



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA CAROLINA MONTEIRO MARTINHO

***Impacto 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  
PROFESSORA DOUTORA LILIANA RUTE ANTÓNIO CONSTANTINO

FEVEREIRO/2021

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

*Impact of Self-Awareness in Stress, Burnout, Self-  
Compassion and Compassion in Medical Students -  
controlled clinical trial*

Autores:

Ana Carolina Monteiro Martinho, Inês Rosendo Carvalho e Silva<sup>1,2</sup>

Liliana Rute António Constantino<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

<sup>3</sup> Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Anadia I, Portugal

E-mail: anacmmartinho@hotmail.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> .....	14
Autocompaixão e compaixão .....	15
Autorreflexão e <i>insight</i> .....	17
Análise qualitativa .....	17
DISCUSSÃO .....	19
Qualidade de vida percecionada, <i>stress</i> percecionado e <i>burnout</i> .....	19
Autocompaixão e compaixão. Empatia e relação médico-doente .....	20
Autoconhecimento e Eneagrama de Personalidades .....	21
O sinergismo das variáveis estudadas .....	22
Outras dimensões mencionadas pelos participantes .....	23
Limitações e sugestões .....	23
CONCLUSÃO .....	25
AGRADECIMENTOS .....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27
ANEXOS .....	31
Anexo I. Consentimento Informado <i>online</i> .....	31
Anexo II. Questionário .....	33
Anexo III. Parecer da Comissão de Ética da FMUC - 2019 .....	44

## **RESUMO**

**Introdução:** Vários estudos revelaram o impacto do *stress* e do *burnout* na comunidade médica estudantil, com repercussões na qualidade de vida dos alunos e nos seus níveis de empatia, compaixão e autocompaixão. O autoconhecimento baseado no Eneagrama de Personalidades pode ser a intervenção com potencial modificador destas variáveis e, portanto, é o foco deste estudo.

**Métodos:** Num ensaio clínico controlado, uma amostra de 48 alunos de medicina, antes e após uma intervenção, responderam 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 com recurso ao Eneagrama de Personalidades. O grupo controlo (24 pessoas) 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 análise de conteúdos.

**Resultados:** Verifica-se o efeito benéfico desta intervenção de forma significativa na Qualidade de Vida Percecionada ( $p=0.002$ ), *Stress* Percecionado ( $p=0.001$ ), Autocompaixão ( $p=0.030$ ) e das suas 2 subescalas Isolamento ( $p=0.016$ ) e Sobreidentificação ( $p=0.010$ ), no grupo de intervenção. Quanto às diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo havia uma diferença significativa prévia na Qualidade de Vida Percecionada ( $p=0.018$ ), antes do curso, e verificou-se diferença na subescala Autorreflexão ( $p=0.044$ ), após o curso.

**Discussão:** Apesar das limitações da nossa amostra não aleatorizada, o autoconhecimento teve o impacto positivo esperado nas variáveis de qualidade de vida, *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão, sendo que esse efeito numa determinada variável pode também ser responsável pela melhoria das restantes, e vice-versa, como é o caso da autocompaixão.

**Conclusão:** Os resultados obtidos no presente ensaio clínico sugerem o efeito benéfico do autoconhecimento na qualidade de vida, *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina. Assim, este curso poderá ser uma estratégia a apostar na promoção e manutenção da saúde mental dos estudantes de medicina e futuros médicos. Será importante também perceber os efeitos a mais longo prazo deste tipo de intervenção.

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

**PALAVRAS-CHAVES:** “autoconhecimento”, “stress”, “burnout”, “qualidade de vida”, “autocompaixão”, “estudantes de medicina”.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Several studies revealed the impact of stress and burnout among the medical students' community, with repercussions on students' quality of life and their levels of empathy, compassion and self-compassion. Self-knowledge based on the Enneagram of Personalities can be the modifying factor for these variables and, therefore, is the focus of this study.

**Methods:** In a controlled clinical trial, a sample of 48 medical students, before and after an intervention, answered 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, consisting of 24 volunteer participants, held a self-knowledge and communication course using the Enneagram of Personalities. The control group (24 people) was recruited by matching 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 to qualitative analysis of content analysis.

**Results:** There is a significant beneficial effect of this intervention in the Perceived Quality of Life ( $p=0.002$ ), Perceived Stress ( $p=0.001$ ), Self-Compassion ( $p=0.030$ ) and its 2 subscales Isolation ( $p=0.016$ ) and Overidentification ( $p=0.010$ ), in the intervention group. As for the differences between the intervention group and the control group, there was a previous significant difference in the Perceived Quality of Life scale ( $p=0.018$ ), before the course, and there was a difference in the Self-Reflection subscale ( $p=0.044$ ), after the course.

**Discussion:** Despite the limitations of our non-randomized sample, self-knowledge had the expected positive impact on the variables of quality of life, stress, burnout, self-compassion and compassion, and this effect on a given variable may also be responsible for the improvement of the others, and vice versa, as it is the case of self-compassion.

**Conclusion:** The results obtained in the present clinical trial suggest the beneficial effect of self-knowledge on quality of life, stress, burnout, self-compassion and compassion in medical students. Thus, this course could be a strategy to promote and maintain the mental health of medical students and future doctors. It will also be important to understand the longer-term effects of this type of intervention.

**KEYWORDS:** “self-awareness”, “stress”, “burnout”, “quality of life”, “self-compassion”, “medical students”.

## **INTRODUÇÃO**

Vários estudos revelaram o impacto do *stress* e do *burnout* na comunidade médica estudantil, nomeadamente na empatia, que parece diminuir ao longo do curso de medicina. Associado a esta, temos níveis de compaixão baixos, podendo estes ser influenciados pela baixa autocompaixão.<sup>1,2,3</sup>

*Burnout* define-se então como uma síndrome resultante da exposição crónica a fatores causadores de *stress* no local de trabalho, que não são geridos com sucesso, e caracteriza-se por três dimensões.<sup>4</sup> Primariamente descrito no contexto do trabalho remunerado, o *burnout* pode também surgir em estudantes universitários, o que se justifica pelo facto destes estudantes se comprometerem com obrigações e exigências semelhantes às de uma profissão.<sup>5,6</sup> O *burnout* académico é por isso caracterizado pela exaustão cognitiva e emocional devido às exigências académicas, por sentimentos de incapacidade e ineficácia, e por uma atitude cínica em relação aos estudos, aos professores e colegas.<sup>7</sup>

Quando falamos no curso de medicina, não é novidade que a formação de futuros médicos gera grandes níveis de *stress*, desde a necessidade de assimilar muito conhecimento em pouco tempo à ansiedade por antecipação do exercer da profissão.<sup>8</sup> Esta realidade tem-se traduzido em taxas crescentes de *burnout* nos estudantes de medicina, aumentando a sua severidade durante o internato médico cujo impacto físico, psíquico e comportamental se traduz em repercussões na qualidade de vida dos alunos e no seu papel enquanto futuros médicos.<sup>5,6,9,10,11</sup> A nível mundial, estima-se que quase 1 em cada 2 destes estudantes sofra de síndrome de *burnout*.<sup>12</sup> Em Portugal, o mais recente estudo realizado em 4 faculdades de medicina do país evidenciou exaustão em 89% dos estudantes.<sup>13</sup>

Outro dos problemas detetados nesta população passa pelos níveis decrescentes ao longo do curso da empatia e compaixão.<sup>1,2,3</sup> A capacidade em possuir uma sensibilidade emocional em relação ao sofrimento do outro, de forma a despertar uma consciência equilibrada acerca do mesmo está, juntamente com a empatia, na base de uma boa relação médico-doente.<sup>3,14</sup> Sabe-se também que a autocompaixão, otimiza a compaixão e empatia, uma vez que ao aceitar e compreender o próprio sofrimento em momentos de adversidade, torna-se mais fácil entender a experiência de doença e as suas consequências biopsicossociais no paciente.<sup>15,16</sup>

Atualmente, existem vários estudos que abordam estratégias individuais, organizacionais e combinadas no sentido de melhorar os níveis de *stress* e *burnout*.<sup>17</sup> Está a ser estudado em Coimbra um programa de intervenção em grupo

(maioritariamente em formato *online*), focado na promoção de competências emocionais, como o *mindfulness* e a autocompaixão, que pretende reduzir o *burnout* nos estudantes de medicina e medicina dentária, ainda em curso.<sup>18</sup>

De acordo com Rispail,<sup>19</sup> o autoconhecimento passa por aquilo que pensamos de nós próprios e os outros pensam de nós, implicando uma autoavaliação dos limites, medos, inseguranças e vulnerabilidades, mas também das potencialidades. Uma ferramenta provada eficaz para o trabalhar é o Eneagrama de Personalidades.<sup>20</sup> Esta ferramenta ajuda à compreensão dos mecanismos responsáveis pelos comportamentos e traços de cada um dos 9 tipos de personalidade que descreve, possibilitando o desprendimento das limitações inerentes às mesmas e a autotranscendência.<sup>21</sup> Os vários estudos conduzidos com esta ferramenta demonstraram que o autoconhecimento melhora a saúde mental, aumentando os níveis de autocompaixão, empatia, autoestima e motivação, e diminuindo a ansiedade e a depressão.<sup>22-26</sup>

No entanto, poucos estudos procuraram relacionar o autoconhecimento como fator modificador dos níveis de *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão, em conjunto, nos estudantes de medicina.<sup>17,27</sup> Um estudo piloto mostrou o benefício do autoconhecimento nos níveis da autocompaixão e das três dimensões de *burnout*, e uma tendência positiva não significativa nos níveis de *stress* e de compaixão.<sup>20</sup>

Assim, é o intuito deste trabalho estudar se a promoção do autoconhecimento em estudantes de medicina baseada na ferramenta Eneagrama de Personalidades tem impacto nos níveis de *stress*, *burnout* e qualidade de vida desta população, bem como na autocompaixão e compaixão, promovendo a consciencialização da sua importância e eventual aplicação nas escolas médicas.



## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### Desenho do estudo

Este trabalho é 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.<sup>20</sup> 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- $\beta$ ) de 80%.<sup>28</sup> 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 Shalom,<sup>29</sup> consistiu em proporcionar aos voluntários mecanismos para autoconhecimento com recurso à ferramenta Eneagrama de Personalidades. 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 dois 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 posteriormente após a conclusão do terceiro módulo (fase 2).

O questionário aplicado 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).<sup>30</sup> 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 ( $\alpha=0,862$ ).<sup>20</sup>

**b) Escala do Stress Percecionado** (PSS-10: *Perceived Stress Scale*; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983;<sup>31</sup> versão portuguesa de Trigo *et al*, 2010).<sup>32</sup> 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 ( $\alpha=0,87$ ).<sup>20</sup>

**c) Escala de *Burnout* de Maslach para estudantes portugueses (MBI-SS: *Maslach Burnout Inventory Student Survey*; adaptado por Schaufeli *et al*, 2002;<sup>33</sup> versão portuguesa de Maroco e Tecedor, 2009).<sup>34</sup>** 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.<sup>20</sup>

**d) Escala da Autocompaixão (SELFCS: *Self-Compassion Scale*; Neff, 2003;<sup>35</sup> versão portuguesa de Gouveia & Castilho, 2006).<sup>36</sup>** 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*.<sup>20</sup>

**e) Escala da Compaixão (CS: *Compassion Scale*; Pommier, 2011;<sup>37</sup> versão portuguesa de Vieira, Castilho & Duarte).<sup>14</sup>** 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.<sup>20</sup>

**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*, 2002;<sup>38</sup> versão brasileira de DaSilveira e DeCastro, 2012).<sup>39</sup> 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.<sup>20</sup>

No questionário após o curso, foi ainda acrescentada uma última pergunta de resposta aberta para que o grupo de intervenção pudesse partilhar os benefícios em termos pessoais, de 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

Na nossa amostra total de 48 pessoas, 40 pertenciam ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e 34 anos ( $24.12 \pm 3.84$ ) no grupo de intervenção e entre os 18 e 34 anos ( $24.08 \pm 3.62$ ) no grupo de controlo, sendo a diferença entre ambos não significativa ( $p=0,908$ ). Relativamente ao ano académico, 24 participantes (50%) pertenciam ao 6º ano, 12 participantes (25%) ao 5º ano, 6 participantes (12.5%) ao 4º ano, 4 participantes (8.3%) ao 2º ano e 2 participantes (4.2%) ao 3º ano, sendo que 36 estudavam na FMUC, 8 na Universidade do Minho, 2 no ICBAS e 2 na FMUL (o grupo de controlo foi exatamente igual ao grupo de intervenção nestas 2 variáveis).

### Qualidade de vida percecionada, stress percecionado e burnout

No que diz respeito à Qualidade de Vida Percecionada (EQ-VAS), verificámos que o grupo de controlo tinha níveis significativamente superiores ao grupo de intervenção, antes do curso ( $p=0.018$ ). Após o curso, só o grupo de intervenção apresentou uma melhoria significativa ( $p=0.002$ ) (Tabela 1).

Quanto ao Stress Percecionado (PSS), inicialmente ambos os grupos revelaram níveis médios de stress, sendo tendencialmente superiores no grupo de intervenção (PSS=20.17) do que no de controlo (PSS=17.13), sem diferença significativa. Após o curso, o grupo de intervenção apresentou uma descida significativa ( $p=0.001$ ) dos níveis de stress (PSS=16.63), já no grupo controlo houve uma ligeira subida não significativa (Tabela 1).

Pela aplicação da escala de *Burnout* de Maslach para estudantes, concluímos que no grupo de intervenção, houve uma ligeira melhoria não significativa nas 3 subescalas após a realização do curso, 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) sofreu um aumento. Também de forma não significativa, o grupo de controlo pontuou tendencialmente melhor comparativamente ao grupo de intervenção antes do curso, no entanto, após este, houve uma ligeira diminuição nas três dimensões (Tabela 1).

**Tabela 1.** Níveis de Qualidade de Vida Percecionada, Stress Percecionado e Burnout em estudantes de medicina, no grupo de controlo e de intervenção, antes e após curso.

VARIÁVEIS		G. CONTROLO		G. INTERVENÇÃO		P**
		MÉDIA +/- DP	P*	MÉDIA +/- DP	P*	
Score EQ-VAS	Antes	80.46 +/- 20.71	0.441	73.33 +/- 16.92	0.002	0.018
	Após	80.00 +/- 22.42		85.30 +/- 11.10		0.884
Score PSS	Antes	17.13 +/- 7.50	0.493	20.17 +/- 6.43	0.001	0.107
	Após	17.83 +/- 6.97		16.63 +/- 6.97		0.451
Exaustão Emocional	Antes	14.67 +/- 7.38	0.764	17.79 +/- 6.79	0.253	0.124
	Após	14.29 +/- 7.61		16.38 +/- 6.53		0.312
Descrença	Antes	6.33 +/- 5.24	0.615	8.67 +/- 6.95	0.963	0.311
	Após	6.08 +/- 5.33		8.21 +/- 6.27		0.254
Eficácia Profissional	Antes	24.54 +/- 6.04	0.625	23.25 +/- 6.48	0.660	0.502
	Após	24.42 +/- 5.84		23.96 +/- 6.16		0.877

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

### Autocompaixão e compaixão

No grupo de intervenção, a Autocompaixão (SELFCS) melhorou significativamente no que diz respeito à pontuação total ( $p=0.030$ ), e em todas as 6 dimensões se verificou um aumento, sendo estatisticamente significativo apenas nas subescalas de Isolamento ( $p=0.016$ ) e Sobreidentificação ( $p=0.010$ ). Apesar do grupo de controlo apresentar inicialmente valores tendencialmente superiores em relação ao grupo de intervenção em todas as variáveis, houve uma diminuição da Autocompaixão total ( $p=0.042$ ) e da subescala *Mindfulness* ( $p=0.007$ ), após o curso (Tabela 2).

Na escala da Compaixão (CS) e nas subescalas de Bondade, Humanidade Comum, *Mindfulness* e Indiferença houve uma ligeira melhoria da pontuação no grupo de intervenção e nas subescalas Desligado e Não Envolvimento houve uma descida, mas sem significância estatística. No grupo de controlo, todas as variáveis diminuíram, sendo o único valor estatisticamente significativo o da subescala Desligado ( $p=0.046$ ). Inicialmente, o grupo de intervenção tendencialmente apresentava piores pontuações, à exceção da subescala Não Envolvimento, sem diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Níveis de Autocompaixão e Compaixão em estudantes de medicina, no grupo de controlo e no grupo de intervenção, antes e após curso.

VARIÁVEIS		G. CONTROLO		G. INTERVENÇÃO		P**
		MÉDIA +/- DP	P*	MÉDIA +/- DP	P*	
Score SELFCS	Antes	87.46 +/- 15.13	<b>0.042</b>	78.88 +/- 19.38	<b>0.030</b>	0.146
	Após	84.08 +/- 15.59		85.17 +/- 19.86		0.577
Calor/ Compreensão	Antes	16.08 +/- 4.09	0.219	14.25 +/- 4.44	0.154	0.162
	Após	15.42 +/- 3.62		15.71 +/- 4.77		0.787
Humanidade Comum	Antes	14.08 +/- 2.75	0.127	13.46 +/- 3.31	0.951	0.561
	Após	13.08 +/- 3.06		13.46 +/- 3.37		0.860
Mindfulness	Antes	13.75 +/- 2.85	<b>0.007</b>	12.75 +/- 3.61	0.053	0.625
	Após	12.54 +/- 3.19		13.79 +/- 3.59		0.168
Autocrítica	Antes	16.54 +/- 3.74	0.720	14.96 +/- 5.34	0.086	0.321
	Após	16.71 +/- 3.71		16.25 +/- 4.88		0.804
Isolamento	Antes	13.42 +/- 3.79	0.511	11.79 +/- 3.20	<b>0.016</b>	0.126
	Após	13.08 +/- 3.43		12.96 +/- 3.51		0.884
Sobre-identificação	Antes	13.58 +/- 3.64	0.642	11.67 +/- 3.03	<b>0.010</b>	0.089
	Após	13.25 +/- 3.05		13.00 +/- 3.02		0.709
Score CS	Antes	100.71 +/- 11.89	0.132	99.42 +/- 11.28	0.909	0.718
	Após	97.33 +/- 14.17		100.00 +/- 10.76		0.584
Bondade	Antes	16.33 +/- 2.37	0.194	15.50 +/- 2.78	0.731	0.275
	Após	15.71 +/- 2.91		15.79 +/- 2.72		0.876
Mindfulness	Antes	16.54 +/- 2.30	0.350	16.13 +/- 2.25	0.791	0.428
	Após	16.00 +/- 2.47		16.13 +/- 2.40		0.942
Humanidade Comum	Antes	17.46 +/- 2.54	1.000	17.42 +/- 2.36	0.234	0.801
	Após	17.29 +/- 2.54		17.83 +/- 2.51		0.467
Indiferença	Antes	16.42 +/- 2.67	0.057	16.29 +/- 3.38	0.581	0.779
	Após	15.75 +/- 2.51		16.71 +/- 1.99		0.163
Desligado	Antes	17.29 +/- 2.56	<b>0.046</b>	17.04 +/- 2.73	0.947	0.770
	Após	16.58 +/- 3.05		17.04 +/- 2.51		0.692
Não Envolvimento	Antes	16.67 +/- 2.65	0.076	17.04 +/- 2.49	0.305	0.595
	Após	16.00 +/- 3.16		16.50 +/- 2.95		0.554

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



### Autorreflexão e insight

Por fim, no que respeita à escala da Autorreflexão e *Insight* (SRIS), identificou-se no grupo de intervenção uma melhoria não significativa em todas as variáveis. Quanto ao grupo de controlo, houve uma tendência decrescente em quase todos os parâmetros, com um valor estatisticamente significativo na Necessidade de Autorreflexão ( $p=0.048$ ). Antes do curso, a escala Autorreflexão e *Insight* e a subescala *Insight* eram tendencialmente superiores no grupo de controlo e, após o curso, notaram-se diferenças significativas entre os grupos, com pontuações superiores no grupo de intervenção na subescala Autorreflexão ( $p=0.044$ ) e na sua subdivisão Necessidade de Autorreflexão ( $p=0.018$ ). (Tabela 3).

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

VARIÁVEIS		G. CONTROLO		G. INTERVENÇÃO		P**
		MÉDIA +/- DP	P*	MÉDIA +/- DP	P*	
Score SRIS	Antes	69.96 +/- 12.36	0.199	68.13 +/- 10.55	0.344	0.820
	Após	67.25 +/- 13.36		70.38 +/- 12.43		0.197
<i>Insight</i>	Antes	26.38 +/- 5.44	0.698	23.25 +/- 4.45	0.327	0.066
	Após	26.63 +/- 5.39		24.33 +/- 5.68		0.247
Autorreflexão	Antes	43.58 +/- 8.96	0.145	44.88 +/- 8.43	0.513	0.563
	Após	40.63 +/- 10.32		46.04 +/- 9.17		<b>0.044</b>
Necessidade de Autorreflexão	Antes	22.88 +/- 4.84	<b>0.048</b>	24.25 +/- 4.13	0.896	0.225
	Após	20.79 +/- 5.48		24.50 +/- 4.27		<b>0.018</b>
Envolvimento em Autorreflexão	Antes	20.71 +/- 4.80	0.506	20.63 +/- 5.03	0.415	0.942
	Após	19.83 +/- 5.11		21.54 +/- 5.42		0.109

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

### Análise qualitativa

No fim do curso, foi igualmente pedido aos participantes que partilhassem os benefícios sentidos em termos pessoais, de gestão de *stress* e no relacionamento e comunicação com os outros, que pensavam ter adquirido e as respostas focaram-se no autoconhecimento, na gestão das suas atitudes/personalidade, na comunicação/relação

com o outro, na autocompaixão, na compaixão e no impacto positivo como futuro médico (Tabela 4).

**Tabela 4.** Tópicos e respectivas expressões elucidativas retirados das respostas dadas pelo grupo de intervenção, após o curso.

<b>Tópicos</b>	<b>Expressões Elucidativas</b>
Autoconhecimento	1.“o curso é muito útil, principalmente para nos conhecermos melhor a nós mesmos”; 2.“Sinto que agora me conheço melhor e estou mais consciente de como ajo e para onde devo caminhar”.
Autocompaixão	1.“para conseguirmos cuidar de outros no futuro temos que saber cuidar também de nós”; 2.“O curso ajudou-me a perceber o porquê de muitas das minhas atitudes e a encontrar a auto-compaixão”.
Gestão das suas atitudes/personalidade	1.“adquirir MUITAS ferramentas para saber lidar, principalmente, comigo mesma no dia-a-dia”; 2.“o curso deu bases para "trabalhar" a nossa personalidade, tornando-nos mais flexíveis”.
Comunicação/relação com o outro	1.“sinto que aprendi muito sobre os outros, sobre como lidar com os diferentes tipos de pessoas e como devo comunicar com eles”; 2.“Educou-me sobre os métodos/ processo de pensamento que outras pessoas, muito diferentes de mim, podem ter o que facilita empatizar com elas e/ou compreendê-las”.
Compaixão	1.“este curso permitiu-me ainda olhar o outro com um olhar de compaixão”; 2.“Adquiri também maior consciência de que os outros são diferentes de mim, que não são melhores ou piores, e que merecem respeito e compaixão”.
Impacto positivo como futuro médico	1.“melhoramos o nosso desempenho quando formos médicos”; 2.“uma melhor relação, que poderá levar a melhores resultados terapêuticos”; 3.“tornar-me uma profissional de saúde com múltiplas valências e capacidade de atingir vários fins e públicos-alvo”.

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo investigou o impacto do autoconhecimento baseado na ferramenta Eneagrama de Personalidades na qualidade de vida percebida, *stress* percebido, *burnout*, autocompaixão e compaixão em alunos de medicina.

Os resultados obtidos apontam para o efeito benéfico desta intervenção na maioria das dimensões medidas, que foi evidenciado de forma significativa no caso da Qualidade de Vida Percebida ( $p=0.002$ ), *Stress* Percebido ( $p=0.001$ ), Autocompaixão ( $p=0.030$ ) e das suas dimensões de Isolamento ( $p=0.016$ ) e Sobreidentificação ( $p=0.010$ ).

Quanto às diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo só foram significativas na Qualidade de Vida Percebida ( $p=0.018$ ), antes do curso, e na Autorreflexão ( $p=0.044$ ) e na sua subdivisão Necessidade de Autorreflexão ( $p=0.018$ ), após o curso.

### Qualidade de vida percebida, *stress* percebido e *burnout*

Após o curso, estas 3 escalas apresentaram melhorias, sendo que tanto a qualidade de vida percebida como o *stress* percebido revelaram mudanças significativas. Estes valores fazem prever o benefício do autoconhecimento nestas variáveis e levam-nos a supor que, quanto mais nos conhecemos, maior a visibilidade que ganhamos sobre a nossa vida, nomeadamente sobre as situações que nos perturbam, mas também aumentamos o nosso poder regulador sobre as mesmas.<sup>20</sup>

Contudo, ambos os grupos, controlo e intervenção, revelaram níveis médios de *stress*, o que reforça a ideia que a formação de futuros médicos gera grandes níveis de *stress* e a necessidade de intervenção nesta área.<sup>8</sup>

Sendo o *stress* um dos fatores etiológicos do *burnout*<sup>20</sup> é então compreensível que as alterações verificadas após a intervenção tenham ocorrido no sentido positivo em ambos. No entanto, as 3 subescalas do *burnout* não revelaram alterações estatisticamente significativas, o que se poderá dever ao efeito de outros fatores influenciadores de *burnout* além do *stress*, não estudados no presente trabalho, e que, cumulativamente, podem ter contribuído para a prevalência desta síndrome. Alguns fatores comprovados são a excessiva carga horária, que leva à dificuldade em conciliar o tempo para estudar e possuir atividades de lazer (fator considerado protetor juntamente com o convívio social inerente, não existente neste ano de isolamento), a privação de sono, o ambiente competitivo, a insatisfação com o seu desempenho académico (traços

de perfeccionismo e autoexigência frequentes) e a existência de dificuldades financeiras (possíveis dada a conjuntura nacional). No entanto, a presença de autonomia e reconhecimento das suas competências com cargos de liderança, uma idade superior associada a uma maior maturidade emocional e o desenvolvimento pessoal de estratégias de meditação podem ajudar a aliviar o pesado fardo físico e emocional do curso de medicina.<sup>40,41,42</sup> Futuramente, pode ser interessante trabalhar algumas destas dimensões e medir o seu efeito no *burnout*. O facto do grupo de controlo pontuar tendencialmente melhor comparativamente ao grupo de intervenção, antes do curso, no entanto, após este, as três dimensões piorarem ligeiramente, confirma a presença de vários fatores envolvidos nesta síndrome. É ainda importante considerar as diferentes épocas do ano em que os questionários foram realizados (início das aulas vs. início dos exames), o que por si só pode ter condicionado alterações basais com impacto no *burnout*.

Verificámos ainda que, antes do curso, o grupo de intervenção obteve piores resultados nestas 3 escalas, sendo a diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida, o que poderá ter aumentado a necessidade e/ou interesse em procurar ajuda, como o curso de autoconhecimento. Alguém com a perceção de pior qualidade de vida, vai ter uma maior tendência a procurar ajuda e também fará um maior esforço por melhorar, levando até a melhores resultados com a intervenção, sendo este um ponto a ter em consideração aquando da possível implementação do curso.<sup>43</sup>

#### Autocompaixão e compaixão. Empatia e relação médico-doente

Outra vertente do nosso estudo procurou perceber de que modo o autoconhecimento afeta a autocompaixão e esta, por seu lado, a compaixão pelos outros, fundamental na empatia e na relação médico-doente.<sup>2,43</sup>

Autocompaixão e autoconhecimento são conceitos que se sobrepõem em alguns aspetos, de tal modo que o primeiro potencia o último ao dar a estabilidade emocional necessária para que a pessoa se conheça com clareza.<sup>44</sup> A relação inversa (impacto do autoconhecimento na autocompaixão) não está descrita na literatura, mas a marcada melhoria ( $p=0.030$ ) no score total da SELFCS após a nossa intervenção sugere a reciprocidade da mesma, sendo este, de facto, um dos pontos fortes da ferramenta do Eneagrama de Personalidades. Um achado em particular que importa mencionar, é a melhoria verificada em todas as subescalas, sendo significativa nas subescalas Isolamento ( $p=0.016$ ) e Sobreidentificação ( $p=0.010$ ), sugerindo que o autoconhecimento, nomeadamente através da ferramenta do Eneagrama e da metodologia usada para o transmitir, em que os mecanismos da personalidade se percebem comuns a outras

peças, como demonstrado na partilha em pequenos grupos, permitiu uma maior capacidade de intervenção nestas categorias.

Alguns estudos já descreveram a influência limitada da compaixão para com o próprio sobre a compaixão pelos outros e de alguns comportamentos de desapego,<sup>15,16</sup> o que explica a melhoria (ainda que não significativa) no *score* CS e nas subescalas de Bondade, Humanidade Comum, *Mindfulness* e Indiferença, e a diminuição da pontuação nas subescalas Desligado e Não Envolvimento.

Após a intervenção no autoconhecimento, os participantes adquiriram maior consciência sobre o próprio sofrimento, o que poderá ter gerado uma maior resposta emocional face ao mesmo que, por sua vez, os poderá predispor a maior sensibilidade face ao sofrimento do outro. Para além disso, a partilha em grupo deu-lhes uma maior perceção das dificuldades dos outros e o porquê de certos comportamentos, aumentando assim os seus níveis de compaixão para com as outras pessoas. Portanto, o autoconhecimento, através da capacidade de melhorar a autocompaixão, poderá ter o potencial de melhorar também a compaixão, ainda que indiretamente e provavelmente de forma dependente de outros fatores.<sup>27</sup> Outra possível razão que justifica os nossos resultados, passa pelos efeitos não serem imediatos ao curso, com a necessidade de serem aplicados na prática clínica, algo que poucos tiveram neste ano atípico.

Não encontramos nenhum estudo publicado que procure relacionar o autoconhecimento com a compaixão e apenas um procurou relacioná-lo com a empatia através do Eneagrama de Personalidades, revelando associações fortes com determinados tipos de personalidade.<sup>26</sup> Isto é importante porque a compaixão e a empatia são dois conceitos intimamente relacionados e essenciais na prática médica, uma vez que potenciam a relação médico-doente.<sup>2,43</sup> Podemos assim inferir pela nossa intervenção que o autoconhecimento, ao estimular a compaixão através da autocompaixão, poderá melhorar a empatia e a relação médico-doente.

### Autoconhecimento e Eneagrama de Personalidades

A aplicação da escala SRIS, ao medir a autorreflexão e *insight*, procurou perceber a eficácia da ferramenta usada para intervir no autoconhecimento, de modo a garantir que o impacto do curso nas restantes variáveis teria sido conseguido com a melhoria dos níveis de autoconhecimento. Efetivamente, o uso do Eneagrama de Personalidades resultou numa melhoria do autoconhecimento, visível em todas as variáveis, infelizmente não de forma estatisticamente significativa, talvez pelo tamanho reduzido da amostra ou por esta ferramenta não ser especificamente desenhada para perceber o impacto de uma intervenção, mas sim para medir o grau de *insight* de forma transversal.

Antes do curso, o score SRIS e a subescala *Insight* eram superiores no grupo de controlo, ao contrário da subescala Autorreflexão, o que pode ter motivado de alguma forma a não procura pelo curso, uma vez que não teriam potencialmente tanto interesse no aprofundamento da introspeção.

Quanto às diferenças entre o grupo de controlo e de intervenção foram significativas após o curso na subescala Autorreflexão ( $p=0.044$ ) e na sua subdivisão Necessidade de Autorreflexão ( $p=0.018$ ), que se prende com as características do curso, que promoveu o exercício da autorreflexão, algo que o grupo controlo não conseguiu provavelmente fazer por si só, provando assim, ainda que de forma parcial, a eficácia da intervenção em relação ao objetivo pretendido.

### O sinergismo das variáveis estudadas

A presente intervenção veio destacar que o autoconhecimento pode efetivamente ser o ponto de partida para o impacto positivo verificado nas variáveis de qualidade de vida, *stress*, *burnout*, autocompaixão e compaixão, mas esse efeito numa determinada variável pode também ser responsável pela melhoria das restantes, e vice-versa. No nosso entender, a que poderá estar a fazer a ligação a todas as restantes, e que tem vindo a ser alvo de vários estudos, será a autocompaixão.<sup>45-48</sup>

Segundo Neff,<sup>16,44</sup> tal ocorre porque a autocompaixão proporciona um equilíbrio interno entre os acontecimentos de vida, isto é, por um lado permite a aceitação cognitiva e integração das experiências negativas, dando, por consequência, lugar a maior foco nas experiências positivas, promovendo uma sensação de segurança e paz interior. Outro fator a ter em conta é que a autocompaixão, ao sensibilizar o indivíduo para as suas necessidades, estimula a procura pelos cuidados de saúde, promovendo o bem-estar.<sup>49</sup> Esta efetiva modificação dos hábitos de vida, explica a relação positiva entre a autocompaixão e a qualidade de vida encontrada em vários estudos e também encontrada no presente trabalho.<sup>15,45</sup>

Do mesmo modo, tal como verificado no presente estudo e de acordo com a atual bibliografia na área, a autocompaixão constitui um mecanismo de *coping* eficaz contra o *stress* e o *burnout*,<sup>15,27,47,50</sup> modificando o impacto dos fatores causadores dos mesmos, por exemplo, ao estimular a atenção para as necessidades de saúde e bem-estar do próprio, estimulando a gestão de tarefas e reduzindo a procrastinação.<sup>47,48</sup> Sabe-se também que serve de preditor de resposta ao tratamento e de mediador e potenciador do seu efeito na redução do *stress* através de técnicas de *mindfulness*, sendo estes resultados tanto melhores quanto maiores os níveis de autocompaixão da pessoa.<sup>27</sup>

### Outras dimensões mencionadas pelos participantes

Ao criar uma pergunta aberta, deu-se liberdade aos participantes para partilharem os seus benefícios pessoais desta experiência à procura de confirmação quanto ao impacto pretendido nas variáveis estudadas, mas também para perceber se havia áreas e dimensões diferentes das que tínhamos avaliado.

As respostas passaram pelo autoconhecimento, a gestão das suas atitudes/personalidade, a comunicação/relação com o outro, a autocompaixão, a compaixão e o impacto positivo como futuro médico. Ao trabalhar com a ferramenta Eneagrama de Personalidades, num grupo aberto à partilha e ao desenvolvimento pessoal, era espectável surgirem estas mudanças, sendo a última área mencionada (impacto positivo como futuro médico) um bónus ao nosso objetivo, que será comprovado com o tempo e que não era possível aqui avaliar esta perceção com uma escala quantitativa. A verdade é que os atuais alunos de medicina serão os médicos de amanhã e por isso é importante dar-lhes ferramentas para que no futuro haja uma classe médica mais saudável e, conseqüentemente, um melhor sistema de saúde para a população portuguesa.

### Limitações e sugestões

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

Contudo, não podemos deixar de referir limitações que se revertem em sugestões para futuras investigações. Primeiro, a amostra não randomizada, que aumenta a possibilidade de enviesamento daquilo que foi estudado. Além disso, não se pode dizer ser totalmente representativa da realidade nacional, não tendo estudantes de todas as universidades médicas nacionais, ainda que não se espere que tenham características totalmente diferentes dos que foram estudados. Os fatores que limitaram o recrutamento foi o facto de este ter sido unicamente *online*, sem apoio dos núcleos das várias escolas médicas e o curto período durante o qual este decorreu (3 semanas). As datas/horários em específico do curso, que foram em tempo de aulas, de diversos afazeres académicos e de pandemia mundial, podem ter limitado a participação.

Segundo, há que considerar os vieses do voluntarismo (que pode ser visto pelo facto do grupo de intervenção ser à partida um grupo com menor perceção de qualidade

de vida), da disponibilidade e ainda da desejabilidade social, próprios deste tipo de estudos. Terceiro, os dados foram obtidos em épocas do ano diferentes, podendo influenciar o estado de saúde basal dos participantes, num ano civil já atípico. Além disso, tais dados foram colhidos exclusivamente através de questionários de autorresposta, o que inerentemente é mediado pela vontade de participar, desejabilidade social e pela consciência.

Por último, importa também referir o curto período de intervenção e de seguimento após o curso, que impede de perceber a durabilidade dos efeitos a longo prazo. Com isto em mente, era interessante replicar as mesmas escalas passado 6 meses, para perceber a duração do impacto deste curso.



## **CONCLUSÃO**

Os resultados obtidos no presente ensaio clínico sugerem o efeito benéfico do autoconhecimento em todas as dimensões em estudo, e de forma estatisticamente significativa na qualidade de vida ( $p=0.002$ ), no *stress* ( $p=0.001$ ) e na autocompaixão ( $p=0.030$ ). No entanto, dado o escasso número de estudos sobre estas ferramentas e intervenções, novas investigações deverão ser desenvolvidas para se perceber quais as melhores escalas e formas para o mensurar, ferramentas para modificar estas dimensões, qual o efeito a longo prazo e de que forma em concreto ocorre o seu impacto nas restantes variáveis individualmente.

Esta intervenção ao tornar a pessoa mais ciente dos fatores perturbadores da sua vida e ao aumentar a perceção do potencial de melhoria permitiu trabalhar os aspetos considerados barreiras e amplificar os aspetos positivos, no caminho do desenvolvimento pessoal. Assim, este curso poderá ser uma nova estratégia na promoção e manutenção da saúde mental dos estudantes de medicina e deverá ser considerada a sua implementação nas escolas médicas portuguesas.

Concluo apelando à necessidade de atenuar o *stress* e *burnout*, e estimular a autocompaixão desde cedo na formação médica, para criarmos um futuro de qualidade para os médicos e os seus pacientes.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Inês Rosendo, pela oportunidade de trabalhar um tema tão importante e atual, pela orientação e disponibilidade a qualquer hora do dia, e pela confiança e entusiasmo colocado neste trabalho.

À Professora Doutora Liliana Constantino, pela coorientação, simpatia e interesse demonstrados.

A todos os participantes deste estudo, pela sua disponibilidade e ajuda, permitindo os resultados obtidos.

À minha família, pelo apoio e amor incondicional, principalmente à minha irmã por me amparar e incentivar a lutar pelo que quero, acreditando sempre no melhor em mim.

Aos meus amigos, por fazerem a festa comigo, mas sobretudo por me ajudarem quando mais precisei, construindo em Coimbra a minha segunda casa.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Spatoula V, Panagopoulou E, Montgomery A. Does empathy change during undergraduate medical education? - A meta-analysis. *Med Teach*. 2019; 41(8):895-904.
2. 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.
3. Machado AFB, Caetano IRCS, Santiago LMMS. A empatia médica na ótica dos estudantes de medicina [Tese de Mestrado Integrado]: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2016.
4. Cruz CSR, Beirão IMABM, Moreira MSSM. Síndrome de burnout em estudantes de medicina do ICBAS: prevalência, relação com dados sociodemográficos e académicos e relação com ansiedade e depressão [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina]: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto; 2020.
5. 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.
6. 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.
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. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher*. 2013; 10(4):242-5.
9. Cazolaril PG, Cavalcantel MS, Demarzol MMP, CohrsI FM, Sanudol A, Schweitzerl MC. Níveis de burnout e bem-estar de estudantes de medicina: um estudo transversal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020; 44(4):125-33.
10. Shadid A, Shadid AM, Shadid A, Almutairi F, Almotairi E, Aldarwish T, et al. Stress, Burnout, and Associated Risk Factors in Medical Students. *Cureus*. 2020; 12(1):6633.
11. 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.
12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. Baeza-Velasco C, Genty C, Jausent 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.

18. 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/>.

19. Rispaíl, D. Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem. Loures: Lusociência. 2003.

20. 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.

21. Riso DR, Hudson R. Understanding the enneagram: the practical guide to personality types. Boston, USA: Houghton Mifflin Harcourt; 2000.

22. 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.

23. Azimipour, P. A survey of Enneagram training effectiveness on Alzahra university students. *Journal of Management Consulting*. 2009. 37–54.

24. Rasta M, Hosseinian S, Ahghar G. A survey on the effectiveness of nine-type personality training (Enneagram) on the mental health (anxiety and self-esteem) of school girls. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*. 2012; 2(11):11845–11849.

25. Lee JS, Yoon JA, Do KJ. Effectiveness of enneagram group counseling for self-identification and depression in nursing college students. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013; 43(5):649-57.

26. 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.

27. Sevel LS, Finn MTM, Smith RM, Ryden AM, McKernan LC. Self-compassion in mindfulness-based stress reduction: An examination of prediction and mediation of intervention effects. *Stress and Health*. 2019; 1-9.

28. Sample Size Calculator available from: <https://clinical.com/stats/samplesize.aspx>.

29. Instituto Eneagrama Shalom disponível em: <https://www.eneagramashalom.com.br/>.

30. 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.

31. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1983; 24(4):385-96.

32. 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.

33. 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.

34. Maroco J, Tecedero M. Inventário de burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2009; 10(2):227-35.

35. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2(3):223-50.

36. 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.

37. Pommier EA. The Compassion Scale. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 2011; 72(4-A):1174.

38. 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.

39. 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.
40. 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.
41. 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.
42. Oliveira MF, Araujo LMB. Saúde mental do estudante de medicina. *Brazilian Journal of Development*. 2019; 5(11):23440-52.
43. 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.
44. 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.
45. Zessin U, Dickhauser O, Garbade S. The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2015; 7(3):340-64.
46. Hill RJ, McKernan LC, Wang L, Coronado RA. Changes in psychosocial well-being after mindfulness-based stress reduction: A prospective cohort study. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*. 2017; 25(3):128-36.
47. Babenko O, Mosewich A, Abraham J, Lai H. Contributions of psychological needs, self-compassion, leisure-time exercise, and achievement goals to academic engagement and exhaustion in Canadian medical students. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*. 2018.
48. Babenko O, Oswald A. The roles of basic psychological needs, self-compassion, and self-efficacy in the development of mastery goals among medical students. *Medical Teacher*. 2019; 41(4):478-81.
49. Terry ML, Leary MR. Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*. 2011; 10:352-62.
50. Neff KD, Hsieh Y, Dejithirat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*. 2005; 4:263-87.

## **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 frequentará 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).

The image shows a vertical Visual Analogue Scale (EQ-VAS) used for self-assessment of health. The scale is a vertical line with tick marks and numerical labels from 0 to 100. At the top (100), it is labeled "O melhor estado de saúde imaginável" (The best imaginable state of health). At the bottom (0), it is labeled "O pior estado de saúde imaginável" (The worst imaginable state of health). On the left side, there is a blue box with the text "O seu estado de saúde hoje" (Your current state of health). A vertical line is drawn from this box to the scale, indicating the respondent's current health status, which is approximately at the 50 mark.

## 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

Itens	0	1	2	3	4	5	6
<b>Exaustão Emocional</b>							
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).							
<b>Descrença</b>							
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.							

<b>Eficácia Profissional</b>							
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**

<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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 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 nalguma 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**

<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Quando as pessoas choram à minha frente, a maior parte das vezes, não sinto nada.					
2. Por vezes quando as pessoas falam sobre os seus problemas, sinto que não me importo.					
3. Não consigo, mesmo, ligar-me com as pessoas quando estão em sofrimento.					
4. Presto muita atenção quando as pessoas falam comigo.					
5. Sinto-me desligado dos outros quando estes me contam os seus 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 falam sobre os seus problemas.					
8. Gosto de estar com os outros em momentos difíceis.					
9. Percebo quando as pessoas estão chateadas, mesmo quando 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 quando estes 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 está em sofrimento/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 em sofrimento.					
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**

<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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 (no questionário após o curso)**

**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 (resposta aberta).

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



**COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC**

Of. Ref<sup>o</sup> **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<sup>o</sup> 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, Celas, 3000-354 COIMBRA - PORTUGAL

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

E-mail: [comissaetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)