%	22,2%	53,4%	0,7%	5,2%	94,0%	0,2%	0,6%	99,2%
Q_10	Eu normalmente posso achar motivo para rir.	63,1%	21,6%	15,3%	10,3%	19,8%	70,0%	1,1%	4,2%	94,7%
Q_12	Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	53,4%	24,4%	22,2%	11,2%	16,0%	72,8%	2,2%	2,7%	95,1%
Q_13	Minha vida tem sentido.	26,1%	18,8%	55,1%	4,7%	8,4%	86,9%	0,6%	2,2%	97,2%
Q_14	Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	18,8%	25,6%	55,7%	1,9%	9,0%	89,2%	0,2%	1,7%	98,1%

RS-14 - Escala de Resiliência de Wagnild & Young. Tamanho da barra equivale a porcentagem de respostas.

no. - Número da questão do RS-14.

4.6.5. MBI

A análise de itens foi realizada por subdomínio. No domínio despersonalização, todas as afirmativas eram referentes a relação como o outro e referiam-se a cinismo e desumanização, ou seja, ao distanciamento do outro (Tabela 14). Enquanto os participantes que tiveram baixa despersonalização atribuíram escore “0-2” entre 90,7% a 97,9% para todas as afirmativas, os com alta despersonalização atribuíram esta nota entre 22,9% a 64,3%. *Preocupa-me o fato de que este*

trabalho esteja me endurecendo emocionalmente foi a afirmativa com menor frequência de "0-2" para alunos com alta despersonalização e *não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo* foi a de maior.

O domínio exaustão emocional apresentou três núcleos semânticos: *sensações e emoções negativas*, *imagem negativa de si* e *relação com o outro*, todos com valor negativo, quanto maior a exaustão emocional, maior a pontuação. Na categoria *sensações e emoções*, as afirmativas *sinto-me cansado(a) ao final da jornada de trabalho* e *quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado(a)* foram as que tiveram maior frequência de escore "5-6", 87,0% e 76,6%, respectivamente.

A categoria *imagem negativa de si*, no subdomínio exaustão emocional, referiu-se a percepção de um excesso de trabalho. Apenas 12% dos indivíduos com alta exaustão emocional atribuíram nota "0-2" para a afirmativa *creio que estou trabalhando em demasia*.

O grupo semântico *relações com o outro*, no subdomínio exaustão emocional, associou-se a relação com outro mediada pelo fazer do médico e mesmo no grupo com alta exaustão emocional, a frequência de repostas "5-6" foi baixa (15,7% a 17,0%).

O domínio realização profissional também apresentou três núcleos semânticos: *sensações e emoções positivas*, *imagem positiva de si* e *relação com o outro*, todos com valor positivo, quanto maior a realização profissional, maior a pontuação. Entre os indivíduos com alta realização profissional, apenas 11,4% atribui nota máxima (5-6) para o item *sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho*. O que parece ser um erro de interpretação da afirmativa, os alunos podem ter confundido o tratar problemas emocionais com a abordagem clínica de problemas emocionais e não como a habilidade de lidar com seus próprios problemas emocionais. Com exceção da afirmativa, *sinto-me com muita vitalidade* que teve frequência "5-6" de 79,9%, todas as outras obtiveram frequência maior ou igual a 90% neste grupo com alta realização profissional.

Tabela 14- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do MBI e com a intensidade dos sintomas de esgotamento profissional: baixa, moderada ou alta.

		Exaustão Emocional								
		Baixa			Moderada			Alta		
no.	Item do MBI (Pontuação)	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
Sensações e emoções negativas										
Q_1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente devido ao meu trabalho.	80,1%	19,2%	0,7%	44,6%	48,4%	7,0%	9,9%	42,0%	48,1%
Q_2	Sinto-me cansado(a) ao final da jornada de trabalho.	39,1%	50,2%	10,7%	8,6%	50,8%	40,6%	0,4%	12,6%	87,0%
Q_3	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me	59,8%	33,8%	6,4%	15,1%	56,5%	28,5%	2,6%	20,8%	76,6%
Q_8	Meu trabalho deixa-me exausto(a).	72,2%	24,2%	3,6%	19,9%	63,7%	16,4%	1,7%	31,0%	67,3%
Q_13	Sinto-me frustrado(a) em meu trabalho.	96,4%	3,2%	0,4%	76,3%	21,0%	2,7%	41,2%	41,9%	17,0%
Imagem negativa de si										
Q_14	Creio que estou trabalhando em demasia.	72,2%	24,2%	3,6%	19,9%	63,7%	16,4%	1,7%	31,0%	67,3%
Q_20	Sinto-me no limite das minhas possibilidades.	92,2%	6,4%	1,4%	70,4%	26,9%	2,7%	31,6%	41,4%	27,0%
Q_14	Creio que estou trabalhando em demasia.	81,9%	16,4%	1,8%	45,2%	43,3%	11,6%	12,0%	39,3%	48,7%
Relação com o outro										
Q_6	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	89,7%	7,8%	2,5%	65,6%	25,8%	8,6%	30,6%	36,3%	33,1%
Q_16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.	94,0%	6,0%	0,0%	75,8%	22,0%	2,2%	44,5%	39,7%	15,7%
Despersonalização										
		Baixa			Moderada			Alta		
no.	Item do MBI (Pontuação)	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
Relação com o outro										
Q_5	Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais.	94,9%	5,1%	0,0%	84,2%	13,0%	2,7%	45,8%	37,0%	17,2%
Q_10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	96,6%	2,1%	1,3%	69,4%	26,7%	3,9%	23,3%	44,9%	31,9%
Q_11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	95,1%	4,6%	0,2%	63,6%	30,0%	6,4%	22,9%	42,9%	34,2%
Q_15	Não me preocupo realmente com o que ocorre as pessoas a que atendo.	97,9%	1,7%	0,4%	90,0%	5,8%	4,2%	64,3%	21,2%	14,5%
Q_22	Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelo seus problemas.	90,7%	7,8%	1,5%	77,0%	20,9%	2,1%	49,3%	36,4%	14,3%
Realização Profissional										
		Baixa			Moderada			Alta		
no.	Item do MBI (Pontuação)	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
Sensações e emoções positivas										
Q_12	Sinto-me com muita vitalidade.	40,9%	49,3%	9,8%	15,0%	48,7%	36,2%	1,2%	18,9%	79,9%
Q_18	Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.	29,2%	56,0%	14,8%	3,0%	30,7%	66,3%	0,0%	4,2%	95,8%
Imagem positiva de si										
Q_19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	49,3%	42,3%	8,4%	12,7%	44,9%	42,4%	0,6%	9,6%	89,8%
Q_21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	47,6%	36,6%	15,8%	52,4%	32,6%	15,0%	69,7%	18,9%	11,4%
Relação com o outro										
Q_4	Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.	13,4%	36,8%	49,8%	0,8%	15,0%	84,1%	0,6%	3,9%	95,5%
Q_7	Lido eficazmente com os problemas das pessoas.	23,7%	49,0%	27,3%	3,7%	23,2%	73,1%	0,9%	4,5%	94,6%
Q_9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.	20,3%	45,5%	34,2%	2,5%	20,4%	77,1%	0,0%	2,1%	97,9%
Q_17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.	41,6%	47,6%	10,8%	6,2%	39,4%	54,4%	0,0%	6,3%	93,7%

MBI- Escala de Esgotamento Emocional de Maslach. Tamanho da barra equivale a porcentagem de respostas.

no. - Número da questão no MBI.

4.6.6. EMRI

Como era esperado, todas as afirmativas das três subescalas do EMRI foram agrupadas na categoria relação com o outro. Entretanto, a subescala consideração empática e angústia pessoal referem-se a uma identificação com o outro (Tabela 15). Enquanto na consideração empática esta identificação é mais cognitiva e está associada a sentimentos de compaixão, solidariedade e justiça; na angústia pessoal a identificação é mais afetiva e ocorre uma mistura de sentimentos próprios com o do outro. Tomada de perspectiva refere-se ao reconhecimento da alteridade e da diferença entre si e o outro. As três escalas tem itens com valor positivo e negativo.

Na subescala consideração empática, as afirmativas que tiveram menor variação quando compara-se os respondentes com alta empatia com os com baixa empatia foram: *quando eu vejo alguém sendo logrado eu sinto vontade de protegê-lo* e *quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu as vezes não sinto muita pena dele*. Ambas denotam um senso de justiça, que apesar de diminuir no grupo com menor consideração empática ainda esteve presente em 54,9% (frequência de pontuação 4-5) e 62,6% (frequência de pontuação 1-2), respectivamente.

Na subescala tomada de decisão, as questões com maior variabilidade de frequência de pontuação foram: *eu acredito que existem dois lados para cada questão e tento olhar para ambos*; *quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento*; e *antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar*.

Na subescala angústia pessoal, *estar em uma situação emocional tensa assusta-me*, *às vezes eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva*, e *em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável* apresentaram a maior frequência de "4-5" para o grupo com alta angústia pessoal. O que aponta que os indivíduos com alta angústia pessoal, parecem não conseguir lidar com situações de altamente emotivas. Um terço desses indivíduos refere se sentir desesperado em situações de emergência.

Tabela 15- Frequência de respostas de acordo com a pontuação de cada item do EMRI e com as categorias de empatia: baixa, moderada ou alta.

		Consideração Empática (EMRI)								
		Baixa			Moderada			Alta		
no.	Item do EMRI (Pontuação)	1-2	3	4-5	1-2	3	4-5	1-2	3	4-5
Q_1	Eu frequentemente tenho sentimentos de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu.	20,8%	31,3%	47,9%	1,2%	9,9%	88,9%	1,1%	2,0%	96,9%
Q_3	As vezes, eu não me lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas.	24,5%	35,8%	39,7%	53,4%	27,2%	19,5%	85,7%	9,6%	4,7%
Q_6	Quando eu vejo alguém sendo logrado eu sinto vontade de protegê-lo.	15,4%	29,6%	54,9%	2,6%	17,8%	79,6%	0,4%	4,9%	94,6%
Q_10	As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito.	37,0%	29,0%	34,0%	76,9%	18,5%	4,6%	94,2%	5,4%	0,4%
Q_13	Quando eu vejo alguém sendo injustiçado, eu as vezes não sinto muita pena dele.	62,6%	17,7%	19,8%	83,4%	6,5%	10,1%	96,2%	0,7%	3,1%
Q_15	Frequentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer.	58,0%	27,0%	15,0%	20,0%	34,4%	45,7%	4,5%	10,7%	84,8%
Q_17	Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole.	60,7%	23,7%	15,6%	22,8%	33,4%	43,8%	4,0%	13,6%	82,4%

		Tomada de Perspectiva (EMRI)								
		Baixa			Moderada			Alta		
no.	Item do EMRI (Pontuação)	1-2	3	4-5	1-2	3	4-5	1-2	3	4-5
Q_2	As vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros.	23,1%	31,8%	45,1%	56,5%	25,8%	17,7%	88,5%	8,0%	3,5%
Q_5	Eu tento considerar os argumentos de todas as pessoas em uma discussão antes de tomar uma decisão.	29,7%	30,3%	40,0%	3,8%	14,8%	81,3%	0,2%	1,4%	98,4%
Q_8	As vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles.	18,6%	35,9%	45,5%	1,9%	12,9%	85,2%	0,5%	2,5%	97,0%
Q_11	Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas.	18,8%	21,4%	59,8%	45,7%	29,2%	25,1%	75,3%	14,0%	10,8%
Q_16	Eu acredito que existem dois lados para cada questão e tento olhar para ambos.	21,8%	40,4%	37,8%	2,4%	15,6%	82,1%	0,8%	1,3%	98,0%
Q_19	Quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento.	62,2%	26,5%	11,3%	23,9%	38,8%	37,3%	7,5%	17,0%	75,5%
Q_21	Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar.	47,2%	35,0%	17,9%	11,7%	36,1%	52,2%	2,8%	12,5%	84,8%

		Angustia Pessoal (EMRI)								
		Baixa			Moderada			Alta		
no.	Item do EMRI (Pontuação)	1-2	3	4-5	1-2	3	4-5	1-2	3	4-5
Q_4	Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável.	70,7%	21,5%	7,8%	24,7%	36,2%	39,1%	2,6%	16,2%	81,2%
Q_7	As vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.	46,4%	24,5%	29,1%	13,2%	25,9%	60,9%	4,7%	8,6%	86,7%
Q_9	Quando eu vejo alguém se ferir, eu tendo a permanecer calmo.	3,0%	8,0%	88,9%	8,7%	23,5%	67,8%	31,1%	30,5%	38,4%
Q_12	Estar em uma situação emocional tensa assusta-me.	73,3%	19,1%	7,6%	29,6%	39,1%	31,2%	4,2%	17,2%	78,6%
Q_14	Geralmente eu sou muito efetivo para lidar com emergências.	24,5%	21,5%	54,0%	20,2%	40,1%	39,7%	26,4%	40,2%	33,4%
Q_18	Eu tendo a perder o controle durante emergências.	96,5%	3,0%	0,4%	79,6%	17,2%	3,2%	41,5%	35,2%	23,2%
Q_20	Quando eu vejo alguém que tem grande necessidade de ajuda em uma emergência, eu fico desesperado.	94,4%	4,8%	0,9%	73,3%	21,1%	5,5%	30,5%	38,1%	31,3%

EMRI- Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis . Tamanho da barra equivale a porcentagem de respostas.

no. - Número da questão no EMRI.

Neste estudo, encontrou-se uma alta prevalência de distúrbios emocionais, como relatado anteriormente (Mayer *et al.*, 2016). Ao comparar com a literatura, observa-se que a prevalência de ansiedade-estado (81,7%) e ansiedade-traço (85,6%) foi semelhante a de outros trabalhos realizados no Brasil utilizando o mesmo instrumento (Baldassin, 2010; Baldassin *et al.*, 2006). A prevalência de sintomas depressivos também foi elevada (41,3%), sendo maior que a prevalência encontrada em uma meta-análise (28%, IC_{95%}: 24,2-32,1), incluindo 77 trabalhos de diversas partes do mundo (Puthra *et al.*, 2016). A prevalência esperada de depressão para a população brasileira da mesma idade seria em torno de 5 a 10% (Tabalipa, 2015; Vasconcelos, 2015; Bassols, 2014). Esses dados confirmam o estresse emocional dos estudantes de Medicina e apontam para uma maior prevalência nessa população de sintomas de ansiedade e depressão do que na população geral.

Mulheres apresentam maior intensidade de sintomas de ansiedade e depressão do que homens, apesar da fraca associação entre estes e sexo, como esperado (Dyrbye *et al.*, 2006; Mayer *et al.*, 2016; Hope & Henderson, 2014; Vasconcelos *et al.*, 2015; Tabalip *et al.*, 2015; Van Venrooij *et al.*, 2015; Bassols, 2014). Bore *et al.* (2016), ao estudar possíveis fatores associados a distúrbios emocionais em alunos de Medicina notou que diversas variáveis apresentavam diferenças entre os sexos, entretanto, nos modelos de regressão logística sexo isoladamente não foi um fator determinante de distúrbios emocionais, ou seja, o efeito do sexo foi diminuído pelo de outras variáveis como: suporte social, resiliência e autocontrole.

Essas diferenças encontradas entre os sexos podem estar no fundo acentuando uma questão ligada a estigmas sociais e inequidades de gênero. Uma explicação que ainda carece de investigação, seria relacionada aos ideais de feminino e *ser mulher* e os de masculino e *ser homem*. Atualmente, ainda é de senso comum, apesar dos grandes avanços sociais e culturais, uma certa imagem do homem como forte, que não pode demonstrar suas emoções, enquanto que as mulheres são vistas como mais passionais (Cramer *et al.*, 2002). Esta diferença imaginária poderia explicar porque mulheres relatariam com maior frequência e intensidade os sintomas de ansiedade e depressão em comparação aos homens. Schraibe *et al* (2005) aponta que homens apresentam diversos comportamentos de risco e valorizam menos os sintomas físicos e psicológicos, a não ser em situações mais graves de danos à saúde, do que mulheres. Tempski (2007) questiona se o próprio *ser mulher*, não levaria as alunas a terem mais dificuldades para lidar com as atribuições acadêmicas que os homens, uma vez que o curso privilegia o lugar social e antropológico do homem.

Barbaria *et al* (2009) investigou a percepção de estudantes de medicina do sexo feminino quanto a diferenças de gênero. Ao entrevistar 12 alunas notou que as participantes lutavam para definir seu papel nas enfermarias e muitas vezes se sentiram assumindo papéis estereotipados, definidos pelas diferenças de gênero; perceberam diferenças na natureza de suas relações de trabalho em comparação com a natureza das relações de trabalho dos estudantes de medicina masculinos; perceberam que expectativas e ideais baseados nas relações de gênero por parte dos supervisores

clínicos moldaram sua relação com estes; sentiram-se capazes de negociar situações desconfortáveis com os pacientes, mas não com seus supervisores; e encontraram uma "curva de aprendizado de gênero", ou seja, qual seria o "lugar da mulher" na prática médica que influenciaria sua visão de si como futuras médicas. Diversos estudos apontam como o peso das responsabilidades de criação dos filhos e manutenção da casa recai sobre as médicas, que devem manipular seu trabalho e parentalidade (Dunker, 1994; Heathcote, 1997; Phillips SP, 2000). Tanto a graduação como a residência carecem de flexibilidade para lidar com as crescentes demandas da gravidez e da criação de filhos (Franco *et al.*, 1983; Auchincloss, 1982)

A maioria dos participantes apresentou resiliência alta ou moderada e apenas 13% baixa, indicado que apesar das altas prevalências de ansiedade e depressão, os estudantes parecem possuir algumas características capazes de diminuir o efeito destas em seu bem-estar, como evidenciado por Tempski (2015).

Não foram encontradas diferenças entre os anos do curso para intensidade de sintomas de ansiedade e depressão e resiliência. Na literatura encontram-se relatos de associações direta, inversa ou mesmo nenhuma associação (Bassols *et al.*, 2014; Vasconcelos *et al.*, 2015; Hope & Henderson 2014; Serra *et al.*, 2015; Dyrbye, 2006; Bore *et al.*, 2016; Ludwig *et al.*, 2015). Apesar de diferença metodológicas entre os estudos (longitudinais ou transversais) isto pode indicar que outras fatores que não ano do curso influenciem estas variáveis como: tipo de metodologia, qualidade do ensino, diferenças entre ambientes educacionais ao longo do curso e entre escolas, dentre outras. Enns *et al.*, 2016 demonstraram uma associação positiva entre ambiente de ensino e qualidade de vida, que varia de acordo com o ano do curso analisado. Ambas foram afetadas por fatores relacionados ao currículo, como supervisão e carga de trabalho, indicando que estes fatores podem ser mais determinantes para resiliência e intensidade de sintomas de ansiedade e depressão do que ano do curso.

Em consonância com outros estudos (Paro *et al.*, 2014; Dyrbye & Shanafelt, 2016; Van Venrooij *et al.*, 2015; Mazukiewicz *et al.*, 2012; Brazeau *et al.*, 2014; Dyrbey *et al.*, 2010; Dyerbey *et al.*, 2006; Costa *et al.*, 2012), encontrou-se altos índices de esgotamento profissional para os três domínios do MBI. A prevalência total de esgotamento profissional neste estudo foi de 1122 estudantes (83,1%). Dyrbey & Shanafeld (2016), em uma revisão sobre esgotamento profissional nos EUA, descrevem uma prevalência de 45,0% a 56,0% de exaustão emocional ou despersonalização alta. Apenas 13,0% dos respondentes desta amostra apresentavam esgotamento profissional alto, indicando que apesar da alta prevalência de esgotamento profissional, está é em sua grande maioria moderada, diferentemente do que ocorre nos EUA.

Estudos recentes (Tabalipa, 2015; Vasconcelos, 2015; Bassols, 2014) realizados no Brasil com escalas usadas para diagnóstico, mostraram prevalência para transtornos de ansiedade entre 19,7% e 35,5%, as quais se aproximam da prevalência internacional de ansiedade (Dyrbye *et al.*, 2014; Dyrbye *et al.*, 2006, Hope & Henderson, 2014; Van Venrooik *et al.*, 2015).

O IDATE não é uma escala diagnóstica, apesar de ser capaz de medir a intensidade dos sintomas ansiosos em indivíduos com e sem diagnóstico de algum transtorno ansioso. Guillén-Riquelme & Buela-Casal (2014) encontraram uma boa correlação entre a presença de alta intensidade de sintomas ansiosos no IDATE e o diagnóstico clínico de algum transtorno ansioso. Uma vez que prevalência de intensidade alta de sintomas de ansiedade-estado e traço encontrada nesta pesquisa foi respectivamente 30,4% e 35,6%, pode-se inferir que metade dos estudantes de Medicina apresentam moderada intensidade de sintomas ansiosos e que por volta de um terço teriam o diagnóstico provável de algum transtorno de ansiedade. Estes dados estão acima do esperado para a população geral brasileira, na qual o diagnóstico de transtorno ansioso para esta idade estaria em torno de 18% (Tabalipa, 2015; Vasconcelos, 2015; Bassols, 2014), revelando assim, maior estresse emocional nos estudantes de Medicina, mesmo que sem uma patologia evidente.

São descritas diferenças entre os dois questionários para ansiedade. Enquanto o IDATE- E reflete uma reação transitória diretamente relacionada a uma situação de adversidade que se apresenta em dado momento, o IDATE- T refere-se a um aspecto mais estável relacionado à propensão do indivíduo lidar com maior ou menor ansiedade ao longo de sua vida. Ansiedade-estado avalia como os estímulos provocam sentimentos desagradáveis de tensão, apreensão, nervosismo e aborrecimento no respondente, quanto maior o escore maior estas sensações. Já a ansiedade-traço avalia a propensão ou tendência do indivíduo a reagir a situações percebidas como ameaçadoras. Indivíduos com escores altos nessa escala tendem a interpretar um número maior de situações como ameaçadoras ou perigosas. (Biaggio & Natalicio, 1977; Andrade *et al.*, 2001; Spielberger, 1983; Fioravanti *et al.*, 2006).

A análise de itens confirmou estas diferenças (Tabela 11). Enquanto o IDATE-E apresentava 14 itens referentes a sensações ou emoções, IDATE-T apresentava apenas seis e o respondente deve pontuar as afirmativas do primeiro de acordo de como se sente neste momento, enquanto que no segundo de acordo como geralmente se sente.

Em relação a ansiedade-estado, pode-se notar que os itens que mais variaram foram: *estou descontraído(a)*, *sinto-me ansioso(a)*, *sinto-me seguro(a)*, *sinto-me confiante*, *sinto-me satisfeito(a)*, *estou preocupado com possíveis infortúnios* e *estou preocupado(a)*. Estes foram considerados como os de maior variação, pois pode-se notar sua influência já no grupo com intensidade de sintomas moderada (variação maior que 20%). Apenas duas afirmativas se referem a *sensações ou emoções* e estas variaram mais para o grupo com alta intensidade de sintomas do que o de moderada

quando comparados a baixa intensidade de sintomas. A piora da percepção da *imagem de si* e o aumento de *expectativas negativas* parecem ser os principais fatores determinantes de aumento de ansiedade. *Sinto-me descansado(a)* já apresentou uma baixa prevalência de pontuação “4” mesmo no grupo com baixa intensidade de sintomas, indicando que de modo geral os alunos de Medicina se sentem cansados. Este dado foi confirmado pelos outros instrumentos. O item *sinto-me em casa* foi o que menos variou, podendo indicar que apesar do sofrimento, fazer Medicina é um lugar de pertencimento.

A análise do IDATE-T confirma o cansaço dos estudantes. A afirmativa “*sinto-me descansado(a)*”, também apresentou baixa prevalência de pontuação “4” entre os com baixa intensidade de sintomas. Entre as alternativas que mais tiveram variação, usando-se o mesmo critério de análise do IDATE-E, apenas uma - *canso-me facilmente*- era do grupo semântico *sensações e emoções*. A categoria *imagem de si* também teve apenas uma afirmativa- *evito ter que enfrentar crises ou problemas*- que variou mais de 20% no grupo de alunos com intensidade moderada de sintomas quando comparados como o de intensidade baixa. O restante de itens pertencia a categoria *expectativas*: *preocupo-me demais com coisas sem importância, deixo-me afetar muito pelas coisas, as vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando, levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça e fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento*.

Com exceção da sensação de cansaço, os sintomas somáticos e a piora dos afetos são percebidos com maior frequência no grupo com alta intensidade de sintomas. Pode-se inferir certa temporalidade ao aparecimento dos sintomas e a piora da ansiedade, ou seja, intensidade moderada de ansiedade precederia a alta. Neste sentido, a piora da percepção da imagem de si e o aumento das preocupações aconteceriam antes dos sintomas somáticos e mesmo das sensações comumente descritas para ansiedade, como nervosismo e agitação. Entretanto, como este é um estudo transversal, essa inferência não pode ser comprovada, o que abre um campo para novas investigações. Caso esta hipótese se comprove, as intervenções para a promoção, prevenção e tratamento da saúde mental dos estudantes de Medicina devem estar atentas a este fato. Esperar a manifestação somática da ansiedade pode ser tardio, a piora da percepção de si e o aumento das expectativas ruins, podem ser marcadores mais precoces.

5.2. DEPRESSÃO

A análise de itens do IDB (Tabela 12) revelou que entre os estudantes com sintomas de depressão mínima ou ausente, 45,2% ficam mais irritados do que ficavam antes, 59,9% ficam mais cansadas do que o habitual, 58,2% estão decepcionadas consigo mesmas e 20,8% sentem menos prazer do que sentiam antes, indicando que parece sempre existir um certo sofrimento na formação médica, o que pode estar associado ao próprio momento de transição para a vida adulta, ou mesmo para a adaptação para a vida universitária. Entretanto, a alta prevalência da sensação de decepção

consigo mesmo, pode estar associada a outros fatores como a alta competitividade do curso ou pressão inerente às demandas do curso, ou mesmo aos abusos sofridos pelos estudantes (Enns *et al.*, 2016; Sayburn, 2015; Tempiski *et al.* 2012; Silveira, 2017; Silver & Gliken, 1990; Kay, 1990; Strecker *et al.*, 1936 & 1937).

24,5% dos estudantes com intensidade leve de sintomas de depressão e 46,8% dos com intensidade moderada e alta reportaram se sentirem fracassados. 24,5% dos de intensidade leve e 37,8% dos com intensidade moderada e alta se sentiam sendo punidos. 58,8% dos com intensidade leve e 76,8% dos com intensidade moderada e alta estavam insatisfeitos com sua aparência. 25,3% dos de intensidade leve e 61,7% dos com intensidade moderada e alta estão desanimados com o futuro. Este números ilustram uma certa perda de esperança.

Esperança pode ser entendida como o ato de esperar que algo positivo ou bom aconteça. Ter esperança é acreditar no futuro ou em si mesmo, é confiar que as coisas podem melhorar ou supor que as adversidades atuais são circunstanciais e passageiras. A perda de esperança está associada a incapacidade de sonhar ou de se projetar no futuro e a perda de ideais. Estes por sua vez se tornam inalcançáveis ou parecem muito distantes. Em ressonância com IDATE, percebe-se que o sofrimento dos alunos está relacionado com sua identidade (imagem de si) e com as expectativas que passam de positivas a negativas.

Como já demonstrado em outros estudos (Mayer *et al.*, 2016; Baldessin, 2010; Bassols *et al.*, 2014; Tabalipa *et al.*, 2015; Vasconcelos *et al.*, 2015; Dyrbye *et al.*, 2006; Hope & Henderson, 2014; Serra *et al.*, 2015; Van Venrooij *et al.*, 2015), existe uma forte associação entre intensidade de sintomas depressivos e ansiosos. Esta forte associação entre sintomas ansiosos e depressivos pode ser parcialmente explicado pelo cruzamentos dos construtos avaliados pelo IDATE e IDB (Fioravanti *et al.*, 2006; Biaggio & Natalício, 1977; Andrade *et al.*, 2001), principalmente o IDATE-T. Apesar de ambos instrumentos apresentarem boas propriedades psicométricas, alguns sintomas são comuns a ambas condições (depressão e ansiedade), o que implica que não necessariamente estamos diante de uma comorbidade, mas apenas de uma sobreposição de sintomas. A análise de itens, também confirmou essa intersecção semântica das afirmativas de cada questionário.

Vale ressaltar que a prevalência de sintomas ansiosos foi duas vezes maior que a de depressivos e que independente do real significado desta associação, fica claro o grande desgaste emocional dos alunos de Medicina, implicando também em índices elevados de esgotamento profissional e redução da empatia.

5.3. RESILIÊNCIA

Tempiski *et al.* (2015) demonstrou que indivíduos com alta resiliência referem uma melhor qualidade de vida e do ambiente de ensino e que esta percepção não parece ser influenciada pelo desgaste emocional. Uma possível explicação seria que apesar das condições estressantes, tais

estudantes acreditam que para se formarem médicos precisam passar pelas experiências e situações que estão passando mesmo que sejam desagradáveis ou estressantes. Esta hipótese ganha mais força quando neste estudo, observa-se que entre os indivíduos com alta resiliência, 40% apresenta alta exaustão emocional e 70,7% sintomas ansiosos-estado e 73,7% sintomas ansiosos-traço.

Por outro lado, resiliência parece conferir uma proteção contra depressão, ou depressão parece reduzir drasticamente a resiliência. Entre os indivíduos com alta resiliência, apenas 5,8% apresentam sintomas moderados/grave de ansiedade, enquanto que nos estudantes com baixa resiliência 80,7% apresenta depressão moderada/grave.

A análise de itens do RS-14 (Tabela 13) confirmou que os aspectos da resiliência avaliados neste instrumento estão associados com o modo de se relacionar consigo mesmo (imagem de si) e com o mundo (expectativas). As afirmativas que tiveram pontuação mais baixa entre o grupo de participantes com baixa resiliência revelam a mesma perda de confiança em si e no mundo que o IDB havia mostrado. Esses itens com baixa pontuação estão relacionados com não conseguir lidar com os problemas, não conseguir enfrentar tempos difíceis, não ser uma pessoa na qual os outros podem confiar em uma emergência e não conseguir achar motivos para rir.

Nota-se, portanto, uma diferença entre os construtos aqui avaliados, apesar do IDATE, IDB e RS-14 avaliarem, em última instância, sensações e emoções, a imagem de si e as expectativas diante o mundo, cada instrumento prioriza aspectos diferentes. O IDATE prioriza aspectos relacionados com a preocupação e o medo de não conseguir, não dar conta. O IDB valoriza a perda da confiança em si e a esperança no mundo. Ambos avaliam sensações e emoções presentes nos quadros de depressão e ansiedade. O RS-14 prioriza a habilidade de resolver situações adversas e de atribuir sentido à vida e, portanto, está mais próximo do IDB.

5.4. ESGOTAMENTO PROFISSIONAL

Houve uma relação direta entre a intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão e a gravidade do esgotamento profissional, para além de sua coexistência, o que condiz com a literatura (Dyrbye *et al.*, 2010; Dyrbye & Shanafelt, 2016; van Venrooij *et al.*, 2015; Chang *et al.*, 2012; Costa *et al.*, 2012; Dyrbye, 2006; Thiriaux *et al.*, 2016; Howe *et al.*, 2012; Bacchi & Licinio, 2016; Outram & Kelly, 2014). Já resiliência, apresentou uma associação inversa, quanto maior, menor o esgotamento profissional. Os modelos de regressão ordinal ajustados apresentaram pseudo-R² maiores e, portanto, parecem ser melhores que os modelos brutos. Em ambos modelos (bruto e ajustado), o aumento dos sintomas depressivos e ansiosos leva a maior chance de aumento do esgotamento profissional, enquanto que a resiliência diminui esta chance.

A análise dos modelos de regressão ordinal identificou como fatores determinantes de exaustão emocional: anos do curso (internato e ciclo clínico), depressão (modera ou alta e leve), ansiedade-estado (alta e moderada), ansiedade-traço (alta e moderada) e resiliência (apenas alta). Sexo, apesar de apresentar correlação fraca, não foi incluído no modelo. Diferentemente de outros estudos (Paro *et al.*, 2014, Dyrbey & Shanafelt, 2016) sexo não parece estar associado à exaustão emocional. Talvez, assim como a intensidade de sintomas ansiosos e depressivos, a diferença entre homens e mulheres para exaustão emocional esteja associadas a outros fatores, como intensidade de sintomas de ansiedade, e não propriamente ao gênero.

Sintomas de ansiedade parece ser o principal fator determinante de exaustão emocional, principalmente de ansiedade-traço. As diferenças entre os dois questionários do IDATE podem explicar porque a ansiedade-traço apresentou RC quase duas vezes maior que ansiedade-estado. Indivíduos com ansiedade-traço elevado tendem a interpretar um maior número de situações como ameaçadoras ou estressantes e acabam por se exaurir mais rapidamente, diminuindo sua energia e causando baixa-autoestima e reações de defesa e insegurança.

Em relação ao ano do curso, não houve diferença na prevalência de ansiedade, o que poderia ter mascarado as diferenças de exaustão emocional. Faz sentido, que no internato, o aluno sinta maior exaustão emocional, pois esta se refere ao estresse individual e avalia os sentimentos de cansaço, falta de energia e esgotamento com o trabalho (Carlotto & Camera, 2007; Maslach & Jackson, 1981; Maslach *et al.*, 1996). No internato as cobranças sociais, o aumento do volume de trabalho e estudos, a preocupação com a prova de residência e o aumento do contato com pacientes e seus sofrimentos podem contribuir para o aumento do desgaste emocional dos estudantes de Medicina e aumentar a prevalência de exaustão emocional. Outra explicação possível seria relacionado a piora do ambiente educacional, como salientam Enns *et al.* (2016).

A análise de itens sublinhou ainda mais a sensação de cansaço dos estudantes de Medicina. Entre os com baixa exaustão emocional, 60,9% refere-se sentir-se cansado após um dia de trabalho. Por outro lado, apenas 3,6% sente-se frustrada com o trabalho e, mesmo que esta sensação aumente nos participantes com alta exaustão emocional, apenas 17,0% atribui pontuação máxima neste item do MBI. De modo geral, exaustão emocional apresenta afirmativas relacionadas com o excesso de trabalho e a sensação de não dar conta do trabalho e não na relação com as pessoas mediadas pelo trabalho. Quanto a este último aspecto, apesar dos estudantes se sentirem cansados e que trabalhar com pessoas exige muito deles, apenas 15,7% dos respondentes com alta exaustão emocional, pontuo "5-6" para *trabalhar diretamente com pessoas causa-me estresse*. Pode-se concluir que, de modo geral, os estudantes parecem gostar do que fazem, mas sentem-se sobrecarregados e aquém das expectativas.

Despersonalização analisa a qualidade das relações interpessoais do profissional quanto à postura impessoal e de distanciamento em relação ao contexto do trabalho e às pessoas (clientes, pacientes e equipe). Escores elevados apontam para atitudes negativas e/ou cínicas para com o outro e o trabalho (Carlotto & Camera, 2007; Maslach & Jackson. 1981; Maslach *et al.*, 1996). A

análise de itens revelou (Tabela 13), que mesmo os estudantes com alta despersonalização, a preocupação com os pacientes ainda se mantinha, 14,5% destes alunos atribuíram escore "5-6" para o item *não me preocupa realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo*.

Assim como em outros estudos (Paro *et al.*, 2014; Dyrbye & Shanenfelt, 2016), sexo, anos do curso, resiliência e sintomas de ansiedade e depressão estão associados a despersonalização, sendo que a intensidade dos sintomas de depressão foi o principal fator determinante. A falta de confiança em si e no mundo, parecem mediar esta falta de interesse no outro, inclusive esta é um dos itens do IDB, sendo que 83,5% dos indivíduos com intensidade de sintomas de depressão moderada ou alta referem ter perdido o interesse nas pessoas. A relação entre ano do curso e despersonalização pode ser explicada pelos mesmos motivos da exaustão emocional. Novamente, a diferença entre os sexos pode decorrer da cultura, uma vez que o cinismo é uma resposta mais esperada para homens do que para mulheres.

A resposta cínica apresenta um caráter complexo e contraditório, que pode ser entendido como uma fala de duplo nível, na qual o sujeito nunca está de fato para onde seu dizer aponta (Baldini & Di Nizo, 2015). Em outras palavras, é a revelação de uma inadequação e tem a finalidade de proteger o sujeito de sua própria contradição, é uma forma de resistência para não sucumbir. No caso dos estudantes de Medicina, a despersonalização protege o estudante da contradição posta: como posso cuidar do sofrimento do outro se eu mesmo sofro? Neste sentido o distanciamento cínico não é causado por uma falta de humanização ou de preocupação como o outro, mas pelo excesso, é uma defesa do sofrimento de lidar com o sofrimento. O cínico é aquele que sabe muito bem o que está fazendo, mas mesmo assim o faz, pois é assim, sem levar as coisas a sério, mantendo uma distância irônica, é que é possível continuar a fazê-la (Žižek, 2015; Baldini & Di Nizo, 2015).

O principal fator determinante de realização profissional foi resiliência, que apresentou pouca variação das razões de chances entre os modelos de regressão ordinal bruto e ajustado. Uma provável explicação seria que o próprio processo de resiliência inclui a realização profissional, sendo esta entendida como o sentimento de realização ou de sucesso alcançado no trabalho e está relacionada ao sentimento de competência profissional (Carlotto & Camera, 2007; Maslach & Jackson, 1981; Maslach *et al.*, 1996). Sentir-se realizado e competente ou alcançar sucesso no curso, podem ser considerados formas de resiliência. Neste sentido, realização profissional não seria determinada pelos sintomas de ansiedade e depressão, mas um fator protetor contra estes. Lyndon *et al.* (2017) encontraram uma associação entre realização profissional, performance acadêmica e motivação de estudantes de Medicina, que ajudam a corroborar com esta hipótese.

Do ponto de vista do indivíduo, empatia pode ser entendida com um estado mutável, abrangendo inclinações pessoais, características constitucionais, volitivas e por vezes vicárias, por meio das quais, respostas afetivas e cognitivas são passíveis de apreensão e sensíveis a circunstâncias temporais e espaciais, causadas pelo compartilhamento mútuo de emoções e o próprio tomar consciência, de se aperceber que estas emoções tem origem e efeitos, tanto no objeto que as causa com em seu espectador (Thirioux et al., 2016; Paro et al.; 2014; Davis, 1980; Limpo et al., 2010; Sampai et al., 2011; Koller et al., 2001). Empatia, portanto, é um construto multidimensional apresentando aspectos afetivos, cognitivos e comportamentais. Davis (1980), alerta que tanto reatividade emocional como habilidades cognitivas podem influenciar as atitudes e comportamentos em relação aos outros.

As escalas que avaliam empatia conseguem avaliar os aspectos afetivos e cognitivos e inferir os comportamentais. A EMRI avalia dois aspectos afetivos (angústia pessoal e consideração empática) e um cognitivo. Angústia pessoal mede os sentimentos pessoais de ansiedade e desconforto frente às experiências negativas do outro (Davis, 1980; 1983) e pode ser entendido como uma resposta mais primitiva ou infantil. Retomando a metáfora do espelho lacaniana, seria uma resposta na qual existiria certo transativismo e, portanto, uma mistura entre o *eu* e o *outro*, entretanto a noção de *eu* já estaria constituída.

Com o tempo, espera-se que os indivíduos possam responder de outra forma, uma que permita que eles tomem alguma atitude, ou seja, ajudem a pessoa que está experimentando uma situação negativa como injustiça, desfortuna, engodo ou doença. Esta outra forma seria a consideração empática, que investiga sentimentos de cordialidade, compaixão e preocupação com outros. Podemos imaginar que estas respostas são parte de um mesmo espectro, mas em posições opostas. O que parece contribuir para a direção da resposta (angústia pessoal ou consideração empática) é o desenvolvimento de habilidades de *role-taking*, como a capacidade ou disposição em adotar a perspectiva ou o ponto de vista do outro. Assim, a tomada de perspectiva ao mesmo tempo que nasce desta articulação, é a responsável pela transformação da angústia causada pelo outro em uma consideração pelo outro (Sampaio et al., 2011; Davis, 1980; Koller et al., 2001; Sampaio & Camino, 2009).

Existe assim uma correlação positiva significativa entre as escalas de tomada de perspectiva e consideração empática, juntamente com correlação negativa entre estas e a angústia pessoal, mostrando que quanto maior a tomada de perspectiva menor sofrimento pessoal para com os outros (Davis, 1980; Sampaio et al., 2011; Sampaio & Camino, 2009). Partindo-se deste quadro conceitual, esperara-se que o aumento dos estresse emocional (ansiedade, depressão e esgotamento profissional) aumentasse a angústia pessoal. O efeito na tomada de perspectiva dependeria do quanto estes distúrbios afetivos impedissem a tendência e disponibilidade de se adotar a perspectiva ou o ponto de vista do outro. A consideração empática apenas se afetaria mais

tardamente, na dependência da magnitude da alteração das outras duas escalas, podendo se manter mais ou menos estável.

A associação entre empatia e ansiedade, depressão e esgotamento profissional foi demonstrada em diversos estudos (Thirioux et al., 2016; Paro et al., 2014; Brazeau et al., 2010; Hojat et al., 2015; Park et al., 2015; Thomas et al., 2007). De modo geral, o aumento da realização profissional está relacionada ao aumento da tomada de perspectiva e a diminuição da angústia pessoal, enquanto que despersonalização com diminuição da consideração empática e da tomada de perspectiva. Do mesmo modo que baixa tomada de perspectiva ou de consideração empática estaria associada ao aumento de esgotamento profissional.

De acordo com essa hipótese inicial, este estudo encontrou correlação positiva entre o aumento do estresse emocional e aumento da angústia pessoal. Aumento da intensidade dos sintomas de ansiedade (tanto traço, como estado) e de depressão, ser do sexo feminino e apresentar exaustão emocional mostraram uma associação significativa com angústia pessoal, causando seu aumento. Em contrapartida, aumento da resiliência, ser do sexo masculino e o aumento da realização profissional levaram a diminuição da angústia pessoal.

Tomada de perspectiva diminui com o aumento da intensidade dos sintomas de depressão e ansiedade (traço e estado) e com a presença de despersonalização e exaustão emocional e melhora com o aumento da resiliência e da realização profissional. Sexo e ano do curso não apresentaram associação. Os modelos de regressão ordinal para tomada de perspectiva parecem ser pouco explicativos (pseudo- $R^2=0,09$). Os fatores que foram incluídos no modelo de regressões ordinais ajustado foram: depressão moderada/alta; despersonalização alta e realização profissional alta. Sendo a tomada de perspectiva uma habilidade cognitiva, pode-se teorizar que fatores afetivos ou emocionais precisariam de mais tempo para afetá-la, ou seja, apenas quando estes estiverem comprometendo a capacidade cognitiva do indivíduo.

Outra forma de entender a tomada de perspectiva, seria como a capacidade de entendimento da alteridade e da não identificação com o outro. No caso do estudante de Medicina, seria a habilidade de manter uma separação entre o sofrimento do outro e o próprio. A despersonalização, como mencionado anteriormente, parece surgir como uma defesa contra a possibilidade desta mistura. A depressão em contrapartida pode ser entendida como uma identificação maciça com o sofrimento, a perda de esperança em si e no mundo, levando o indivíduo a um empuxo em direção a tristeza, a falta de prazer e ao fracasso. Ansiedade, apesar de ser uma modalidade de sofrimento parece estar muito mais associada ao excesso e a identificação com o não conseguir que empurraria o indivíduo em direção a agitação, o nervosismo e a preocupação.

A consideração empática não teve associação com ansiedade-estado nem com exaustão emocional. Sexo feminino, depressão leve, aumento da realização profissional, ansiedade-traço (moderada e alta) e alta resiliência aumentaram a consideração empática, sendo que ansiedade-traço parece ser o principal fator determinante.

Este comportamento aparentemente paradoxal entre intensidade de sintomas de ansiedade-traço e de depressão podem ser explicados pela relação entre as três dimensões da empatia. Ampliando-se o conceito de que angústia pessoal e consideração empática fazem parte de um mesmo espectro, que é modulado pela tomada de perspectiva, depressão leve poderia tornar o indivíduo mais atento ao sofrimento do outro despertando maiores sentimentos de compaixão e solidariedade sem necessariamente aumentar sua angústia pessoal, a depender de sua tomada de perspectiva e possibilidade de realização de atitudes ou comportamentos empáticos. Entretanto, com o aumento progressivo da intensidade dos sintomas de depressão, teríamos um aumento da angústia pessoal. Em outras palavras, depressão leve levaria inicialmente a uma maior percepção do sofrimento do outro, sem necessariamente envolver a perda de alteridade.

Do ponto de vista biológico, ansiedade é uma resposta ao perigo e, portanto tornaria o indivíduo mais alerta ao meio, ao seu redor e aos outros, o que poderia explicar a relação entre aumento da consideração empática e ansiedade-traço. A ansiedade tornaria o indivíduo mais perceptivo do outro.

Não foram encontrados estudos que abordassem a associação entre empatia e resiliência. Em sua maioria estudos sobre resiliência e empatia tentam identificar fatores que promoveriam a melhora ou manutenção da empatia ou formas de redução do desgaste emocional que culminaria com este mesmo fim (Bacchi & Licinio, 2016; Dyrbye, 2010; Howe et al., 2012; Hojat et al., 2015). Neste estudo, pode-se observar que resiliência é um fator de aumento da consideração empática e protetor contra a angústia pessoal.

Todos os modelos ajustados de regressão ordinal para empatia não incluíram ano do curso, corroborando com a hipótese que outros fatores estão associado a variações da empatia ao longo da formação médica como o ambiente educacional, carga de trabalho, horas de sono e o próprio estresse emocional.

Como descrito na literatura (Bacchi & Licinio, 2016; Dyrbye, 2010; Howe et al., 2012; Hojat et al., 2015; Sampaio et al., 2011; Davis, 1980; Koller et al., 2001; Sampaio & Camino, 2009), homens apresentaram menor empatia que mulheres. Todavia, esta diferença foi apenas para o componente afetivo ou emocional da empatia (angústia pessoal e consideração empática) e não para o cognitivo (tomada de perspectiva), o que pode indicar o caráter sociocultural desta diferença, pois ainda nos tempos atuais, espera-se que mulheres sejam mais afetivas que homens. Esta questão se torna mais evidente, quando analisamos angústia pessoal e despersonalização concomitantemente. Como resposta ao desgaste emocional, homens apresentaram maior despersonalização que mulheres, enquanto que estas tiveram maior angústia pessoal. Angústia pessoal está associada a uma resposta emotiva e passional diante do outro (e, portanto, feminina), enquanto despersonalização refere-se a atitudes cínicas, impessoais ou de distanciamento em relação às pessoas (e, portanto, masculina).

Como estes achados podem ser articulados à noção de mal-estar e sofrimento na pós-modernidade?

5.6. A PERDA DA EXPERIÊNCIA E A EXPERIÊNCIA DA PERDA

A *modernidade líquida*, na busca pela liberdade, em todas as suas esferas, inaugura a queda dos grupos de referência e a ascensão de uma “comparação universal”, que em seu limite seria a expressão máxima da globalização. O que define esse processo de comparação é a incerteza instaurada, não existe um *à priori*, mas uma constante modificação dos critérios que definem ou julgam o valor do que seria correto, certo, bom, adequado ou mesmo desejado (Bauman 1998 & 2001; Žižek 2015). Essa diacronia paradoxal entre liberdade e incerteza, acentua a dialética ontológica formada pela perda da experiência e seu retorno como experiência da perda.

Nesta lógica, a experiência, unidade de existência do indivíduo e mediadora da relação entre o sujeito e o objeto, precisa ao mesmo tempo ser livre e garantir sua própria liberdade. Os sujeitos, os objetos e os acontecimentos não tem uma razão para serem, chegam sem ser anunciados e acabam sem nenhum aviso, tornando os propósitos do mundo (tanto materiais, como sociais e subjetivos) sempre um devir. Não é de se espantar que uma característica muito presente nos homens e mulheres contemporâneas são os “problema de identidade” (Bauman, 1998 & 2001). Sofre-se de uma crônica falta de recursos para construir uma identidade verdadeiramente sólida e duradoura e vive-se a ilusão de “ser livre para escolher”.

Nestes tempos fluidos, a imagem de si parte-se em uma coleção de instantâneos e cada um deve evocar, transpor e atribuir um significado seu, próprio e autoral, sem poder abstrair a partir dos instantâneos dos outros. Ao invés de uma edificação gradual e paciente da imagem, vive-se uma série de novos “flashes”, que se atualizam a cada instante em agrupamentos pontuais, não sequenciais (Bauman, 1998 & 2001). Cria-se assim a sociedade da “selfie³”, cada foto uma sucessão que imediatamente desloca a anterior, se tornando obsoleta na sua origem. A arte de registrar, mais do que apreender é a nova condição de continua adaptação ao mundo, que neste caso parece muito mais um enquadramento do que uma adaptação. Adaptar-se demanda uma transformação de si e a incorporação de valores externos, mas o que se nota na contemporaneidade é um constatar de descarte, sem nenhuma apreensão.

Essa concepção de experiência abre a possibilidade de que o que se sente ou se percebe como realidade não pode ser apreendido como um todo, algo sempre escapa porque justamente é um vir a ser, não está *a priori* da experiência, mas se constitui nela mesma. Em outras palavras, alguém só pode perceber se está (in)satisfeito, a partir da própria experiência de (in)satisfação. Neste

³ “Selfie” é uma barbarismo da língua portuguesa a partir do neologismo em inglês do termo “self-portrait”, que significa autorretrato. Normalmente é obtida por meio de *smartphone* pela própria pessoa que aparece na foto com o objetivo de ser compartilhada em uma rede social.

sentido, Dunker (2011) aponta que os modos de subjetivação da modernidade partilham a ideia comum da perda da experiência, que pode ser entendida como a incapacidade do sujeito de reconhecer-se em sua própria história particular ou como a dificuldade de estabelecer formas sociais universalmente compartilháveis. Perde-se a relação entre o universal e o particular, produzindo uma racionalização excessiva da vida que redunde na perda de autenticidade da experiência. Há uma reificação generalizada e uma instrumentalização da vida, que acabam gerando vivências que não produzem reconhecimento simbólico.

Mas o que seria esta falta de reconhecimento simbólico? Tudo e nada ao mesmo tempo, é o medo de se perder o que se tem (ou mesmo que não se tem), ou de não conseguir o que se deveria ter. Está relacionado com a falta constituinte de todo ser humano e seu desejo de completude. Lacan (2005) ao tratar a falta constituinte, demonstra que ela indica um lugar, uma ausência daquilo que não está; ou seja, quando há referência de algo que falta, pode-se inferir por lógica que algo existiu, caso contrário nada faltaria.

Esta incompletude estrutural do sujeito, não é exclusiva à *modernidade líquida*, é o ponto de enodamento da constituição subjetiva (Lacan, 1995 & 2005). Esta fratura constituinte é inconsciente, o sujeito nada sabe sobre ela e continua a buscar um objeto capaz de completá-lo como: “a metade que me falta”, “o amor da minha vida”, “o emprego em que enfim serei realizado”, “a mudança para outro país, onde tudo funcione”, “o filho que tanto espero”. Lacan (1995) aponta nesta relação de objeto defendida por Freud uma impossibilidade dialética. A satisfação entendida como a busca do objeto plenamente satisfatório, como o encontro de um objeto harmonioso, de completude, que daria ao indivíduo uma realidade unificada e adequada, é na verdade, a busca pelo reencontro de um objeto perdido. Tanto o devir do objeto, como sua própria realização se dão por meio da “*busca de uma satisfação passada e ultrapassada*” e, assim, existe uma distância entre o objeto procurado e o encontrando, pois este é apreendido “*noutra parte que não no ponto onde se o procura*” (Lacan, 1995, p. 13).

O que é novo na pós-modernidade é o colapso gradual da crença na existência de uma realidade harmônica, perfeita e total, seja ela futura ou pregressa e a queda do ideal de um “*telos*” de perfeição, para sua instrumentalização e parametrização. Não existem mais heróis mitológicos, aqueles que são capazes de sustentar uma existência por um ideal, passam por provas e expiações, suportam todos os tipos de privações em nome de seu valor. No mundo atual, este se tornou nebuloso e desapareceu na névoa do horizonte. Bauman (1998 & 2001), reflete sobre a relativização dos conceitos de justiça, verdade, bondade, legitimidade e outros que parecem estar suspenso em um líquido turvo, não servem mais de guias para as difíceis travessias pelos mares tempestuosos da vida.

Tanto *Aquiles*, na *Ilíada*, como *Ulisses*, na *Odisseia*, se lançam em viagens perigosas, enfrentando terríveis monstros e inimigos deste e de outros mundos em nome de seus ideais (Verdade, Justiça, Amor e Amizade). Eles existem para o cumprimento de um propósito no mundo e justamente por isso, tem a esperança que tudo vai dar certo no final. Em um mundo no qual os propósitos se

tornaram incertos, a esperança, entendida como a capacidade de sonhar com o futuro e posicionar no horizonte da existência uma utopia possível, fica condicionada as apostas de cada um e as experiências imediatas. Acreditar que existe uma luz do fim do túnel é um ato arriscado: e se a luz for apagada?

Em suma, a contemporaneidade é um Mundo em que o indivíduo não encontra a experiência de si enraizada na história, não mais acredita numa referência fundamental (tudo é relativo) e a vida humana passa a ser determinada pelo consumo e pela digitalização da realidade o que cria a ilusão de que a medida do sucesso e da felicidade é o “ter” e não o “ser”. Mede-se o quanto alguém atingiu o sucesso por sua capacidade de produzir ou consumir e a felicidade seria uma decorrência disso (Bauman, 2001 & Dunker, 2015).

O mito de Narciso revela a dupla função da água em sua função de espelho: a de ser um lugar do júbilo donde o Outro devolveria uma imagem identificatória e a de ser um lugar do horror da despersonalização quando o outro não responde (Foguel, 2006). A primeira imagem mítica de completude, relativa ao *eu* ideal tem como função produzir as identificações objetais que sustentarão a constituição do *eu* (Dunker, 2015). Como esta não se sustenta, o sujeito busca no campo do Outro uma confirmação. Nessa travessia do eu ideal em direção aos ideais de eu, revela na perda da unidade narcísica, um resto Uma falta que proveniente da inexatidão, entre os ideais e o real (Whitaker, 2002). O campo do Outro pode ser entendido como a rede de significantes que dão sentido e estrutura simbólica ao sujeito.

Os efeitos devastadores dessa ideologia (ou será falta de ideologia?) contemporânea, presente na *modernidade líquida*, são inúmeros, destacando-se o hedonismo individualista, a compulsão pelo trabalho e a alta competitividade. A incerteza como paradigma estrutural, acentua a dimensão da perda no campo do Outro e, conseqüentemente, a dimensão do vazio e da falta se significação para esta falha estrutural do sujeito, caracterizando assim a dialética ontológica da perda da experiência e seu retorno no real como experiência da perda (Dunker, 2011; Freud 1988a & 1988b). Essas formas de negação da experiência, são justamente o que caracterizam tempo-espacialmente o mal-estar na modernidade.

Segundo Dunker (2011 & 2015), o sintoma é uma determinação que recai sobre o mal-estar, *nomeando-o e estabelecendo a gramática na qual o sofrimento que ele vincula pode ser reconhecido* (Dunker, 2011, p. 121). Em outras palavras, o sintoma seria a forma restitutiva em excesso e não reconhecida do fracasso da experiência, o que contribuiria para esta sensação de queda do modo, de fora de lugar e novamente, ressalta a distinção de dois tipos de sofrimento: o *sofrimento excessivamente nomeado*, caracterizado nessa concepção pelo sintoma e o *sofrimento insuficientemente nomeado*, caracterizado pelo mal-estar difuso e o retorno do vazio como experiência da falta.

Esta articulação teórica permite estabelecer um modelo explicativo para o sofrimento dos estudantes de Medicina caracterizado neste estudo (Figura 2). Freud (1988a) ao caracterizar a teoria da falta de objeto (e busca pelo objeto perdido) como a responsável pela angustia, atribuiu como sendo umas das funções da falta, ainda que pareça paradoxal, o poder ter algo a completar (Whitaker, 2002). A falta é assim concebida como necessária e o mal-estar como essencial à condição humana. Parte deste mal-estar nunca poderá ser nomeada e configura-se como um sofrimento insuficiente nomeado, enquanto que parte pode ser reconhecida na forma de sintoma e, assim, estabelece modos de sofrimento, que em última instância revelam a distância entre a imagem de completude do *eu ideal* e as tentativas de restituí-las, os *ideias de eu*.

Esses *ideias de eu*, podem ser entendidos como as imagens que cada um faz de si e as expectativas que se constroem em cima delas. Quanto maiores e mais inalcançáveis, maior o sofrimento. Entretanto, esta distância é dada pelo sujeito, mesmo que ele não saiba disso e está relacionada com sua posição subjetiva e seu modo de lidar com a falta de experiências e a experiências da falta ou com a perda de experiências e a experiência da perda. Neste estudo foi possível circunscrever sintomas: sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e sintomas de esgotamento profissional e articula-los a cadeias semânticas: imagem se si, expectativas e relação com o outro, que determinas os modos de sofrer nas relações consigo mesmo, com o mundo e com o outro. Estes modos de sofrer não são nem universais e nem particulares, mas respostas sintomáticas ao mal-estar contemporâneo e, portanto, são intercambiáveis e apresentam interrelações.

Por meio desta dialética entre *eu ideal* e *ideais de eu* pode-se identificar outros oposições que parecem dar estrutura e estes modos de sofrer: desejo de completude e a realização do não-todo; a experiência da falta e a falta da experiência; a falta da falta e seu retorno como excesso; alienação no desejo do Outro e separação pela alteridade; falta de significação e possibilidade de sentido. A análise de itens permitiu identificar sintomas relacionados com o excesso como: cansaço, preocupação, trabalho excessivo, cinismo; ou com a falta: incapacidade, fracasso, culpa; perda de vitalidade; com a alienação no desejo do Outro como na identificação com o sofrimento presente na angustia pessoal; ou ainda a tentativa de completude, mesmo que não-toda, como encontradas na realização profissional e na resiliência.

Figura 2- O sofrimento do estudante de medicina como perda da experiência

A partir deste modelo explicativo, propõem que a abordagem do sofrimento emocional dos estudantes inicie-se pela possibilidade de nomeação. Faz-se necessário que o Sujeito possa falar de seu mal-estar e se situar diante dele, bem como reconhecer sua forma de sofrer. Em um segundo tempo deve-se pensar em estratégias individuais e coletivas que possam abordar a questão da falta de experiências significativas e seu retorno como experiência da falta ou, como excesso, pela via do sintoma. Trata-se portanto de se restabelecer uma relação entre o universal e o particular, ou seja, da relação contingente entre Lei e Sujeito, quer permite localizar a falta e torná-la uma experiência simbolizada e de reconhecimento. Lei entendida aqui, como ordem simbólica que organiza a cultura.

É preciso permitir a existência da falta e garantir seu lugar, pois esta é constituinte do Sujeito, como causa de seu desejo, força motriz para a vida. A falta da falta rapidamente se torna um excesso insuportável que causa angústia e sofrimento. O que no caso da formação médica pode ser vivenciado como uma cobrança excessiva. Esta demanda sem fim, vinda do campo do Outro, é interpretada como um muito além do que se pode dar, gerando respostas de desumanização, como cinismo; de identificação com o sofrimento, como a angústia pessoal; da sensação de esgotamento como na exaustão emocional e fazendo com que as expectativas se tornem negativas, assim com a imagem de si. Essa últimas responsáveis pelo aumento de uma preocupação com o futuro, uma perda da esperança e pela falta de confiança que culminam em sintomas ansiosos e depressivos.

Por outro lado é preciso nomear a nova forma de incerteza da *modernidade líquida* e permitir que o Sujeito possa ter experiências de simbolização, autenticidade e reconhecimento em sua própria historicidade singular. Sair da instrumentalização do mundo que sob a miragem de poder escolher ***ser o que quiser, quando quiser e da forma que quiser***, não permitem que nada seja feito de uma vez ou de uma vez por todas, causando a constante busca de novas experiências, pois de fato nenhuma é significativa. Prover vivências que deem sentido e possibilitem a criação de uma identidade e não o apagamento de várias deve ser umas das prioridades no caminho da criação de uma identidade do *ser médico*.

Para finalizar, ressalta-se que além do grande desgaste emocional presente em sua formação, existe uma forte associação entre o sofrimento dos alunos de Medicina, verificado pela alta prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional, com empatia e resiliência.

Resiliência e realização profissional parecem proteger os alunos deste desgaste emocional e melhorar a empatia. As diferenças de gênero parecem ser tributárias de um legado histórico-cultural ocidental e estão ligadas a estigmas sociais e inequidades de gênero. As diferenças entre os anos do curso não podem ser explicadas apenas pela crescente complexidade e exigência do curso e da atenção ao cuidado com o paciente, mas também a características institucionais, do ambiente de ensino e da relação com colegas, professores, supervisores e preceptores.

Diante do exposto, torna-se imperativo que medidas sejam pensadas para diminuir o impacto do desgaste emocional na formação médica dos estudantes. Atualmente ações tanto individuais como institucionais são recomendadas (Dyrbey & Shanafelt, 2016; Bore *et al.*, 2016; Hojat *et al.*, 2015; Dyrbye *et al.*, 2010; Brazeau *et al.*, 2011; West *et al.*, 2016; Rogers, 2016). Acreditamos que são necessários dois tipos de estratégias. A primeira voltada na criação de instituições de ensino resilientes, enquanto que a segunda seria voltada aos indivíduos, garantindo acesso a tratamento e apoio emocional e estimulando o autocuidado e práticas que promovam resiliência e diminuam o estresse emocional. A partir do referencial teórico da psicanálise propõem-se um entendimento do sofrimento do estudante de Medicina que pode servir de guia para a implementação dessas ações.

Uma instituição para se tornar resiliente deve não só implementar programas que promovam o desenvolvimento da resiliência e da empatia como competências necessárias aos futuros médicos, mas também se preocupar com o bem-estar de seus alunos, prevenindo possíveis causas de esgotamento profissional e desgaste emocional. Medidas associadas a isso seriam a melhora do ambiente de ensino, avaliações justas, objetivos pedagógicos bem definidos, supervisão adequada e promoção de atividades de lazer, além de garantir horários livres para descanso e estudo.

Todas as variáveis estudadas, parecem apresentar uma relação sistêmica complexa e, portanto, a alteração de apenas uma variável resultaria na melhora (ou piora) das outras. Assim, acreditamos que ao investir na melhoria de um destes fatores, resultaria em efeitos positivos nos outros, ou seja,

redução do esgotamento profissional melhoraria a empatia e a presença de sintomas de ansiedade e depressão, assim como a melhora da empatia reduziria o esgotamento profissional e os distúrbios emocionais e, assim por diante.

Este estudo apresentou alguns pontos fortes. A amostra grande, multicêntrica, de escolas brasileiras localizadas em todas as regiões do país e selecionada aleatoriamente, garantem um grupo heterogêneo e diverso. Os questionários utilizados são consagrados na literatura e validados para o português. A abordagem categórica das variáveis permitiu um aprofundamento do entendimento das relações entre empatia, esgotamento profissional, ansiedade, depressão e resiliência, algumas não percebidas em outros estudos. Existem poucos estudos que aprofundem o entendimento da relação da resiliência com ansiedade, depressão, esgotamento profissional e empatia.

Entretanto, esses resultados também devem ser interpretados em seu contexto. Este é um estudo transversal, que não permite inferências de causalidade e a amostra foi restrita a estudantes de Medicina brasileiros, o que impede generalizar nossas conclusões para outros países.

6. CONCLUSÕES

A partir do exposto, conclui-se que:

1. Existe uma alta prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e esgotamento profissional nos estudantes de Medicina.
2. Existe uma forte associação direta entre ansiedade e depressão, que pode ser parcialmente explicada pela sobreposição dos sintomas e construtos.
3. O aumento da intensidade de sintomas de depressão e ansiedade aumentam a intensidade dos sintomas de exaustão emocional e despersonalização e diminuem a realização profissional.
4. Resiliência, de um modo geral, é um fator protetor para ansiedade e depressão e está fortemente associada com realização profissional.
3. O aumento da resiliência diminui exaustão emocional, angústia pessoal e despersonalização e aumenta consideração empática e realização profissional.
4. Consideração empática aumenta com depressão leve, ansiedade traço e realização profissional e diminui com despersonalização.
5. Angústia pessoal aumenta com depressão e ansiedade e diminui com resiliência.
6. Tomada de perspectiva diminui com depressão e despersonalização e aumenta com realização profissional.
7. Mulheres apresentam maior intensidade de sintomas de ansiedade, depressão e de exaustão emocional, maiores escores dos componentes afetivos da empatia (consideração empática e angústia pessoal) e menor intensidade de sintomas de despersonalização.
8. As diferenças de gênero podem estar associadas a fatores socioculturais.
9. Entre os anos do curso, houve diferença significativa apenas para despersonalização e exaustão emocional.
10. As diferenças entre os anos do curso não podem ser explicadas apenas pela crescente complexidade e exigência do curso e da atenção ao cuidado com o paciente.

ANEXO I: COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 03 de Setembro de 2014, **APROVOU** o(s) documento(s) abaixo mencionado(s) no Protocolo de Pesquisa nº 181/11. Intitulado: "Vida do estudante e residente na área da saúde." apresentado pelo DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA.

*Inclusão do Sub-projeto: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E BURNOUT E A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA NO BRASIL, que será utilizado como Tese de Doutorado do aluno Sílmir de Souza Abu Gannam e orientada pela Profa. Patrícia Tempski.

Pesquisador (a) Responsável: Prof. Dr. Milton de Arruda Martins

CEP-FMUSP, 05 de Setembro de 2014.

Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori
Vice-Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep_fm@usp.br

Processo de conexão em andamento

Já estou cadastrado

Login do Usuário

Senha

Caso não saiba sua senha, preencha com seu email ou CPF e clique o botão abaixo.

e-mail

CPF

Primeiro acesso

Seu registro para participar deste estudo só acontecerá após você aceitar termo de consentimento livre e esclarecido que encontrará adiante.

Caso tenha encontrado algum problema que não consegue resolver com os métodos disponíveis aqui, por favor clique em **Bugs, Problemas, Sugestões** (abaixo) e mande-nos uma mensagem.

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Projeto de Pesquisa VERAS

Vida de estudante e residente da área da saúde

Este projeto será desenvolvido junto aos discentes matriculados em cursos de graduação da Faculdade de Medicina da USP. Tem por objetivo central conhecer a percepção do estudante acerca da sua qualidade de vida no curso de medicina e identificar fatores inter-relacionados a uma melhor ou pior qualidade de vida. Buscando conhecer melhor a realidade dos estudantes, sua percepção da qualidade de vida, ambiente de ensino, contexto cultural, social e temporal, bem como os fatores determinantes de risco à sua saúde física e mental o projeto VERAS elaborou uma plataforma eletrônica com instrumentos de avaliação da qualidade de vida, sonolência, resiliência, depressão, ansiedade e empatia, que serão respondidos periodicamente (seguimento longitudinal). Os estudantes que participarem de forma voluntária terão garantia de anonimato e sigilo das suas respostas.

A participação do estudante implica na resposta aos instrumentos da pesquisa dispostos na Plataforma Eletrônica VERAS, que pode ser acessada via Internet de qualquer local. O tempo total de resposta varia em média entre 45 e 60 minutos, que podem ser divididos em 10 dias, nos quais a plataforma se mantém ativa para aquele respondente.

Esclarecemos que o acesso ao sistema é protegido por nome de usuário e senha, mas os dados são tratados anonimamente, i.e., os pesquisadores ligados ao projeto não acessam dados de identificação dos usuários que respondem aos questionários. Aceitando participar, o sistema lhe enviará um ou mais emails com instruções que lhe permitirão completar seu cadastro, conectar-se ao sistema, e dirigir-se à área de questionários.

Aos participantes será oferecido acesso aos dados e devolutiva dos seus resultados.

A adesão dos alunos e da instituição é gratuita e voluntária.

Caso concorde em participar solicitamos que preencha os espaços a seguir:

Eu, (preencha seu nome completo)

CPF (somente números)

Por que o CPF ?

O CPF é utilizado neste sistema para evitar duplicidade de registros e proteção do usuário. Com o uso de seu CPF, você terá mais facilidade em localizar seu usuário caso esqueça seu Usuário ou Senha. Apenas com a combinação correta de CPF e Email seu usuário pode ser apontado como voluntário para os sistemas disponíveis, pois o sistema apenas enviará a inscrição ou senhas de ingresso para o email associado com seu CPF. A equipe do Logística não divulga seus dados, incluindo o CPF, para terceiros.

A.

Questionário sociodemográfico

Este questionário é composto por 14 perguntas e tem como objetivos obter informações sobre o respondente como: idade, sexo, ano do curso, cidade de origem, nome da escola médica em que está matriculado e sistema de entrada no curso.

As perguntas do questionário são:

1. *Idade*
2. *Sexo (masculino/feminino)*
3. *Peso*
4. *Altura*
5. *Você participa de algum dos seguintes programas? (Nenhum, FIES, PROUNI, bolsista, cotista ou proveniente de programa de inclusão social)*
6. *Com quem você reside? (Pais, outros parentes, amigos, sozinho, outros)*
7. *Qual a Unidade da Federação / Faculdade de Medicina que você está cursando?*
8. *Como você se tornou voluntário?*
9. *Qual ano da graduação você está cursando?*
10. *Qual o ano de Residência Médica que você está cursando?*
11. *Qual especialidade médica você pretende fazer (se está na graduação) ou está fazendo (se está na residência ou já é formado)?*
12. *Qual sua área de atuação?*
13. *Há quanto tempo você retornou de férias?*
14. *Gradue o quanto você achou difícil/fácil responder este questionário?*

IDATE - Inventário de Ansiedade Traço-Estado

IDATE - Estado

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

Absolutamente não 1 Um pouco 2 Bastante 3 Muitíssimo..... 4

1	Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3	Estou tenso(a)	1	2	3	4
4	Estou arrependido(a)	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado(a).	1	2	3	4
7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10	Sinto-me em casa	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13	Estou agitado(a)	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraindo(a)	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18	Sinto-me super excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

IDATE - Estado

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

Quase nunca 1 Às Vezes 2 Frequentemente..... 3 Quase sempre 4

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
7	Sinto-me calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
16	Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Às vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

IDB - Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreva melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, inclusive hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou Infeliz que não consigo suportar.	8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.	9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.	10. 0 Não choro mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.	11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam irritar-me.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.	12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que serei punido.
3 Acho que estou sendo punido.	13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.	

14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para fazer qualquer coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos:
Sim () Não ()
20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

RS -14 Escala de Resiliência de Wagnild & Young

Por favor, leia as alternativas com atenção e responda a escala de sete números, na qual 7 significa concordo fortemente e 1 discordo fortemente.

	Discordo Fortemente						Concordo Fortemente
1. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
2. Sinto orgulho de ter realizado coisas na minha vida	1	2	3	4	5	6	7
3. Quando faço planos, eu os levo até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
11. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
12. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
13. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
14. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7

MBI- Inventário de Esgotamento Profissional de Maslach

Utilize a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado para cada situação

0 – nunca

1 – uma vez ao ano ou menos

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 esgotado (a) emocionalmente devido ao meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
2	Sinto-me cansado (a) ao final da jornada de trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
3	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado (a).	0	1	2	3	4	5	6
4	Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
5	Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais.	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço.	0	1	2	3	4	5	6
7	Lido eficazmente com os problemas das pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
8	Meu trabalho deixa-me exausto (a).	0	1	2	3	4	5	6
9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente na vida dos outros.	0	1	2	3	4	5	6
10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12	Sinto-me com muita vitalidade.	0	1	2	3	4	5	6
13	Sinto-me frustrado (a) em meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
14	Creio que estou trabalhando em demasia.	0	1	2	3	4	5	6
15	Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo.	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse.	0	1	2	3	4	5	6
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
18	Sinto-me estimulado (a) depois de trabalhar em contato com as pessoas.	0	1	2	3	4	5	6
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão.	0	1	2	3	4	5	6
20	Sinto-me no limite das minhas possibilidades.	0	1	2	3	4	5	6
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho.	0	1	2	3	4	5	6
22	Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelo seus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

EMRI- Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis

As seguintes afirmações questionam seus sentimentos e pensamentos em uma variedade de situações. Para cada item, indique quanto seu pensamento ou sentimento é descrito pela afirmação escolhendo sua posição na escala abaixo (não me descreve bem/ descreve-me muito bem). Quando você tiver decidido sua resposta, circule o número apropriado ao lado da afirmação. Leia cada item com muito cuidado antes de responder. Responda o mais honestamente possível. Obrigado!

	Não me descreve bem			Descreve-me muito bem	
1. Eu frequentemente tenho sentimentos de ternura e preocupação por pessoas menos afortunadas do que eu.	1	2	3	4	5
2. Às vezes, eu tenho dificuldade de ver as coisas do ponto de vista dos outros.	1	2	3	4	5
3. Às vezes, eu não me lamento muito por outras pessoas que estão tendo problemas.	1	2	3	4	5
4. Em situações de emergência, eu me sinto ansioso e desconfortável.	1	2	3	4	5
5. Eu tento considerar os argumentos de todas as pessoas sem uma discussão antes de tomar uma decisão.	1	2	3	4	5
6. Quando eu vejo alguém sendo logrado eu sinto vontade de protegê-lo.	1	2	3	4	5
7. Às vezes, eu me sinto desconfortável quando estou no meio de uma situação muito emotiva.	1	2	3	4	5
8. Às vezes, eu tento entender melhor meus amigos, imaginando como as coisas são vistas da perspectiva deles.	1	2	3	4	5
9. Quando eu vejo alguém se ferir, eu tendo a permanecer calmo.	1	2	3	4	5
10. As desgraças e os problemas dos outros em geral não me perturbam muito.	1	2	3	4	5
11. Se eu tenho certeza de que eu estou correto sobre alguma coisa, eu não desperdiço muito tempo ouvindo os argumentos das outras pessoas.	1	2	3	4	5
12. Estar em uma situação emocional tensa assusta-me.	1	2	3	4	5
13. Quando eu vejo alguém sendo injuriado, eu às vezes não sinto muita pena dele.	1	2	3	4	5
14. Geralmente eu sou muito efetivo para lidar com emergências.	1	2	3	4	5
15. Frequentemente eu fico emocionado com coisas que eu vejo acontecer.	1	2	3	4	5
16. Eu acredito que existem dois lados para cada questão e tento olhar para ambos.	1	2	3	4	5
17. Eu descreveria a mim mesmo como uma pessoa de coração mole.	1	2	3	4	5
18. Eu tendo a perder o controle durante emergências.	1	2	3	4	5
19. Quando eu estou incomodado com alguém, geralmente eu tento me colocar em seu lugar por um momento.	1	2	3	4	5
20. Quando eu vejo alguém que tem grande necessidade de ajuda em uma emergência, eu fico desesperado.	1	2	3	4	5
21. Antes de criticar alguém, eu tento imaginar como eu me sentiria, se eu estivesse em seu lugar.	1	2	3	4	5

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade L, Gorenstein C, Vieira-Filho AH, Tung TC. Psychometric properties of the portuguese version of the state-trait anxiety inventory applied to college students: factor analysis and relation to the beck depression inventory. *Braz J Med Biol Res.* 2001; 34:367-74.
2. Amaral R. Ensino de qualidade é segredo do sucesso da Coréia do Sul. BBC Brasil, São Paulo [periódico online]. 2012 agosto 19: [1 tela] [citado 11 de agosto de 2018]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2002/020819_educar03.shtml
3. Bacchi S, Licinio J. Qualitative literature review of the prevalence of depression in medical students compared to students in non-medical degrees. *Acad Psychiatry.* 2015; 39(3):293-9.
4. Bacchi S, Licinio J. Resilience and psychological distress in psychology and medical students. *Acad Psychiatry.* 2016 Apr 5;
5. Baldassin S, Alves TC, de Andrade AG, Nogueira Martins LA. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2008; 8:60.
6. Baldassin S. Anxiety and depression in medical students: A review of Brazilian studies. *Cadernos da ABEM.* 2010; 6:19-26.
7. Baldassin SP, Martins LC, Andrade AG. Traços de ansiedade entre estudantes de Medicina. *Arq. Med. ABC.* 2006; 31(1):27-31.
8. Baldini LJS & Di Nizo PL. O cinismo como prática ideológica. *Estudos da Lingua(gem).* 2015; 13(2): 131-158.
9. Babaria P, Abedin S, Nunez-Smith M. The effect of gender on the clinical clerkship experiences of female medical students: results from a qualitative study. *Acad Med.* 2009; 84(7): 859-66.
10. Bassols AM, Okabayashi LS, Silva AB, et al. First and last year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36:233-40
11. Bauman Z. *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
12. Bauman Z. *Medo líquido*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008 [ebook].
13. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
14. Beer P. *Psicanálise e ciência: um debate necessário*. São Paulo: Blucher, 2017.
15. Biaggio A, Natalício L. Desenvolvimento da forma experimental em português do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) de Spielberger. *Arq Bras Psic Apl.* 1977; 29(3):31-44.
16. Bore M, Kelly B, Nair B. Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study. *Adv Med Educ Pract.* 2016(7):125-35.

17. Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationship between medical student service and empathy. *Acad Med*. 2011; 6 (86): S42–5.
18. Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med*. 2010; 5(85): S33-6.
19. Brazeau CM, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C, et al. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med*. 2014;6(89):1520–5.
20. Carlotto M, Câmara S. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia*. 2007;24(3):325–32.
21. Catraca Livre. Por que a universidade está deixando os estudantes doentes? Catraca Livre, São Paulo [periódico online]. 2017 setembro 26: [1 tela] [citado 11 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/educacao/por-que-universidade-esta-deixando-os-estudantes-doentes/>
22. Chang E, Eddins-Folensbee F, Coverdale J. Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Acad Psychiatry*. 2012; 36:177–82
23. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA*. 1988; 260(17):2521-8.
24. Collucci C. *Medicina da USP se mobiliza após tentativas de suicídio*. Folha de São Paulo, São Paulo [periódico online]. 2017 abril 24: [1 tela] [citado 10 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2017/04/1874794-Medicina-da-usp-se-mobiliza-apos-tentativas-de-suicidio.shtml>
25. Costa E, Santos S, Santos A, Melo E, Andrade T. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics*. 2012; 67(6):573–80.
26. Cramer JA. Principles of health-related quality of life: assessment in clinical trials. *Epilepsia*. 2002; 43(9):1084-95.
27. Cramer L, Paula-Neto A & Silva AL. A inserção do feminino no universo masculino: representações da educação superior. *Organizações & Sociedade*. 2002; 9(24): 25-37.
28. Cronbach U. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3):297-334.
29. Cruess SR & Cruess RL. Teaching professionalism – why, what and how. *FVV in ObGyn*. 2012; 4(4): 259-265.
30. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau D. Reframing medical education to support professional identity formation. *Acad Med*. 2014; 89: 1446-1451.
31. Cruess RL, Cruess MD, Boudreau D. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Acad Med*. 2015; 90: 718-725.
32. Cumming, Geoff. *Understanding the new statistics: effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. New York: Routledge; 2012

33. Damasceno V. *Casos de suicídio e depressão deixam universidades em alerta*. Carta Capital, São Paulo [periódico online]. 2017 setembro 23: [1 tela] [citado 10 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/casos-de-suicidio-e-depressao-deixam-universidades-em-alerta>
34. Davis MH. *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. [online] 1980 [citado 2016-11-15] Disponível em: http://www.uv.es/~friasnav/Davis_1980.pdf
35. Ducker D. Research on women physicians with multiple roles: a feminist perspective. *J Am Med Womens Assoc*. 1994; 49:78-84.
36. Dunker CIL. Mal-estar, sofrimento e sintoma. Releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social*. 2011; 23(1) 115-136.
37. Dunker CIL. *Mal-estar, sofrimento e sintoma. Uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.
38. Dyrbye L & Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*. 2016; 50(1):132-49.
39. Dyrbye LN, Power DV, Massie FS, Eacker A, Harper W, Thomas MR, et al. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ*. 2010; 44(10):1016-26.
40. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clin Proc*. 2006; 81(11):1435-42.
41. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006b; 81:354-73.
42. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014; 89(3):443-51.
43. Eidelsztein A. *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*. Vol. I – Intervalo y holófrase, locura, psicosis, psicossomática y debilidad. Buenos Aires: Letra Viva, 2008.
44. Enns SC, Perotta B, Paro HB, Gannam S. Medical Students' Perception of Their Educational Environment and Quality of Life: Is There a Positive Association? *Acad Med*. 2016; 91:409-417.
45. Felgueiras M, Festas C, Vieira M. Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*. 2010; 3(1):73-80.
46. Fioravanti A, Santos LF, Maissonette S. Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade-traço do idate. *Avaliação Psicológica*. 2006, 5(2), pp. 217-224
47. Foguel E. Contribuições sobre o estágio do espelho no seminário a angústia. In: Freitas I. *Angústia*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2006.
48. Freud S. O mal-estar na civilização. In: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988a; vol. 21.

49. Freud S. Inibição, sintoma e angústia. In: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988b; vol. 20.
50. Freud S. O interesse científico da psicanálise. In: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988c; vol. 13.
51. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988d; vol. 14 (2).
52. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29(4):453-7
53. Gorenstein, C, Andrade, A. Inventário de Depressão de Beck: Propriedades Psicométricas da Versão em Português. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998; 25:245-250.
54. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Meta-analysis of group comparison and meta-analysis of reliability generalization of the State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI). *Revista Española De Salud Pública*. 2014; 88(1):101–12.
55. Hacking L. *Representar e intervir: tópicos introdutórios de filosofia da ciência natural*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012.
56. Halpern, J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med. Health Care Philos*. 17, 301–311, 2014.
57. Heathcote J, Cauch-Dudek K, Rhyne D. The professional lives of women in gastroenterology: a Canadian comparison study with men. *Gastroenterology*. 1997; 113:669-74
58. Hemich E, Yeh HM, Kalet A, Al-Eraky M. Becoming a doctor in different cultures: toward a cross-cultural approach to supporting professional identity formation in medicine. *Acad Med*. 2017; 92: 58-62.
59. Hoirisch A, Barros D, Souza I. *Orientação psicopedagógica no ensino superior*. São Paulo: Cortez, 1993.
60. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *Int J Med Educ*. 2015; 6:12–6.
61. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: A systematic review. *Med Educ*. 2014; 48:963-79
62. Howe A, Smajdor A, Stockl A. Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Med Educ*. 2012; 46(4):349–56.
63. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Acad Med*. 2013; 34(119-138).
64. Koller S, Camino C, Ribeiro J. Adaptação e validação interna de duas escalas de empatia para uso no Brasil. *Estudos de Psicologia*. 2001; 18(3):43–53.
65. Khun T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 2013.
66. Lacan J. *O Seminário - livro 1: os escritos teóricos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1981.

67. Lacan J. *O Seminário - livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1992.
68. Lacan J. A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995a: pp. 869-92.
69. Lacan J. *O seminário- livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995b.
70. Lacan J. O estádio do espelho. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995c: pp. 96-103.
71. Lacan J. *O seminário- livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
72. Limpo T, Alves R, Castro S. Medir a empatia: Adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia*. 2013; 8(2): 171-184.
73. Lyndon MP, Henning MA, Alyani H et al. Burnout, quality of life, motivation and academic achievement among medical students: a person-oriented approach. *Perspect Med Educ*. 2017; 6:108-114.
74. Ludwig AB, Burton W, Weingarten J, Milan F, Myers DC, Kligler B. Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Med Educ*. 2015; 15:141.
75. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual 3rd ed*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1996
76. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced *burnout*. *J Organ Behav* 1981; 2(2): 99–113.
77. Mayer F, Santos I, Silveira P, Lopes M, de Souza A, Campos E, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):282.
78. Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study. *Psychol Health Med*. 2012 Jan;17(2):188–95
79. Mendonça AP. Plano de saúde não é direito, é contrato. O Estado de São Paulo, São Paulo [periódico online]. 2018 agosto 06 [1 tela] [citado 11 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,plano-de-saude-nao-e-direito-e-contrato,70002432751>
80. Morrison AW, Diehl HS. Some studies in the mental hygiene needs of freshmen university students. *JAMA*. 1927; 53:1666-79.
81. Oliveira MF & Machado TS. Tradução e validação da Escala de Resiliência para Estudantes do Ensino Superior. *Anal de Psicológica* [online]. 2011, 29(4): 579-591.
82. Outram S, Kelly B. "You teach us to listen ... but you don't teach us about suffering": self-care and resilience strategies in medical school curricula. *Perspectives on medical education* [online]. 2014; S4(37): 145-149
83. Park K, Kim D, Kim S, Yi Y, Jeong J, Chae J, et al. The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ*. 2015; 6:103–8.
84. Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RR, Bonito RF, Martins MA, Tempiski PZ. Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout? *PLos ONE*. 2014;9(4):e94133

85. Peleias M, Tempski P, Paro HB, et al. Leisure time physical activity and quality of life in medical students: results from a multicentre study. *BMJ Open Sport — Exercise Medicine*. 2017;3 (1):e000213.
86. Peres M, Babler F, Arakaki J. Mistreatment in an academic setting and medical students' perceptions about their course in São Paulo, Brazil: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2016; 134(2):130-7.
87. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde* [Internet]. 2005; Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2005000200010&script=sci_abstract&tlng=en
88. Phillips SP. Parenting, puppies and practice: jiggling and gender in medicine. *CMAJ*. 2000; 162(5); 663-664.
89. Puthran ZM, Tam H. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ*. 2016; 50: 456–468.
90. Reppold CT, Mayer JC, Almeida LS. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2012; 25(2): 248-255.
91. Ricciardelli AA. *Escritor gera polêmica ao questionar 'paraíso' escandinavo*. *BBC Mundo*. São Paulo [periódico online]. 2014 fevereiro 11: [1 tela] [citado 10 de agosto de 2018]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/02/140211_escandinavia_mitos_polêmica_lgb
92. Richter P, Wener J, Heerlin A et al. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*. 1998; 31(3):160-8.
93. Rogers D. Which educational interventions improve healthcare professionals' resilience? *Med Teach*. 2016; 2:1–6.
94. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol*. 2012; 24(2):335–44.
95. Sampaio L, Guimarães P, Camino C, Formiga N, Menezes I. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico*. 2011; 42(1): 66-76
96. Sampaio LR, Camino C. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia *Psicologia: ciência e profissão*. 29(2), 212-227.
97. Sayburn A. Why medical students' mental health is a taboo. *Student BMJ* 2015;23:h722
98. Scherer Z, Scherer E, Carvalho A. Reflexões sobre o ensino de enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. *Ver. Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(2):285-291.
99. Serra R, e Dinato S, Caseiro M. Prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students in the city of Santos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2015 ;64(3):213-20.
100. Silva RV. É justo pagar com a saúde por um plano de saúde? O Estado de São Paulo, São Paulo [periódico online]. 2018 agosto 08: [1 tela] [citado 11 de agosto de 2018].

Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/e-justo-pagar-com-a-saude-por-um-plano-de-saude/>

101. Silveira GL. *O impacto do currículo oculto na formação da identidade do médico: um estudo qualitativo*. [Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2017.
102. Smith SC, Lamping DL, Banerjee S, et al. Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQQL) and an evaluation of current methodology. *Health Technol Assess*. 2005; 9(10): 1-93.
103. Spielberger, C.D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
104. Strecker EA, Appel KE, Palmer HD, Braceland FJ. Psychiatric studies in medical education. *Am J. Psychiat*. 1936: 937-958
105. Strecker EA, Appel KE, Palmer HD, Braceland FJ. Psychiatric studies in medical education- II. Neurotic trends in senior medical students. *Am J. Psychiat*. 1937: 1197-1229.
106. Tabalipa F, de Souza M, Pfützenreuter G, Lima V, Traebert E, Traebert J. Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students. *REBEM*. 2015;39(3):388-9
107. Tavakol M & Sandars J. Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part I. *Medical Teacher*. 2014a; 36(9), 746-756.
108. Tavakol M & Sandars J. Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part II. *Medical Teacher*. 2014b; 36(10), 838-848.
109. Fiedler PT. *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
110. Tempski P, Martins MA, Paro HB. Teaching and learning resilience: a new agenda in medical education. *Med Educ*. 2012; 46(4):345-6.
111. Tempski P, Santos IS, Mayer FB, Enns SC, Perotta B, Paro HBMS, et al. Relationship among medical students resilience, educational environment and quality of life. *PLoS ONE*. 2015; 10(6):e0131535.
112. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychology*; 2016; 7:763.
113. Thomas M, Dyrbye L, Huntington J, Lawson K, Novotny P, Sloan J, Shanafelt T. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007; 22:177-83
114. Van Venrooij LT, Barnhoorn PC, Giltay EJ, van Noorden MS. Burnout, depression and anxiety in preclinical medical students: a cross-sectional survey. *Int J Adolesc Med Health*. 2015 Nov 2;
115. Vasconcelos T, Dias B, Andrade L, Melo G, Barbosa L, Souza E. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *REBEM*. 2015; 39(1):135-42.

116. Vieira B. *USP tem 4 suicídios em 2 meses e cria escritório de saúde mental para alunos*. Folha de São Paulo, São Paulo [periódico online]. 2018 agosto 1: [1 tela] [citado 10 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/usp-tem-4-suicidios-em-2-meses-e-cria-escritorio-de-saude-mental-para-alunos.shtml>
117. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas*. 1993; 1(2):165–78.
118. Wagnild GM. *The resilience scale user's guide for the US english version of the resilience scale and the 14-Item resilience scale (RS-14)*. Worden, Montana: The resilience center; 2009.
119. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016; 388(10057):2272–81
120. West C, Tan A, Habermann T, Sloan J, Shanafelt T. Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors. *Jama*. 2009; 302(12):1294.
121. Walkiewicz M, Tartas M, Majkowicz M, Budzinski W. Academic achievement, depression and anxiety during medical education predict the styles of success in a medical career: A 10-year longitudinal study. *Medical Teacher* 2012; 34(9): e611-e619.
122. WHO. *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva, 2017.
123. WHO. Preventing suicide – a global imperative. Executive summary. World Health Organization, 2014.
124. Žižek, S. *Problemas no paraíso: do fim da história ao fim do capitalismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.