



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

INÊS SILVA RIBEIRO DA COSTA

***Impacto a longo prazo do autoconhecimento no stress, burnout,
autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina – ensaio
clínico controlado***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA

Dr.^a LILIANA RUTE ANTÓNIO CONSTANTINO

FEVEREIRO/2022

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Impacto a longo prazo do autoconhecimento no *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina – ensaio clínico controlado

Long term impact of self-awareness in stress, burnout, self-compassion and compassion in medical students - controlled clinical trial

Autores:

Inês Silva Ribeiro da Costa¹, Inês Rosendo Carvalho e Silva^{1,2}

Liliana Rute António Constantino^{1,3}

1 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

2 Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

3 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Anadia I, Portugal

E-mail: inessrc17@gmail.com

ÍNDICE

RESUMO	4
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	7
MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
Desenho do estudo.....	9
Seleção dos participantes.....	9
Recolha de dados.....	10
Análise de dados	12
RESULTADOS	14
Descrição da amostra.....	14
Qualidade de vida percecionada, <i>Stress</i> percecionado e <i>Burnout</i>	15
Autocompaixão e Compaixão	16
Autorreflexão e <i>Insight</i>	17
Análise qualitativa	18
DISCUSSÃO	20
Qualidade de vida percecionada, <i>Stress</i> percecionado e <i>Burnout</i>	20
Autocompaixão e Compaixão.....	21
Autoconhecimento e Eneagrama de Personalidades.....	22
Outras dimensões mencionadas pelos participantes	22
Limitações	22
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	28
Anexo I. Consentimento Informado <i>online</i>	28
Anexo II. Questionário	29
Anexo III. Parecer da Comissão de Ética da FMUC – 2019.....	39

RESUMO

Introdução: Vários estudos evidenciaram uma elevada incidência de *stress* e *burnout* no seio da comunidade estudantil de medicina, com impacto negativo na qualidade de vida e nos níveis de autocompaixão, compaixão e empatia destes estudantes. O objetivo deste estudo é perceber se o autoconhecimento, utilizando o Eneagrama, tem impacto, a longo prazo, enquanto fator modificador destas variáveis.

Métodos: Num ensaio clínico controlado, uma amostra inicial de 48 estudantes de medicina responderam, antes, imediatamente após e 9 meses depois de uma intervenção, a um questionário *online* com 6 escalas - Qualidade de Vida Percecionada (EQ-VAS), *Stress* Percecionado (PSS), *Burnout* (MBI-SS), Autocompaixão (SELFCS), Compaixão (CS) e Autorreflexão e *Insight* (SRIS). O grupo de intervenção, constituído por 24 participantes voluntários, realizou um curso de autoconhecimento e comunicação baseado no Eneagrama. O grupo de controlo, com o mesmo número de elementos, foi recrutado com o emparelhamento das variáveis sociodemográficas com o grupo de intervenção. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial através dos testes de Wilcoxon e U de Mann-Whitney, e a análise qualitativa de conteúdos.

Resultados: Verificou-se o efeito benéfico desta intervenção, 9 meses depois, de forma significativa, na Qualidade de Vida Percecionada ($p=0.014$), no *Stress* percecionado ($p=0.018$), na subescala da Autocompaixão Calor/Compreensão ($p=0.006$), no *Insight* e Autorreflexão ($p=0.024$) e na subescala *Insight* ($p=0.002$), no grupo de intervenção. Relativamente às diferenças entre os 2 grupos, antes do curso havia uma diferença significativa na Qualidade de Vida Percecionada ($p=0.011$), já a longo prazo as diferenças foram significativas na subescala de Autorreflexão ($p=0.028$) e na subdivisão Necessidade de Autorreflexão ($p=0.014$).

Discussão: Para além dos vieses característicos deste tipo de estudos (voluntarismo e desejabilidade social), são limitações do presente trabalho o facto de a amostra não ser randomizada, não ser totalmente representativa da realidade nacional e ter ficado reduzida a 46 elementos. Ainda que não se tenha verificado um efeito benéfico na autocompaixão, tal como no imediato após a intervenção, confirmou-se o impacto positivo do autoconhecimento, a longo prazo, na qualidade de vida e no *stress* nos estudantes de medicina.

Conclusão: Os resultados obtidos no presente estudo sugerem o efeito benéfico, a longo prazo, desta intervenção no autoconhecimento e, conseqüentemente, na qualidade de vida e no *stress*. Assim, este curso poderá ser uma estratégia de promoção da saúde mental nos

estudantes de medicina e deverá ser equacionada a sua implementação nas escolas médicas portuguesas.

Palavras-chave: “autoconhecimento”, “*stress*”, “*burnout*”, “compaixão”, “estudantes de medicina”.

ABSTRACT

Introduction: Several studies have shown a high incidence of stress and burnout within the medical student community, with a negative impact on the quality of life and the levels of self-compassion, compassion and empathy of these students. The goal of this study is to understand whether self-knowledge, using the Enneagram, has a long-term impact as a modifying factor for these variables.

Methods: In a controlled clinical trial, an initial sample of 48 medical students answered, before, immediately after and 9 months after an intervention, an online questionnaire with 6 scales - Perceived Quality of Life (EQ-VAS), Perceived Stress (PSS) , Burnout (MBI-SS), Self-Compassion (SELFCS), Compassion (CS) and Self-Reflection and Insight (SRIS). The intervention group, made up of 24 volunteer participants, took a self-knowledge and communication course based on the Enneagram. The control group, with the same number of elements, was recruited by matching the sociodemographic variables with the intervention group. The data obtained was subjected to descriptive and inferential statistical analysis using the Wilcoxon and Mann-Whitney U tests, and qualitative content analysis.

Results: There was a significant beneficial effect of this intervention, 9 months later, on the Perceived Quality of Life ($p=0.014$), Perceived Stress ($p=0.018$), Self-Compassion subscale Warmth/Understanding ($p=0.006$), Insight and Self-reflection ($p=0.024$) and on the Insight subscale ($p=0.002$), in the intervention group. Regarding the differences between the 2 groups, before the course there was a significant difference in the Perceived Quality of Life ($p=0.011$), while in the long term the differences were significant in the Self-Reflection subscale ($p=0.028$) and in the Need for Self-Reflection subdivision ($p=0.014$).

Discussion: In addition to the characteristic biases of this type of studies (voluntarism and social desirability), the limitations of the present work are the fact that the sample is not randomized, is not fully representative of the national reality and has been reduced to 46 elements. Although there was no beneficial effect on self-compassion, such as immediately after the intervention, the positive impact of self-knowledge, in the long term, on quality of life and stress in medical students was confirmed.

Conclusion: The results obtained in the present study suggest the long-term beneficial effect of this intervention on self-knowledge and, consequently, on quality of life and stress. Thus, this course could be a strategy to promote mental health in medical students and its implementation in Portuguese medical schools should be considered.

Keywords: *“self-awareness”, “stress”, “burnout”, “compassion”, “medical students”.*

INTRODUÇÃO

O curso de medicina é reconhecido como um dos mais exigentes e desgastantes. Ainda antes de ingressarem no curso, os estudantes são sujeitos a uma enorme pressão, para conseguirem alcançar o seu objetivo. Esta vai aumentando ao longo do curso, seja pela carga de estudo excessiva, pela falta de tempo para atividades de lazer, para a família e amigos ou ainda pelo difícil acesso à especialidade. A exposição contínua a estes fatores é geradora de grandes níveis de *stress*, que se têm traduzido numa incidência crescente de *burnout* nos estudantes de medicina, com impacto negativo na sua qualidade de vida e no seu papel enquanto futuros médicos.¹⁻⁴ Estudos indicam que, a nível mundial, 1 em cada 2 estudantes de medicina sofre de síndrome de *burnout*.⁵ Em Portugal, 89% destes estudantes apresentam exaustão.⁶

Burnout é uma síndrome que surge em resposta à exposição crónica a fatores geradores de *stress* no local de trabalho e é caracterizado pela tríade: exaustão emocional, desumanização (ou despersonalização) e baixa realização profissional.^{1-4,7} O *burnout* académico é definido como exaustão cognitiva e emocional devido às exigências académicas, a sentimentos de incapacidade e ineficácia e uma atitude cínica em relação aos estudos, aos professores e aos colegas e está associado a baixo rendimento académico, abandono escolar, sintomas depressivos e até mesmo ideações suicidas.⁷

Nos últimos anos, vários estudos têm revelado níveis decrescentes de empatia e compaixão ao longo do curso de medicina. Estas competências surgem frequentemente associadas e são essenciais para desenvolver uma boa relação médico-doente.^{6,8,9} Argumenta-se que a compaixão e a empatia podem ser otimizadas pela autocompaixão, uma vez que, uma pessoa capaz de aceitar e compreender o próprio sofrimento em momentos de adversidade torna-se, naturalmente, mais apto a perceber o sofrimento dos doentes e a necessidade de o aliviar.^{10,11}

Atualmente, vários estudos têm tentado encontrar estratégias para melhorar este impacto negativo do curso de medicina nos estudantes, principalmente no que diz respeito ao *stress* e ao *burnout*.¹² Em Coimbra, está a ser estudado um programa de intervenção em grupo focado na promoção de competências emocionais, como o *mindfulness* e a autocompaixão, que pretende reduzir o *burnout* nos estudantes de medicina e medicina dentária.¹³

O autoconhecimento diz respeito àquilo que pensamos de nós próprios e os outros pensam de nós, implicando uma autoavaliação dos limites, medos, inseguranças e vulnerabilidade, mas também das potencialidades.¹⁴ Uma das ferramentas para trabalhar o autoconhecimento é o Eneagrama. Esta ferramenta facilita a compreensão dos mecanismos

responsáveis pelos comportamentos e traços característicos de cada um dos 9 tipos de personalidade que descreve, possibilitando o desprendimento das limitações inerentes às mesmas.¹⁵⁻¹⁹ Vários estudos têm demonstrado que o recurso ao Eneagrama, aumentando o autoconhecimento, tem impacto positivo na saúde mental, melhorando relações interpessoais e níveis de autocompaixão, autoestima, empatia e motivação, e diminuindo níveis de *stress* e ansiedade.¹⁷

Apesar de haver um uso crescente do Eneagrama em diversas áreas como os negócios ou a educação, poucos estudos tentaram relacionar o autoconhecimento como fator modificador dos níveis de *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão nos estudantes de medicina.¹⁸ Um estudo piloto em estudantes de medicina mostrou o benefício do autoconhecimento nos níveis de autocompaixão e das três dimensões de *burnout* e uma tendência positiva, não significativa, nos níveis de *stress* e de compaixão.¹⁵ Um ensaio clínico revelou, de forma estatisticamente significativa, o efeito benéfico do autoconhecimento na qualidade de vida, no *stress* e na autocompaixão de estudantes de medicina, a curto prazo.²⁰ Ficando por saber se estes efeitos se mantêm a mais longo prazo, este projeto tem como objetivo perceber se a promoção do autoconhecimento baseada no conhecimento do Eneagrama de Personalidades tem impacto, após 9 meses, nos níveis de *stress*, *burnout*, qualidade de vida, autocompaixão e compaixão dos estudantes de medicina, promovendo o reconhecimento da sua importância e eventual aplicação nas escolas médicas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Este trabalho é uma reavaliação 9 meses após um estudo longitudinal, de intervenção, controlado.

Seleção dos participantes

Para o processo de recrutamento de participantes, foi feita uma divulgação *online* do estudo por alunos das Faculdades de Medicina da Universidade de Coimbra, do Minho, do Porto e de Lisboa. Os interessados inscreveram-se num formulário do *Google Forms*, onde se encontravam detalhadas as condições de participação no mesmo. O único critério de inclusão definido foi ser estudante de medicina inscrito numa das várias escolas médicas do país.

No sentido de perceber o tamanho amostral necessário, utilizaram-se como base os resultados significativos obtidos na escala de *Burnout* de um estudo piloto prévio.¹⁵ A média com o desvio-padrão obtidos antes do curso e a média alcançada após o curso das 3 dimensões da escala de *Burnout* foram inseridas numa fórmula de cálculo de amostra necessária, para um alfa de 0,05 e poder (1-β) de 80%.²¹ Traçámos, assim, um alvo de pelo menos 24 participantes necessários para formar o grupo de intervenção.

Após o período de recrutamento de 3 semanas, dos 27 inscritos inicialmente, 24 compareceram a mais de 70% do curso *online* de 28 horas, formando o grupo de intervenção. O grupo de controlo foi recrutado de forma a emparelhar as variáveis idade, sexo, ano de formação académica e faculdade de ensino, com o grupo de intervenção e foram convidadas pessoas com essas características a participar. Previamente ao início do curso, todos os participantes assinaram o consentimento informado.

O curso *online* de autoconhecimento e comunicação, criado para propósito deste ensaio clínico e lecionado por profissionais com formação certificada na área pelo Instituto de Eneagrama Shalom²², consistiu em proporcionar aos voluntários mecanismos para autoconhecimento com recurso ao Eneagrama. Foram realizados 3 módulos, entre outubro e dezembro de 2020, espaçados no tempo de modo a permitir aos participantes a consolidação do conhecimento: entre o primeiro e o segundo módulo decorreu 1 mês, e entre o segundo e o terceiro, 3 semanas. A primeira parte teve por objetivo introduzir os participantes à ferramenta Eneagrama de Personalidades, para ajudar à introspeção e autoconhecimento (10 horas). A segunda parte destinou-se à autodescoberta dos instintos predominantes de cada participante integrados no modelo do Eneagrama, e à compreensão

de mecanismos de crescimento e equilíbrio pessoal (14 horas). Finalmente, a terceira parte, procurou enquadrar o conhecimento adquirido no contexto da área médica, na qual os participantes foram confrontados com “doentes-tipo” representativos dos vários tipos de personalidade, e consigo próprios, em contexto de doença, e trabalhados contextos de comunicação e empatia (4 horas).

Recolha de dados

A recolha dos dados foi feita através do preenchimento de um questionário no *Google Forms* com cerca de 20 minutos de duração. Esta colheita processou-se em três momentos: ambos os grupos, de intervenção e controlo, realizaram o questionário pela primeira vez imediatamente antes do início da primeira sessão do curso (fase 1), tendo-o repetido após a conclusão do terceiro módulo (fase 2) e novamente 9 meses depois (fase 3).

O questionário dividia-se em duas partes distintas: a primeira tinha a codificação de cada voluntário para posterior comparação de dados, garantindo a confidencialidade dos mesmos, ao qual se seguia a colheita das variáveis sociodemográficas: sexo, idade, ano académico e instituição de ensino. A segunda parte destinava-se à colheita das variáveis das dimensões medidas (qualidade de vida percecionada, *stress* percecionado, *burnout*, autocompaixão, compaixão e autorreflexão e *insight*), através da aplicação de 6 escalas:

a) Escala Visual Analógica da Qualidade de Vida Percecionada (EQ-VAS: *European Quality of Life - Visual Analogue Scale*; EuroQol Group, 1990; versão portuguesa de Ferreira, Ferreira & Pereira, 2014).²³ É parte integrante da escala EuroQoL-5Dimension (EQ-5D), que engloba dois componentes: um sistema descritivo, subdividido em 5 dimensões, e um sistema numérico, conseguido através de uma escala visual analógica – o termómetro EQ-VAS. Este oferece a possibilidade ao respondente de quantificar o seu estado de saúde numa escala de 0 (“pior estado de saúde imaginável”) a 100 (“melhor estado de saúde imaginável”), naquele momento. Na versão portuguesa, a EQ-VAS apresentou uma coerência interna boa ($\alpha=0,862$).¹⁵

b) Escala do *Stress* Percecionado (PSS-10: *Perceived Stress Scale*; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983²⁴; versão portuguesa de Trigo et al, 2010).²⁵ Composta por 10 itens, permite perceber de que modo a imprevisibilidade, incontrolabilidade ou excessividade dos acontecimentos de vida são percecionados como geradores de *stress* pelo próprio. A cada item é atribuída uma classificação entre 0 (“nunca”) e 4 (“muito frequentemente”). Para calcular a pontuação final, é necessário inverter a cotação dos itens referentes a situações positivas (itens 4, 5, 7 e 8). Obtém-se assim um resultado entre 0 e 40 pontos, sendo que valores entre 0 e 13 são definidos como níveis baixos de *stress*, 14 a 26 níveis médios e 27

a 40 níveis altos. Na população portuguesa, a versão PSS-10 apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,87$).¹⁵

c) Escala de *Burnout* de Maslach para estudantes portugueses (MBI-SS: Maslach *Burnout Inventory Student Survey*; adaptado por Schaufeli et al, 2002²⁶; versão portuguesa de Maroco e Tecedor, 2009).²⁷ A sua versão original é, até hoje, a escala de avaliação de *burnout* mais usada. A versão adaptada para estudantes (MBI - *Student Survey*), com foco nos sentimentos e emoções em contexto escolar, compreende 3 subescalas, que avaliam as dimensões Exaustão Emocional, Descrença e Eficácia Profissional com 5, 4 e 6 itens, respetivamente. Os respondentes devem classificar cada um dos 15 itens entre 0 (“nunca/nenhuma vez”) a 6 (“sempre/todos os dias”). Os scores finais são interpretados nas 3 subescalas, após a soma dos seus itens, permitindo diagnosticar a síndrome de burnout quando o respondente se encontra simultaneamente acima do percentil 66 dos scores de Exaustão Emocional e Descrença e abaixo do percentil 33 do score de Eficácia Profissional, relativamente ao grupo estudado. O estudo de validação da versão portuguesa do MBI-SS revela consistência interna de $\alpha=0,836$, $\alpha=0,882$ e $\alpha=0,791$ para as subescalas Exaustão Emocional, Descrença e Eficácia Profissional, respetivamente.¹⁵

d) Escala da Autocompaixão (SELFCS: *Self-Compassion Scale*; Neff, 2003²⁸; versão portuguesa de Gouveia & Castilho, 2006).²⁹ Considerada a ferramenta mais usada na avaliação da autocompaixão, procura medir de que forma o indivíduo se comporta em momentos difíceis, através da resposta emocional (Calor/Compreensão vs. Autocrítica), compreensão cognitiva (Humanidade Comum vs. Isolamento) e atenção ao próprio sofrimento (*Mindfulness* vs. Sobreidentificação). A cada um dos 26 itens é atribuída uma classificação de 0 (“quase nunca”) a 5 (“quase sempre”), sendo posteriormente possível calcular o subtotal para cada uma das seis subescalas e a pontuação total. Para isso, todos os itens são somados após a recodificação dos itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25, sendo que valores mais elevados traduzem níveis mais altos de autocompaixão. Os resultados obtidos na versão original e na versão portuguesa revelam, respetivamente, muito boa ($\alpha=0,92$) e boa consistência interna ($\alpha=0,89$), com valores alfa de Cronbach a variar entre 0,84 para a subescala Calor/Compreensão e 0,73 para a subescala *Mindfulness*.¹⁵

e) Escala da Compaixão (CS: *Compassion Scale*; Pommier, 2011³⁰; versão portuguesa de Vieira, Castilho & Duarte).³¹ Reunindo os seis fatores da compaixão (Bondade vs. Indiferença, Humanidade Comum vs. Desligado, *Mindfulness* vs. Não Envolvimento), esta escala pretende medir o modo como cada indivíduo se comporta em relação ao outro. Cada sujeito deve identificar o seu nível de concordância relativa aos 24 itens da versão longa, numa escala de 0 (“quase nunca”) a 5 (“quase sempre”), devendo os itens 1, 2, 3, 5, 7, 10,

12, 14, 18, 19, 22 e 23, correspondentes às subescalas com conotação negativa (Indiferença, Desligado e Não Envolvimento) ser recodificados para aceder ao score total de compaixão. Resultados mais elevados traduzem maior nível de compaixão. A versão portuguesa revelou boa consistência interna ($\alpha=0,92$), com as subescalas a mostrar valores satisfatórios, mínimo na subescala *Mindfulness* ($\alpha=0,74$) e máximo nas subescalas Bondade, Indiferença e Desligado.¹⁵

f) Escala da Autorreflexão e *Insight* - Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros (SRIS: *Self-Reflection and Insight Scale*; Grant et al, 2002³²; versão brasileira de DaSilveira e DeCastro, 2012).³³ Instrumento de autorresposta com 20 itens que procura avaliar e medir as diferenças individuais da autoconsciência, bem como a prontidão intencional para a mudança de comportamento. Contempla a bidimensionalidade da autoconsciência através das suas subescalas *Insight* e Autorreflexão, sendo esta subdividida em Necessidade de Autorreflexão e Envolvimento na Autorreflexão, isto é, interesse vs. real execução da ação. No nosso estudo, cada item foi classificado de 1 (“quase nunca”) a 5 (“quase sempre”). Os itens 1, 2, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 17 são itens invertidos, devendo ser recodificados previamente ao cálculo de cada subescala, que apresenta um score máximo de 60 para a Autorreflexão e 40 para o *Insight*, tradutores de níveis altos dos mesmos. A versão brasileira atingiu índices de consistência interna muito satisfatórios ($\alpha=0,902$ e $\alpha=0,825$ para a Autorreflexão e o *Insight*, respetivamente), conseguindo valores semelhantes aos obtidos na escala original em ambas as subescalas.¹⁵

Nos questionários das fases 2 e 3 foi ainda acrescentada uma última pergunta de resposta aberta para que o grupo de intervenção pudesse partilhar os benefícios, em termos pessoais, na gestão de *stress* e no relacionamento e comunicação com os outros, que pensava ter adquirido com o curso.

Análise de dados

Terminada a colheita e organização dos dados no Microsoft Excel, procedemos à sua análise estatística descritiva e inferencial através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A análise descritiva das variáveis quantitativas foi feita com média e desvio padrão e a das variáveis qualitativas com frequência absoluta e relativa. Inicialmente, avaliámos a normalidade da distribuição dos dados com o teste de Shapiro-Wilk, que revelou a necessidade de usar testes não paramétricos para a análise inferencial. Assim, usamos o teste U de Mann-Whitney, para comparar os scores no grupo de intervenção vs. grupo de controlo e o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, para comparar o antes e depois

de cada variável, em ambos os grupos. Nesta análise, estabelecemos como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Quanto à análise das respostas à pergunta aberta, utilizaram-se métodos qualitativos de análise de conteúdo com classificação dos mesmos num processo de obtenção dos principais conceitos manifestados pelos participantes, selecionando as frases mais representativas de cada um deles.

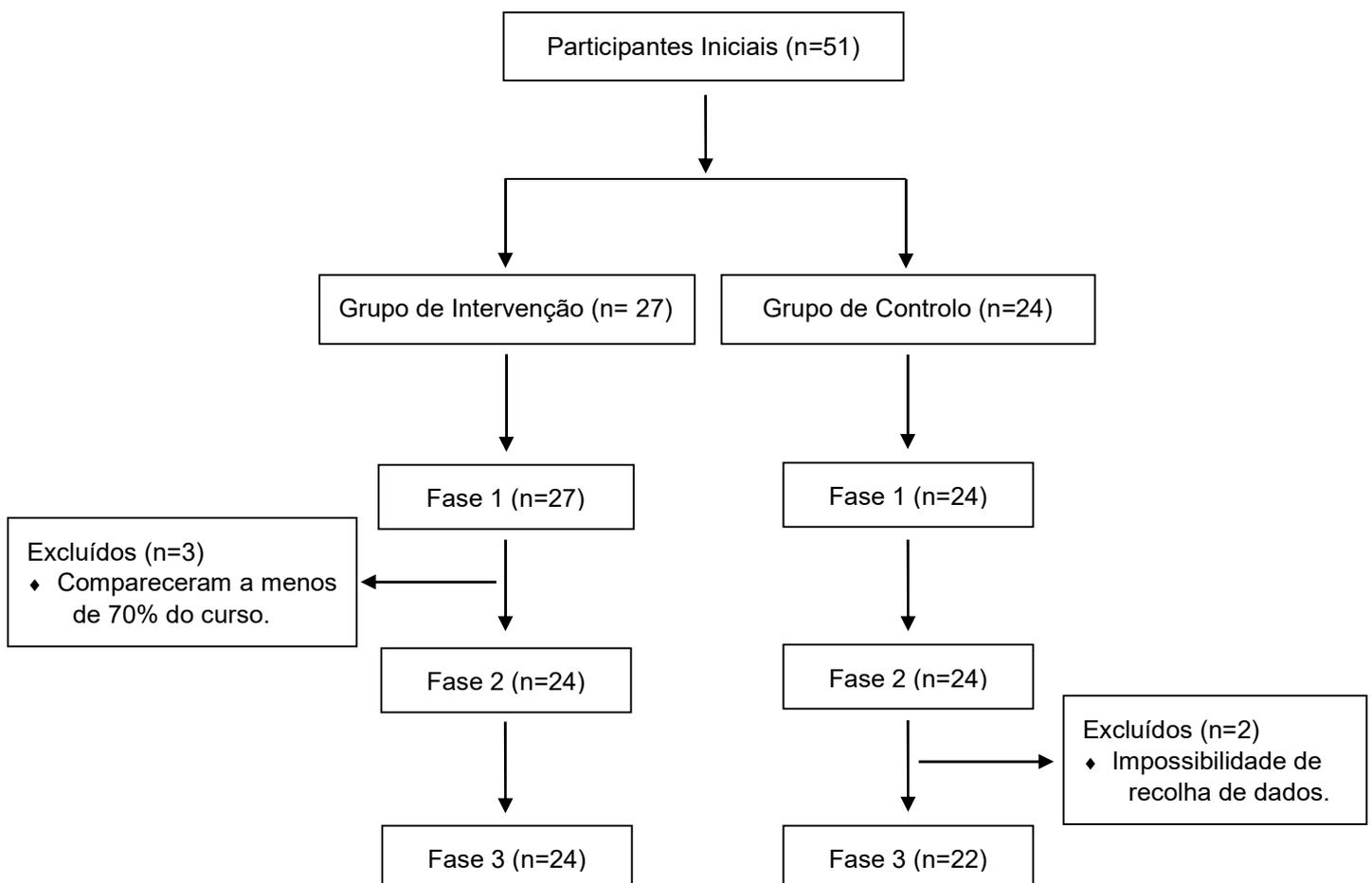
Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 2019.

RESULTADOS

Descrição da amostra

A nossa amostra era inicialmente constituída por 48 pessoas, no entanto, durante a fase 3 não conseguimos recolher os dados de 2 elementos do grupo de controlo, pelo que a amostra ficou reduzida a 46 participantes (Figura 1). Destes 46, 38 (82.6%) pertenciam ao sexo feminino e 8 (17.4%) ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 34 anos (24.12 +/- 3.84 anos) no grupo de intervenção e entre os 18 e os 34 anos (23.64 +/- 3.43 anos) no grupo de controlo, sendo a diferença entre ambos não significativa ($p=0.797$). Relativamente ao ano académico, 22 (47.83%) participantes pertenciam ao 6º ano, 12 (26.09%) ao 5º ano, 6 (13.04%) ao 4º ano, 2 (4.35%) ao 3º ano e 4 (8.69%) ao 2º ano, sendo a diferença entre os dois grupos não significativa ($p=0.777$). No que diz respeito à instituição, 36 (78.3%) estudavam na FMUC, 7 (15.2%) na Universidade do Minho, 2 (4.3%) no ICBAS e 1 (2.2%) na FMUL, sem diferença significativa entre os grupos ($p=1.000$).

Figura 1. Evolução da amostra desde o recrutamento.



Qualidade de vida percecionada, *Stress* percecionado e *Burnout*

Relativamente à Qualidade de Vida Percecionada (EQ-VAS), verificámos que o grupo de controlo tinha níveis significativamente superiores ao grupo de intervenção, antes do curso ($p=0.011$). A longo prazo, apenas o grupo de intervenção apresentou uma melhoria significativa ($p=0.014$). (Tabela 1)

Quanto ao *Stress* Percecionado (PSS), inicialmente ambos os grupos apresentavam níveis médios de *stress*, ligeiramente superiores no grupo de intervenção (PSS=20.17) do que no de controlo (PSS=17.41), não sendo esta diferença significativa. A longo prazo, o grupo de intervenção apresentou uma descida significativa ($p=0.018$) dos níveis de *stress* (PSS=16.87), ao contrário do grupo de controlo onde se verificou uma pequena subida não significativa. (Tabela 1)

A aplicação da escala de *Burnout* de Maslach para estudantes permitiu-nos concluir que, no grupo de intervenção, a longo prazo, houve uma melhoria não significativa nas 3 subescalas avaliadas. Isto é, a pontuação das subescalas que contribuem negativamente para o score de *Burnout* (Exaustão Emocional e Descrença) diminuíram, enquanto a que contribui positivamente (Eficácia Profissional) aumentou. Também de forma não significativa, no grupo de controlo, verificou-se um aumento de pontuação nas 3 subescalas. (Tabela 1)

Tabela 1. Níveis de Qualidade de Vida Percecionada, *Stress* Percecionado e *Burnout* em estudantes de medicina, nos grupos de intervenção e de controlo, antes do curso e após, a longo prazo.

Variáveis		G. Intervenção		G. Controlo		P**
		Média +/- DP	P*	Média +/- DP	P*	
Qualidade de vida (EQ-VAS)	Antes	73.33 +/- 16.92	0.014	80.95 +/- 21.55	0.708	0.011
	Após	81.17 +/- 17.22		81.41 +/- 16.75		0.965
Stress (PSS)	Antes	20.17 +/- 6.43	0.018	17.41 +/- 7.63	0.732	0.143
	Após	16.87 +/- 8.07		17.95 +/- 6.79		0.454
Exaustão Emocional	Antes	17.79 +/- 6.79	0.253	14.09 +/- 7.21	0.140	0.076
	Após	16.21 +/- 6.98		16.00 +/- 7.30		0.938
Descrença	Antes	8.67 +/- 6.95	0.419	6.00 +/- 5.13	0.600	0.234
	Após	7.37 +/- 6.13		6.45 +/- 4.61		0.825
Eficácia Profissional	Antes	23.25 +/- 6.48	0.202	23.91 +/- 5.90	0.896	0.783
	Após	25.00 +/- 5.52		24.27 +/- 5.28		0.508

*Teste de Wilcoxon para Amostras Emparelhadas; ** Teste U de Mann-Whitney; DP: Desvio-padrão

Autocompaixão e Compaixão

No que diz respeito à Autocompaixão (SELFCS), verificou-se uma diminuição da pontuação total nos dois grupos, a longo prazo, sendo apenas significativa no grupo de controlo ($p < 0.001$). No grupo de intervenção registou-se um aumento nas dimensões Calor/Compreensão ($p = 0.006$), Condição Humana ($p = 0.925$) e *Mindfulness* ($p = 0.154$) e uma diminuição significativa nas subescalas de Autocrítica ($p = 0.002$), Isolamento ($p = 0.001$) e Sobreidentificação ($p = 0.001$), sendo que essa diminuição significa mais autocrítica, mais isolamento e mais sobreidentificação. No grupo de controlo, que inicialmente apresentava níveis tendencialmente mais altos de autocompaixão, houve uma diminuição em todas as dimensões, sendo apenas significativa na Autocrítica ($p < 0.001$), Isolamento ($p < 0.001$) e Sobreidentificação ($p < 0.001$). (Tabela 2)

Na escala da Compaixão (CS) também se registou uma diminuição significativa da pontuação total nos dois grupos ($p < 0.001$). Verificaram-se ainda, nos dois grupos, piores resultados nas subescalas de Não Envolvimento e Desligado ($p < 0.001$), com as restantes dimensões a variarem muito pouco. (Tabela 2)

Tabela 2. Níveis de Autocompaixão e Compaixão em estudantes de medicina, nos grupos de intervenção e de controlo, antes do curso e após, a longo prazo.

Variáveis		G. Intervenção		G. Controlo		P
		Média +/- DP	P	Média +/- DP	P	
Autocompaixão (SELFCS)	Antes	78.87 +/- 15.46	0.072	87.86 +/- 15.46	<0.001	0.129
	Após	74.58 +/- 20.78		72.14 +/- 16.86		0.397
Calor/ Compreensão	Antes	14.25 +/- 4.44	0.006	16.32 +/- 4.05	0.240	0.114
	Após	16.83 +/- 4.37		15.64 +/- 0.224		0.224
Condição Humana	Antes	13.46 +/- 3.31	0.925	14.36 +/- 2.63	0.420	0.382
	Após	13.75 +/- 3.33		13.45 +/- 2.82		0.938
<i>Mindfulness</i>	Antes	12.75 +/- 3.61	0.154	13.95 +/- 2.89	0.160	0.458
	Após	13.75 +/- 3.29		13.50 +/- 2.94		0.665
Autocrítica	Antes	14.96 +/- 5.34	0.002	16.50 +/- 3.71	<0.001	0.332
	Após	12.00 +/- 5.12		11.45 +/- 3.83		0.573
Isolamento	Antes	11.79 +/- 3.20	0.001	13.36 +/- 3.95	<0.001	0.171
	Após	9.33 +/- 3.82		9.50 +/- 3.33		0.974
Sobre-identificação	Antes	11.67 +/- 3.03	0.001	13.36 +/- 3.51	<0.001	0.124
	Após	8.92 +/- 4.11		8.59 +/- 3.70		0.682

Compaixão (CS)	Antes	99.42 +/- 11.28	<0.001	100.23 +/- 12.23	<0.001	0.852
	Após	86.29 +/- 10.78		86.00 +/- 15.19		0.800
Bondade	Antes	15.50 +/- 2.78	0.766	16.23 +/- 2.33	0.472	0.346
	Após	15.54 +/- 2.62		15.91 +/- 3.21		0.541
Mindfulness	Antes	16.12 +/- 2.25	0.922	16.36 +/- 2.28	0.818	0.601
	Após	16.04 +/- 2.91		16.22 +/- 2.51		0.956
Humanidade Comum	Antes	17.42 +/- 2.36	0.614	17.55 +/- 2.63	0.499	0.623
	Após	17.08 +/- 3.20		17.77 +/- 2.39		0.669
Indiferença	Antes	16.29 +/- 3.88	<0.001	16.32 +/- 2.77	<0.001	0.781
	Após	12.17 +/- 2.58		11.55 +/- 2.87		0.437
Desligado	Antes	17.04 +/- 2.73	<0.001	17.23 +/- 2.60	<0.001	0.833
	Após	12.92 +/- 2.54		12.68 +/- 3.33		0.991
Não Envolvimento	Antes	17.04 +/- 2.49	<0.001	16.55 +/- 2.67	<0.001	0.491
	Após	12.54 +/- 2.34		11.86 +/- 3.55		0.609

*Teste de Wilcoxon para Amostras Emparelhadas; ** Teste U de Mann-Whitney; DP: Desvio-padrão

Autorreflexão e *Insight*

No que respeita à escala de Autorreflexão e *Insight* (SRIS), o grupo de intervenção registou um aumento significativo da pontuação total ($p=0.024$) e da subescala de *Insight* ($p=0.002$), a longo prazo. Na Autorreflexão também se verificou uma melhoria, ainda que não significativa. No grupo de controlo, houve uma tendência decrescente em praticamente todos os parâmetros, com um valor estatisticamente significativo na Necessidade de Autorreflexão ($p=0.007$). A longo prazo registaram-se ainda diferenças significativas entre os dois grupos, com pontuações superiores no grupo de intervenção na subescala Autorreflexão ($p=0.028$) e na subdivisão Necessidade de Autorreflexão ($p=0.014$). (Tabela 3)

Tabela 3. Níveis de *Insight* e Autorreflexão em estudantes de medicina, no grupo de controlo e no grupo de intervenção, antes do curso e após, a longo prazo.

Variáveis		G. Intervenção		G. Controlo		P
		Média +/- DP	P	Média +/- DP	P	
Autorreflexão e Insight (SRIS)	Antes	68.13 +/- 10.78	0.024	69.64 +/- 12.55	0.360	0.947
	Após	73.58 +/- 11.83		67.45 +/- 14.08		0.055
Insight	Antes	23.25 +/- 4.45	0.002	26.41 +/- 5.62	0.176	0.079
	Após	27.29 +/- 5.17		28.36 +/- 5.04		0.537
Autorreflexão	Antes	44.88 +/- 8.43	0.308	43.23 +/- 9.07	0.056	0.454
	Após	46.29 +/- 9.68		39.09 +/- 11.84		0.028
Necessidade de Autorreflexão	Antes	24.25 +/- 4.13	0.731	22.77 +/- 5.04	0.007	0.228
	Após	24.04 +/- 5.26		19.95 +/- 6.20		0.014
Envolvimento em Autorreflexão	Antes	20.63 +/- 5.03	0.071	20.45 +/- 4.65	0.329	0.809
	Após	22.21 +/- 4.93		19.14 +/- 5.88		0.062

*Teste de Wilcoxon para Amostras Emparelhadas; ** Teste U de Mann-Whitney; DP: Desvio-padrão

Análise qualitativa

Em resposta à pergunta colocada ao grupo de intervenção na fase 3, relativa aos benefícios sentidos a longo prazo em termos pessoais, de gestão de *stress* e no relacionamento e comunicação com os outros, que pensavam ter adquirido com o curso, as respostas centraram-se principalmente no autoconhecimento, mas também na autocompaixão e compaixão, na comunicação/relação com o outro, na gestão das suas atitudes/personalidade e ainda no impacto como futuro médico. (Tabela 4)

Tabela 4. Tópicos e respetivas expressões elucidativas retirados das respostas dadas pelo grupo de intervenção, após o curso, a longo prazo.

Tópicos	Expressões Elucidativas
Autoconhecimento	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Fez-me estar muito mais consciente das minhas características”. 2. “ O autoconhecimento é essencial na vida humana, se não nos compreendemos a nós mesmos como é que vamos compreender o outro?”. 3. “Percebi melhor algumas das minhas atitudes e o porquê de agir como ajo em determinadas situações”.
Autocompaixão	<ol style="list-style-type: none"> 1. “ Consigo ser menos exigente comigo própria”.
Compaixão	<ol style="list-style-type: none"> 1. “O curso fez-me ter mais presente a noção de que somos todos diferentes e que quando alguém faz algo que não entra na minha esfera do "correto" não quer dizer que esteja mal, simplesmente aquela é a forma daquela pessoa se expressar, aquele é o seu "correto"”. 2. “O curso ajudou-me a perceber que há pessoas com problemas e personalidades diferentes da minha, facto que não faz mal”.
Comunicação/relação com o outro	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Maior <i>Insight</i> na relação”. 2. “Adquiri ferramentas para melhorar a minha relação com os que me rodeiam”. 3. “ O autoconhecimento é essencial na vida humana, se não nos compreendemos a nós mesmos como é que vamos compreender o outro?”.
Gestão das suas atitudes/personalidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. “O eneagrama deu-me conhecimento e ferramentas para melhorar a minha relação comigo mesma”.
Impacto como futuro médico	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Acho pertinente tentarmos avaliar as pessoas de acordo com o Eneagrama porque nos permite ver a pessoa mais como ela é e ter uma abordagem terapêutica mais personalizada, de acordo com as características de cada doente”.

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou investigar o impacto a longo prazo da promoção do autoconhecimento, baseado no conhecimento do Eneagrama, na qualidade de vida percebida, *stress* percebido, *burnout*, autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina.

Os resultados obtidos apontam para um efeito benéfico desta intervenção, a longo prazo, em várias dimensões estudadas, sendo significativo na Qualidade de Vida Percebida ($p=0.014$), no *Stress* Percebido ($p=0.018$) e na Autorreflexão e *Insight* ($p=0.024$).

Relativamente às diferenças entre os grupos de intervenção e de controlo, foram apenas significativas na Qualidade de Vida Percebida ($p=0.011$), antes do curso, e na Autorreflexão ($p=0.028$) e na sua subdivisão Necessidade de Autorreflexão ($p=0.014$), a longo prazo.

Qualidade de vida percebida, *Stress* percebido e *Burnout*

No que diz respeito a estas 3 variáveis, verificaram-se melhorias no grupo de intervenção, a longo prazo, sendo significativas tanto na qualidade de vida percebida como o *stress* percebido. Já no grupo de controlo, a tendência foi precisamente inversa, com exceção da qualidade de vida percebida onde ocorreu uma ligeira subida não significativa. Estes resultados corroboram a ideia de que, quanto melhor nos conhecermos, melhor o entendimento que temos sobre a nossa vida e sobre os fatores que a impactam negativamente, permitindo-nos um maior poder de controlo sobre os mesmos.¹⁵

Ainda que se tenha verificado esta melhoria, ambos os grupos revelaram níveis médios de *stress*, o que reforça a ideia de que o curso de medicina é gerador de grandes níveis de *stress*, pelo que é necessário intervir nesta área e tornar o bem-estar dos estudantes uma prioridade.³⁴

Sendo o *stress* um dos fatores etiológicos do *burnout*¹⁵, torna-se compreensível que as alterações observadas a longo prazo tenham ocorrido no sentido positivo em ambos. Contudo, nas 3 subescalas do *burnout* as alterações não foram significativas. Isto poderá dever-se ao efeito cumulativo de outros fatores influenciadores do *burnout*, não avaliados neste estudo. Alguns desses fatores são o ambiente competitivo, a insatisfação com o seu desempenho (perfeccionismo e autoexigência elevados), a privação de sono, a existência de dificuldades financeiras e uma carga horária excessiva que dificulta a conciliação dos estudos com atividades de lazer e convívio social, agravando ainda mais o isolamento provocado pela situação pandémica que atravessamos. Por outro lado, a presença de

autonomia e o reconhecimento de competências, uma maior maturidade emocional e o desenvolvimento de estratégias de meditação podem ajudar a atenuar os efeitos deletérios do curso de medicina^{35,36}, sendo potencialmente interessante, no futuro, trabalhar algumas destas dimensões e estudar o seu impacto nos níveis de *burnout*. Há ainda que ter em conta as diferentes épocas do ano em que os participantes responderam aos questionários (início das aulas vs. férias/pré-prova nacional de acesso), o que por si só pode ter influenciado os resultados no que ao *burnout* diz respeito.

Constatámos também que, antes do curso, o grupo de intervenção obteve piores resultados nestas 3 escalas, em relação ao grupo de controlo, sendo a diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida percebida. Este aspeto poderá ter aumentado a necessidade e o interesse destes estudantes em procurarem ajuda para melhorarem o seu bem-estar, acabando por recorrer ao curso de autoconhecimento. Tendencialmente, alguém com uma pior perceção de qualidade de vida, terá uma maior propensão para procurar ajuda e a estará mais predisposto a fazer o necessário para melhorar, levando à obtenção de melhores resultados com a intervenção. Este é um ponto a ter em consideração aquando de uma eventual implementação do curso e pode ter sido uma fonte de viés neste estudo.³⁷

Autocompaixão e Compaixão

O nosso estudo tentou também perceber se o autoconhecimento afeta de forma duradoura a autocompaixão e a compaixão pelos outros, fator fundamental no desenvolvimento de empatia e de uma boa relação médico-doente.^{9,37}

A autocompaixão e o autoconhecimento são conceitos diferentes, mas sobrepõem-se em alguns aspetos, de tal forma que o primeiro potencia o segundo ao permitir uma estabilidade emocional que é essencial para que a pessoa se conheça com maior clareza.³⁸ O que tentámos neste estudo foi mostrar que a relação inversa também se verifica, no entanto, apesar da melhoria nas subescalas Calor/Compreensão, Condição Humana e *Mindfulness*, no *score* total ocorreu uma diminuição da Autocompaixão a longo prazo, ao contrário do que se verificou no estudo realizado imediatamente após o curso, em que houve uma melhoria significativa da autocompaixão.²⁰ Este contraste leva-nos a acreditar que alguns dos efeitos benéficos do curso se vão dissipando com o passar do tempo, especialmente perante as adversidades do curso de medicina.

Vários estudos já demonstraram a influência da autocompaixão na compaixão para com os outros^{10,11}, portanto não é de estranhar que também se tenha verificado uma diminuição do *score* total de compaixão a longo prazo após o curso. Também a empatia é tida como um elemento essencial para o desenvolvimento de compaixão.^{9,31} Sendo que diversos estudos

apontam para uma diminuição da empatia ao longo do curso de medicina⁸, é possível que o avançar dos participantes no curso tenha acabado por esbater os efeitos benéficos da intervenção a este nível.

Autoconhecimento e Eneagrama de Personalidades

A aplicação da escala SRIS, que mede o *insight* e a autorreflexão, permitiu perceber que, de facto, o impacto do curso nas restantes variáveis terá sido conseguido através da melhoria dos níveis de autoconhecimento, fomentada pelo conhecimento do Eneagrama. Efetivamente, o resultado positivo da utilização desta ferramenta foi visível em todas as variáveis, de forma estatisticamente significativa no *score* total ($p=0.024$) e no *Insight* ($p=0.002$).

A longo prazo, as diferenças entre o grupo de intervenção e o de controlo foram significativas na subescala Autorreflexão ($p=0.028$) e na sua subdivisão Necessidade de Autorreflexão ($p=0.014$), o que se enquadra com as características do curso, que muniu os participantes de ferramentas promotoras de autorreflexão, algo que o grupo de controlo não possui por si só, comprovando assim, ainda que de forma parcial, a eficácia a longo prazo da intervenção.

Outras dimensões mencionadas pelos participantes

A criação da pergunta aberta permitiu aos elementos do grupo de intervenção uma maior liberdade para a partilha dos benefícios sentidos depois desta intervenção, a longo prazo, não só nas dimensões avaliadas pelas diferentes escalas, mas também noutros aspetos por elas não aferidos.

Nas respostas foram mencionados o autoconhecimento, a autocompaixão e a compaixão, a comunicação/relação com o outro, a gestão das próprias atitudes/personalidade e ainda o impacto como futuro médico. Tendo em conta o recurso ao Eneagrama, num grupo predisposto à partilha e desenvolvimento pessoal, estas mudanças eram expectáveis, acabando o impacto nos relacionamentos/comunicação e ainda como futuro médico por surgir como um bónus que não era possível avaliar com recurso a escalas quantitativas.

Limitações

O presente trabalho apresenta diversos aspetos que lhe conferem validade, nomeadamente a presença de critérios de inclusão definidos e de um grupo de controlo com variáveis sociodemográficas emparelhadas com o grupo de intervenção. Recorre ainda a uma amostra homogénea, sem diferenças consideráveis antes do curso, e às escalas mais validadas para cada dimensão, bem como à análise do *score* total e subtotal das mesmas.

Contudo, existem também algumas limitações que não podemos deixar de referir. Em primeiro lugar, a amostra não é randomizada, o que aumenta a possibilidade de enviesamento daquilo que foi estudado. Para além disso, também não é totalmente representativa da realidade nacional, uma vez que não inclui estudantes de todas as escolas médicas portuguesas, ainda que não seja de esperar que os estudantes das escolas ausentes deste estudo tenham características consideravelmente diferentes dos que foram estudados.

Em segundo lugar, na fase 3, por impossibilidade de recolha dos dados de 2 participantes (4.17%), ambos do grupo de controlo, a amostra ficou reduzida a 46 elementos. Estas desistências provocaram diferenças, ainda que não significativas, entre os dois grupos nas variáveis Ano Académico e Instituição, que inicialmente eram iguais.

Em terceiro lugar, há que considerar os vieses de voluntarismo (o grupo de intervenção é, à partida, um grupo com menor perceção de qualidade de vida) e de desejabilidade social, próprios deste tipo de estudos.

Por último, importa referir que os dados foram recolhidos em alturas do ano diferentes, o que pode, por si só, influenciar o estado de saúde dos participantes, especialmente nesta fase tão atípica e imprevisível que vivemos. Para além disso, o facto de grande parte dos participantes (47.83%) estarem na fase final de preparação para a realização da Prova Nacional de Acesso aquando do preenchimento do questionário na fase 3 (setembro – novembro), pode também ter tido impacto no estado de espírito destes elementos bem como na própria vontade de participar neste estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem o efeito benéfico, a longo prazo, da intervenção no autoconhecimento e, conseqüentemente, na qualidade de vida ($p=0.014$) e no *stress* ($p=0.018$). As respostas à pergunta aberta levam-nos a acreditar que também existirá algum efeito positivo e duradouro nos níveis de autocompaixão, compaixão e na relação médico-doente. Ainda assim, dado o escasso número de estudos sobre estas ferramentas e intervenções, novas investigações deverão ser desenvolvidas para se perceber quais as melhores escalas e ferramentas para mensurar e modificar estas dimensões e de que forma em concreto ocorre o impacto do autoconhecimento nas restantes variáveis individualmente.

Apesar de não se terem verificado melhorias significativas em todas as dimensões estudadas, fica claro que esta intervenção, ao tornar a pessoa mais ciente dos fatores perturbadores da sua vida e fornecendo-lhe ferramentas para trabalhar estes aspetos, poderá ser uma estratégia de promoção e manutenção da saúde mental nos estudantes de medicina e deverá ser equacionada a sua implementação nas escolas médicas portuguesas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa M, Ferreira B, Vargas T, Silva GN, Nardi A, Machado S, et al. Burnout Prevalence and Associated Factors Among Brazilian Medical Students. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2018; 14:188-95.
2. Costa E, Santos S, Santos A, Melo E, Andrade T. Burnout syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinical Science*. 2012; 67(6):573-9.
3. Cazolaril PG, Cavalcantel MS, Demarzo MMP, Cohrs FM, Sanudol A, Schweitzer MC. Níveis de burnout e bem-estar de estudantes de medicina: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020; 44(4):125-33.
4. Benevides-Pereira A, Gonçalves M. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(1):10-23.
5. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2019; 55:36-42.
6. Almeida T, Kadhum M, Farrell SM, Ventriglio A, Molodynski A. A descriptive study of mental health and wellbeing among medical students in Portugal. *International Review of Psychiatry*. 2019; 31(7-8):574-8.
7. Marôco J, Assunção H. Envolvimento e burnout no ensino superior em Portugal. *Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Covilhã*. 2020.
8. Spatoula V, Panagopoulou E, Montgomery A. Does empathy change during undergraduate medical education? - A meta-analysis. *Med Teach*. 2019; 41(8):895-904.
9. Krishnasamy C, Ong SY, Loo ME, Thistlethwaite J. How does medical education affect empathy and compassion in medical students? A meta-ethnography: BEME Guide No. 57. *Medical Teacher*. 2019; 41(11):1220-31.
10. Sinclair S, Kondejewski J, Raffin-Bouchal S, King-Shier KM, Singh P. Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others? Results of a Systematic Review. *Health and Well-Being*. 2017; 9(2):168-206.
11. Neff KD, Germer CK. A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 69(1):22-48.
12. Baeza-Velasco C, Genty C, Jaussent I, Benramdane M, Courtet P, Olié E. Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness based intervention versus relaxation to reduce emotional exhaustion in medical students in France: the "Must prevent" study. *BMC Psychiatry*. 2020; 20:115-23.
13. Pinto C. Projeto de investigação quer prevenir e combater o burnout em estudantes de medicina e medicina dentária. 2020. Em: Notícias UC [Internet]. Disponível em:

<https://noticias.uc.pt/universo-uc/projeto-de-investigacao-quer-prevenir-e-combater-o-burnout-em-estudantes-de-medicina-e-medicina-dentaria/>.

14. Rispail, D. Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência. 2003.
15. Simões MJC, Caetano IRCS, Constantino LRA. A importância do autoconhecimento no stress, burnout, autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina – estudo piloto de ensaio clínico [Tese de Mestrado Integrado]: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2020.
16. Riso DR, Hudson R. Understanding the enneagram: the practical guide to personality types. Boston, USA: Houghton Mifflin Harcourt; 2000.
17. Daniels D, Saracino T, Fraley M, Christian J, Pardo S. Advancing Ego Development in Adulthood Through Study of the Enneagram System of Personality. *Journal of Adult Development*. 2018; 25(4):229–241.
18. Roh H, Park KH, Ko HJ, Kim DK, Son HB, Shin DH, et al. Understanding medical students' empathy based on Enneagram personality types. *Korean Journal of Medical Education*. 2019; 31(1):73-82.
19. Hook JN, Hall TW, Davis DE, Van Tongeren DR, Conner M. The Enneagram: A systematic review of the literature and directions for future research. *J Clin Psychol*. 2020;1–19.
20. Martinho ACM, Caetano IRCS, Constantino LRA. Impacto do autoconhecimento no stress, burnout, autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina - ensaio clínico controlado. Tese de Mestrado Integrado]: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2021.
21. Sample Size Calculator available from: <https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>.
22. Instituto Eneagrama Shalom disponível em: <https://iesh.pt/>.
23. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*. 2013; 26(6):664-75.
24. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1983; 24(4):385-96.
25. Trigo M, Canudo N, Branco F, Silva D. Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Revista Psychologica*. 2010; 53:353-78.
26. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002; 33(5):464-81.
27. Maroco J, Tecedreiro M. Inventário de burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2009; 10(2):227-35.

28. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2(3):223-50.
29. Castilho P, Gouveia JP. Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Revista Psychologica*. 2011; 54:203-30.
30. Pommier EA. The Compassion Scale. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 2011; 72(4-A):1174.
31. Vieira CS, Castilho PCOF. Estudo da Validação e Aferição da versão portuguesa da Escala da Compaixão. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]: Universidade de Coimbra; 2013.
32. Grant AM, Franklin J, Langford P. The self-reflection and insight scale: a new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: An international journal*. 2002; 30(8):821-36
33. DaSilveira AC, DeCastro TG, Gomes WB. Escala de Autorreflexão e Insight: Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros. *PSICO*. 2012; 43(2):155-62.
34. Ishak W, Nikravesh R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher*. 2013; 10(4):242-5.
35. Chagas MKS, Junior DBM, Cunha GN, Caixeta RP, Fonseca EF. Ocorrência da síndrome de burnout em acadêmicos de medicina de instituição de ensino no interior de Minas Gerais. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. 2016; 5(2):234-45.
36. Gonçalves CIRVB, Moreira MSSM, Branco MMPS. Síndrome de Burnout em Estudantes de Medicina [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina]: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto; 2016.
37. Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA, Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Medical Education*. 2019; 19(1):139.
38. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*. 2007; 41(4):908-16.

ANEXOS

Anexo I. Consentimento Informado *online*

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido o formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.
A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação importante que surja durante o estudo, que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.
Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Declaro ter lido, compreendido e recebido a informação necessária, que estou esclarecido e que aceito participar voluntariamente no estudo.

Anexo II. Questionário



**Curso de Autoconhecimento e Comunicação
para Estudantes de Medicina**

- Curso de 28 horas entre Outubro e Dezembro de 2020
- ONLINE e GRATUITO

A. Dados sociodemográficos

1. Género _____
2. Idade _____
3. Ano que frequentou em 2020/2021 _____
4. Instituição _____
5. Realização do curso? _____
6. Data de preenchimento _____

B. Escalas

B1. Escala da Qualidade de Vida Percecionada - EQ-VAS (*European Quality of Life - Visual Analogue Scale*): 1 item

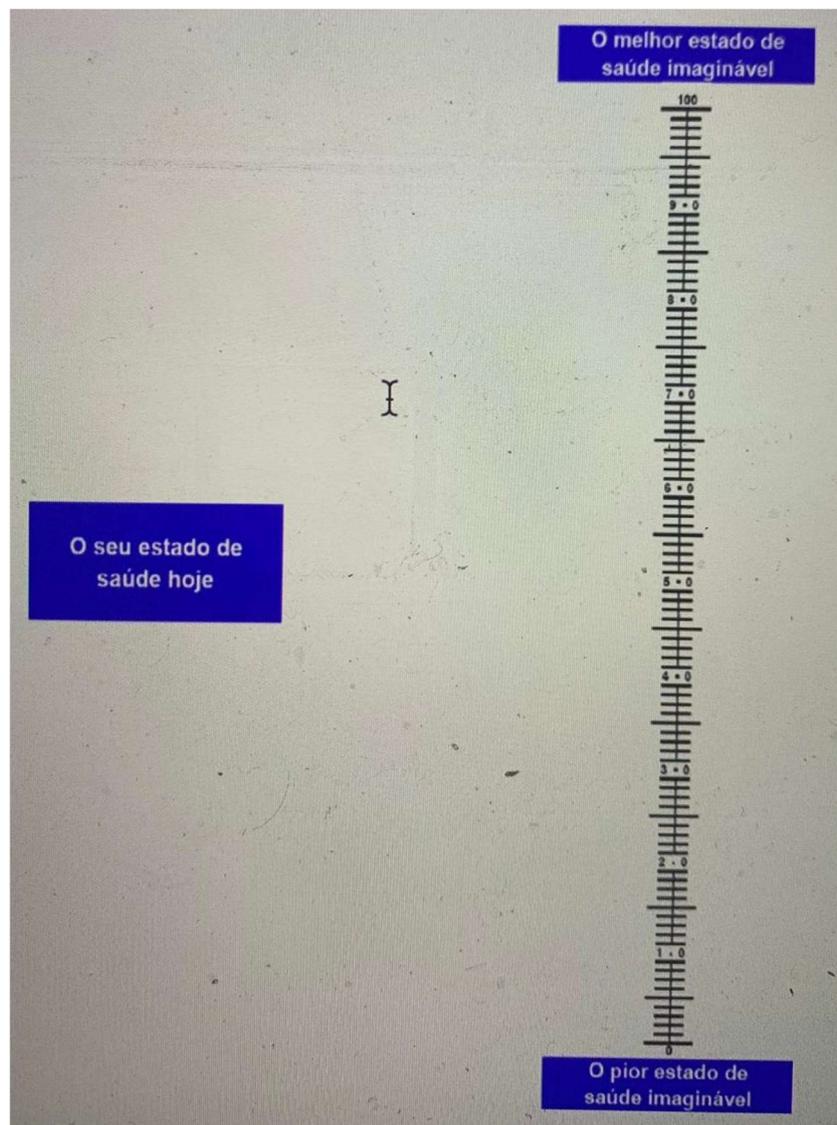
EQ-VAS (*European Quality of Life - Visual Analogue Scale*)

(EuroQol Group, 1990)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Ferreira, Ferreira & Pereira, 2014)

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, há uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Instruções: Indique nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje, e à frente indique o valor a que corresponde (entre 0 e 100).



B2. Escala do Stress Percecionado - PSS (*Perceived Stress Scale*): 10 itens

PSS (*Perceived Stress Scale*)

(Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Trigo, M.; Canudo, N.; Branco F. & Silva D., 2010)

Instrução: Para cada questão, indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, durante o último mês. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (x), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente

0 | 1 | 2 | 3 | 4

Itens	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em <i>stress</i> ?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentira ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

B3. Escala de *Burnout* de Maslach para estudantes - MBI-SS: 15 itens

MBI-SS (Maslach *Burnout Inventory* – *Student Survey*)

(versão original de Maslach, C. & Jackson, S.E., 1981)

(Adaptação: J Maroco & M Tecedor, 2009, a partir da versão de Schaufeli et al, 2002)

As afirmações seguintes são referentes aos sentimentos/emoções dos estudantes em contexto escolar.

Instruções: Leia cuidadosamente cada afirmação e decida sobre a frequência com que se sente da forma descrita e de acordo com a escala seguinte:

Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Regularmente | Bastantes vezes | Quase sempre | Sempre

0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Poucas vezes por ano	Uma vez por mês	Poucas vezes por mês	Uma vez por semana	Poucas vezes por semana	Todos os dias

Ítems	0	1	2	3	4	5	6
Exaustão Emocional							
1. Os meus estudos deixam-me emocionalmente exausto(a).							
2. Sinto-me de “rastos” no final de um dia na universidade.							
3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e penso que tenho de enfrentar mais um dia na universidade.							
4. Estudar ou assistir a uma aula deixam-me tenso.							
5. Os meus estudos deixam-me completamente esgotado(a).							
Descrença							
1. Tenho vindo a desinteressar-me pelos meus estudos desde que ingressei na universidade.							
2. Sinto-me pouco entusiasmado(a) com os meus estudos.							
3. Sinto-me cada vez mais cínico(a) relativamente à utilidade potencial dos meus estudos.							
4. Tenho dúvidas sobre o significado dos meus estudos.							

Eficácia Profissional							
1. Consigo resolver de forma eficaz, os problemas que resultam dos meus estudos.							
2. Acredito que participo, de forma positiva, nas aulas a que assisto.							
3. Sinto que sou um(a) bom(a) aluno(a).							
4. Sinto-me estimulado(a) quando alcanço os meus objetivos escolares.							
5. Tenho aprendido muitas matérias interessantes durante o meu curso.							
6. Durante a aula, sinto que consigo acompanhar as matérias de forma eficaz.							

B4. Escala de Autocompaixão – SELFCS (Self-Compassion Scale): 26 itens

SELFCS (Self-Compassion and Insight Scale)

(Neff, K.D., 2003)

(Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

Quase nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase Sempre

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Itens	1	2	3	4	5
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações.					
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado.					
3. Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa.					
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado(a) e desligado(a) do resto do mundo.					
5. Tento ser carinhoso(a) comigo próprio(a) quando estou a sofrer emocionalmente.					
6. Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.					

7. Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.					
8. Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).					
9. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).					
10. Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.					
11. Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto.					
12. Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim próprio(a) a ternura e afeto que necessito.					
13. Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.					
14. Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.					
15. Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.					
16. Quando vejo aspetos de mim próprio(a) que não gosto fico muito em baixo.					
17. Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspetiva (não dramatizo).					
18. Quando me sinto com muitas dificuldades, tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.					
19. Sou tolerante e afetuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
20. Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.					
21. Posso ser bastante frio(a) e duro(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.					
22. Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.					
23. Sou tolerante com os meus erros e inadequações.					
24. Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.					
25. Quando falho em alguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso.					
26. Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto.					

B5. Escala da Compaixão – CS (Compassion Scale): 24 itens**CS (Compassion Scale)**

(Pommier, 2011)

(Tradução e adaptação de Vieira, C., Castilho, P., Duarte, J., 2013)

Como é que, habitualmente, me comporto em relação aos outros?

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item/afirmação indique com um X, na coluna correspondente, qual a frequência (número de vezes) com que se comporta dessa forma em momentos difíceis. Para o efeito, utilize por favor a seguinte escala de resposta:

Quase nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase Sempre**1 | 2 | 3 | 4 | 5**

Itens	1	2	3	4	5
1. Quando as pessoas choram à minha frente, a maior partedas vezes, não sinto nada.					
2. Por vezes quando as pessoas falam sobre os seusproblemas, sinto que não me importo.					
3. Não consigo, mesmo, ligar-me com as pessoas quandoestão em sofrimento.					
4. Presto muita atenção quando as pessoas falam comigo.					
5. Sinto-me desligado dos outros quando estes me contam osseus problemas, angústias, mágoas.					
6. Se vejo alguém a passar por um momento difícil, tento ser atencioso(a) e caloroso(a) com essa pessoa.					
7. A maior parte das vezes desligo quando as pessoas falamsobre os seus problemas.					
8. Gosto de estar com os outros em momentos difíceis.					
9. Percebo quando as pessoas estão chateadas, mesmoquando não dizem nada.					
10. Quando vejo alguém em baixo, sinto que não consigo estabelecer relação com ele(a).					
11. Toda a gente se sente triste por vezes; faz parte de ser-se humano.					
12. Por vezes sou uma pessoa fria com os outros quandoestes estão em baixo e não estão presentes.					

13. Tendo a ouvir pacientemente os outros quando estes me contam os seus problemas.					
14. Não me preocupo com os problemas dos outros.					
15. É importante reconhecer que todas as pessoas têm defeitos e que ninguém é perfeito.					
16. Sinto-me profundamente solidário(a) para com quem estão a sofrer/infeliz.					
17. O sofrimento faz parte da experiência humana.					
18. Quando os outros têm problemas, geralmente deixo que seja outra pessoa a ajudar.					
19. Tento evitar as pessoas que estão em profundo sofrimento.					
20. Apesar de sermos todos diferentes, sei que toda a gente sofre, tal como eu.					
21. Quando as pessoas falam comigo sobre os seus problemas, tento ter uma visão equilibrada da situação.					
22. Não me sinto emocionalmente ligado a pessoas que estão a sofrer.					
23. Não penso muito sobre as preocupações dos outros.					
24. Quando os outros estão tristes tento confortá-los.					

B6. Escala de Autorreflexão e *Insight* – SRIS (*Self-Reflection and Insight Scale*) - Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros: 20 itens

SRIS (*Self-Reflection and Insight Scale*)

(Grant et al., 2002)

(Adaptação versão brasileira: DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. 2012)

Instruções: Avalie o quanto cada item corresponde a uma característica sua, circulando o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a chave de respostas apresentada. Responda rapidamente, sem parar muito tempo em cada questão, e não compare as respostas de uma questão com outra. Lembre-se: não existem respostas certas ou erradas, elas apenas refletem a sua opinião.

Quase nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase Sempre

1 | 2 | 3 | 4 | 5

Itens	1	2	3	4	5
1. Eu não penso muito frequentemente nos meus pensamentos.					
2. Eu realmente não estou interessado em analisar o meu comportamento.					
3. Eu normalmente estou ciente dos meus pensamentos.					
4. Eu frequentemente estou confuso sobre o modo como realmente me sinto sobre as coisas.					
5. É importante para mim avaliar as coisas que faço.					
6. Eu normalmente tenho uma ideia bem clara sobre o porquê de me comportar de uma certa maneira.					
7. Eu sou muito interessado(a) em examinar o que eu penso.					
8. Eu raramente despendo tempo na reflexão sobre mim.					
9. Frequentemente eu estou ciente de que estou a ter um sentimento, mas não sei bem o que é.					
10. Eu frequentemente examino os meus sentimentos.					
11. O meu comportamento frequentemente me desafia.					
12. É importante para mim tentar entender o que significam os meus sentimentos.					
13. Eu realmente não penso sobre o porquê de me comportar da forma como me comporto.					
14. Pensar sobre os meus pensamentos me deixa ainda mais confuso(a).					
15. Eu definitivamente tenho necessidade em entender a forma como a minha mente funciona.					
16. Eu frequentemente reservo um tempo para refletir sobre os meus pensamentos.					
17. Frequentemente eu acho difícil compreender a forma como me sinto sobre as coisas.					
18. É importante para mim estar apto(a) a entender como os meus pensamentos surgem.					
19. Eu frequentemente penso sobre como me sinto sobre as coisas.					
20. Eu normalmente sei porque me sinto da forma como me sinto.					

C. Comentário pessoal

Instruções: Aproveite este último espaço para partilhar os benefícios em termos pessoais, de gestão de *stress* e no relacionamento e comunicação com os outros, que pensa ter adquirido com o curso e que ainda mantenha atualmente.

Anexo III. Parecer da Comissão de Ética da FMUC – 2019



COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref^o 096-CE-2019

Data 21 / 10 / 2019

C/C aos Exmos. Senhores
Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro
Director da Faculdade de Medicina de
Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (ref^o CE-096/2019).

Investigador(a) Principal: Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

Co-Investigador(es): Maria João Cadório Simões e Liliana Rute António Constantino

Título do Projeto: "ACE_EM: Impacto do auto-conhecimento e comunicação no stress, burnout, empatia, compaixão em estudantes de Medicina".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável condicionado à inclusão, no texto de Consentimento Informado, de timbre institucional".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde - Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celos, 3000-354 COIMBRA - PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaocetica@fmed.ucp.pt | www.fmed.ucp.pt