

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

Letícia Cleto Duarte Sugiyama

**INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE
MEDICINA E ESTÍMULO AO PENSAMENTO CRÍTICO COMO FATOR
PROTETOR**

**São Caetano do Sul - SP
2023**

LETÍCIA CLETO DUARTE SUGIYAMA

**INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE
MEDICINA E ESTÍMULO AO PENSAMENTO CRÍTICO COMO FATOR
PROTETOR**

Trabalho final de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Área de concentração: Inovações Educacionais em Saúde Orientada pela Integralidade do Cuidado.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Leite Portella

São Caetano do Sul - SP

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

SUGIYAMA, Leticia Cleto Duarte

Investigação de síndrome de burnout em estudantes de medicina e estímulo ao pensamento crítico como fator protetor/ Leticia Cleto Duarte Sugiyama. São Caetano do Sul: USCS, 2023.

113 p. : il

Orientador: Prof. Dr. Daniel Leite Portella

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, 2023.

1. Esgotamento Profissional. 2. Estudante de medicina 3. Aprendizagem. 4. Pensamento crítico. 5. Avaliação em Saúde I. Investigação de síndrome de burnout em estudantes de medicina e estímulo ao pensamento crítico como fator protetor. II. Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul
Prof. Dr. Leandro Campi Prearo**

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa
Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestão do Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde
Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 02/02/2023 pela Banca Examinadora constituída pelos(as) professores(as):

Prof. Dr. Daniel Leite Portella – Universidade Municipal São Caetano do Sul

Prof.^a Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia – Universidade Municipal São Caetano do Sul

Prof.^a Dra. Helena Akemi Wada Watanabe – Universidade de São Paulo

Dedicatória

Dedico este trabalho à Letícia do passado, a qual não teve liberdade para a curiosidade e a autonomia e que não recebeu um olhar acolhedor durante sua formação médica, mas dedico, principalmente, as minhas alunas, com o desejo de que nenhuma delas tenha suas asas e mentes podadas e que possam alçar belos e longos voos.

Agradecimentos

Agradeço à Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) pela oportunidade de realizar o meu mestrado e ingressar de vez na vida de cientista, na qual quero permanecer por muitos anos, contribuindo para a Universidade, para a ciência e para a sociedade.

Agradeço à Prof^a Dra. Juliana Alvares Duarte Bonini Campos, pesquisadora da Universidade Estadual Paulista (UNESP), por ter aberto caminhos nas pesquisas sobre Síndrome de Burnout no Brasil e por ter me permitido utilizar os instrumentos, os quais ela traduziu e validou para o português.

Agradeço à Prof^a Dra. Helena Akemi Wada Watanabe, professora e pesquisadora da Universidade de São Paulo (USP), que prontamente aceitou o convite para fazer parte da banca de qualificação e da banca de defesa, contribuindo com todo seu conhecimento e empatia.

Agradeço à Prof^a. Dra Rosamaria Rodrigues Garcia, coordenadora do programa, que não cumpre apenas o papel de gerir aulas, salas, trabalhos, professores, ela também consegue gerir nossas angustias, nossas aflições e nos apoiar sempre que é preciso com um sorriso no rosto.

Agradeço ao Prof. Dr. Portella pela parceria, pela paciência, pela leveza em levar a vida e por tantos outros ensinamentos, sentimentos e acolhimento que tive durante esse período inteiro do mestrado. Deixo aqui registrado, o desejo de continuar trilhando a vida acadêmica, em breve, não mais como orientanda, mas como parceira de pesquisa.

Agradeço as minhas queridas colegas docentes e amigas, Renata e Tati, às funcionárias da secretaria da medicina, Maju, Bruna e Andreia, e também aos estagiários Léo, Bruninha e Letícia, que sempre me apoiaram durante esse período do mestrado em que tive que conciliar com a docência e a assistência. Sempre que um dos pratinhos estava caindo, vocês estiveram ao meu lado me dando suporte.

Agradeço aos meus queridos alunos e alunas, se não fosse por eles essa dissertação de mestrado não teria sentido. E agradeço por me ensinarem tanto, e me motivarem a cada dia ser uma professora melhor, uma médica de família e comunidade melhor e, principalmente, uma pessoa melhor.

Agradeço a minha psicóloga, Carolina de Almeida Augustineli, por ser essa profissional tão dedicada, que já esteve ao meu lado sendo suporte, colo, torcida em tantos momentos da minha vida, e que esteve mais uma vez presente.

Agradeço as minhas grandes e queridas amigas, Cristiane e Ana Raquel, pelo apoio, pelos momentos de desabafos, momentos de desespero, pelas chamadas de vídeo, risadas e até pelos encontros difíceis e que mesmo assim jamais estiveram distantes.

Agradeço a minha família estendida, aos meus tios e tias, primos e primas que desde sempre estiveram ao meu lado torcendo e dividindo a felicidade de cada conquista.

Agradeço a minha segunda família que com seu jeitinho, a princípio mais distante, me acolheu com amor e esteve sempre presente. Neste agradecimento também cabe a saudade, mas sei que minha amada sogra, com seu sorriso acanhado, está feliz por mim de onde estiver.

Agradeço aos meus amados pais que, mesmo com algumas dificuldades ali e aqui, conseguiram me proporcionar condições de estudar e encontrar meu caminho na profissão que escolhi trilhar. Agradeço desde as tomadas de tabuadas, das velas acesas para os dias de prova e a companhia e apoio durante a faculdade em Santos. E, principalmente, agradeço o amor incondicional.

Agradeço aos meus queridos irmãos e cunhadas pela paciência com tanta ausência e por tanto apoio neste período. Vocês sabem o quanto eu gostaria de estar mais presente e ver nossos pequenos crescendo e acompanhando cada etapa do desenvolvimento, mas vocês sabem o quanto amo o que faço e por que faço. E sabem também que amo vocês. Agradeço a oportunidade de amar incondicionalmente e ser um modelo para meus queridos afilhados e sobrinha.

Por fim, e de forma alguma menos importante, agradeço ao meu amor e companheiro com o qual decidi formar a minha família, que infelizmente agora está menor e cheia de saudades, mas que é a que escolhi e escolho todos os dias. Só nós sabemos o quão foi difícil chegar aqui, mas eu sei que com seu apoio, amor e parceria, podemos ir juntos e chegar a qualquer lugar.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Jung, 1928- adaptada)

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Novas Diretrizes Curriculares (2014) incentivam a aplicação das metodologias ativas no ensino médico por gerarem uma maior corresponsabilização do aluno na sua própria formação e aquisição de conhecimento, ou seja, o aluno deve “aprender a aprender”. Sendo assim, o pensamento crítico é uma importante competência durante a formação médica. Embora as metodologias ativas apresentem altos níveis de sucesso no processo de aprendizagem, também podem ser indutoras de ansiedade e Síndrome de Burnout nos estudantes. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência de Síndrome de Burnout em estudantes de medicina do 1º ao 4º semestre e elaborar uma estratégia de estímulo ao pensamento crítico para atuar como fator protetor para Síndrome de Burnout. **MÉTODOS:** Desenho transversal, com abordagem quantitativa, de natureza aplicada, com objetivo descritivo e comparativo. Amostra por conveniência, composta por estudantes do 1º ao 4º semestre do curso de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – Campus Centro. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação dos questionários: 1- Perfil Sociodemográfico, 2- *Copenhagen Burnout Inventory- Student Version (CBI -S)* e 3- Escala de Estresse Percebido (PSS), aplicados de forma remota. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 72 alunos. A prevalência de Burnout foi de 34.7% em nível muito alto, de 27.8% em nível alto e 15.3% em nível moderado. A maioria, 90,3%, apresentou grau moderado de estresse percebido e 9,7% apresentaram grau baixo de estresse percebido. Observou-se que os estudantes mais velhos e homens apresentaram associação significativa para o grau elevado de Burnout. **CONCLUSÃO:** A prevalência de Burnout na amostra é maior que a apresentada na literatura brasileira e mundial. Uma limitação do estudo foi o curto período de coleta de dados, além de ter ocorrido no período de provas finais do ano letivo. **PRODUTO:** Foi elaborado um guia que apresenta a condução de oficina que estimule o pensamento crítico dos estudantes de medicina, e assim, promova maior grau de autonomia e maior capacidade de lidar com ambiguidades e incertezas para atuar como fator protetor de síndrome de Burnout.

Palavras-chaves: Esgotamento Profissional; Estudante de medicina; Aprendizagem; Pensamento crítico; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The New Curriculum Guidelines (2014) encourage the application of active methodologies in medical education by generating greater co-responsibility of the student in their own training and knowledge acquisition, that is, the student must “learn to learn”. Therefore, critical thinking is an important competence during medical training. Although active methodologies show high levels of success in the learning process, they can also induce anxiety and Burnout Syndrome in students.

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of Burnout Syndrome in medical students from the 1st to the 4th semester and to develop a strategy to encourage critical thinking to act as a protective factor for Burnout Syndrome.

METHODS: Cross-sectional design, with a quantitative approach, of an applied nature, with a descriptive and comparative objective. Exempt sample, composed of students of the medical course at the Municipal University of São Caetano do Sul - Campus Centro, who meet the inclusion criteria and who agree to participate and signed the Free and Informed Consent Form, remotely. Data collection was carried out through the application of tests: 1- Sociodemographic Profile, 2- Copenhagen Burnout Inventory- Student Version (CBI-S) and 3- Perceived Stress Scale (PSS).

RESULTS: 72 students participated in the research. The prevalence of Burnout was 34.7% at a very high level, 27.8% at a high level and 15.3% at a moderate level. The majority, 90.3%, had a moderate degree of emotional stress and 9.7% had a low degree of emotional stress. Note that older students and men showed a significant association with a high level of Burnout.

CONCLUSION: The prevalence of Burnout in the sample is higher than that presented in Brazilian and world literature. A limitation of the study was the short period of data collection, in addition to having occurred during the final exam period of the school year.

PRODUCT: “A guide was prepared that presents the conduction of a workshop that stimulates critical thinking in medical students, and thus promotes a greater degree of autonomy and greater ability to deal with ambiguities and shocks to act as a protective factor against Burnout syndrome.

Keywords: Burnout; Professional Medical student; Learning; Critical thinking; Health Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS	23
Figura 2 – Modelo conceitual sobre tolerância à ambiguidade e bem-estar psicológico	76
Figura 3 – Método hipotético dedutivo para solução de questões clínicas.....	77
Figura 4 – Delineamento do método hipotético dedutivo para validação diagnóstica	77
Figura 5 – Modelo gráfico de oficina de estímulo ao pensamento crítico e criativo...	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Princípios para a implantação da APS nos sistemas de saúde – São Caetano do Sul, 2023.....	22
Quadro 2 – Definição das dimensões a serem desenvolvidas na formação médica, segundo Moura (2020)	25
Quadro 3 – Tipos de metodologias ativas e seus conceitos – São Caetano do Sul, 2023	27
Quadro 4 – Conceitos da “prática reflexiva” de Donad Schön - São Caetano do Sul - 2023	35
Quadro 5 – Consenso de habilidades cognitivas e sub-habilidades do pensamento crítico.....	36
Quadro 6 – Definição das 3 capacidades do pensamento crítico apresentadas no Modelo RED©	39
Quadro 7 – Descrição geral do produto idealizado, São Caetano do Sul, 2023	70
Quadro 8 – Definição das dimensões a serem desenvolvidas na formação médica, conforme DCNs (2014)	73
Quadro 9 – As seis fases da oficina de estímulo ao pensamento crítico e criativo ...	79
Quadro 10 – Características da oficina de estímulo ao pensamento crítico e treinamento do raciocínio clínico	80
Quadro 11 – Caso clínico para treinamento do raciocínio clínico.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição do total de alunos matriculados do 1º ao 4º semestre no segundo semestre de 2023 – São Caetano do Sul, 2023.....	46
Tabela 2 – Distribuição do número e percentual de estudantes de medicina segundo perfil sociodemográfico – São Caetano do Sul, 2023.....	47
Tabela 3 – Distribuição do número e percentual de estudantes de medicina segundo perfil sociodemográfico – São Caetano do Sul, 2023.....	48
Tabela 4 – Distribuição dos dados Saúde Mental pregressa dos estudantes de medicina – São Caetano do Sul, 2023.....	50
Tabela 5 – Informação sobre tratamentos medicamentosos e não medicamentosos pregressos e atuais da amostra – São Caetano do Sul, 2023	51
Tabela 6 – Categorização dos scores do questionário CBI-S respondido pela amostra – São Caetano do Sul, 2023	52
Tabela 7 – Descrição das respostas dos estudantes de medicina ao questionário CBI-S – São Caetano do Sul, 2023.....	52
Tabela 8 – Categorização dos scores do questionário PSS respondido pela amostra – São Caetano do Sul, 2023	57
Tabela 9 – Descrição das respostas dos estudantes de medicina ao questionário PSS – São Caetano do Sul, 2023	58
Tabela 10 – Associação entre as características sociodemográficas dos estudantes (semestre letivo, faixa etária, sexo biológico, religião e renda familiar) e os níveis de Burnout apresentado no CBI-S – São Caetano do Sul, 2023	62
Tabela 11 – Análise de qui-quadrado entre as características sociodemográficas dos estudantes de medicina e os níveis de Burnout apresentado no PSS – São Caetano do Sul, 2023	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABE – Aprendizado Baseado em Equipe
- ABP – Aprendizado Baseado em Problemas
- APA – American Philosophical Association
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CBI – Copenhagen Burnout Inventor
- CBI-S – Copenhagen Burnout Inventory – Student Version
- CEP-USCS – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul
- CI-SUS – Competências Integradas do SUS
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CRB – Colleagues-related Burnout
- DCNs – Diretrizes curriculares Nacionais
- EUA – Estados unidos da América
- IES – Instituições de Ensino Superior
- JAMA – Journal of the American Medical Association
- MA – Metodologia ativa
- MBI – Maslach Burnout Inventory
- MBI-SS – Maslach Burnout Inventory – Students Survey
- MS – Ministério da Saúde
- NAEM-USCS – Núcleo de Apoio ao estudante de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PB – Personal Burnout
- PBL – Problem Based Learning
- PC – Pensamento Crítico
- PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
- PIME – Protocolo Instrucional para Produção de Materiais Educacionais
- PPP – Projeto Político Pedagógico
- PROMED – Programa de incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina

PSS – Perceived Stress Scale (Escala de Estresse Percebido)

SM – Salário mínimo

SRB – Studies-related Burnout

SUS – Sistema Único de Saúde

TAG – Transtorno de ansiedade Generalizada

TBL – Team Based Learning

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCLE-e – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Eletrônico

TDA – Transtorno de Déficit de Atenção

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TRB – Teachers-related Burnout

UBS – Unidade Básica de Saúde

UC – Unidade Curricular

USCS – Universidade Municipal de São Caetano do Sul

WG-III – Watson-Glaser Critical Thinking III

WGCTA – Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Justificativa	19
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
3.1 Ensino médico no Brasil	21
3.2 Metodologias ativas	26
3.3 Síndrome de Burnout	28
3.3.1 Saúde mental e a medicina	31
3.4 Pensamento Crítico	34
4 MÉTODO	41
4.1 Tipo de estudo e amostra	41
4.2 Critérios de inclusão e exclusão	41
4.3 Procedimentos éticos e legais	41
4.4 Local do estudo	42
4.5 Delineamento de estudo	43
4.5.1 Recrutamento	43
4.5.2 Assinatura TCLE-e e Coleta de Dados	43
4.5.3 Análise dos resultados	43
4.5.4 Confeção do Produto	43
4.6 Procedimentos	43
4.6.1 Perfil Sociodemográfico (Apêndice B)	44
4.6.2 Copenhagen Burnout Inventory – Student Version - CBI – S (Anexo A)	44
4.6.3 Escala de Estresse Percebido - PSS (Anexo B)	45
4.7 Análise de dados	45
5 RESULTADOS	46
5.1 Análise descritiva do perfil sociodemográfico da amostra	46
5.2 Análise descritiva do questionário Copenhagen Burnout Inventory - CBI – S	52
5.3 Análise descritiva do questionário Escala de Estresse Percebido - PSS	57
5.4 Análise comparativa e inferencial com teste qui-quadrado	61

6 DISCUSSÃO	64
6.1 A prevalência de SB nos estudantes de medicina da USCS está muito diferente das prevalências no Brasil e no mundo?	64
6.2 As características sociodemográficas dos estudantes de medicina têm relação com as prevalências de SB e estresse percebido?	66
6.3 Limitações e fortalezas da pesquisa	68
7 PRODUTO	70
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A	98
APÊNDICE B	103
ANEXO A	105
ANEXO B	106
ANEXO C	107
ANEXO D	108
ANEXO E	109

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os cursos de medicina devem ser pautados pelas Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), de 2014, que incentivam a utilização de metodologias ativas (MA) na formação médica, pois o aprendizado é estimulado a partir de “situações problemas” ou “situações reais” observadas durante o curso, as quais são semelhantes às que o aluno vivenciará em sua vida profissional (BRASIL, 2014).

No ensino pautado nas MA o aluno se corresponsabiliza pela própria formação e aquisição de conhecimento, a fim de adquirir autonomia intelectual, ou seja, ele deve aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, além de avaliar, de forma crítica, as informações obtidas (BRASIL, 2014; MORAN, 2015).

As MA já foram muito bem estudadas e demonstraram promover altos níveis de sucesso na aprendizagem (MORAN, 2015), pois estão diretamente relacionadas à aquisição de habilidades psicossociais, cognitivas e metacognitivas (CARBOGIM, 2019), como o pensamento crítico. Entretanto, alguns estudos vêm mostrando que as MA podem ser indutoras de Síndrome de Burnout (SB) e ansiedade em estudantes (KILGOUR, 2016; BOTELHO, 2017). Observa-se na literatura estudos apontando que uma das metodologias ativas mais utilizadas na graduação de medicina, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), apresentou evidências de conferir altos níveis de estresse e angústia aos estudantes (MOFFAT, 2004; HEINEN, 2017).

A síndrome de Burnout tem como definição mais difundida a de ser uma síndrome ocupacional multifatorial caracterizada pela tríade: aumento dos níveis de exaustão emocional, despersonalização e descrença profissional, ou diminuição da autoeficácia (MASLACH, 1981; BONI, 2018).

Essa síndrome é entendida como o passo final em uma progressão de tentativas malsucedidas de lidar com uma variedade de condições negativas de estresse (KUMAR, 2005). Sabe-se que o processo de educação médica pode ser responsável direto pela SB apresentada por estudantes durante a graduação (BRAZEAU, 2014; HANSELL, 2019; GASTON-HAWKINS, 2020).

No Brasil, existem dados conflitantes de que a prevalência de SB em estudantes de medicina varia de 17 a 65,1% (CARDOSO, 2017; SILVESTRE, 2021).

Diversas instituições de ensino superior (IES) têm estudado a prevalência e formas de lidar com a SB em seus estudantes, dessa forma, algumas dessas universidades desenvolveram modelos de intervenções para prevenir o esgotamento em estudantes de medicina.

Diversas intervenções já foram estudadas no intuito de prevenir SB ou reduzir os níveis de estresse nos estudantes de medicina, como por exemplo a criação de programas de bem-estar e o estímulo à prática de exercícios físicos (BITONTE; DESANTO, 2014; ARES; MAROON; JANKOVITZ, 2019), a criação de serviços de aconselhamento (GOLOB, 2018), o treinamento de *mindfulness* (DYRBYE *et al.*, 2017), entres outras.

Alguns estudos, além de realizar as intervenções, têm desenvolvido teorias e modelos conceituais a fim de embasar as intervenções aplicadas na prevenção da SB em estudantes (DUNN; IGLEWICZ; MOUTIER, 2008; HANCOCK; MATTICK, 2019).

O modelo conceitual de “reservatório de enfrentamento” afirma que diversas situações podem reabastecer ou drenar esse reservatório pessoal do indivíduo. Algumas formas de ajudar o estudante nesse reabastecimento são: apoio psicossocial, que podem vir da família, de amigos, terapeutas, grupos religiosos e da própria instituição de ensino; atividades sociais e de bem-estar e, em específico, orientação e estímulo intelectual (DUNN; IGLEWICZ; MOUTIER, 2008).

O modelo conceitual da “intolerância à ambiguidade ou incertezas” comprova que o estudante, durante a formação médica, precisa aprender a lidar com inúmeras informações e filtrar criticamente aquelas confiáveis e de qualidade, visto que evidências comprovam que quanto maior a dificuldade do aluno em lidar com incertezas e ambiguidades, maior é o prejuízo para sua saúde mental (HANCOCK; MATTICK, 2019).

O pensamento crítico (PC) é definido como um julgamento intencional e autorregulado que resulta na interpretação, análise, avaliação e inferência em uma situação problema (FACIONE, 1990).

Dessa forma, o PC é uma importante competência trabalhada na formação médica, pois melhora o raciocínio clínico e ajuda nas tomadas de decisões. Entretanto, apesar de o pensamento crítico ser tão importante no ensino médico, segundo Almeida e Portella (2021), o nível de PC nos estudantes de medicina da Universidade de São Caetano do Sul (USCS) se apresenta igual à média populacional brasileira, ou seja, avaliado como insuficiente (ALMEIDA; PORTELLA, 2021).

Tendo em vista o resultado do estudo Almeida e Portella (2021) e o fato de que a medicina é uma ciência biológica, e não exata, que possui nela mesma atributos inerentes de probabilidade e incertezas (CISNEROS, 2009), a pergunta de pesquisa é: Quais os níveis de estresse e de Síndrome de Burnout percebidos nos estudantes de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – Campus Centro?

Dessa forma, esta pesquisa visa investigar a prevalência da SB e de estresse percebidos nos estudantes da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

Além disso, tendo em vista o nível insuficiente de PC desses estudantes e a necessidade de aumentar a tolerância à ambiguidade durante a formação médica, esta pesquisa visa também propor estratégias de estímulo intelectual, através de oficinas de aprimoramento do PC.

1.1 Justificativa

Este projeto de pesquisa surgiu a partir de uma grande preocupação com a saúde mental dos estudantes de medicina da USCS, visto que o curso apresenta um currículo 100% pautado nas metodologias ativas, o qual exige um desenvolvimento de maior grau de autonomia dos alunos. Docentes do curso observam diariamente alunos com níveis de estresse elevados e com dificuldades para lidar com as angústias e adversidades que surgem durante o curso. Em alguns casos o sofrimento psíquico tão elevado leva a transtornos de saúde mental, tais como transtorno de ansiedade generalizada, depressão, síndrome do pânico.

Portanto, observa-se a necessidade de investigar os níveis de estresse e a prevalência da Síndrome de Burnout nos estudantes do curso e propor, ao final da investigação, um produto inovador que possa contribuir para a diminuição desses níveis e atuar como fator protetor contra a Síndrome de Burnout.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência de Síndrome de Burnout e a prevalência de estresse percebidos em estudantes de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- A. Estimar as prevalências de SB e estresse percebidos, de acordo com o semestre do curso (1º ao 4º semestre), com as variáveis sociodemográficas;
- B. Desenvolver um produto com a finalidade de estimular o PC nos estudantes de medicina, com o objetivo de atuar como fator protetor contra a Síndrome de Burnout nessa população.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A síndrome de Burnout e o pensamento crítico são os temas centrais dessa dissertação, aplicados à população de estudantes de medicina. Porém, para entender todo o contexto da formação médica é necessário compreender um pouco mais a fundo o histórico do ensino médico no Brasil, suas influências e diretrizes curriculares. Também é necessário familiarizar-se com os conceitos das metodologias ativas exigidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

3.1 Ensino médico no Brasil

Um breve histórico sobre o ensino médico no Brasil é importante para compreender as influências teóricas e culturais pelas quais as instituições de ensino superior brasileiras estiveram expostas e que, algumas delas, carregam até hoje. Somente no começo do século XIX, no ano 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, foi que se deu início ao ensino superior no país, com a primeira Escola de Medicina e Cirurgia na Bahia e, logo após, com a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. No entanto, as duas instituições de ensino ainda seguiam o modelo escolástico, muito pautado na fé católica (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008).

Cronologicamente, diversas escolas e instituições acadêmicas foram surgindo pelo país, principalmente após a Proclamação da República. Houve, em 1934, o surgimento da primeira universidade do Brasil, a Universidade de São Paulo, pautada principalmente no modelo francês, com um projeto acadêmico e organizacional com fundamentação técnico-científica e, diferentemente das escolas anteriores, com caráter laico (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Ainda no século XX, após o governo de Juscelino Kubitschek e durante a ditadura militar, o modelo de ensino francês foi sendo abandonado e substituído pelo modelo de cultura norte-americana. O ensino médico no Brasil passou a seguir os conceitos de Abraham Flexner (Relatório Flexner - 1910), caracterizado principalmente pelo modelo biologicista, em que o ensino é focado nas partes do corpo e nas doenças; hospitalocêntrico e na divisão em ciclo básico e profissionalizante, enaltecendo as superespecializações (NOGUEIRA, 2009; MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Após a conclusão do Informe Dawson, em 1920, demonstrando a necessidade de descentralização dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, sendo o precursor do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), diversas críticas ao modelo flexneriano começaram a surgir (STARFIELD, 2002; LAVRAS 2011). Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, que apresenta em seu primeiro item a reafirmação do conceito de saúde que se afasta do biomédico e patológico.

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental [...] (ALMA-ATA, 1978, p. 1).

No Brasil, o Movimento Sanitário começou as discussões para mudanças nos modelos assistências e também no ensino médico do Brasil, dando origem à Reforma Sanitária Brasileira, que após a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990.

Adicionalmente à “Declaração de Alma-Ata” (1978), a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou na “Carta de Lubliana” (1996) os princípios para implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) como base do sistema de saúde, com intuito de combater às iniquidades de saúde e sociais. Tais princípios são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Princípios para a implantação da APS nos sistemas de saúde – São Caetano do Sul, 2023

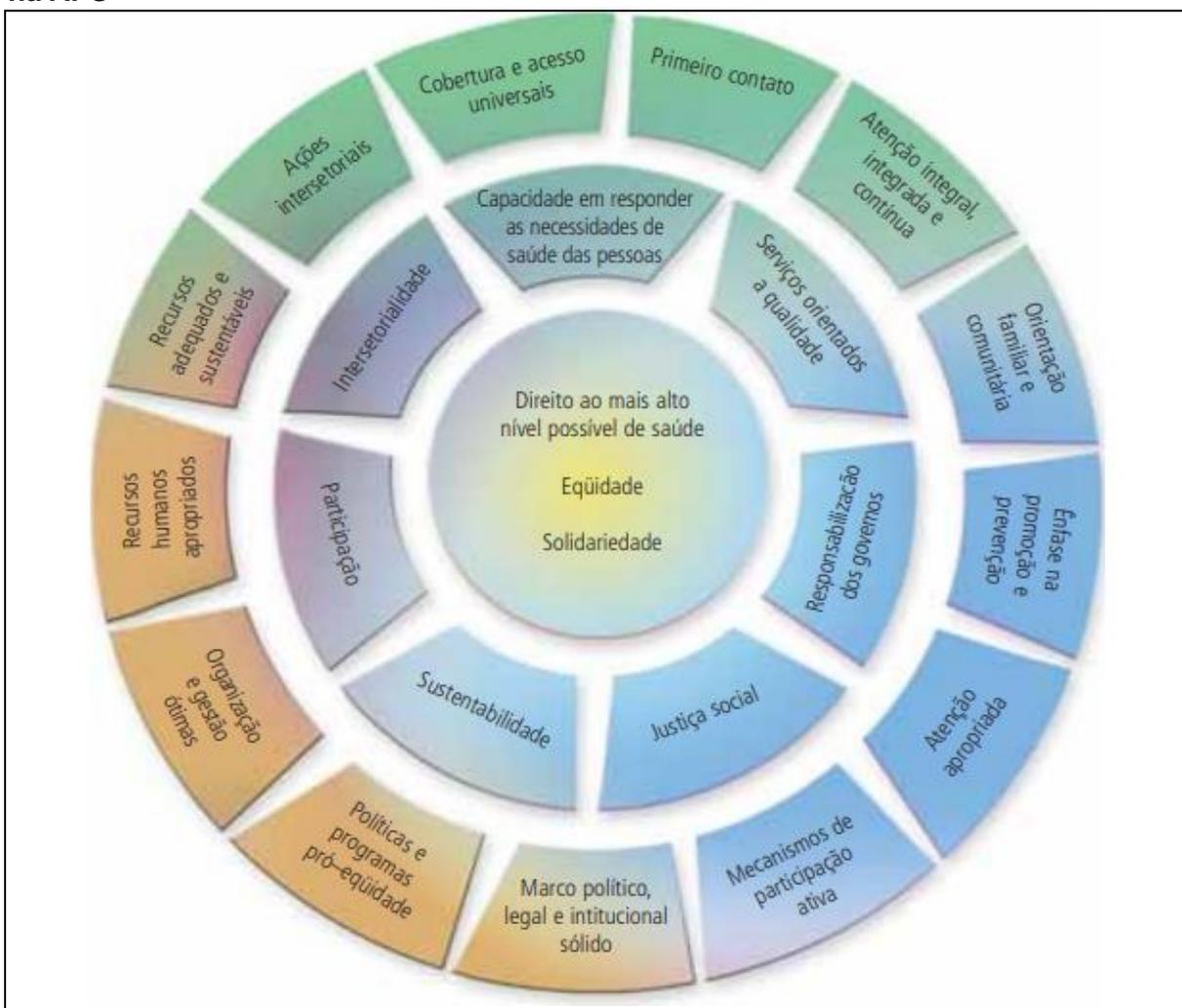
1	Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional
2	Direcionados para a proteção e promoção da saúde
3	Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde
4	Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade
5	Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo
6	Direcionados para a atenção primária

Fonte: Adaptado de Starfield (2002, p. 19-20).

Em 2003, após 25 anos da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e da “Declaração de Alma-Ata”, a OMS, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), reuniu os principais teóricos da área de saúde pública das Américas para elaborar o documento da “Renovação da Atenção Básica primária em Saúde nas Américas”.

Tal documento procura defender e renovar os valores, princípios e elementos da APS, a fim de que os países das Américas tenham capacidade de elaborar estratégias de forma eficaz, coordenada e sustentável para combater os problemas e iniquidades ainda existentes, conforme mostra a figura 1.

Figura 1 – Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS



Fonte: OPAS (2007, p. 9).

No Brasil, em 1994, com a intenção de iniciar a reorientação do modelo de assistência no SUS, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família

(PSF) e em 2006, reunido com as gestões tripartites (federal, estadual, municipal), reorganizou o sistema de saúde do Brasil com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006).

Tal política se pauta nos princípios do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade, de forma descentralizada e com participação social. Os princípios gerais da APS ou Atenção básica (AB), como é caracterizada no Brasil, são:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006, p.10).

Nesse mesmo ano, seguindo as orientações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o MS declarou que o perfil do médico a ser formado deveria ser revisto para acompanhar as mudanças dos sistemas de saúde pautados na Atenção Primária à Saúde.

No início dos anos 2000, para estimular essa mudança no perfil da formação médica brasileira, o Ministério da Saúde (MS) promoveu algumas políticas, como a criação do PROMED (Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina), Pró-saúde (Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde) e o PET- Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde), entre outros (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

A partir do entendimento da necessidade de formar médicos tendo o papel social como eixo norteador, e não mais somente o modelo biologicista, foram elaboradas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em medicina, em 2001, e reformuladas em 2014. As novas DCNs definem que o novo perfil de egressos deve ter uma formação médica:

Formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e

coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.....o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social...observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2014, p. 1-2).

O Estudo de Moura *et al.* (2020) avaliou quais estratégias de ensino-aprendizagem estavam sendo utilizadas pelas instituições de ensino superior (IES) brasileiras para garantir essa formação complexa proposta nas novas DCNs.

No entanto, as competências e habilidades necessárias no egresso médico não foram bem detalhadas no documento de 2014, sendo assim, a revisão de Moura *et al.* (2020) traz os conceitos necessários com suas definições na literatura médica, conforme quadro 2.

Quadro 2 – Definição das dimensões a serem desenvolvidas na formação médica, segundo Moura (2020)

Generalista	“Desenvolver a capacidade do profissional médico para que ele tenha a percepção da globalidade e possa agir com base na lógica da integralidade das ações de saúde, com conhecimento consistente sobre o ciclo de vida, de modo a atuar na promoção da saúde, realizar intervenções de recuperação e reabilitação de maneira contínua e integrada entre os serviços de saúde, valorizar o contexto sociocultural dos indivíduos e articular os recursos disponíveis em saúde a favor do cidadão e de sua coletividade.”
Humanista	“Competência que propicia maior compreensão das expressões do sofrimento humano e das manifestações socioculturais dos adoecimentos, assim como de habilidades de comunicação e construção de vínculos que possibilitam a interação necessária a qualquer ato médico. É a formação que permite aproximações com a filosofia e a ética, não só como exercício reflexivo do pensar, mas também como método para a tomada de decisão clínica e assistencial, momento chave da prática médica. Sendo assim, essa competência permite uma nova compreensão da vivência e do sofrimento da pessoa por meio da empatia, incorporando a realidade social e a experiência individual à interface entre médico e paciente. Trata-se de uma concepção integrada que pretende melhorar as capacidades de comunicação dos médicos e aprofundar a narrativa sobre enfermidade, com o propósito de procurar novas formas de promoção do bem-estar do paciente.”
Ético	“Criação de juízo de valor, necessário para estabelecer e seguir limites legais para a vida profissional. A palavra “ética” vem do grego <i>ethos</i> , cujo significado é “modo de ser” ou “caráter”. Moral vem do termo latino <i>morales</i> , que significa “relativo aos costumes”. Sendo assim,

uma formação ética é aquela que busca desenvolver a capacidade de soluções razoáveis e prudentes em casos que apresentam conflitos morais existentes entre o profissional de saúde, o paciente e os familiares, sempre respeitando a vida humana.”

Crítico*

“O pensamento crítico como uma análise contextualizada da realidade, que, nessa compreensão, é dinâmica, podendo se modificar com os transcurso históricos e circunstanciais. Além disso, o pensamento crítico preza as seguintes características: busca pela verdade, mente aberta e perfil sistemático, autoanalítico, inquisitivo e maduro. Dessa maneira, o pensamento crítico é entendido como uma busca pela verdade por meio de um jeito racional de pensar.”

Reflexivo*

“Processo metacognitivo no qual os profissionais fazem uma pausa e utilizam uma abordagem atenta, interativa e exploratória para analisar criticamente seus pensamentos, suas ações e sua base conceitual, tudo isso com o objetivo de promover o aprendizado e nutrir seu desenvolvimento pessoal a partir das experiências vivenciadas no dia a dia.”

Fonte: Adaptada de Moura *et al.* (2020).

**As formações crítica e reflexiva apresentam ainda uma interface entre seus conceitos. Isso decorre da interdependência criada pela necessidade de reflexão para se atingir um pensamento crítico e da indispensabilidade desse pensamento para se realizar uma reflexão.” (Moura *et al.*, 2020, p. 3).

Importante salientar que Moura *et al.* (2020) observam em sua revisão sistemática que os estudantes de medicina não se propõem voluntariamente a realizar práticas crítico-reflexivas, dessa forma, destacam que é necessária implementação de atividades curriculares que desenvolvam as habilidades tanto críticas quanto reflexivas, tão importantes na formação médica. Para atingir o objetivo de mudança do perfil do egresso, desde o início dos anos 2010, o antigo Currículo Disciplinar Clássico (linear- disciplinar) veio sendo extinguido, enquanto na maioria das escolas médicas brasileiras o Currículo Integrado Modular está em expansão, e o Currículo Híbrido nas escolas mais antigas, que ainda estão em adaptação e modificação.

3.2 Metodologias ativas

De forma breve, porém elucidativa, é necessário apresentar o conceito de Currículo Integrado Modular e as metodologias ativas utilizadas nessa nova forma de ensino médico.

O currículo do curso de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), desde a sua criação, foi estabelecido de forma integrada, ou seja, segue os princípios da totalidade do ensino aprendido, da interdisciplinaridade e da relação teórico-prático, de forma modular, que se divide em unidades temáticas ou

curriculares (USCS, 2019). O conceito de currículo modular promove uma maior integração das áreas do conhecimento. Além disso, possibilita englobar o ensino-aprendizagem de forma vertical em unidades curriculares com situações-problemas com início, meio e fim no mesmo semestre, por exemplo; ou de forma horizontal, com unidades curriculares em que o conhecimento ocorre de forma continuada do primeiro ao sexto, e último, ano do curso de medicina (ANDRADE, 2012; USCS, 2019).

Esse tipo de currículo promove uma mudança de paradigma, na qual o professor sai da posição central de transmissão do conhecimento e o aluno toma esse lugar, de se responsabilizar pela própria formação e aquisição de conhecimento, a fim de adquirir autonomia intelectual. Ou seja, ele deve aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões na busca de respostas cientificamente consolidadas para, então, avaliar de forma crítica as informações obtidas (ANDRADE *et al.*, 2012; MORAN, 2015).

Diversas metodologias ativas que visam desenvolver esse processo de aprendizagem foram desenvolvidas; as mais utilizadas na USCS estão descritas no quadro 3.

Quadro 3 – Tipos de metodologias ativas e seus conceitos – São Caetano do Sul, 2023

Metodologia Ativa	Conceitos
Estudo de Caso	Metodologia focada em situações reais ou simuladas que estimulam o pensamento crítico para a resolução de problemas, permite a correlação entre teoria e prática e estimula o aprendizado significativo. (PINTO <i>et al.</i> , 2016)
Problematização com o arco de Maguerez:	Metodologia que possui cinco etapas: 1- observação da realidade e definição de um problema; 2 - pontos-chave; 3 – teorização; 4 - hipóteses de solução; 5 - aplicação à realidade. Essa forma de ensino promove um maior interesse do aluno ao assunto estudado e possibilita que ele mesmo identifique os problemas em situações concretas e, de forma crítica-reflexiva,

	chegue a hipóteses de solução e aplicabilidade na realidade. (PINTO <i>et al.</i> , 2016)
Aprendizado Baseado em Problemas (ABP) ou <i>Problem Based Learning (PBL)</i>:	Metodologia utilizada em pequenos grupos, na qual casos baseados em situações reais do cotidiano médico são apresentadas aos estudantes. Dessa forma, os alunos são estimulados a levantar hipóteses e questões-problemas. Após estudo teórico e aquisição do conhecimento, tendem a desenvolver habilidades cognitivas com o objetivo de solucionar situações-problema. Sendo assim, esse método promove a autoaprendizagem, desenvolvimento do raciocínio clínico e pensamento crítico. (PINTO <i>et al.</i> , 2016)
Aprendizado baseado em Equipe (ABE) ou <i>Team Based Learning (TBL)</i>	Metodologia utilizada com grande número de alunos sem que haja necessidade de utilizar o método tradicional de aula expositiva. Dessa forma, os estudantes são responsabilizados por estudar previamente o conteúdo e no dia da atividade são divididos em pequenos grupos heterogêneos, com intuito de promover interação e colaboração no trabalho em equipe para resolverem os problemas e tomarem decisões em conjuntos, promovendo discussões ricas e com aprofundamento do conhecimento. (BOLLELA <i>et al.</i> , 2014)

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

3.3 Síndrome de Burnout

O termo burnout é relativamente recente; primeiramente surgiu em um livro de ficção “A Burn-out case”, no qual o personagem principal estava esgotado emocional e fisicamente, abandona seu trabalho e foge para a selva de um país africano. Na

literatura médica, somente na segunda metade da década de 1970 é que o termo Burnout começou a ser utilizado e caracterizado. Anteriormente outros termos eram utilizados, como fadiga, cansaço extremo, perda de idealismo ou paixão pelo trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Estudos empíricos sobre as emoções dos indivíduos no trabalho começaram a ser feitos pelo psiquiatra Fredenbeger, em 1975, e pela psicóloga Maslach, em 1976. A partir desses estudos pioneiros foram sendo desenvolvidas teorias e modelos que culminaram, enfim, na primeira definição de Síndrome de Burnout (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Ela foi, primeiramente, estabelecida como uma síndrome psicológica de esgotamento profissional, que tende a ocorrer em indivíduos expostos diariamente a um estresse crônico no ambiente de trabalho em profissões que os expõem ao contato com pessoas, sejam estas clientes ou pacientes (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

A partir dessa definição, foram detalhados três componentes da Síndrome de Burnout: 1- Exaustão emocional; 2- Cinismo ou despersonalização; 3- Descrença profissional ou autoeficácia.

A exaustão emocional pode ser definida como um cansaço extremo, decorrente da exposição contínua a fatores estressores, com a sensação de esgotamento dos recursos emocionais. Dessa forma, o indivíduo sente que não é mais capaz de lidar com os problemas como antes, tanto os pessoais quanto os de outras pessoas, no ambiente de trabalho. O sentimento presente é de estar emocionalmente sobrecarregado e exausto constantemente (MASLACH; JACKSON, 1981; FRAJERMAN *et al.*, 2019).

O Cinismo profissional pode ser descrito como o sentimento que o indivíduo tem em relação às pessoas para as quais presta assistência; esse sentimento negativo em relação aos outros leva a uma resposta insensível e impessoal às demandas e sentimentos alheios. Leva também à despersonalização do outro e, dependendo do grau de cinismo, o indivíduo pode até sentir que o outro é merecedor de problemas e sofrimento (MASLACH; JACKSON, 1981; BONI *et al.*, 2018).

A descrença profissional, ou autoeficácia, é um sentimento de insatisfação com o trabalho prestado, no qual o indivíduo se sente infeliz consigo mesmo e incapaz de se sentir competente ou merecedor de sucesso (MASLACH; JACKSON, 1981; BONI *et al.*, 2018). Nos estudos de Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) observa-se que esse componente tem uma independência em relação aos outros dois anteriores.

A partir dessa definição de Síndrome de Burnout observou-se a necessidade de criar ferramentas para avaliar sua presença. O instrumento pioneiro e mais difundido é o Maslach Burnout Inventory (MBI), que conta atualmente com quatro versões diferentes: para população geral, profissionais que prestam serviços a outras pessoas, professores e estudantes (CAMPOS; CARLOTTO; MAROCO, 2013). O Maslach Burnout Inventory – StudentsSurvey (MBI-SS) foi desenvolvido para avaliar o esgotamento de estudantes (ERSCHENS *et al.*, 2019). O MBI-SS também possui os três componentes propostos inicialmente, porém com algumas modificações nas perguntas do questionário e na definição desses componentes (ERSCHENS *et al.*, 2019).

A exaustão é caracterizada por uma fadiga física e mental, desencadeada pelas demandas do estudo; o cinismo refere-se à distância mental que o estudante apresenta em relação às aulas; e a autoeficácia está relacionada ao sentimento de competência do aluno na esfera acadêmica (ERSCHENS *et al.*, 2019).

Observa-se então, na literatura, que a maioria dos estudos de Síndrome de Burnout utiliza a definição e os instrumentos desenvolvidos por Maslach, em 1981. No entanto, o National Institute of Occupational Health, da Dinamarca, desenvolveu um estudo nacional, publicado em 2005, com algumas críticas ao conceito preestabelecido e desenvolveu um novo instrumento com definição mais abrangente, o Copenhagen Burnout Inventory.

A primeira crítica ao MBI é de que há uma falha teórica e uma metodológica no desenvolvimento desse instrumento. A falha teórica observada por alguns estudos mais recentes é de que o cinismo, ou despersonalização, trata-se de uma estratégia de enfrentamento e a diminuição da autoeficácia trata-se de uma consequência do esgotamento, ou seja, esses dois componentes não fazem parte da síndrome de Burnout (CAMPOS; CARLOTTO; MAROCO, 2013).

A falha metodológica observada é que originalmente o questionário foi desenvolvido para trabalhadores que prestam serviço ou assistência a clientes ou pacientes. No entanto, no decorrer dos anos, as pesquisas com MBI foram expandidas para investigar Burnout em outros grupos, sem ter modificação nos conceitos e na definição. Desta forma, o instrumento não tem validade metodológica para ser aplicado em grupos que não estão expostos a serviços humanos. Além disso, outra crítica importante é de que as ferramentas desenvolvidas por Maslach não são de

domínio público, devendo ser pagas para serem utilizadas (KRISTENSEN *et al.*, 2005).

O Copenhagen Burnout Inventory (CBI) foi desenvolvido focando no conceito de exaustão e fadiga, de acordo com novos estudos, no qual o conceito de Burnout é “um estado de exaustão física, emocional e mental que resulta do envolvimento de longo prazo em situações de trabalho que são emocionalmente exigentes.” (SCHAUFELI; GREENGLASS, 2001).

A partir desse conceito, o CBI visa avaliar essa exaustão nas diversas dimensões da vida do indivíduo, como a pessoal, a do ambiente de trabalho com colegas e do ambiente de trabalho com clientes (KRISTENSEN *et al.*, 2005), e pode ser livremente adaptado para qualquer classe profissional (CAMPOS; CARLOTTO; MAROCO, 2013).

Campos, Carlotto e Maroco (2013) realizaram a tradução e validação para o português do Copenhagen Burnout Inventory – Students Version (CBI-S), para ser aplicado aos estudantes. Diferentemente do CBI original que apresenta somente três dimensões, o CBI-S apresenta uma quarta dimensão que está relacionada aos professores. Essa parte foi incluída tendo em vista a existência de evidências de que tanto os colegas como os professores podem ser fatores de risco para Burnout durante a graduação.

Importante ressaltar que embora o CBI-S concentre a investigação na exaustão e não investigue o grau de cinismo e/ou despersonalização e o grau de autoeficácia, essa ferramenta tem validação concorrente adequada em relação ao MBI –SS para avaliar a síndrome de Burnout em estudantes (CAMPOS; CARLOTTO; MAROCO, 2013).

3.3.1 Saúde mental e a medicina

Em 1903, foi publicado o primeiro editorial no Journal of the American Medical Association (JAMA) sobre a relação entre médicos e suicídio nos Estados Unidos da América (EUA), relatando que a proporção de mortes entre médicos era muito maior do que na população em geral (FRAJERMAN *et al.*, 2019).

Schernhammer e Colditz (2004) demonstram em seus estudos que a taxa de suicídio entre médicos era moderadamente alta entre homens, 1,41 (95% IC, 1,21-1,65) e extremamente alta entre mulheres, 2,27 (95% IC, 1,90-2,73). Dessa forma, observa-se que a carreira médica permanece sendo um risco para a saúde mental.

Shapiro, Shapiro e Schwartz (2000), Dyrbye, Thomas e Shanafelt (2006), Shiralkar *et al.* (2013), Rotenstein *et al.* (2016) apontam que esse risco já existe durante a formação médica. Dyrbye *et al.* (2008) observaram que 10% dos estudantes de medicina experimentam ideação suicida durante a graduação.

Frajerman *et al.* (2019) realizaram uma revisão sistemática da literatura mundial e encontraram a prevalência de síndrome de Burnout em estudantes de medicina em um percentual de 44,2% (33,4 – 55%). Outra revisão sistemática, publicada em 2022 (com 26.824 estudantes avaliados), apontou a taxa alarmante de 37,25% de Síndrome de Bournout nesses estudantes. Esse estudo diferenciou a prevalência encontrada pelo instrumento MBI-SS, que foi de 41,86%, e pelo instrumento CBI-S, que foi de 34,27% (ALMUTAIRI *et al.*, 2022).

No entanto, uma metanálise brasileira recente, publicada em 2021, observou uma prevalência de Burnout nos estudantes de medicina brasileiros abaixo da média mundial. O resultado encontrado foi de 17%, e os autores sugerem que a heterogeneidade dos estudos brasileiros pode ter comprometido os resultados da revisão (SILVESTRE *et al.*, 2021).

Dyrbye, Thomas e Shanafelt (2006) e Rotenstein *et al.* (2016) têm demonstrado que o próprio processo da formação médica é um fator de risco direto para levar à síndrome. Dessa forma, inúmeras pesquisas estão sendo desenvolvidas a fim de avaliar intervenções protetoras e preventivas de Burnout (BRAZEAU *et al.*, 2014, GASTON-HAWKINS *et al.*, 2020).

Intervenções com o intuito de ensinar e promover autocuidado e propostas para prevenir ou reduzir o esgotamento em estudantes de medicina já estão sendo estudadas e demonstram ser positivas para redução de síndrome de Burnout. Alguns exemplos são: programas de mentoria, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia, aconselhamento, treinamento de habilidades de comunicação, relaxamento, meditação e/ou *mindfulness*, exercícios físicos (SHAPIRO; SHAPIRO; SCHWARTZ, 2000; SHIRALKAR *et al.*, 2013; ISHAK *et al.*, 2013; GASTON-HAWKINS *et al.*, 2020).

Importante salientar que os estudos atestam melhora na qualidade de vida do estudante, além de redução dos níveis de estresse e diminuição do risco de síndrome de Burnout. Porém, esses programas de bem-estar, quando são desenvolvidos paralelamente ao currículo do curso de medicina, podem não ser bem aceitos pelos alunos e vistos como mais uma obrigação acadêmica. Isso pode piorar o nível de

exaustão e gerar mais esgotamento. Além disso, alguns estudantes podem ter medo do estigma por procurar esses serviços (ISHAK *et al.*, 2013).

A maioria dos programas visa prevenir ou reduzir os níveis de estresse e esgotamento nos estudantes, embora o ideal seja a inclusão de intervenções promotoras de bem-estar e autocuidado nos currículos dos cursos de medicina, a fim de estimular características protetoras nos estudantes como a resiliência, a empatia, a autorregulação (*coping*), atenção plena, autocompaixão, autoeficácia e estímulo intelectual, como o pensamento crítico (DUNN; IGLEWICZ; MOUTIER, 2008; UNGAR *et al.*, 2022).

Dessa forma, alguns estudos vêm apresentando modelos conceituais para prevenção de Síndrome de Burnout em estudantes de medicina a serem desenvolvidos pelas instituições de ensino superior (IES). O modelo do “reservatório de enfrentamento” explica que diversas situações tendem a diminuir e drenar a capacidade do estudante de lidar com situações difíceis, já outras podem reabastecer o reservatório e serem protetoras da saúde mental desses indivíduos (DUNN; IGLEWICZ; MOUTIER, 2008).

Esse modelo conceitual vai ao encontro dos resultados obtidos pelo estudo original do questionário CBI (KRISTENSEN *et al.*, 2005), no qual observa-se que os níveis de Burnout podem variar, ou seja, o questionário não avalia características individuais imutáveis, mas mede o grau de esgotamento do indivíduo no momento e aponta que pode variar ao longo do tempo (KRISTENSEN *et al.*, 2005).

Outro modelo conceitual importante que vem sendo estudado com a finalidade de promover bem-estar e proteger a saúde mental dos estudantes é o “modelo da intolerância à ambiguidade ou incertezas”. A tolerância à ambiguidade é a capacidade do indivíduo de tolerar a falta de informações confiáveis e de qualidade (HANCOCK; MATTICK, 2019).

Durante a formação médica, e posteriormente na carreira, o estudante terá de lidar, frequentemente, com inúmeras informações e aprender a distinguir, criticamente, quais são importantes e verídicas. Dessa forma, lidar com a incerteza tende a ser um importante fator estressor e aumenta o risco de síndrome de Burnout e outros transtornos mentais, como ansiedade e depressão (CAUFIELD *et al.*, 2014; HANCOCK; MATTICK, 2019).

3.4 Pensamento Crítico

Como exposto anteriormente, as novas DCNs enfatizam a importância de formar médicos críticos e reflexivos para promover uma assistência de melhor qualidade para a sociedade (BRASIL, 2014).

O pensamento crítico (PC) é uma ferramenta essencial para a prática assistencial desses futuros médicos. Tem sido demonstrado que o estímulo intelectual e a intolerância à ambiguidade e incertezas tendem a ser fatores de proteção para os estudantes de medicina (DUNN; IGLEWICZ; MOUTIER, 2008, HANCOCK; MATTICK, 2019; UNGAR *et al.*, 2022).

O PC tem sua base na tradição ocidental, nos ensinamentos filosóficos de Sócrates (CHAFFE, 2009), e desde então vem sendo bastante estudado, principalmente por três áreas: a psicologia, a filosofia e a educação, ou a pedagogia. Essas vertentes vêm, ao longo do tempo, procurando definir o conceito de pensamento crítico que reflète da melhor forma seus interesses (LAI, 2011).

Como esse estudo é focado em estudantes de medicina, é necessário compreender melhor como a vertente da pedagogia estuda e conceitua o que é pensamento crítico. Alguns estudiosos importantes dessa linha precisam ser citados como Jonh Dewey, Robert Ennis, Paulo Freire, Donald Schön, entre outros.

Dewey (1859 -1952) foi o filósofo que iniciou os estudos do pensamento crítico na vertente da pedagogia. Sendo assim, para Dewey, o PC está ligado a uma “atitude científica da mente e do pensar”. Portanto, ele afirmava que o método científico era o meio mais genuíno de obter a compreensão e entendimento das experiências que vivenciamos todos os dias neste mundo.

Em seu livro, “How we Think” (1933), passou a apresentar, além do pensamento crítico, o conceito de pensamento reflexivo, no qual a reflexão tende a tornar o pensamento um ato voluntário e consciente:

O que constitui o pensamento reflexivo é o exame ativo, persistente e cuidadoso de qualquer crença ou suposta forma de conhecimento à luz dos fundamentos que a sustentam e das conclusões a que tende. Qualquer um dos três primeiros tipos de pensamento pode evocar este último tipo; mas, uma vez em andamento, inclui um esforço voluntário e consciente para estabelecer a crença em uma base firme de evidência empírica e racionalidade. (DEWEY 1998, p. 10).

Freire (1921-1997), estudioso e educador brasileiro, propôs para a pedagogia um sentido mais amplo que somente a alfabetização. Seus estudos propõem

abertamente uma educação político-pedagógica que vai ao encontro do pensamento reflexivo proposto por Dewey (DALBOSCO; BERTOTTO; SCHWNGBER, 2020). Nesse sentido, a educação tem um papel importante que deve levar o indivíduo a se descobrir como agente social e histórico através de uma consciência crítica e reflexiva (FREIRE, 1980; SCOCUGLIA, 1999; GOMES; REGO, 2014).

Diferentemente do modelo racionalista-tecnicista de Dewey, Donald Schön (1930-1997) propõe um modelo experiencial-intuitivo da prática reflexiva na educação (HÉBERT, 2015). Para Schön (1987), é necessário que a educação contemple um conceito de “arte”. Neto (2017) exemplifica melhor esse conceito:

[...] propõe o desenvolvimento do “talento artístico”, com perspicácia, intuição, criatividade, espontaneidade, porque não basta o “acúmulo de conhecimento”, o domínio de conteúdos, teorias, conhecimento – sem saber aplicá-los, usá-los, torná-los úteis, solucionar problemas e conflitos. (Neto, 2017, p. 36).

Dessa forma, a “arte” pode ser entendida como um “saber na ação”, ou seja, uma aquisição de competências para agir, principalmente nas situações da prática profissional denominadas zonas indeterminadas de incerteza, as quais apresentam singularidades e conflitos de valores em que somente com técnica e conhecimento não é possível chegar à solução.

Portanto, para Schön (1987) somente a partir dessa “prática reflexiva” o indivíduo consegue, de forma crítica, identificar uma situação indeterminada como única e juntamente com os conhecimentos e técnicas previamente adquiridos solucionar o problema.

Para melhor entendimento sobre o conhecimento prático proposto por Shön (1987) é necessário compreender os 4 conceitos apresentados no quadro 4:

Quadro 4 – Conceitos da “prática reflexiva” de Donad Schön - São Caetano do Sul - 2023

Conhecimento na ação	“é o conhecimento tácito, implícito na atuação presente, mas nem sempre possível ao profissional descrevê-lo; é o saber fazer manifesto espontaneamente” (Neto, 2017).
Reflexão na ação	É a reflexão que ocorre durante a própria ação, seja por uma dúvida durante ou processo ou por uma

	situação imprevista, o indivíduo “conversa consigo mesmo”, ou seja, pensa no que está fazendo enquanto está fazendo.
Reflexão sobre a ação	É uma reflexão sobre a ação realizada em si, de forma a analisar todos os seus passos, ou seja, tudo o que foi feito, como foi feito e o que não foi feito.
Reflexão sobre a reflexão na ação	No passo acima, o indivíduo pode perceber falhas ou lacunas na realização da ação. Dessa forma, na reflexão sobre a reflexão na ação é possível estabelecer conexão com outras experiências, conhecimento e teorias, com a finalidade de ampliar a sua competência em ações futuras.

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Tendo em vista a construção do conhecimento sobre pensamento crítico no século XX, na vertente da educação, foi realizado um estudo qualitativo envolvendo 46 especialistas em educação, filosofia, ciências sociais, entre outros, com o objetivo de definir o conceito de pensamento crítico (AMORIN, 2013).

Dessa forma, a American Philosophical Association (APA) publicou o “Relatório Delphi” (FACCIONE, 1990), que além de definir o conceito de PC, visou determinar as suas competências e aptidões, sendo possível descrever as habilidades cognitivas e as sub-habilidades para o desenvolvimento do pensamento crítico (Quadro 5). E o consenso sobre a definição do pensamento crítico estabelecido no relatório foi:

Pensamento crítico é um julgamento proposital e auto-regulador que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como na explicação das considerações evidenciais, conceituais, metodológicas, criteriológicas ou contextuais nas quais esse julgamento é baseado. O PC é essencial como ferramenta de investigação. Como tal, O PC é uma força libertadora na educação e um recurso poderoso na vida pessoal e cívica. (FACCIONE, 1990, p. 3).

Quadro 5 – Consenso de habilidades cognitivas e sub-habilidades do pensamento crítico

Habilidade cognitiva	Definição	Sub-habilidade cognitiva
Interpretação	Compreender e expressar o significado ou importância de uma ampla variedade de experiências, situações, dados, eventos,	<ul style="list-style-type: none"> • Categorização

	<p>juízos, convicções, crenças, regras, procedimentos ou critérios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decodificar significados • Esclarecer significados
Análise	<p>Identificar as relações inferenciais pretendidas e reais entre afirmações, perguntas, conceitos, descrições ou outras formas de representação destinadas a expressar crenças, juízos, experiências, razões, informações ou opiniões.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar ideias • Identificar argumentos • Analisar argumentos
Avaliação	<p>Avaliar a credibilidade de declarações ou outras representações que são relatos ou descrições da percepção, experiência, situação, juízo, crença ou opinião de uma pessoa; e avaliar a força lógica das relações inferenciais reais ou intencionais entre declarações, descrições, perguntas ou outras formas de representação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de reivindicações • Avaliação de argumentos
Inferência	<p>Identificar e assegurar elementos necessários para tirar conclusões razoáveis; formular conjecturas e hipóteses; considerar informações relevantes e induzir as consequências decorrentes de dados, afirmações, princípios, evidências, juízos, crenças, opiniões, conceitos, descrições, perguntas ou outras formas de representação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar evidências • Conjecturar alternativas • Tirar conclusões
Explicação	<p>Conseguir expor os resultados do raciocínio de outra pessoa; justificar esse raciocínio através de evidências, conceitos, métodos, critérios e contextos sobre os quais os resultados foram baseados; e apresentar o próprio raciocínio na forma de argumentos convincentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expor resultados • Justificar procedimentos • Apresentar argumentos
Autorregulação	<p>Monitorar conscientemente as próprias atividades cognitivas, os elementos usados nessas atividades e os resultados obtidos, particularmente pela aplicação de habilidades de análise e avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoexame • Autocorreção

	dos próprios julgamentos inferenciais com objetivo de questionar, confirmar, validar ou corrigir o raciocínio ou resultado de outras pessoas.	
--	---	--

Fonte: Adaptado de Facione (1990).

Além das habilidades, Facione, Crossetti e Riegel (2017) observam que o pensador crítico tem uma motivação interna em aplicar essas habilidades, ou seja, tem interesse em buscar a verdade, tem curiosidade e confiança em seu próprio raciocínio. Dessa forma, para estimular esse espírito crítico nos estudantes, é necessário despertar e nutrir esse interesse nas diversas esferas do aprendizado, ou seja, o estudante pode ser estimulado em uma disciplina de pensamento crítico ou agregar o desenvolvimento do pensamento crítico às disciplinas já existentes no currículo (ENNIS, 1997).

Diversos autores discutem sobre as vantagens e desvantagens das formas de ensino do PC. Para a inclusão no currículo é interessante sair do método tradicional de ensino centrado no professor e utilizar metodologias ativas centradas no aluno, já descritas anteriormente para diversas disciplinas e ensino de diversos assuntos (KOWALCZYK; HACKWORTH; CASE-SMITH, 2012).

Já a criação de uma disciplina específica para o PC visa ensinar e desenvolver intencionalmente o pensamento crítico nos estudantes, a fim de evoluir e depois treinar competências nessa esfera (AMORIN, 2013).

Seno assim, no programa específico para estimular o PC, o estudante deve primeiramente aprender os conceitos do pensamento crítico e toda sua teoria para que, a partir desse aprendizado, consiga realizar exercícios promotores do PC.

No entanto, é importante ressaltar que não basta os alunos realizarem as tarefas, mas devem compreender os meios que permitem a aquisição do conhecimento, refletir e questionar sobre esses mecanismos. É de extrema importância que o estudante esteja engajado nesse processo, pois a metacognição, ou seja, a capacidade de ele mesmo se observar e observar seus processos de aprendizado, é o ponto-chave desse tipo de curso ou programa (KUHN, 1999, AMORIN, 2013).

Watson e Glaser (1964, *apud* WILSON; WAGNER, 1981) realizaram um estudo pioneiro a fim de construir um instrumento com capacidade de medir o pensamento

crítico. No instrumento original, conhecido como Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA), é possível avaliar a capacidade crítica dos indivíduos em 5 áreas: (a) capacidade na definição de situações problemas; (b) capacidade em selecionar informações que sejam relevantes para solucionar o problema; (c) capacidade de reconhecimento de suposições explícitas ou implícitas; (d) capacidade de formular e selecionar hipóteses; (e) capacidade de tirar conclusões válidas e, a partir disso, julgar a sua confiabilidade e fazer inferências.

O Watson-Glaser Critical Thinking III (WG-III), derivado do WGCTA, é o instrumento mais utilizado para avaliar o pensamento crítico na atualidade (ALMEIDA; PORTELLA, 2021). A empresa Pearson TalentLens é uma multinacional, líder em educação e tecnologia educacional, que adquiriu os direitos de desenvolvimento, distribuição e aplicação do instrumento

No WG-III, as cinco capacidades originais são subdivididas em 3 capacidades, caracterizando o Modelo RED© - Model's critical thinking skills framework. O acrônimo RED vem das palavras em inglês: “R”, *recognize* (reconhecer suposições), “E”, *evaluate* (avaliar argumentos) e “D”, *draw* (tirar conclusões). As informações de cada etapa do Modelo RED são apresentadas no Quadro 6.

A empresa afirma que o Modelo RED© permite ao indivíduo “pensar sobre seus pensamentos”, e define o pensamento crítico como um “pensamento autodirigido, autodisciplinado, automonitorado e autocorretivo” (PEARSON TALENTLENS, 2017).

Quadro 6 – Definição das 3 capacidades do pensamento crítico apresentadas no Modelo RED©

(R) - RECONHECER SUPOSIÇÕES	É a capacidade do indivíduo, em situações acadêmicas, profissionais, sociais ou familiares, ao ser exposto a uma fala ou comentário, conseguir perceber se tais informações são verdadeiras. Essa capacidade permite o questionamento e auxilia no reconhecimento de lacunas ou de informações falsas. Além disso, permite o reconhecimento de suposições de ponto de vistas diferentes do próprio indivíduo.
(E) - AVALIAR ARGUMENTOS	É a capacidade do indivíduo de avaliar as informações de forma objetiva e precisa, a fim de questionar a qualidade das informações. Além disso, permite compreender como as emoções podem influenciar positiva ou negativamente os argumentos em diversas situações. Nesta etapa, é importante

	<p>o indivíduo ter consciência de que uma das principais barreiras para avaliação objetiva dos argumentos pode ser o viés de confirmação.</p>
(D) - TIRAR CONCLUSÕES	<p>É a capacidade do indivíduo de reunir informações válidas para tirar conclusões lógicas a partir das evidências que ele possui naquele momento. Nesta etapa, é importante que o indivíduo foque nas informações verdadeiras e nas evidências apresentadas, não caindo no erro de generalizar ou tirar conclusões equivocadas. Pessoas que possuem essa capacidade normalmente são vistas como de “bom julgamento”, afinal conseguem tirar boas conclusões. Além disso, essa capacidade permite que caso as evidências mudem o indivíduo consiga mudar suas conclusões de forma justificável.</p>

Fonte: Adaptada de Pearson TalentLens (2017).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo e amostra

Trata-se de um estudo com desenho transversal, abordagem quantitativa, de natureza aplicada, com objetivo descritivo e comparativo.

A amostra foi selecionada por conveniência, composta por estudantes de graduação do curso de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), do município de São Caetano do Sul – Campus Centro, que se enquadraram nos critérios de inclusão. No segundo semestre de 2022, o curso de medicina da USCS- Campus Centro tinha 267 acadêmicos regularmente matriculados, do 1º ao 4º semestre, no período do estudo. Os anos iniciais (1º ao 4º semestre) foram a escolhidos devido à adaptação a metodologia ativa proposta no curso.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: alunos maiores de 18 anos, regularmente matriculados no curso de medicina da USCS – Campus Centro, do 1º ao 4º semestre, que aceitem participar da pesquisa e tenham assinado o TCLE.

Os critérios de exclusão foram: alunos menores de 17 anos 11 meses e 29 dias, alunos de outros cursos de graduação e pós-graduação da USCS, alunos do curso de medicina da USCS- Centro do 5º ao 12º semestres e alunos do 1º ao 4º semestre do curso de medicina da USCS- Centro que não aceitaram participar do estudo.

4.3 Procedimentos éticos e legais

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CEP- USCS), sob parecer número 5.743.878 e número CAAE 64183922.6.0000.5510; também foi solicitada a deliberação do Termo de Anuência da universidade para a realização do estudo.

Em atendimento à Resolução CNS 466/2012 - Diretrizes e Normas Regularizadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - consta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, o qual foi enviado de forma remota através do link <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScKaJBXv9jbiNkXUYAMq06w4ABcdfmzSYzwrVNEUPtu94Oigw/viewform>. (Apêndice A).

4.4 Local do estudo

A Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) é o campo deste estudo. Sua criação foi em 1968, ainda com o nome de Faculdade de Ciências Econômicas, Políticas e Sociais. Dois anos mais tarde, em 1970, com o crescimento da instituição e o aumento de cursos, mudou para o tradicional nome de Instituto Municipal de Ensino Superior de São Caetano do Sul (IMES), sendo a sigla ainda muito utilizada para se referir à universidade.

Em 2004, houve a inauguração do Campus Centro, onde os cursos da área da saúde são ministrados, e, no mesmo ano, o IMES passou a ser denominado Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Dez anos após, sucedeu a criação do curso de medicina, localizado no campus Centro.

A graduação de medicina da USCS segue as DCNs de 2014, com modelo pedagógico modular e dividido em doze semestres, totalizando seis anos, com ingresso semestral; 60 alunos por semestre. Os seis primeiros semestres do curso são divididos em seis Módulos Educacionais Temáticos, cada um apresenta cinco Unidades Curriculares (UC), sendo três de forma horizontal e duas de forma transversal.

As três UCs horizontais de cada semestre são modulares, com 5 a 7 semanas cada e utilizam as seguintes metodologias ativas: PBL e TBL nas sessões de tutoria; estudo de caso e TBL nos Laboratórios Morfofuncional e de análises clínicas e terapêuticas.

Já as UCs transversais, que são as Competências Integradas do SUS (CI-SUS) e Habilidades Médicas, ocorrem de forma contínua durante o semestre.

A UC de CI-SUS é dividida em 2 partes: o aprendizado prático, com um período por semana nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Caetano do Sul, e um período por semana de parte teórica na faculdade em sala de aula com grupos pequenos, utilizando a metodologia ativa da Problematização com o Arco de Maguerez..

A UC de Habilidades Médicas acontece semanalmente nos Laboratórios de Habilidades Médicas e de Simulação Realística e tem a finalidade de integração total entre teoria e prática com apoio de simuladores de várias complexidades, pacientes atores, dramatização, treinamento interpares e discussão de casos clínicos (USCS, 2019).

4.5 Delineamento de estudo

4.5.1 Recrutamento

Os estudantes do curso de medicina da USCS - Centro foram convidados a participar do estudo durante o mês de Novembro de 2022. O convite foi feito presencialmente em sala de aula e via *online*, por *e-mail* e por aplicativo de mensagens (Whatsapp®).

4.5.2 Assinatura TCLE-e e Coleta de Dados

Após o recebimento do convite, aqueles que aceitaram participar da pesquisa realizaram a assinatura do TCLE-e, via remota, e responderam aos três questionários, também de forma remota: 1- Perfil Sociodemográfico; 2- CBI-S - Copenhagen Burnout Inventory – Student Version; 3- PSS - Escala de Estresse Percebido.

4.5.3 Análise dos resultados

Para a investigação da Síndrome de Burnout e estresse percebido nos estudantes de medicina da amostra foram realizadas análise descritiva, frequências e associação entre as variáveis dependentes, obtidas pelos questionários CBI-S (Copenhagen Burnout Inventory – Student Version) e PSS (Escala de Estresse Percebido); e as variáveis independentes, obtidas no questionário de Perfil Sociodemográfico. Após a análise foram realizadas as inferências e interpretações dos dados obtidos nos três questionários.

4.5.4 Confecção do Produto

Devido ao próprio processo de ensino médico ser um fator estressor, em um curso com modelo modular e que utiliza metodologias ativas o estudante tem de lidar com maior grau de incertezas e maior autonomia. Dessa forma, o produto idealizado é uma oficina de estímulo ao pensamento crítico, a qual será aplicada após a defesa do mestrado.

4.6 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de três questionários, de forma remota, via Google Forms: A. Perfil Sociodemográfico; B. Copenhagen Burnout Inventory (CBI -S); C. Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale- PSS);

cada questionário apresenta uma finalidade específica. Adiante segue a descrição e ao que se dedicam.

4.6.1 Perfil Sociodemográfico (Apêndice B)

Questionário para levantamento de dados sociodemográficos abordando questões referentes ao semestre do curso de graduação médica, faixa etária, sexo biológico, identidade de gênero, cor, religião, estado civil, nível econômico, dependentes, moradia, atividade laboral e financiamento do curso, a fim de estabelecer o perfil dos entrevistados.

4.6.2 Copenhagen Burnout Inventory – Student Version - CBI – S (Anexo A)

Instrumento traduzido e validado para o português (Brasil e Portugal), composto por 25 questões dispostas em escala do tipo Likert de cinco pontos (que variam de nunca a sempre), subdivididas em 4 dimensões: 1- Burnout pessoal (PB), composto por 6 questões; 2- Burnout relacionado a estudos (SRB), composto por 7 questões; 3- Burnout relacionado aos colegas (CRB), composto por 6 questões; 4- Burnout relacionado aos professores (TRB), composto por 6 questões.

A recomendação é de que se use cinco pontos de cortes para a avaliação do grau de exaustão sendo zero (0 a 25%), baixo (26 a 50%), moderado (51 a 62,5%), alto (62,6 a 75%) e muito alto (76 a 100%) (CAMPOS; CARLOTTO; MARÔCO, 2013).

Diferentemente do CBI original (KRISTENSEN *et al.*, 2005), que apresenta somente 3 etapas, o CBI-S apresenta uma quarta dimensão que está relacionada aos professores. Essa parte foi incluída na versão CBI-S tendo em vista evidências de que tanto os colegas como os professores podem ser fatores de risco para geração de SB durante a graduação.

Além disso, sobre a escolha da utilização do CBI-S, vale explicitar que embora a maioria dos estudos sobre SB na literatura utilize o instrumento proposto por Maslach, em 1981, o MBI, este estudo utiliza o CBI-S devido à inclusão de abordagem relativa aos colegas e professores que não se apresenta tão aprofundada no MBI – SS. Tendo em vista que o CBI-S tem validação concorrente adequada em relação ao MBI-SS, o CBI-S foi o instrumento de escolha para o presente estudo (CAMPOS; CARLOTTO; MARÔCO, 2013).

4.6.3 Escala de Estresse Percebido - PSS (Anexo B)

Instrumento com 14 questões cujas respostas apresentam um escore que varia de 0 a 4. As questões que envolvem aspectos de percepção negativa (1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14) obedecem às seguintes pontuações: 0 = nunca a 4 = sempre. Por outro lado, as questões que envolvem fatores de percepção positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm seus valores de pontuação invertidos, sendo que o 0 corresponde a 4 pontos, e assim sucessivamente. O valor total da escala corresponde à soma das pontuações das 14 questões, que resultam em escores que variam entre 0 e 56 (KAM *et al.*, 2020). Os resultados do escore PSS indicam estresse muito baixo (0 a 14 pontos), estresse baixo (15 a 28 pontos), estresse moderado (29 a 42 pontos) e estresse alto (42 a 56 pontos) (DIAS *et al.*, 2015; KAM *et al.*, 2020).

4.7 Análise de dados

Foi realizada uma análise descritiva da amostra e subgrupos a fim de caracterizá-los. Para a análise comparativa foi utilizado o teste qui-quadrado de comparação para realizar inferências sobre os resultados obtidos, com a finalidade de avaliar, de forma quantitativa, os escores obtidos nos questionários CBI-S e PSS em relação aos dados sociodemográficos. Os tratamentos estatísticos foram executados no programa SPSS 20.0 (IBM,USA).

5 RESULTADOS

Dos 264 alunos matriculados regularmente no curso de medicina, do 1º ao 4º semestre, 72 alunos responderam à pesquisa entre os dias 23/11/2022 e 29/11/2022, correspondendo a aproximadamente 27,3% do total de alunos matriculados nestes semestres. Na tabela 1 estão descritos o número de alunos por semestre e a frequência do sexo masculino e feminino em cada um.

Tabela 1 – Descrição do total de alunos matriculados do 1º ao 4º semestre no segundo semestre de 2023 – São Caetano do Sul, 2023

Semestre	Sexo feminino	Sexo Masculino	Total de estudantes por semestre
1º semestre	50	16	66
2º semestre	50	15	65
3º semestre	41	25	66
4º semestre	44	23	67
Total Geral	185	79	264

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.1 Análise descritiva do perfil sociodemográfico da amostra

Observa-se primeiramente que os alunos do 2º e 3º semestres responderam em maior percentual (36,1 e 34,7%, respectivamente), enquanto os estudantes do 1º e 4º semestres responderam em menor número (15,3 e 13,9%, respectivamente).

Quanto à faixa etária, observou-se que 40,3% dos estudantes têm entre 17 e 20 anos e também 40,3% deles têm entre 21 a 25 anos; com porcentagens progressivamente menores estão as faixas etárias entre 26 a 30 anos (11%), 31 a 35 anos (5,6%), 36 a 40 anos (1,4%) e acima dos 40 anos (1,4%).

Houve participação consideravelmente maior de estudantes do sexo feminino (80,6%, n=58), e de somente 19,4% de estudantes do sexo masculino. Os estudantes participantes da pesquisa foram majoritariamente brancos (90,3%), com um pequeno número de estudantes que se consideram pardos (8,3%) ou pretos (1,4%), não houve respostas de estudantes amarelos, indígenas ou outros.

Em relação à religião houve bastante variabilidade na frequência, sendo as religiões católicas e espíritas as mais prevalentes (34,7 e 20,8%, respectivamente), porém observa-se que 25% dos estudantes participantes da pesquisa informaram não

professar nenhuma religião. Dos estudantes que professam alguma religião, somente 59,2% são praticantes na sua religião de escolha.

Tabela 2 – Distribuição do número e percentual de estudantes de medicina segundo perfil sociodemográfico – São Caetano do Sul, 2023

Semestre letivo		
	n	%
1º semestre	11	15,3
2º semestre	26	36,1
3º semestre	25	34,7
4º semestre	10	13,9
Total	72	100,0
Faixa etária		
	n	%
17 a 20 anos	29	40,3
21 a 25 anos	29	40,3
26 a 30 anos	8	11,1
31 a 35 anos	4	5,6
36 a 40 anos	1	1,4
Acima de 40 anos	1	1,4
Total	72	100
Sexo biológico		
	n	%
Feminino	58	80,6
Masculino	14	19,4
Total	72	100
Qual é a sua cor de pele?		
	n	%
Preta	1	1,4
Parda	6	8,3
Branca	65	90,3
Amarela	0	0,0
Indígena	0	0,0
Total	72	100
Qual é a sua religião?		
	n	%
Católica	25	34,7
Espírita	15	20,8
Protestante/ Cristã	8	11,1
Afro-brasileira	4	5,6
Não tenho religião	18	25,0
Outras	2	2,8
Total	72	100
Você pratica sua religião?		
	n	%
Sim	32	59,2
Não	22	40,8

Total	54	100
-------	----	-----

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

A maioria dos alunos tem procedência da região metropolitana de São Paulo, em um total de 84,8%, sendo 40,3% proveniente do ABC Paulista; 38,9% são da cidade de São Paulo e 5,6% de outra região da grande São Paulo. Somente 5,6% dos alunos vêm do interior do estado de São Paulo e 8,3% são provenientes de outros estados brasileiros. Não houve participação de estudantes estrangeiros na pesquisa. E um estudante não respondeu sobre a procedência.

A renda familiar apresentou bastante variação, observa-se que somente 5,6% dos estudantes apresenta renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos (SM); 20,8 % apresentam renda familiar entre 5 a 10 SM; outros 20,8% apresentam renda entre 10 e 15 SM; 19,4% apresentam renda entre 15 e 20 SM e 20,8% apresenta renda superior a 20 SM. Nessa questão 12,5% dos participantes optaram por não responder.

Tabela 3 – Distribuição do número e percentual de estudantes de medicina segundo perfil sociodemográfico – São Caetano do Sul, 2023

Estado civil		
	n	%
Solteiro(a)	62	86,1
Casado(a)	7	9,7
União estável	3	4,2
Total	72	100
Você tem filhos?		
	n	%
Sim	3	4,2
Não	69	95,8
Total	72	100
Número de filhos		
	n	%
Nenhum filho(a)	68	94,4
Um filho (a)	1	1,4
Dois filhos (as)	3	4,2
Total	72	100
Qual é a sua condição financeira de manutenção durante a graduação?		
	n	%
Sou sustentado(a) pelos meus pais	57	79,2
Recebo ajuda de parentes	5	6,9
Recebo ajuda de cônjuges	5	6,9

Sou responsável pela minha própria manutenção	4	5,6
Outros	1	1,4
Total	72	100
Você trabalha em atividade remunerada?		
	n	%
Sim, porém sem vínculo empregatício	7	9,7
Sim, porém com vínculo empregatício	5	6,9
Não	60	83,3
Total	72	100
Caso tenha dependentes, quem são?		
	n	%
Mãe e/ou Pai	2	2,8
Irmão	1	1,4
Filhos	3	4,2
Não tem dependente	69	95,8
Total	72	100
Qual sua renda familiar?		
	n	%
1 a 5 salários mínimos	4	5,6
5 a 10 salários mínimos	15	20,8
10 a 15 salários mínimos	15	20,8
15 a 20 salários mínimos	14	19,4
Acima de 20 salários mínimos	15	20,8
Prefiro não responder	9	12,5
Total	72	100
Qual sua condição de moradia atual?		
	n	%
Com os pais ou um deles	54	75,0
Sozinho(a)	6	8,3
Com o(a) cônjuge/companheiro(a)	8	11,1
República/quarto alugado	2	2,8
Casa de familiares ou de amigos	2	2,8
Total	72	100
Procedência		
	n	%
ABC paulista	29	40,3
São Paulo capital	28	38,9
Grande São Paulo	4	5,6
Interior de São Paulo	4	5,6
Demais estados brasileiros	6	8,3
Não respondeu	1	1,4
Total	72	100

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Considerando o estado civil, 86,1% dos estudantes são solteiros, somente 9,7% são casados e 4,2% têm união estável. Apenas 4,2 % dos estudantes têm filhos e 8,3% têm algum tipo de dependente legal.

As condições de moradia durante a graduação de medicina observada nos participantes foram de que a maioria mora com os pais (75%) e somente 8,3% moram sozinhos. Dos alunos casados ou em união estável (n=10), 8 deles moram com seus cônjuges. Os demais estudantes moram em república, quarto alugado ou pensionato (2,8%) ou em casa de familiares ou amigos (2,8%).

Em relação a sua manutenção financeira durante a graduação de medicina, 79,2% dos estudantes recebem auxílio financeiro dos pais ou pelo menos um dos pais, em contrapartida, 5,6% (n=4) se sustentam sozinhos durante o curso. Dos 72 alunos, 16,6% (n=12) realizam atividade laborativa juntamente com as atividades acadêmicas, porém somente cinco possuem vínculo empregatício formal.

Um pouco mais da metade dos alunos (52,8%) já teve diagnóstico realizado por um médico de algum transtorno de saúde mental. Foram citados pelos participantes em pergunta aberta os seguintes diagnósticos: ansiedade generalizada, depressão, síndrome do pânico, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de déficit de atenção e insônia. Destes 38,9% já realizaram tratamento medicamentoso prévio e 26,4% estavam em tratamento medicamentoso no momento da pesquisa. E 36,1% estavam também em tratamento não-medicamentoso, foram citados alguns como tratamento com psicólogo(a), análise, análise psicanalítica, exercício físico, yoga, meditação, *mindfulness*, florais de Bach e Reiki.

Tabela 4 – Distribuição dos dados Saúde Mental progressa dos estudantes de medicina – São Caetano do Sul, 2023

	Já teve algum diagnóstico (feito por médico) de algum transtorno de saúde mental?	
	n	%
Sim	38	52,8
Não	34	47,2

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Tabela 5 – Informação sobre tratamentos medicamentosos e não medicamentosos pregressos e atuais da amostra – São Caetano do Sul, 2023

Já realizou tratamento medicamentoso?		
	n	%
Sim	28	38,9
Não	35	48,6
Prefiro não responder	1	1,4
Total	72	100
Você está em tratamento medicamentoso atualmente?		
	n	%
Sim	19	26,4
Não	45	62,5
Prefiro não responder	1	1,4
Não responderam	7	9,7
Faz algum tipo de tratamento não medicamentoso para a saúde mental no momento?		
	n	%
Sim	19	26,4
Não	45	62,5
Não responderam	8	11,1
Caso esteja realizando tratamento não medicamentoso, qual é esse tratamento?		
	n	%
Não responderam	47	65,3
Tratamento com psicólogo(a)	14	19,4
Tratamento com psicólogo(a) e Meditação	2	2,8
Tratamento com psicólogo(a), Reiki e Meditação	1	1,4
Tratamento com psicólogo(a) e Tratamento com Florais de Bach	1	1,4
Tratamento com psicólogo(a), Meditação, Exercício físico, Musico e cromoterapia	1	1,4
Tratamento com psicólogo(a) e <i>Mindfulness</i>	1	1,4
Meditação e Exercícios físicos	1	1,4
Análise psicanalítica e Yoga	1	1,4
Análise	1	1,4
Exercício físico	1	1,4
Meditação	1	1,4

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.2 Análise descritiva do questionário Copenhagen Burnout Inventory - CBI – S

Do total de participantes, 5 não responderam parte do questionário; 67 estudantes responderam o CBI-S e todos apresentaram algum nível de exaustão. A prevalência de SB em nível muito alto foi de 37,3%, nível alto foi de 29,8%, nível moderado de 16,4% e nível baixo 16,4%, conforme Tabela 6.

Tabela 6 – Categorização dos scores do questionário CBI-S respondido pela amostra – São Caetano do Sul, 2023

SCORE TOTAL CBI – S Categorizado		
	n	%
Baixo nível de exaustão	11	16,7
Moderado nível de exaustão	11	16,4
Alto nível de exaustão	20	29,8
Muito alto nível de exaustão	25	37,3
Total	67	100

Fonte: própria autora (2023).

Na tabela 7 encontram-se as respostas dos estudantes de medicina dadas ao questionário CBI-S, composto pelas 25 questões dispostas em escala do tipo Likert de cinco pontos (que variam de nunca a sempre).

Tabela 7 – Descrição das respostas dos estudantes de medicina ao questionário CBI-S – São Caetano do Sul, 2023

1- Com que frequência você se sente cansado(a)?		
	Frequência	%
Raramente	1	1,4
Às vezes	9	12,5
Frequentemente	38	52,8
Sempre	24	33,3
Total	72	100,0
2- Com que frequência você se sente fisicamente exausto(a)?		
	Frequência	%
Nunca	1	1,4
Raramente	7	9,7
Às vezes	24	33,3
Frequentemente	23	31,9
Sempre	17	23,6
Total	72	100,0

3- Com que frequência você se sente emocionalmente exausto(a)?		
	Frequência	%
Raramente	6	8,3
Às vezes	17	23,6
Frequentemente	27	37,5
Sempre	22	30,6
Total	72	100,0

4- Com que frequência você pensa “Não aguento mais”?		
	Frequência	%
Nunca	5	6,9
Raramente	17	23,6
Às vezes	19	26,4
Frequentemente	19	26,4
Sempre	12	16,7
Total	72	100

5- Com que frequência você se sente esgotado(a)?		
	Frequência	%
Nunca	4	5,6
Raramente	7	9,7
Às vezes	22	30,6
Frequentemente	23	31,9
Sempre	16	22,2
Total	72	100

6- Com que frequência você se sente fraco(a) e susceptível a adoecer?		
	Frequência	%
Nunca	10	13,9
Raramente	17	23,6
Às vezes	20	27,8
Frequentemente	10	13,9
Sempre	15	20,8
Total	72	100

7- Você se sente esgotado(a) no final de um dia da faculdade?		
	Frequência	%
Raramente	6	8,3
Às vezes	18	25,0
Frequentemente	21	29,2
Sempre	27	37,5
Total	72	100

8- Você se sente exausto(a) pela manhã quando pensa em mais um dia na Faculdade?		
	Frequência	%
Raramente	6	8,3

Às vezes	18	25,0
Frequentemente	21	29,2
Sempre	27	37,5
Total	72	100

9- Sente que cada hora de aula/estudo é cansativa para você?

	Frequência	%
Nunca	8	11,1
Raramente	20	27,8
Às vezes	18	25,0
Frequentemente	10	13,9
Sempre	16	22,2
Total	72	100

10- Você tem tempo e energia para a família e amigos durante os tempos de lazer?

	Frequência	%
Nunca	5	6,9
Raramente	16	22,2
Às vezes	32	44,4
Frequentemente	11	15,3
Sempre	8	11,1
Total	72	100

11- Os seus estudos são emocionalmente esgotantes?

	Frequência	%
Nunca	4	5,6
Raramente	16	22,2
Às vezes	18	25,0
Frequentemente	20	27,8
Sempre	14	19,4
Total	72	100

12- Você se sente frustrado(a) com os seus estudos?

	Frequência	%
Nunca	4	5,6
Raramente	13	18,1
Às vezes	23	31,9
Frequentemente	13	18,1
Sempre	19	26,4
Total	72	100

13- Você se sente exausto(a) de forma prolongada com os seus estudos?

	Frequência	%
Nunca	4	5,6
Raramente	12	16,7
Às vezes	14	19,4
Frequentemente	28	38,9
Sempre	14	19,4

Total	72	100
14- Você acha difícil trabalhar com seus colegas de estudo?		
	Frequência	%
Nunca	16	22,2
Raramente	21	29,2
Às vezes	24	33,3
Frequentemente	7	9,7
Sempre	4	5,6
Total	72	100
15- Você sente que esgota sua energia quando trabalha com colegas?		
	Frequência	%
Nunca	17	23,6
Raramente	23	31,9
Às vezes	12	16,7
Frequentemente	13	18,1
Sempre	7	9,7
Total	72	100
16- Você acha frustrante trabalhar com colegas?		
	Frequência	%
Nunca	23	31,9
Raramente	24	33,3
Às vezes	15	20,8
Frequentemente	6	8,3
Sempre	4	5,6
Total	72	100
17- Você sente que dá mais do que recebe quando trabalha com colegas?		
	Frequência	%
Nunca	14	19,4
Raramente	21	29,2
Às vezes	23	31,9
Frequentemente	5	6,9
Sempre	9	12,5
Total	72	100
18- Está cansado de aturar os colegas?		
	Frequência	%
Nunca	28	38,9
Raramente	26	36,1
Às vezes	7	9,7
Frequentemente	6	8,3
Sempre	5	6,9
Total	72	100

19- Alguma vez se questiona quanto tempo mais conseguirá trabalhar com colegas?		
	Frequência	%
Nunca	33	45,8
Raramente	21	29,2
Às vezes	11	15,3
Frequentemente	4	5,6
Sempre	2	2,8
Não Respondida	1	1,4
Total	72	100

20- Você acha difícil lidar com os professores?		
	Frequência	%
Nunca	19	26,4
Raramente	17	23,6
Às vezes	25	34,7
Frequentemente	6	8,3
Sempre	4	5,6
Não Respondida	1	1,4
Total	72	100

21- Você sente que esgota sua energia quando tem que lidar com professores?		
	Frequência	%
Nunca	25	34,7
Raramente	18	25,0
Às vezes	15	20,8
Frequentemente	9	12,5
Sempre	4	5,6
Não Respondida	1	1,4
Total	72	100

22- você acha frustrante lidar com professores?		
	Frequência	%
Nunca	29	40,3
Raramente	10	13,9
Às vezes	17	23,6
Frequentemente	11	15,3
Sempre	4	5,6
Não Respondida	1	1,4
Total	72	100

23- Você sente que dá mais do que recebe quando lida com professores?		
	Frequência	%
Nunca	27	37,5
Raramente	11	15,3
Às vezes	19	26,4
Frequentemente	11	15,3
Sempre	3	4,2
Não Respondida	1	1,4
Total	72	100

24- Está cansado de lidar com professores?		
	Frequência	
Nunca	29	40,3
Raramente	13	18,1
Às vezes	16	22,2
Frequentemente	7	9,7
Sempre	6	8,3
Não Respondida	1	1,4
Total	72	100

25- Alguma vez se questiona quanto tempo mais conseguirá lidar com professores?		
	Frequência	%
Nunca	33	45,8
Raramente	13	18,1
Às vezes	11	15,3
Frequentemente	9	12,5
Sempre	4	5,6
Não Respondida	2	2,8
Total	72	100

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.3 Análise descritiva do questionário Escala de Estresse Percebido - PSS

Os 72 estudantes responderam ao questionário completo. Observa-se que todos eles apresentaram algum grau de estresse percebido.

A maioria apresentou grau moderado de estresse percebido (90,3%) e uma pequena parcela (9,7%) apresentou grau baixo de estresse percebido. Nota-se que não houve participante nos extremos (muito baixo e alto grau de estresse percebido), conforme tabela 8.

Tabela 8 – Categorização dos scores do questionário PSS respondido pela amostra – São Caetano do Sul, 2023

SCORE TOTAL CBI Categorizado		
	Frequência	%
Baixo	7	9,7
Moderado	65	90,3
Total	72	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Na tabela 9 encontram-se as respostas dos estudantes de medicina ao questionário PSS, que é composto por 14 questões.

Tabela 9 – Descrição das respostas dos estudantes de medicina ao questionário PSS – São Caetano do Sul, 2023

1- No mês passado, quantas vezes você ficou chateado(a) por causa de algo que aconteceu inesperadamente?		
	Frequência	%
Quase nunca	6	8,3
Às vezes	34	47,2
Quase sempre	22	30,6
Sempre	10	13,9
Total	72	100,0
2- No mês passado, quantas vezes você se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?		
	Frequência	%
Nunca	3	4,2
Quase nunca	8	11,1
Às vezes	26	36,1
Quase sempre	16	22,2
Sempre	19	26,4
Total	72	100
3- No mês passado, quantas vezes você se sentiu nervoso(a) ou estressado(a)?		
	Frequência	%
Quase nunca	2	2,8
Às vezes	20	27,8
Quase sempre	27	37,5
Sempre	23	31,9
Total	72	100
4- No mês passado, quantas vezes você lidou de forma bem-sucedida com os problemas e aborrecimentos do dia a dia?		
	Frequência	%
Quase sempre	10	13,9
Às vezes	36	50
Quase nunca	25	34,7
Nunca	1	1,4
Total	72	100
6- No mês passado, quantas vezes você se sentiu confiante nas suas capacidades para lidar com os seus problemas pessoais?		
	Frequência	%
Sempre	2	2,8
Quase sempre	22	30,6

Às vezes	28	38,9
Quase nunca	16	22,2
Nunca	4	5,6
Total	72	100,0

7- No mês passado, quantas vezes você sentiu que as coisas estavam ocorrendo à sua maneira (do seu jeito)?

	Frequência	%
Sempre	6	8,3
Quase sempre	27	37,5
Às vezes	31	43,1
Quase nunca	7	9,7
Nunca	1	1,4
Total	72	100,0

8- No mês passado, quantas vezes você percebeu que não poderia lidar com todas as coisas que você tinha para fazer?

	Frequência	%
Nunca	1	1,4
Quase nunca	6	8,3
Às vezes	27	37,5
Quase sempre	26	36,1
Sempre	12	16,7
Total	72	100,0

9- No mês passado, quantas vezes você foi capaz de controlar as irritações da sua vida?

	Frequência	%
Sempre	3	4,2
Quase sempre	14	19,4
Às vezes	39	54,2
Quase nunca	14	19,4
Nunca	2	2,8
Total	72	100,0

10- No mês passado, quantas vezes você sentiu que tinha as coisas sob controle?

	Frequência	%
Nunca	4	5,6
Quase nunca	26	36,1
Às vezes	31	43,1
Quase sempre	11	15,3
Total	72	100,0

11- No mês passado, quantas vezes você se irritou por coisas que aconteceram que estavam fora de seu controle?		
	Frequência	Percentual
Nunca	1	1,4
Quase nunca	11	15,3
Às vezes	21	29,2
Quase sempre	25	34,7
Sempre	14	19,4
Total	72	100,0
12- No mês passado, quantas vezes você deu por si pensando nas coisas que tinha que fazer?		
	Frequência	%
Quase nunca	1	1,4
Às vezes	6	8,3
Quase sempre	23	31,9
Sempre	42	58,3
Total	72	100,0
13- No mês passado, quantas vezes você foi capaz de controlar a maneira como gastar seu tempo?		
	Frequência	%
Sempre	3	4,2
Quase sempre	21	29,2
Às vezes	27	37,5
Quase nunca	15	20,8
Nunca	6	8,3
Total	72	100,0
14- No mês passado, quantas vezes você sentiu que as dificuldades estavam se acumulando tanto que você não poderia superá-las?		
	Frequência	%
Nunca	2	2,8
Quase nunca	17	23,6
Às vezes	17	23,6
Quase sempre	21	29,2
Sempre	15	20,8
Total	72	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

5.4 Análise comparativa e inferencial com teste qui-quadrado

Na análise comparativa, com uso do teste de qui-quadrado, para comparação de dados sociodemográficos e os resultados do CBI-S, observou-se associação significativa entre os estudantes do 1º e 4º semestres com o nível alto de Síndrome de Burnout.

Em relação à faixa etária, as duas primeiras, de 17 a 20 anos e 21 a 25 anos, não apresentaram associação significativa com níveis aumentados de Burnout. No entanto, os estudantes com idade acima de 26 anos apresentaram nível muito alto de Burnout.

Apesar do número de estudantes do sexo masculino ter sido menor (19,4%), a análise do qui-quadrado demonstrou que ser estudante do sexo masculino é estatisticamente significativa para níveis de Burnout moderado, alto e muito alto.

Vale explicitar que embora houve essa diferença na amostra em relação ao número de estudantes do sexo feminino e masculino, optou-se pelo uso estatístico do qui-quadrado pois, além de adequado para esse cenário, na análise geral esse teste apresentou as associações significantes descritas acima.

Na pesquisa sobre a religião as respostas foram bem distribuídas, apresentando número amostral pequeno para cada religião. Entretanto, mesmo com número de estudantes de religião protestante/cristã ($n = 8$) houve uma associação significativa com o nível de Burnout alto, se deve ter um olhar crítico com esse resultado, podendo ser um viés.

Tabela 10 – Associação entre as características sociodemográficas dos estudantes (semestre letivo, faixa etária, sexo biológico, religião e renda familiar) e os níveis de Burnout apresentado no CBI-S – São Caetano do Sul, 2023

		SCORE TOTAL CBI -S Categorizado				
		Semestre letivo	Faixa etária	Sexo biológico	Religião	Renda Familiar
Baixo	qui-quadrado	2,455c	6,091c	,818d	8,545e	2,636f
		3	3,0	1	4	5
	Valor de significância	0,48	0,11	0,37	0,07	0,76
Moderado	qui-quadrado	1,000c	1,273g	4,455d	1,727c	3,727f
		3	2,0	1	3	5
	Valor de significância	0,80	0,53	0,03	0,63	0,59
Alto	qui-quadrado	3,600h	5,200h	9,800i	11,500j	5,200k
		3	3	1	4	5
	Valor de significância	0,31	0,16	0,00	0,02	0,39
Muito alto	qui-quadrado	10,360l	20,400h	14,440m	5,200h	5,000n
		3	4	1	4	5
	Valor de significância	0,016	0,000	0,000	0,267	0,416
		(1º e 4º semestres)	(acima de 26 anos)	(sexo feminino)	(protestante)	

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Na análise comparativa, com uso do teste de qui-quadrado, foram verificados os dados sociodemográficos e os resultados do PSS; observou-se associação significativa entre os estudantes do 1º e 4º semestres com o nível moderado de estresse percebido.

Em relação à faixa etária, as duas primeiras, de 17 a 20 anos e 21 a 25 anos, também não apresentaram associação significativa com níveis aumentados de estresse percebido. No entanto, os estudantes com idade acima de 26 anos apresentaram associação significativa com o nível moderado de estresse percebido.

Nessa análise, o sexo masculino apresentou uma associação significativa com nível moderado de estresse percebido, enquanto as estudantes do sexo feminino não apresentaram associação significativa.

Na pesquisa sobre religião, a religião protestante/cristã, as religiões afro-brasileiras e a variável outras apresentaram associação significativa com o nível de

estresse percebido moderado, porém o número amostral de cada religião é pequeno e novamente é importante explicitar a possibilidade de um viés nessa análise.

Tabela 11 – Análise de qui-quadrado entre as características sociodemográficas dos estudantes de medicina e os níveis de Burnout apresentado no PSS – São Caetano do Sul, 2023

		SCORE TOTAL PSS Categorizado				
		Semestre letivo	Faixa etária	Sexo biológico	Religião	Renda Familiar
Baixo	qui-quadrado	,286a	2,000a	3,571b	,286a	,714c
		2	2,0	1	2	5
	Valor de significância	0,87	0,37	0,06	0,87	0,98
Moderado	qui-quadrado	11,246d	66,908e	23,400f	29,246e	9,123e
		3	5	1	5	5
	Valor de significância	0,010	0,000	0,000	0,000	0,104
		(1º e 4º semestres)	(acima de 26 anos)	(sexo feminino)	(protestante)	

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

6 DISCUSSÃO

Nesta seção apresentam-se as discussões sobre os resultados obtidos na coleta de dados dos três questionários: o sociodemográfico, CBI-S e PSS.

6.1 A prevalência de SB nos estudantes de medicina da USCS está muito diferente das prevalências no Brasil e no mundo?

No que diz respeito à investigação da prevalência de Síndrome de Burnout nos estudantes de medicina, com o questionário CBI-S, observa-se que esta pesquisa apresentou uma prevalência alta de SB, visto que a taxa de alto nível foi de 27,8%, e muito alto nível, de 34,7%.

Na literatura brasileira, Rodrigues *et al.* (2020), Aguiar, Aguiar e Mercês (2018), Barbosa *et al.* (2018) apresentam prevalências bem abaixo das obtidas neste estudo.

Rodrigues *et al.* (2020) realizaram um estudo transversal em uma universidade pública no Distrito Federal na qual a metodologia de ensino é pautada nas metodologias ativas, principalmente utilizando o PBL. A prevalência de SB foi levantada pelo questionário autorreferido MBI-SS, com resultado de 3,95%, sendo um percentual bem abaixo do esperado pela literatura mundial, que é de 33,4% a 55,0%, segundo Frajerman *et al.* (2019).

Outros dois estudos transversais brasileiros (BARBOSA *et al.*, 2017, AGUIAR; AGUIAR; MERCÊS, 2018) também apresentaram prevalência abaixo da média. Barbosa *et al.* (2017) apresentam em seu estudo prevalência de SB de 12% nos estudantes de medicina de uma universidade particular de Goiás; já o estudo de Aguiar, Aguiar e Mercês (2018) aponta prevalência de 19,6% nos estudantes de medicina de uma universidade pública na Bahia.

Ambos os autores pressupõem que o uso das metodologias ativas pode ter sido um fator protetor para os estudantes de medicina. No entanto, Dalmolin *et al.* (2020) realizaram um estudo em uma universidade particular do Paraná utilizando o questionário CBI-S e encontraram uma prevalência bem maior que os demais estudos brasileiros apresentados acima. Em seu estudo, a prevalência foi de 51,28% dos alunos com altos níveis de SB.

Pode-se observar que há uma importante diferença entre as prevalências de SB nos estudos brasileiros utilizando o MBI-SS (RODRIGUES *et al.*, 2020; BARBOSA

et al., 2017; AGUIAR; AGUIAR; MERCÊS, 2018) e o CBI-SS (DALMOLIN *et al.*, 2020) e esta pesquisa.

Nota-se na literatura que quando um estudo utiliza somente os critérios bidimensionais da SB descritos por Maslach e Jackson (1981), exaustão e cinismo, a prevalência se assemelha aos dados encontrados no CBI-S. No entanto, quando calculada pelo critério tridimensional da SB, exaustão, cinismo e inclusão da autoeficácia, a prevalência de SB diminui bastante.

Calcides *et al.* (2019) realizaram um estudo em uma universidade federal do Sergipe e calcularam as prevalências de SB verificadas com a utilização do MBI-SS, com critérios bidimensionais, nas quais 35,9% dos estudantes apresentaram SB; com critérios tridimensionais somente 10,3% apresentaram SB.

Dessa forma, Calcides *et al.* (2020) discutem que uma autoeficácia ainda preservada pode ser um fator compensador ao estresse da vida acadêmica, podendo ser o motivo de a prevalência diminuir na análise tridimensional.

Já quando os autores analisam somente a exaustão, separadamente, a prevalência é ainda maior, tendo 53,3% dos estudantes com alto grau de exaustão emocional (CALCIDES *et al.*, 2020). Esse fato corrobora a escolha desta pesquisa em dar preferência à utilização do questionário CBI-S para que fosse possível avaliar globalmente o grau de exaustão física, mental e emocional dos estudantes.

O resultado da prevalência de SB nos estudantes de medicina da USCS também se apresenta maior quando comparado à literatura mundial. Frajerman *et al.* (2019) realizaram uma revisão sistemática com inclusão de 24 estudos de diversos países, incluindo 17.431 alunos de medicina e, mesmo com a alta heterogeneidade dos estudos, apresentou prevalência de SB semelhante à literatura mundial recente, sendo igual a 44,2% [33,4%–55,0% $I^2 = 99,63$, $p < 0001$].

Almutairi *et al.* (2022) realizaram uma revisão sistemática, de alta qualidade metodológica, com 42 estudos de países de todos os continentes, totalizando 26.824 estudantes de medicina e apresentaram prevalência acumulada de SB de 37,23% [32,66%; 42,05%, $p < 0001$, $I^2 = 42$], confirmando mais uma vez que o resultado desta pesquisa apresentou alta prevalência de SB na amostra estudada.

Silvestre *et al.* (2021) fizeram uma revisão sistemática, com inclusão de estudos em português, espanhol e inglês, porém somente com amostra de estudantes de medicina do Brasil. O estudo apresentou alta heterogeneidade ($I^2 = 95\%$) e a taxa

de SB foi de 17%, demonstrando que as prevalências nas pesquisas com estudantes de medicina do Brasil vêm apresentando níveis abaixo da literatura mundial.

Uma importante reflexão trazida por Silvestre *et al.* (2021) é de que essa variabilidade entre os resultados pode ser devido às particularidades e diferença dos cursos de medicina no Brasil, entre outros fatores.

Vale lembrar que as DCNs para o curso de medicina no Brasil foram elaboradas somente em 2001 e reavaliadas em 2014, com as novas diretrizes para a formação médica. Dessa forma, uma hipótese é de que a variabilidade de currículos presentes nas escolas médicas brasileiras pode contribuir negativamente ou positivamente para os níveis de estresse e exaustão dos estudantes de medicina do Brasil.

No caso dos estudantes de medicina da USCS, devido ao grau de SB e estresse percebido aumentados, pode-se chegar a uma hipótese de que alguma ou até algumas características inerentes ao curso e seu currículo podem estar agindo como fator indutor de SB e estresse. No entanto, neste estudo transversal não é possível identificar a existência de tais fatores, nem tão pouco confirmar essa hipótese.

Isto posto, seria importante a realização de estudo longitudinal para acompanhar a jornada acadêmica dos estudantes da universidade a fim de investigar os fatores estressantes nessa IES, e colaborar com evidências para pesquisas futuras em outros locais.

6.2 As características sociodemográficas dos estudantes de medicina têm relação com as prevalências de SB e estresse percebido?

Embora os fatores de risco para SB e estresse na amostra estudada não tenham sido elucidados neste estudo transversal, foi possível através das análises estatísticas observar algumas associações significantes. Não é possível fazer relações de causa e efeito, mas é possível ter um olhar mais atento para estudantes com essas características sociodemográficas em estudos futuros e também durante a prática docente, com maior cuidado e atenção.

De acordo com as análises deste estudo, a relação entre a idade e os níveis de SB e estresse percebido vão ao encontro dos achados em duas revisões, as quais também encontraram relação entre idade e SB. Chunming *et al.* (2017) observaram que estudantes mais velhos, do sexo masculino, apresentam maior grau de SB. Já Almutairi *et al.* (2022) alertam que, além de estudantes com faixa etária maior terem

maior grau de SB, existe uma relação com o sexo dos indivíduos, observando que estudantes do sexo feminino com maior faixa etária apresentam maior grau de SB na literatura mundial, diferentemente do encontrado neste estudo.

Já o estudo de Frajerman *et al.* (2019) não identificou a relação entre SB e o sexo dos participantes, porém manteve a percepção em relação à idade.

Barbosa-Medeiros e Caldeira (2021) realizaram um estudo a fim de avaliar a saúde mental dos estudantes de medicina, com abordagem segundo o sexo dos indivíduos, e encontrou relação significativa entre transtornos de saúde mental e sexo feminino, com maior risco de transtorno mental comum (TMC), como ansiedade e depressão, insônia e risco de menor qualidade de vida, porém em relação à SB não houve associação significativa entre os sexos.

Dessa forma, a discussão da relação entre SB e o sexo ainda não está bem estabelecida na literatura, conforme exposto acima, nos resultados de grandes revisões sistemáticas recentes.

No entanto, nos resultados apresentados na pesquisa realizada com estudantes de medicina da USCS observou-se associação significativa do sexo masculino com altos níveis de SB. Portanto, uma possível inferência é que, mesmo com número amostral menor, os homens que responderam à pesquisa já estavam se percebendo com algum grau de estresse.

Tal fato vai ao encontro do que ocorre na assistência médica, na qual os homens procuram muito menos os serviços de saúde para realizar acompanhamentos para promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento precoces, quando comparados às mulheres. É importante que estudos futuros consigam estabelecer melhor essa relação, a fim de poder agir precocemente para a prevenção da SB, com ações direcionadas para homens e mulheres, caso seja necessário.

Por último, é necessário discutir a associação significativa entre SB e os semestres do curso. Embora não haja muitos argumentos na literatura para essa relação, na prática docente, no dia a dia com os alunos, é possível obter algumas percepções que podem permitir inferências e hipóteses nesse tema.

Os alunos do 1º semestre vêm de uma educação bancária desde o ensino fundamental, passando pelo ensino médio e depois estudando para o vestibular. Ao iniciar na graduação de medicina na USCS, se deparam com um currículo modular (USCS, 2019) 100% pautado em metodologias ativas.

Assim, observa-se, no dia a dia, que a adaptação ao novo método é bastante desconfortável e angustiante. Por isso, é importante que atividades de integração e adaptação sejam desenvolvidas e bem aceitas pelos estudantes, sem que seja mais uma obrigação acadêmica (ISHAK *et al.*, 2013).

Em relação aos resultados significantes entre o 4º semestre e os níveis de SB, pode-se observar que apesar de os estudantes já estarem um pouco mais adaptados às metodologias ativas no segundo ano do curso, o currículo do 4º semestre é constantemente sinalizado pelos alunos como muito extenso. De certa forma, acaba gerando uma sobrecarga para os estudantes que ainda precisam lidar com todas as outras dificuldades inerentes à formação médica.

Sendo assim, pode-se concluir que a questão apresentada sobre o 4º semestre do curso possui características mais de organização, como por exemplo do Projeto Político Pedagógico (PPP), para ser solucionada. No entanto, a questão dos estudantes do 1º semestre, e também dos demais estudantes (do 2º e 3º semestre), podem ter boa resposta ao produto idealizado como parte da conclusão dessa dissertação.

6.3 Limitações e fortalezas da pesquisa

Primeiramente, é importante apresentar as limitações do estudo. No segundo semestre de 2022, período em que a pesquisa foi realizada, havia 267 estudantes matriculados regularmente do 1º ao 4º semestre do curso de medicina. No entanto, somente 72 alunos participaram da pesquisa, ou seja, menos de 30% dos estudantes responderam aos questionários.

Uma das hipóteses levantadas para esse número amostral é o curto período utilizado para a coleta de dados (uma semana), gerando uma amostra pequena, porém, a principal hipótese para esse fato é que o período da pesquisa ocorreu no final do ano, ou seja, no final do semestre letivo, coincidindo com a proximidade das provas finais.

No entanto, uma das fortalezas desta pesquisa se deu a partir de uma de suas limitações, pois foi possível identificar que os estudantes, ao final do semestre letivo, com a chegada das avaliações, tendem a apresentar aumento dos níveis de estresse, o que pode acarretar alta prevalência de Síndrome de Burnout.

Essa observação vai ao encontro do observado por Kristensen *et al.* (2005) em seu estudo, afirmando que os níveis da SB variam ao longo do tempo, de acordo com

os fatores estressantes aos quais o indivíduo está sendo exposto, por um período de tempo, até que a pessoa chegue a níveis de exaustão física, mental e emocional que caracterizam a presença do Burnout.

Além disso, outra fortaleza desta pesquisa é que os dois instrumentos escolhidos para a coleta de dados, o CBI-S e o PSS, cumpriram o papel de responder à pergunta de pesquisa, sendo possível estimar a prevalência da Síndrome de Burnout e de estresse percebido nos estudantes de medicina da USCS, do 1º ao 4º semestre.

Enfim, postas as observações desta pesquisa, pode-se concluir que é de extrema importância que as IESs assumam a responsabilidade de proteger e promover a saúde mental de seus estudantes, nas dimensões relacionadas à vida acadêmica.

Os programas de promoção e prevenção de estresse e SB têm demonstrado cumprir esse papel com boa eficácia (SHAPIRO; SHAPIRO; SCHWARTZ, 2000; SHIRALKAR *et al.*, 2013). Todavia, tais intervenções necessitam ser incluídas no currículo do curso para que não se tornem mais uma carga de atribuições com pouca adesão dos estudantes e para que todos possam ter acesso, sem medo de estigmas (ISHAK *et al.*, 2013).

Embora se saiba que é inevitável certo grau de sofrimento psíquico durante a graduação médica, e na própria carreira médica, afinal a medicina apresenta angústias e incertezas inerentes à profissão (DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT, 2006), não se deve normalizar transtornos mentais como síndrome de Burnout, depressão, ansiedade e diversos outros como efeito colateral da profissão médica.

Portanto, urge que a abnegação, vista ainda como extremamente valiosa em muitas instituições de ensino, principalmente por professores médicos mais antigos, seja revista para os futuros médicos entenderem que o sofrimento psíquico não deve ser normalizado, sendo encorajados a cuidar de sua saúde mental (SHAPIRO; SHAPIRO; SCHWARTZ, 2000).

7 PRODUTO

Os objetivos secundários desta pesquisa estão relacionados ao desenvolvimento deste produto. O guia para realizar a oficina abaixo proposta visa estimular o pensamento crítico em estudantes de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (Quadro 7).

A partir do desenvolvimento deste protótipo, será proposto e aplicado o produto para investigar se o estímulo ao PC reduz fatores estressantes e a intolerância à ambiguidades e incertezas inerentes ao ensino e prática médica, e dessa forma, prevenir a Síndrome de Burnout em estudantes de medicina.

Quadro 7 – Descrição geral do produto idealizado, São Caetano do Sul, 2023

DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO	
Título: Pensamento Crítico: Um guia para estimular o pensamento crítico e o raciocínio clínico para estudantes de medicina	
Autor(a)	Letícia Cleto Duarte Sugiyama
Lócus de Implementação do projeto e sua localidade	Curso de medicina USCS – Campus centro
Município da Escola	São Caetano do Sul – SP
Professor Orientador	Prof. Dr Daniel Leite Portella
Programa de Ensino	Programa de pós-graduação mestrado profissional inovação no ensino superior em saúde
Linha de Pesquisa	Inovações Educacionais em Saúde Orientada pela Integralidade do Cuidado
Palavras-Chave	Esgotamento Profissional, Ensino em saúde, Estudante, Estresse Psicológico, Pensamento crítico
Formato do Material didático	Guia para realização de oficina
Público-alvo	Estudantes de medicina
Designer	Letícia Cleto Duarte Sugiyama
Conteúdo (organização)	Letícia Cleto Duarte Sugiyama

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Guia para oficina de estímulo ao pensamento crítico em estudantes de medicina. São Caetano do Sul, 2023

PENSAMENTO CRÍTICO

Um guia para estimular o pensamento crítico e o raciocínio clínico em estudantes de medicina

APRESENTAÇÃO

Caro(a) leitor(a)

Este guia é um material didático produzido a partir da conclusão do Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS e é parte integrante da seguinte pesquisa “Investigação de Síndrome de Burnout em estudantes de medicina e estímulo ao pensamento crítico como fator protetor”.

A ideia deste produto surgiu a partir da observação do grau de estresse e risco de Síndrome de Burnout aos quais os estudantes de medicina estão expostos. A fim de tentar encontrar um meio inovador de diminuir o grau de estresse no processo de formação médica, foi elaborado este guia, que apresenta a condução de oficina que estimule o pensamento crítico dos estudantes de medicina e, assim, promova maior grau de autonomia e maior capacidade de lidar com ambiguidades e incertezas.

Embora, inicialmente, a produção da oficina tenha sido pensada para criar um método inovador visando proteger a saúde mental dos estudantes, durante o processo de sua confecção foi percebido que o estímulo ao pensamento crítico traria benefícios ao próprio estudante em sua vida acadêmica, pessoal e profissional. Além disso, teria repercussões na sociedade, sendo esse indivíduo crítico-reflexivo um potente agente transformador da realidade ao seu redor.

Desejamos que este guia possa colaborar para propagar a importância de formarmos cada vez mais médicos críticos e reflexivos.

Boa leitura!

INTRODUÇÃO

No Brasil, os cursos de medicina devem ser pautados nas Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), de 2014, que incentivam a utilização das metodologias ativas (MA) na formação médica, pois o aprendizado é estimulado a partir de “situações-problemas” ou “situações reais” observadas durante o curso, as quais são semelhantes às que o aluno vivenciará depois, em sua vida profissional (BRASIL, 2014).

Ou seja, o estudante deve se corresponsabilizar pela própria formação e aquisição de conhecimento, a fim de adquirir autonomia intelectual, isto é, ele deve aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, e avaliar, de forma crítica, as informações obtidas (BRASIL, 2014; MORAN, 2015).

Dessa forma, as DCNs (2014), em seu Art. 3, definem que o perfil de egressos médicos deve ter uma

formação médica geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p. 1).

Quadro 8 – Definição das dimensões a serem desenvolvidas na formação médica, conforme DCNs (2014)

Generalista	“Desenvolver a capacidade do profissional médico para que ele tenha a percepção da globalidade e possa agir com base na lógica da integralidade das ações de saúde, com conhecimento consistente sobre o ciclo de vida, de modo a atuar na promoção da saúde, realizar intervenções de recuperação e reabilitação de maneira contínua e integrada entre os serviços de saúde, valorizar o contexto sociocultural dos indivíduos e articular os recursos disponíveis em saúde a favor do cidadão e de sua coletividade”
Humanista	“Competência que propicia maior compreensão das expressões do sofrimento humano e das manifestações socioculturais dos adoecimentos, assim como de habilidades de comunicação e construção de vínculos que possibilitam a interação necessária a qualquer ato médico. É a formação que permite aproximações com a filosofia e a ética não só como exercício reflexivo do pensar, mas também como método para a tomada de decisão clínica e assistencial, momento chave da prática médica. Sendo assim, essa competência permite uma nova compreensão da vivência e do sofrimento da pessoa por meio da empatia, incorporando a realidade social e a experiência individual à interface entre médico e paciente. Trata-se de uma concepção integrada que pretende melhorar as capacidades de comunicação dos médicos e aprofundar a narrativa sobre enfermidade, com o propósito de procurar novas formas de promoção do bem-estar do paciente”
Ético	“Criação de juízo de valor, necessário para estabelecer e seguir limites legais para a vida profissional. A palavra “ética” vem do grego <i>ethos</i> , cujo significado é “modo de ser” ou “caráter”. Moral vem do termo latino <i>morales</i> , que significa “relativo aos costumes”. Sendo assim, uma formação ética é aquela que busca desenvolver a capacidade de soluções razoáveis e prudentes em casos que apresentam conflitos morais existentes entre o profissional de saúde, o paciente e os familiares, sempre respeitando a vida humana”
Crítico*	“O pensamento crítico como uma análise contextualizada da realidade, que, nessa compreensão, é dinâmica, podendo se modificar com os transcurso histórico e circunstancial ^{15,16} . Além disso, o pensamento crítico preza as seguintes características: busca pela verdade, mente aberta e perfil sistemático, autoanalítico, inquisitivo e maduro. Dessa maneira, o pensamento crítico é entendido como uma busca pela verdade por meio de um jeito racional de pensar”
Reflexivo*	Processo metacognitivo no qual os profissionais fazem uma pausa e utilizam uma abordagem atenta, interativa e exploratória para analisar criticamente seus pensamentos, suas ações e sua base conceitual, tudo isso com o objetivo de promover o aprendizado e nutrir seu desenvolvimento pessoal a partir das experiências vivenciadas no dia a dia

Fonte: Adaptada de Moura *et al.* (2020).

*As formações crítica e reflexiva apresentam ainda uma interface entre seus conceitos. Isso decorre da interdependência criada pela necessidade de reflexão para se atingir um pensamento crítico e da indispensabilidade desse pensamento para se realizar uma reflexão.” (Moura *et al.*, 2020, p. 3).

O pensamento crítico é uma ferramenta essencial para a prática assistencial dos futuros médicos, pois apresenta um grande papel no desenvolvimento tanto de um raciocínio clínico quanto da tomada de decisão eficaz e segura. (AMORIN, 2013). Entretanto, mesmo o pensamento crítico sendo tão importante no ensino médico, o nível de PC nos estudantes de medicina da Universidade de São Caetano do Sul (USCS) se apresenta igual à média populacional brasileira, ou seja, avaliado como insuficiente (ALMEIDA; PORTELLA, 2021).

Na tradição ocidental, o pensamento crítico se inicia nos ensinamentos filosóficos de Sócrates (CHAFFE, 2009) e desde então vem sendo bastante estudado, principalmente por três áreas: a psicologia, a filosofia e a educação, ou pedagogia. Essas vertentes vêm, ao longo do tempo, procurando definir o conceito de pensamento crítico que refletem da melhor forma seus interesses (LAI, 2011).

Como este guia é focado em estudantes de medicina, é necessário compreender melhor como a vertente da pedagogia estuda e conceitua o que é pensamento crítico (PC). Alguns estudiosos importantes dessa linha precisam ser citados, como Jonh Dewey, Robert Ennis, Paulo Freire, Donald Schön, entre outros

Dewey (1998) afirma que o PC está ligado a uma “atitude científica da mente e do pensar”, portanto, o método científico era o meio mais genuíno de obter a compreensão e entendimento das experiências que vivenciamos todos os dias neste mundo. Além do pensamento crítico, há o conceito de pensamento reflexivo, no qual a reflexão tende a tornar o pensamento um ato voluntário e consciente.

Para Schön (1987), somente a partir desse “saber na ação” que o autor denomina como “prática reflexiva” é que o indivíduo consegue, de forma crítica, identificar uma situação indeterminada como única, com singularidades e conflito de valores, nas quais somente com técnica e conhecimento não é possível chegar à solução.

Além disso, Freire (1980), em seus estudos, propõe abertamente uma educação político-pedagógica que vai ao encontro do pensamento reflexivo proposto por Dewey (DALBOSCO; BERTOTTO; SDHWENGBER, 2020). Nesse sentido, a educação tem um papel importante que deve levar o indivíduo a se descobrir como agente social e histórico através de uma consciência crítica e reflexiva (FREIRE, 1980; SCOCUGLIA, 1999; GOMES; REGO, 2014).

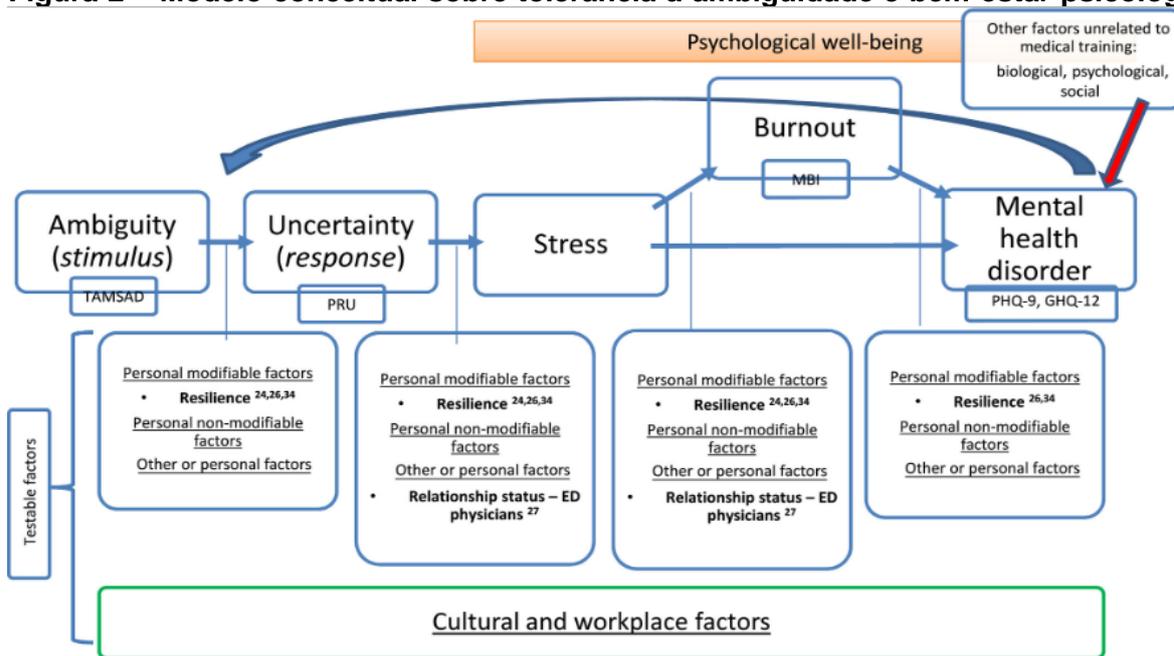
Com a finalidade de unificar o conceito de pensamento crítico, a American Philosophical Association (APA) publicou o “Relatório Delphi” (FACIONE, 1990), no qual define que:

Pensamento crítico é um julgamento proposital e auto-regulador que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como na explicação das considerações evidenciais, conceituais, metodológicas, criteriológicas ou contextuais nas quais esse julgamento é baseado. O PC é essencial como ferramenta de investigação. Como tal, O PC é uma força libertadora na educação e um recurso poderoso na vida pessoal e cívica. (FACIONE, 1990, p. 3).

Durante a formação médica o estudante precisa aprender a lidar com inúmeras informações e filtrar criticamente aquelas confiáveis e de qualidade. O modelo conceitual da “intolerância à ambiguidade ou incertezas” demonstra que quanto maior a dificuldade do aluno em lidar com esses dois conceitos, maior é o prejuízo para sua saúde mental, com aumento do risco de síndrome de Burnout e outros transtornos mentais, como ansiedade e depressão (CAUFIELD *et al.*, 2014; HANCOCK; MATTICK, 2019).

Tendo em vista o grau insuficiente de pensamento nos estudantes de medicina apresentado em Almeida e Portella (2021) e o fato de que a medicina é uma ciência biológica, e não exata, que possui nela mesma atributos inerentes de probabilidade e incertezas (CISNEROS, 2009), este guia visa estimular o pensamento crítico dos estudantes de medicina.

Figura 2 – Modelo conceitual sobre tolerância à ambiguidade e bem-estar psicológico



Fonte: Hancock; Mattick (2019, s.p.).

Legenda: ED - Departamento de Emergência; GHQ-12 - General Health Questionnaire-12; MBI, Maslach Burnout Inventory; PHQ-9 - Patient Health Questionnaire-9; PRU - Physicians' Reactions to Uncertainty Scale; TAMSAD - Tolerance of Ambiguity in Medical Students and Doctors Scale.

O raciocínio clínico e a solução de problemas

A medicina atualmente tem seu alicerce na prática baseada em evidências científicas, porém, o encontro entre médico e paciente pode gerar algumas incertezas (MONTGOMERY, 2005). Para exemplificar, Carneiro (1998) salienta que a cada três pacientes atendidos surgem duas questões clínicas importantes através do raciocínio clínico, sendo 50% sobre tratamento, 25% sobre diagnóstico e o restante de ordem variada. Das questões levantadas, 30% não são respondidas na consulta. A medicina baseada em evidências reduz essas incertezas e permite a busca rápida de informação para solucionar as questões clínicas que surgem na consulta, no entanto, não as elimina completamente (CARNEIRO, 1998; MONTGOMERY, 2005).

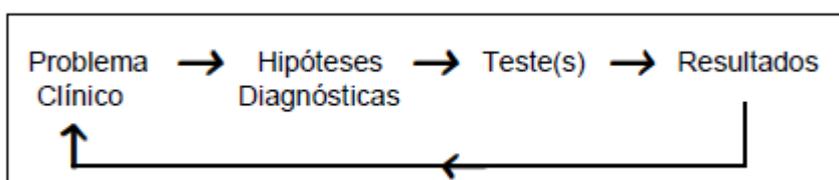
A solução de problemas clínicos é complexa e possui dois campos que podem ser explicados isoladamente, mas que na prática clínica acontecem de forma conjunta. A primeira forma de resolver questões clínicas é a partir do “ajustamento de padrões” ou “*pattern matching*”, que está baseado no conteúdo, na identificação de padrões previamente experienciados ou estudados e que permite solução em casos mais comuns. No entanto, quando se trata de casos mais raros ou complexos essa primeira forma não é suficiente para resolver a questão (CARNEIRO, 1998; MONTGOMERY, 2005).

Sendo assim, a segunda forma de solucionar problemas clínicos é o método hipotético-dedutivo, que também pode ser chamado de método crítico ou da tentativa e erro, e foi descrito por Popper no início do século XX? (RÉA-NETO, 1998).

A partir da dúvida clínica encontrada no encontro médico-paciente, o médico levanta diversas hipóteses e por meio do método clínico, ou seja, com a realização da anamnese, exame físico, solicitação de exames complementares, é possível testar e refutar todas as hipóteses. Caso a hipótese seja refutada pelo médico, ela é excluída. No entanto, se não for refutada, ela é então confirmada e permite maior chance de acertar no diagnóstico e tratamento (CARNEIRO, 1998; RÉA-NETO, 1998).

É importante deixar claro que médicos experientes conseguem, de forma conjunta, utilizar os dois métodos na solução de questões clínicas, porém o estudante em formação ainda está desenvolvendo a capacidade do raciocínio clínico.

Figura 3 – Método hipotético dedutivo para solução de questões clínicas



Fonte: Réa-Neto (1998, p. 302).

Figura 4 – Delineamento do método hipotético dedutivo para validação diagnóstica

1) O diagnóstico explica os achados clínicos?	sim	achados específicos	→	hipótese suportada
	não	achados inespecíficos	→	hipótese possível
	não	somente uma doença provável	→	hipótese refutada
		mais de uma doença provável	→	hipótese não refutada
2) Os achados esperados estão presentes?	sim	achados específicos	→	hipótese suportada
	não	achados inespecíficos	→	hipótese possível
	não	dado ausente <i>sine qua non</i>	→	hipótese refutada
		dado ausente não <i>sine qua non</i>	→	hipótese não refutada

Fonte : Réa-Neto (1998, p. 308).

Lipman (2003) afirma que o pensamento, além de crítico, é também criativo, tendo em vista que para solucionar problemas é necessário gerar hipóteses e ter novas ideias. Sendo assim, afirma que no processo de solução de problemas há que se valorizar a criatividade.

Para Gontijo e Fonseca (2020), estudiosos do campo da matemática, o pensamento crítico e criativo são caracterizados como:

uma ação coordenada de geração de múltiplas e diferentes ideias para solucionar problemas (fluência e flexibilidade de pensamento) com o processo de tomadas de decisão no curso da elaboração dessas ideias, envolvendo análises dos dados e avaliação de evidências de que os caminhos propostos são plausíveis e apropriados para se chegar à solução, argumentando em favor da melhor ideia para alcançar o objetivo do problema (originalidade ou adequação ao contexto). (GONTIJO; FONSECA, 2020, p. 5).

Dessa forma, para Lipman (2008) e Facione e Facione (2008), o desenvolvimento do pensamento crítico e da competência para o raciocínio clínico devem estar presentes desde o início da formação médica. Com a finalidade de estimular o pensamento crítico, criativo e o raciocínio clínico foi desenvolvido este guia para aplicação de oficinas a estudantes de medicina.

O desenvolvimento da oficina de estímulo ao pensamento crítico e raciocínio clínico apresentada neste guia foi baseado na proposta abaixo descrita.

Gontijo e Fonseca (2020) desenvolveram uma oficina para estimular o pensamento crítico e criativo na solução de problemas matemáticos; tendo em vista que o PC é multidimensional, a oficina foi desenvolvida em seis passos. Primeiramente, ocorre o “aquecimento”, que possui finalidade motivacional, seguido da introdução ao tema e logo após há a apresentação e desenvolvimento da tarefa.

Finalizada a investigação e solução do problema, ocorre a sistematização do conteúdo a ser aprendido. Para finalizar, uma reflexão retrospectiva é feita, a fim de sintetizar o que foi aprendido na oficina, terminando com a aplicação das competências adquiridas em situações futuras. Os seis passos são apresentados de forma detalhada na Quadro 9.

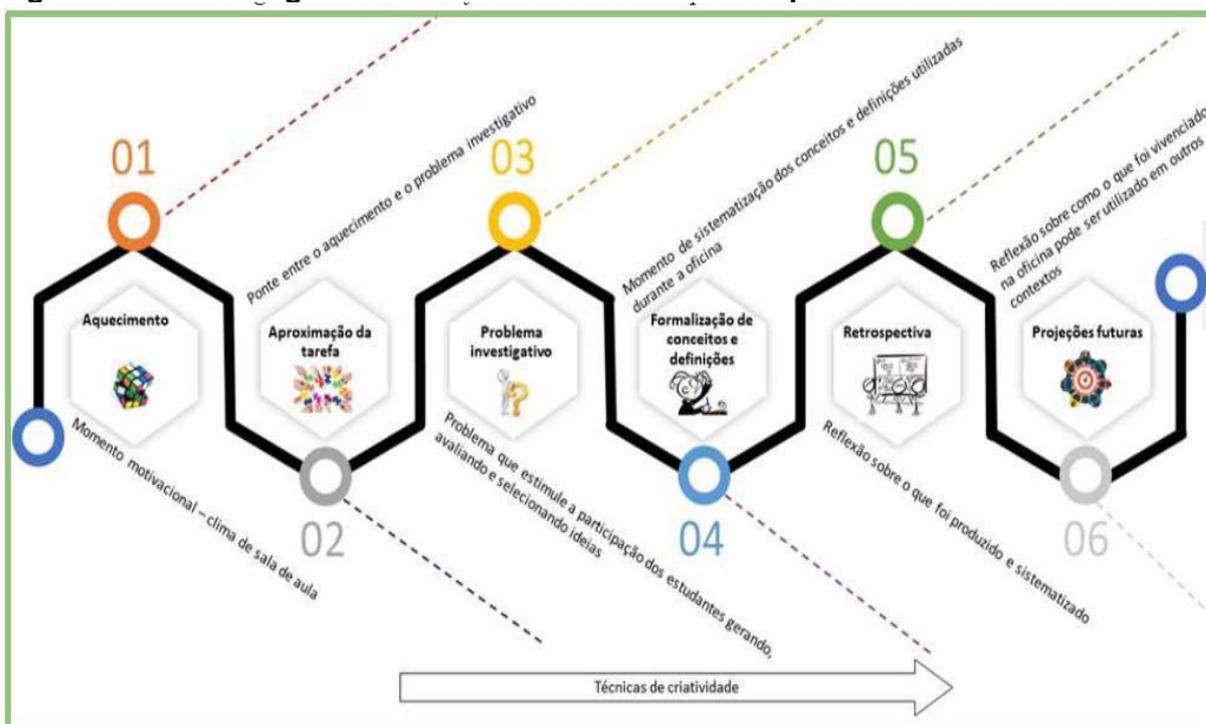
Quadro 9 – As seis fases da oficina de estímulo ao pensamento crítico e criativo

Fases da oficina	Desenvolvimento das fases
1ª Fase: <i>Aquecimento.</i>	Fase que condiz ao desenvolvimento de uma atividade exploratória, motivadora, que busca instigar os estudantes a se envolverem com as tarefas seguintes.
2ª Fase: <i>Aproximação com a tarefa.</i>	Nesta fase, propõe-se apresentar aos estudantes uma atividade que os aproxime da questão central que deverá ser respondida ao longo da oficina.
3ª Fase: <i>Desenvolvimento da tarefa - Problema Investigativo.</i>	Fase que corresponde ao desenvolvimento da atividade principal, que tem como objeto central a execução de resolução de problemas. Momento em que os estudantes poderão produzir a partir de algumas questões, observando suas próprias soluções e debatendo sobre os resultados - podendo voltar ao início da tarefa, reconstruir novos caminhos, conjecturando e construindo novas soluções.
4ª Fase: <i>Sistematização - Formalização de conceitos e definições.</i>	Nesta fase, depois da seleção de hipóteses pelos estudantes, o professor pode problematizar e oferecer as condições necessárias para a resolução do problema, promovendo a sistematização das definições/conceitos que envolvem a tarefa.
5ª Fase: <i>Retrospectiva.</i>	Esta fase é destinada à revisão de todas as tarefas desenvolvidas no decorrer da oficina, momento de levar os estudantes a refletirem sobre todas as ações realizadas, elencando o que foi aprendido. Neste momento, pode-se coletar os depoimentos relacionados às experiências do processo de aprendizagem na oficina, considerando as atividades que menos ou mais gostaram, bem como identificar quais foram os motivos relativos a essas experiências.
6ª Fase: <i>Projeções futuras.</i>	Esta fase constitui buscar possibilidades para que os estudantes prossigam explorando os temas trabalhados na oficina nas demais conjunturas em que se inserem.

Fonte: Leal (2022, p. 56).

Para o desenvolvimento da oficina, o 3º passo foi modificado para “Desenvolvimento do raciocínio clínico” ao invés de “desenvolvimento da tarefa”. Na figura 4 é possível visualizar de forma sequencial as fases da oficina proposta por Gontijo e Fonseca (2020).

Figura 5 – Modelo gráfico de oficina de estímulo ao pensamento crítico e criativo



Fonte: Fonseca; Gontijo (2020, p. 739).

OBJETIVO

Este guia possui o objetivo de apresentar o passo a passo de uma oficina que visa estimular o pensamento crítico nos estudantes de medicina para atuar como fator protetor da saúde mental desses alunos.

APRESENTAÇÃO DAS ETAPAS DA OFICINA

Quadro 10 – Características da oficina de estímulo ao pensamento crítico e treinamento do raciocínio clínico

TEMA: Pensamento Crítico e raciocínio clínico	
Público-alvo	Estudantes de medicina do ciclo básico (1º a 6º semestre)
Lócus de Implementação do projeto e sua localidade	Curso de medicina USCS – Campus centro
Carga-horária	Total de 6 horas, divididas conforme as etapas abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora - pré-oficina • 1 hora - 1º e 2º passo

	<ul style="list-style-type: none"> • 3 horas - 3º e 4º passo • 1 hora - 5º passo
Número de participantes	10 a 15 participantes por grupo
Materiais necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Sala com mesas e cadeiras para divisão de trios ou duplas; • Projetor e computador para projeção de <i>slides</i> com material para realização da oficina; • Lousa e pincéis atômicos coloridos; • Folhas de sulfite, <i>post its</i> e canetas.
Facilitadores	De 1 a 2 facilitadores para cada grupo de 10-15 alunos. Devido ao tema pensamento crítico e raciocínio clínico é necessário que um dos facilitadores seja médico.

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

1º PASSO: AQUECIMENTO

Para o desenvolvimento deste momento inicial da oficina, o Protocolo Instrucional para Produção de Materiais Educacionais (PIME), de Leite e Portella (2022), foi escolhido porque a utilização de disparadores unimodais e multimodais em conjunto permitem despertar emoções e propiciar um cenário enriquecedor com símbolos e significados, possibilitando, dessa forma, que o estudante seja estimulado e instigado a se envolver nos passos seguintes da oficina.

Segundo o PIME, primeiramente é necessário selecionar o tema e a intencionalidade na escolha do disparador. A definição do tema deve ser baseada nas dimensões estruturantes da formação em saúde, como as dimensões éticas, psicológicas, culturais, epistemológicas, políticas e ideológicas, entre outras.

A abordagem escolhida foi viagem educacional que se trata de “uma ferramenta que permite a integração emoção-razão a partir de sentimentos disparados no contato com a produção artística”.

Os disparadores unimodais e multimodais escolhidos foram:

- **Unimodal**

- Texto “O que é música?” ((Descomplicando a Música - Registro na Fundação Biblioteca Nacional), disponível, em 05 de maio de 2023, em: <https://www.descomplicandoamusic.com/o-que-e-musica/>).

- Texto “Música Popular x Música Erudita” (Descomplicando a Música - Registro na Fundação Biblioteca Nacional), disponível em:

<https://www.descomplicandoamusicacom.com/musica-popular-erudita/>.

- Texto “O Racismo e a Apropriação Cultural no mundo da Música – Ítalo Araújo”, disponível, em 05 de maio de 2023, em:

<https://medium.com/@itoaraujo/o-racismo-velado-no-mundo-dam%C3%BAAsica-70e1e434e0f8>.

- **Multimodal:**

- Música Baile de Favela, disponível, em 05 de maio de 2023, em:

https://www.youtube.com/watch?v=kzOkza_u3Z8.



- Clipe Mama África, disponível, em 05 de maio de 2023, em:

https://www.youtube.com/watch?v=oBdmw_4ljAw.



2º PASSO: APROXIMAÇÃO COM A TAREFA

Após o aquecimento com a leitura dos textos e escuta das músicas acima propostas, se inicia a 2ª etapa da oficina, ainda utilizando o PIME, de Leite e Portella (2022).

O Modelo RED© é utilizado para introduzir os temas centrais escolhidos para essa oficina, pautados em quatro dimensões estruturantes do ensino em saúde: a ética, a psicológica, a cultural e a política.

Bloco 1: Questões que estimulem o reconhecimento de suposições sobre racismo, pobreza e subemprego nos disparadores.

- Quais os temas principais presentes nos disparadores?
- Caso tenha identificado algum tema comum nos disparadores, desenvolver uma hipótese e apresentar evidências que confirme a suposição sobre o tema encontrado.

Espera-se, neste bloco, que os estudantes observem a presença de temas como pobreza, racismo e preconceito, formulem hipóteses sobre esses temas e identifiquem evidências desses temas nos disparadores apresentados acima.

Bloco 2: Questões que estimulem a avaliação de argumentos sobre racismo, pobreza e subemprego a partir dos disparadores.

-Quais são os argumentos a favor e contra os temas abordados nos disparadores?

-Caso tenham opiniões distintas, identificar quais evidências podem embasar as opiniões contrárias e identificar como lidar com opiniões diferentes.

Espera-se, neste bloco, que os estudantes consigam debater com argumentos próprios os temas como pobreza, racismo e preconceito, identificar argumentos contrários e aprender a lidar e debater com opiniões diferentes.

Bloco 3: Questões que estimulem a tirar conclusões sobre racismo, pobreza e subemprego a partir dos disparadores

- De acordo com o senso comum e sua experiência de vida, quais as conclusões sobre os disparadores?

- De acordo com as conclusões definidas a partir dos disparadores, estas podem afetar outras pessoas, seus pacientes ou a sociedade?

Espera-se, neste bloco, que os estudantes consigam observar e concluir que sua visão de mundo, suas experiências de vida e seus preconceitos podem contribuir positiva ou negativamente em sua prática clínica.

3º PASSO: DESENVOLVIMENTO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO

Após o aquecimento e a aproximação da tarefa que pretendem estimular o pensamento crítico, inicia-se o 3º passo. É o passo principal da oficina, neste momento espera-se que os estudantes já estejam motivados e preparados pelas etapas

anteriores e estejam focados no “processo de solução de problemas clínicos”. Eles devem se dividir em duplas ou trios e, a partir do caso clínico apresentado pelo facilitador, aplicar o método hipotético-dedutivo com a formulação de hipóteses e procurar, a partir de mais informações da anamnese, exame físico e exames complementares, refutar aquelas que não sejam confirmadas, a fim de chegar somente a uma hipótese.

Abaixo, segue a apresentação de um caso simulando a sequência de uma consulta a qual as informações vão sendo passadas aos alunos somente quando questionarem o próximo passo. Além disso, conforme a sequência do atendimento é realizado o raciocínio clínico e possíveis hipóteses diagnósticas são apresentadas como exemplos. Vale lembrar que na oficina os estudantes podem levantar hipóteses diferentes das apresentadas abaixo em maior ou menor número.

Quadro 11 – Caso clínico para treinamento do raciocínio clínico

- Apresentação da paciente Valentina

Valentina Maria Soares, sexo feminino, negra, casada e com 2 filhos, nascida em 27 de fevereiro de 1994, em Pernambuco, mora em Diadema, na mesma comunidade, há 20 anos. Trabalha em uma indústria de plástico com movimentos repetitivos, com jornadas de 12 a 14 horas/dia.

- Motivo da consulta

Veio à UBS hoje pela manhã para passar em acolhimento com seu médico de família, pois está se queixando de uma cefaleia de início súbito há 2 horas com intensidade 8 de 10.

Nesta primeira parte o estudante deve ter o contato com a identificação da paciente que pode trazer dados importantes para a formulação das hipóteses mais para frente, além de conseguir reconhecer o motivo da consulta.

A partir disso, os estudantes podem vir a questionar e surgir algumas dúvidas: Por que uma pessoa procura o seu médico de família com uma dor que iniciou somente há duas horas? Será o motivo somente a dor? Existe algum outro fator social associado?

Mas também pode surgir a confirmação de que devido à dor, de moderada a forte intensidade, a paciente procurou atendimento logo no início da dor.

Algumas hipóteses diagnósticas podem ser levantadas devido ao início súbito e à intensidade, desde hipóteses mais comuns às mais graves e raras: enxaqueca, sinusopatia aguda, cefaleia tensional, meningite aguda, acidente vascular cerebral hemorrágico com ou sem hipertensão intracraniana.

Sem muitas informações, ainda não é possível refutar nenhuma das hipóteses e é necessário mais dados da história clínica.

- Continuação da anamnese

Valentina relata que a dor está localizada principalmente em região frontal direita e esquerda, não apresenta fatores de melhora ou piora, nega irradiação. Como sintoma associado está apresentando enjoo e um episódio de êmese. Não está apresentando febre. Nega acidente ou trauma.

Com as novas informações obtidas pela continuação da anamnese algumas hipóteses iniciais vão apresentando menor probabilidade de serem confirmadas e maior de serem refutadas.

Por exemplo, a cefaleia tensional ocorre principalmente em região occipital, como Valentina apresenta dor em região frontal bilateralmente, a hipótese de cefaleia tensional possui baixa probabilidade e pode ser refutada.

Embora a paciente não apresente febre e reduza a probabilidade de quadros infecciosos, como sinusopatia ou meningite agudas, estas hipóteses ainda não podem ser totalmente refutadas.

Devido ao sexo e a idade da paciente, a hipótese de enxaqueca apresenta alta probabilidade de ser confirmada. No entanto, devido às características da dor, como a forte intensidade e seu caráter súbito, aumentam também a probabilidade de hipóteses de mau prognóstico, como acidente vascular cerebral hemorrágico com ou sem hipertensão intracraniana. Dessa forma, como ainda existem algumas hipóteses válidas não é possível fechar o diagnóstico. Assim, apresentam em ordem de probabilidade na seguinte sequência: cefaleia tensional (já refutada), sinusopatia e meningite aguda, AVC hemorrágico, hipertensão intracraniana e enxaqueca.

- Continuação da anamnese

Quando questionada sobre história progressiva de cefaleia, paciente relata apresentar esporadicamente crises de enxaqueca com dor localizada em região frontal unilateral, sem sintomas associados, como náuseas ou vômitos, de moderada intensidade, que alivia com anti-inflamatório não-esteroidal (AINE), Naproxeno.

A partir do relato de crises esporádicas de enxaqueca de características diferentes da dor apresentada no momento, acende uma *“red flag”* para a hipótese diagnóstica de acidente vascular cerebral hemorrágico, pois a mudança de padrão de dor é um fator que aumenta a probabilidade de confirmação dessa hipótese e conseqüentemente diminui a chance de ser uma crise de enxaqueca comum, porém não sendo possível refutá-la totalmente nesse momento.

Sendo assim, neste momento o estudante pode refletir que se confirmada a possibilidade de quadro com maior prognóstico após a realização do exame físico, será necessário o encaminhamento dessa paciente a um hospital terciário, direto para o pronto socorro, pois na unidade básica de saúde não há condições para continuar o atendimento, seja com a monitorização, seja com a solicitação de exames complementares para acompanhamento e fechamento do diagnóstico.

- Realização do exame físico

Apresenta sinais vitais normais. No exame físico de cabeça e pescoço não apresenta alteração na palpação de seios nasais, nem rigidez de nuca. Na realização do fundo de olho não apresenta alteração de papila e pulsação venosa. No exame neurológico, não apresenta alteração de pupilas, nem alteração em pares cranianos, apresenta coordenação e força motora normais.

Iniciando pelas hipóteses de menor probabilidade, é possível refutar a de sinusopatia aguda, pois há ausência de febre, demais sinais e sintomas e não há alteração em exame físico de seios nasais. A hipótese de meningite aguda também pode ser refutada, pois não há quadro de febre e paciente não apresenta sinais meníngeos em exame físico.

Com a ausência de sinais focais no exame neurológico e exame de fundo de olho com papila normal é possível refutar a hipótese de hipertensão intracraniana.

No entanto, a probabilidade de acidente vascular cerebral hemorrágico aumenta bastante após o exame físico, devido à ausência de pulsação venosa no exame de fundo de olho.

Sendo assim, novamente as hipóteses são apresentadas em ordem de probabilidade na seguinte sequência: cefaleia tensional (já refutada), sinusopatia aguda (já refutada), meningite aguda (já refutada), hipertensão intracraniana (já refutada), restando as hipóteses de enxaqueca e AVC hemorrágico.

Para conseguir refutar ou confirmar a hipótese de AVC hemorrágico com hemorragia subaracnóide é necessário solicitar um exame complementar como, por exemplo, uma tomografia computadorizada. Sendo assim, o estudante precisa problematizar a situação em que o médico de família se encontra, na qual pode estar com um quadro grave em suas mãos, porém num local com pouco recurso para continuar o atendimento. Nessa hora é necessário decidir qual a hipótese mais provável entre enxaqueca e AVC hemorrágico e tomar as devidas providências.

Tendo maior probabilidade de ser um quadro de mau prognóstico (AVC hemorrágico com hemorragia subaracnóidea), o ideal é que o aluno opte por encaminhar a paciente a serviço de emergência solicitando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para a transferência da UBS para o hospital.

Fonte: Adaptado de Neto (1994).

4º PASSO: SISTEMATIZAÇÃO

Neste momento a oficina está se dirigindo para a parte final, após a aplicação do pensamento crítico e criativo para formular hipóteses e seguir os passos do raciocínio clínico; é importante nesse momento que a figura do facilitador traga contribuição para o grupo. Somente neste momento o facilitador irá contribuir com problematizações sobre o caso ou tirar dúvidas relacionadas ao 3º passo. Dessa forma, somente depois de esgotada a capacidade do grupo em realizar o treinamento do raciocínio clínico é que conceitos, dúvidas e definições serão discutidas e esclarecidas.

5º PASSO: RETROSPECTIVA

Este é um momento de reflexão sobre toda a atividade que foi realizada anteriormente. Neste passo, o estudante pode fazer uma autoavaliação quanto ao seu desenvolvimento na oficina e uma avaliação do processo da oficina como um todo. É importante a criação de um ambiente acolhedor e propenso para diálogo e reflexão. É solicitado então que os estudantes façam uma avaliação formal por escrito, sem identificação, sobre prós e contras da oficina, para que os facilitadores possam receber *feedbacks* para melhoria contínua da oficina.

6º PASSO: PROJEÇÕES FUTURAS

O 6º passo não ocorre no mesmo momento da oficina, trata-se de um momento posterior, no qual o aluno consegue aplicar a bagagem de conhecimento adquirido na oficina em situações diversas.

Tendo em vista que esta oficina visa estimular o pensamento crítico e criativo e treinar o raciocínio clínico, o estudante terá muitas oportunidades em sua vida acadêmica, profissional e pessoal de explorar esses temas

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, com os resultados obtidos, já tem sua importância só pelo fato de estar olhando com atenção para o sofrimento dos estudantes desta instituição, de forma concreta e com possibilidade de proposição de ações futuras. Durante o período de aplicação dos instrumentos de pesquisa, duas estudantes entraram em contato com a pesquisadora devido à preocupação com o quadro de esgotamento, ambas foram acolhidas e encaminhadas para acompanhamento especializado.

Entretanto, além dessa importância na dimensão humana, esta pesquisa tem sua importância no campo científico, pois foi possível responder à pergunta de pesquisa e permitiu ainda levantar novas hipóteses e encontrar lacunas na literatura, as quais foram sendo apresentadas durante a discussão. Isso pode colaborar para o desenvolvimento de futuras pesquisas dentro do próprio universo da Síndrome de Burnout em estudantes de medicina, assim como na relação entre o estímulo ao pensamento crítico e a prevenção de estresse e diminuição do risco de Síndrome de Burnout.

Além disso, a pesquisa tem uma relevância acadêmica para o próprio Programa de Mestrado Profissional de Ensino Superior em Saúde, pois a confecção do produto desta dissertação, as “Oficinas de estímulo ao pensamento crítico nos estudantes de medicina”, foi baseada no “Protocolo Instrucional para Produção de Materiais Educacionais (PIME): Um Guia Didático para o Docente”, fruto da dissertação de mestrado deste mesmo programa no ano de 2022.

Sendo assim, a trilha proposta por Leite e Portella (2022) no PIME poderá ser trilhada com a continuidade desta pesquisa, com o objetivo de realizar as intervenções propostas e um estudo longitudinal para gerar melhores evidências na relação entre SB e estímulo ao PC.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Ramon Lucas Bomfim; AGUIAR, Márcia Cristina Maciel de; MERCÊS, Magno Conceição das. Síndrome de Burnout em estudantes de medicina de universidade da Bahia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 267-276, 2018.
- ALMEIDA, Aline Lopes de; PORTELLA, Daniel Leite. A avaliação do pensamento crítico: uma abordagem a estudantes de medicina brasileiros. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 12, p. e122101220203, 2021.
- ALMUTAIRI, Hessah *et al.* Prevalence of burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Social Psychiatry**, [S.l.], v. 68, n. 6, p. 1157-1170, 2022.
- AMORIM, Maria Margarida Paiva. **Pensamento crítico nos estudantes e profissionais da área da saúde**. 2013. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.
- ANDRADE, Márcia Regina Selpa de *et al.* **Recontextualização do currículo integrado nos cursos de medicina da UFSC e UNOCHAPECÓ**. 2012. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- ARES, William J.; MAROON, Joseph C.; JANKOWITZ, Brian T. In pursuit of balance: the UPMC neurosurgery wellness initiative. **World Neurosurgery**, [S.l.], v. 132, p. e704-e709, 2019.
- ATA, Alma. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6-12 September, 1978.
- BARBOSA, Mariana Linhares *et al.* Burnout prevalence and associated factors among Brazilian medical students. **Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH**, [S.l.], v. 14, p. 188-195, 2018.
- BARBOSA-MEDEIROS, Mirna Rossi; CALDEIRA, Antonio Prates. Saúde mental de acadêmicos de medicina: estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 45, , n. 3, 2021.
- BITONTE, Robert A.; DESANTO, Donald Joseph. Mandatory physical exercise for the prevention of mental illness in medical students. **Mental illness**, [S.l.], v. 19, n. 6, 2014.
- BOLLELA, Valdes Roberto *et al.* Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 293-300, 2014.
- BONI, Robson Aparecido dos Santos *et al.* Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: Prevalence and associated factors. **PLoS One**, [S.l.], v. 13, n. 3, e0191746, 2018.

BOTELHO, Fernanda Fortuci Resende *et al.* Stress level assessment of medical school program and correlations between learning styles and teaching methodologies. **MedEdPublish**, [S./], v. 6, n. 22, p. 22, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. ISBN 85-334-1186-3. 60 p.

BRAZEAU, Chantal M. L. R. *et al.* Distress among matriculating medical students relative to the general population. **Academic Medicine**, [S./], v. 89, n. 11, p. 1520-1525, 2014.

CALCIDES, Dâmaris Alejandra Paula *et al.* Burnout Syndrome in medical internship students and its prevention with Balint Group. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S./], v. 65, n. 11, p. 1362-1367, 2019.

CAMPOS, Juliana Alvares Duarte Bonini; CARLOTTO, Mary Sandra; MARÔCO, João. Copenhagen Burnout Inventory-student version: adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S./], v. 26, n. 1, p. 87-97, 2013.

CARBOGIM, Fábio da Costa *et al.* Modelo de ensino ativo para o desenvolvimento do pensamento crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 293-298, 2019.

CARDOSO, Hugo Ferrari *et al.* Síndrome de burnout: Análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 121-128, 2017.

CARNEIRO, António Vaz. A formulação de questões clínicas como passo inicial para a prática da medicina baseada na evidência. **Acta Médica Portuguesa**, [S./], v. 11, n. 8-9, p. 745-748, 1998.

CAULFIELD, Marie *et al.* Ambiguity tolerance of students matriculating to US medical schools. **Academic Medicine**, [S./], v. 89, n. 11, p. 1526-1532, 2014.

CISNEROS, Robert; Facione N. C.; Facione P. A. Critical Thinking and Clinical Reasoning in the Health Sciences: An International Multidisciplinary Teaching Anthology. **American Journal of Pharmaceutical Education**, [S./], v. 73, n. 3, 2009.

CHAFFEE, John. **The Philosopher's Way: A Text with Readings: Thinking Critically about Profound Ideas.** Pearson Education, 2009.

CHUNMING, Wang Michael *et al.* Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. **BMC Medical Education**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 1-11, 2017.

DALBOSCO, Claudio Almir; BERTOTTO, Cláudio; SCHWENGBER, Ivan Luís. A ação pedagógica crítica e formação do pensamento reflexivo. **Olhar de Professor**, [S.l.], v. 23, p. 1-14, 2020.

DALMOLIN, Matheus Augusto *et al.* Síndrome de Burnout em alunos de Medicina em uma instituição privada em Maringá, PR. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 64, n. 2, p. 220-224, 2020.

DEWEY, John. **Cómo pensamos.** Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo. Buenos Aires: Paidós, 1998.

DIAS, Juliana Chioda Ribeiro *et al.* Escala de estresse percebido aplicada a estudantes universitárias: estudo de validação. **Psychology, Community & Health**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 1-13, 2015.

DUNN, Laura B.; IGLEWICZ, Alana; MOUTIER, Christine. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. **Academic Psychiatry**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 44-53, 2008.

DYRBYE, Liselotte N. *et al.* Burnout and suicidal ideation among US medical students. **Annals of internal medicine**, [S.l.], v. 149, n. 5, p. 334-341, 2008.

DYRBYE, Liselotte N. *et al.* The impact of a required longitudinal stress management and resilience training course for first-year medical students. **Journal of General Internal Medicine**, [S.l.], v. 32, n. 12, p. 1309-1314, 2017.

DYRBYE, Liselotte N.; THOMAS, Matthew R.; SHANAFELT, Tait D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. **Academic Medicine**, [S.l.], v. 81, n. 4, p. 354-373, 2006.

ENNIS, Robert H. Incorporating critical thinking in the curriculum: An introduction to some basic issues. **Inquiry: Critical Thinking across the disciplines**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 1-9, 1997.

ERSCHENS, Rebecca *et al.* Professional burnout among medical students: Systematic literature review and meta-analysis. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 41, n. 2, p. 172-183, 2019.

FACIONE, Peter A.; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira; RIEGEL, Fernando. Pensamento crítico holístico no processo diagnóstico de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 3, 2017.

- FACIONE, Noreen C.; FACIONE, Peter A. **Critical thinking and clinical reasoning in the health sciences: An international multidisciplinary teaching anthology**. Millbrae CA: California Academic Press, 2008.
- FACIONE, Peter. **Critical thinking**: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction (The Delphi Report). Dean of the College of Arts and Sciences. Santa Clara University, 1990.
- FRAJERMAN, Ariel *et al.* Burnout in medical students before residency: a systematic review and meta-analysis. **European Psychiatry**, [S.l.], v. 55, p. 36-42, 2019.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- GASTON-HAWKINS, Lauren A. *et al.* The silent epidemic: causes and consequences of medical learner burnout. **Current Psychiatry Reports**, [S.l.], v. 22, n. 12, p. 1-9, 2020.
- GOLOB, Anna *et al.* Emotional distress among physician residents and fellows: an observational study of trainees seeking counseling visits. **Academic Psychiatry**, [S.l.], v. 42, n. 1, p. 25-30, 2018.
- GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 299-307, set. 2014 .
- GONTIJO, Cleyton Hércules; FONSECA, Mateus Gianni. O lugar do pensamento crítico e criativo na formação de professores que ensinam matemática. **Revista Brasileira de Ensino de Ciências e Matemática**, [S.l.], v. 3, n. 3, 2020.
- HANCOCK, Jason; MATTICK, Karen. Tolerance of ambiguity and psychological well-being in medical training: a systematic review. **Medical education**, [S.l.], v. 54, n. 2, p. 125-137, 2019.
- HANSELL, Maggie W. *et al.* Temporal trends in medical student burnout. **Family Medicine**, [S.l.], v. 51, n. 5, p. 399-404, 2019.
- HÉBERT, Cristyne. Knowing and/or experiencing: a critical examination of the reflective models of John Dewey and Donald Schön. **Reflective Practice**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 361-371, 2015.
- HEINEN, Ines; BULLINGER, Monika; KOCALEVENT, Rüya-Daniela. Perceived stress in first year medical students-associations with personal resources and emotional distress. **BMC medical education**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 1-14, 2017.
- ISHAK, Waguih *et al.* Burnout in medical students: a systematic review. **The Clinical Teacher**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 242-245, 2013.
- KAM, Suzana Xui Liu *et al.* Estresse em estudantes ao longo da graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, suppl. 1, p. 246-253, 2020.

KILGOUR, James M.; GRUNDY, Lisa; MONROUXE, Lynn V. A rapid review of the factors affecting healthcare students' satisfaction with small-group, active learning methods. **Teaching and Learning in Medicine**, [S./], v. 28, n. 1, p. 15-25, 2016.

KOWALCZYK, Nina; HACKWORTH, Ruth; CASE-SMITH, Jane. Perceptions of the use of critical thinking teaching methods. **Radiologic Technology**, [S./], v. 83, n. 3, p. 226-236, 2012.

KRISTENSEN, Tage S. *et al.* The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. **Work & Stress**, [S./], v. 19, n. 3, p. 192-207, 2005.

KUHN, Deanna. A developmental model of critical thinking. **Educational Researcher**, [S./], v. 28, n. 2, p. 16-46, 1999.

KUMAR, Shailesh; HATCHER, Simon; HUGGARD, Peter. Burnout in psychiatrists: an etiological model. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, [S./], v. 35, n. 4, p. 405-416, 2005.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S./], v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LAI, Emily R. Critical thinking: A literature review. **Pearson's Research Reports**, [S./], v. 6, n. 1, p. 40-41, 2011.

LEAL, Márcia Rodrigues; DOS SANTOS, Cleiton Rodrigues; GONTIJO, Cleyton Hércules. Oficina de Pensamento Crítico e Criativo em Matemática com Estudantes do 9º Ano do Ensino Fundamental Envolvendo Poliedros. **Ensino da Matemática em Debate**, [S./], v. 9, n. 3, p. 51-70, 2022.

LEITE, Rosana Marques Ferro Martins. **Comparação entre disparadores unimodais e multimodais a partir de um instrumento sobre pensamento crítico em estudantes de medicina**. 2022. 171 p. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, 2022.

LIPMAN, Matthew. **Thinking in education**. Cambridge University Press, 2003.

LIPMAN, Matthew. Philosophy for children's debt to Dewey. *In*: LIPMAN, Matthew. **Pragmatism, Education, and Children**. Brill, 2008. p. 141-151.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia Selpa. Educação médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S./], v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, [S./], v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job burnout. **Annual review of psychology**, [S./], v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MOFFAT, Katrina J. *et al.* First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. **Medical Education**, [S.l.], v. 38, n. 5, p. 482-491, 2004.

MONGTOMERY, Kathryn. **How doctors think**: Clinical judgment and the practice of medicine. USA: Oxford University Press, 2005.

MORÁN, José. Mudando a educação com metodologias ativas. *In*: SOUZA, Carlos Alberto de; MORALES, Ofelia Elisa Torres (orgs.). **Coleção mídias contemporâneas. Convergências midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens**. V. II. Ponta Grossa: UEPG/PROEX, 2015. – 180p. (Mídias Contemporâneas, 2) p. 15-33, 2015.

MOURA, Ananda Cristine Amador de *et al.* Estratégias de ensino-aprendizagem para formação humanista, crítica, reflexiva e ética na graduação médica: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 44, n. 3, 2020.

NETO, Alexandre Shigunov; FORTUNATO, Ivan (orgs.). **20 anos sem Donald Schön**: o que aconteceu com o professor reflexivo? São Paulo: Edições Hipótese, 2017.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

PEARSON TALENTLENS. **Better decisions, everyday, everywhere**: think about it! Bloomington: NCS Pearson Inc, 2017. 14 p. Disponível em: <https://downloads.pearsonassessments.com/images/assets/talentlens/CriticalThinking-eBook.pdf>. Acesso em: 05 maio 2023.

PINTO, Adriana Avanzi Marques *et al.* Métodos de ensino na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Atas CIAIQ2016**, [S.l.], v. 1, 2016.

RÉA NETO, Alvaro. **A aplicação do método científico no processo de solução dos problemas clínicos**. 1994. 155 p. Dissertação (Mestrado em Medicina interna e Ciências da Saúde) –Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 1994.

RÉA-NETO, A. Raciocínio clínico--o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.l.], v. 44, n. 4, p. 301-311, 1998.

RODRIGUES, Camila Serra *et al.* Evaluation of Burnout Syndrome Prevalence in Medical Students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 44, n. 4, 2020.

ROTENSTEIN, Lisa S. *et al.* Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. **Jama**, [S.l.], v. 316, n. 21, p. 2214-2236, 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A universidade no século XXI: Para uma universidade nova**. Coimbra: Almedina, 2008.

SCHAUFELI, Wilmar B.; GREENGLASS, Esther R. Introduction to special issue on burnout and health. **Psychology & Health**, [S.l.], v. 16, n. 5, p. 501-510, 2001.

SCHERNHAMMER, Eva S.; COLDITZ, Graham A. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). **American Journal of Psychiatry**, [S.l.], v. 161, n. 12, p. 2295-2302, 2004.

SCHÖN, Donald A. **Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions**. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

SCOCUGLIA, Afonso Celso. Origens e perspectiva do pensamento político-pedagógico de Paulo Freire. **Educação e Pesquisa**, [S.l.], v. 25, n. 02, p. 25-37, 1999.

SHAPIRO, Shauna L.; SHAPIRO, Daniel E.; SCHWARTZ, Gary E. R. Stress Management in Medical Education Table 1. A Review of the Literature on Stress Management in Medical Education, 1969 to 1998 Table 1. Continued. Table 1. Continued. Table 1. Continued. Table 1. Continued. Table 1. Continued.: A Review of the Literature. **Academic medicine**, [S.l.], v. 75, n. 7, p. 748-759, 2000.

SHIRALKAR, Malan T. *et al.* A systematic review of stress-management programs for medical students. **Academic Psychiatry**, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 158-164, 2013.

SILVESTRE, Rafael *et al.* Metanálise das prevalências da Síndrome de Burnout em discentes de escolas médicas brasileiras. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 522-531, 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNGAR, Patrizia *et al.* Online programs to strengthen the mental health of medical students: A systematic review of the literature. **Medical Education Online**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 2082909, 2022.

USCS. **Guia de Aprendizagem do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)**. Volume 1/ José Antonio Maia. João Carlos da Silva Bizarro (orgs). - São Caetano do Sul: Universidade Municipal de São Caetano do Sul, 2019.

WILSON, Diane Grimard; WAGNER, Edwin E. The Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal as a predictor of performance in a critical thinking course. **Educational and Psychological Measurement**, [S./], v. 41, n. 4, p. 1319-1322, 1981.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE-e)

Prezado(a)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CEP-USCS), de acordo com as exigências da Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Antes de você responder às perguntas relacionadas ao estudo, apresentaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua leitura e anuência.

Seja bem-vindo(a)!



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE-e)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE MEDICINA E O ESTÍMULO AO PENSAMENTO CRÍTICO COMO FATOR PROTETOR”. O objetivo do estudo é investigar a prevalência de Síndrome de Burnout em estudantes de medicina e avaliar estratégias para sua prevenção. A pesquisadora responsável por esta pesquisa é Letícia Cleto Duarte Sugiyama, professora da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

Convidamos você a responder a este questionário, com duração de aproximadamente 30 minutos, sobre Síndrome de Burnout e Estresse percebido, além do questionário sociodemográfico. O acesso aos questionários somente ocorrerá depois de você ter dado o seu consentimento para participar neste estudo. Você poderá contribuir com esta pesquisa ao responder às questões. Contudo, você não deve participar contra a sua vontade. Os dados serão removidos da “nuvem” após o encerramento da coleta de dados e arquivados por cinco anos no computador pessoal da pesquisadora responsável.

A pesquisa envolve risco mínimo, como possível desconforto ao responder a algumas perguntas dos questionários propostos. Caso isso ocorra, você tem a liberdade para não responder, interromper a pesquisa, fazer pausas, ou cancelar a sua participação a qualquer momento. Em todos esses casos, você não será prejudicado(a),

penalizado(a) ou responsabilizado(a) de nenhuma forma. Para minimizar esses riscos, os estudantes que se sintam desconfortáveis durante o estudo serão acolhidos pela pesquisadora, e se necessário, encaminhados para o Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina da USCS - Centro (NAEM - USCS) para orientações pedagógicas e/ou psicológicas, sendo encaminhado para serviços de saúde mental, se necessário.

Os benefícios esperados com esse estudo são tanto para a comunidade quanto para a universidade, pois ao passo que se reconhece como está a saúde mental dos estudantes de medicina da universidade é possível realizar ações de promoção e prevenção de Síndrome de Burnout nessa população; também promover rastreamento e acolhimento dos alunos que já estejam apresentando prejuízos em sua saúde mental. Dessa forma, o estudo tende a promover uma formação médica de melhor qualidade e menor sofrimento psíquico para os estudantes. Portanto, o benefício para a sociedade se dá ao passo que os médicos formados pela USCS terão sua saúde mental preservada, com melhor desempenho acadêmico e conseqüentemente melhor formação. Sendo assim, a universidade estará formando médicos com cada vez mais qualidade para atender à população.

Você não receberá pagamento por ter respondido aos questionários. Os custos diretos e indiretos da pesquisa serão arcados pela pesquisadora responsável. Todas as informações obtidas por meio de sua participação serão de uso exclusivo para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável. Caso a pesquisa resulte em dano pessoal, o ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pelo participante.

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo, Letícia Cleto Duarte Sugiyama , que poderá

ser encontrada pelo *e-mail*: draleticiacleto@gmail.com, ou pelo telefone: (11) 99159-8461.

Este estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Caetano do Sul (CEP-USCS). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos e a segurança dos participantes de pesquisa. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se estiver insatisfeito(a) com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (CEP-USCS), situado à Rua Santo Antonio, 50 – 2º. andar, Bairro Centro, São Caetano do Sul (SP), telefone (11) 4239-3282, *e-mail*: cep@online.uscs.edu.br. O atendimento ao público ocorre de segunda a sexta-feira, das 14h às 16h.

Caso clique no ícone sobre “aceitar participar da pesquisa”, você responderá aos questionários do estudo em questão e permitirá que estes dados sejam divulgados para fins científicos ou acadêmicos, sendo mantida em sigilo sua identidade. Também declara que está ciente dos propósitos e procedimentos do estudo e que teve oportunidade de avaliar as condições informadas sobre a pesquisa para chegar à sua decisão em participar deste estudo.

Você tem direito ao acesso dos resultados da pesquisa. Caso queira, basta solicitar através do *e-mail*: draleticiacleto@gmail.com.

Você poderá baixar a cópia deste Termo de Consentimento ou solicitá-lo, em caso de interesse, pelo *e-mail* draleticiacleto@gmail.com . Recomendamos que você guarde em seus arquivos uma cópia deste documento. Acesse este link:

<https://docs.google.com/document/d/1d4FGRo4zH2fwFBWzAv-okOeUUxyUm4GoAHiA6rAN3Nk>. para o seu *download*.

Desde já, agradecemos!

Aceita participar desta pesquisa?

- Sim, li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceito participar da pesquisa.
 - Eu não desejo participar do estudo.
-

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Esta seção será dividida em 3 partes, a primeira contém perguntas para identificar as características dos participantes da pesquisa; a segunda, para identificação das condições socioeconômicas dos participantes da pesquisa e a terceira parte contém perguntas sobre o histórico de saúde mental do participante. Vale ressaltar que esta terceira parte não é de preenchimento obrigatório, o participante pode responder somente se se sentir à vontade.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Semestre da graduação médica que o estudante está cursando

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12

Identificação do estudante

FAIXA ETÁRIA (anos)	17 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	35 a 40	Maior que 40
---------------------	---------	---------	---------	---------	---------	--------------

Sexo	Feminino	Masculino
------	----------	-----------

Gênero	Cisgênero	Transgênero	Não-binário	Outros
--------	-----------	-------------	-------------	--------

Cor	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Branca
-----	-------	-------	---------	----------	--------

Você tem alguma religião?				Sim		Não	
Católica	Espírita	Protestante/ Cristã	Afro- brasileira	Oriental	Islâmica	Judaica	Outras
Você é praticante em sua religião?				Sim		Não	

Estado civil	Solteiro (a)	Casado (a)	Separado (a)	Divorciado (a)	Viúvo (a)	União estável	Outro
--------------	--------------	------------	--------------	----------------	-----------	---------------	-------

Naturalidade	Estado	Cidade
--------------	--------	--------

Você tem filho(s)?	Sim	Não	Quantos?
Você tem algum dependente?	Sim	Não	Qual?

Situação econômica do estudante
--

Qual a sua condição de manutenção durante a graduação?	Sou responsável pelo meu próprio sustento	Sou sustentado (a) pelos meus pais (ou um dos pais)	Recebo ajuda de parentes	Recebo ajuda de cônjuge	Tenho bolsa de estudo	Outros
--	---	---	--------------------------	-------------------------	-----------------------	--------

Você trabalha em alguma atividade remunerada?	Sim, com vínculo empregatício	Sim, sem vínculo empregatício	Não
---	-------------------------------	-------------------------------	-----

Qual é a renda familiar? (SM - salário mínimo - R\$ 1.212.00)	1 a 5 SM	5 a 10 SM	10 a 15 SM	15 a 20 SM	Maior que 20 SM
---	----------	-----------	------------	------------	-----------------

Condições de moradia	Sozinho (a)	Com os pais (ou um deles)	Com cônjuge / companheiro (a)/ filhos (as)	Casa de familiares/ amigos	República/ quarto alugado/ pensionato
----------------------	-------------	---------------------------	--	----------------------------	---------------------------------------

Situação da saúde mental do estudante
--

Já teve algum diagnóstico (feito por médico) de algum transtorno de saúde mental? (Depressão, Transtorno de ansiedade generalizada, Síndrome do pânico, entre outras)	Não	Sim	Se sim, qual?
---	-----	-----	---------------

Realizou tratamento com medicação?	Não	Sim
------------------------------------	-----	-----

Está em tratamento medicamentoso no momento?	Não	Sim
--	-----	-----

Faz algum outro tratamento não-medicamentoso para saúde mental no momento?	Não	Sim	Se sim, qual?
--	-----	-----	---------------

ANEXO A

COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY - CBI - S

NUNCA 1 0% das vezes	RARAMENTE 2 25% das vezes	ÀS VEZES 3 50% das vezes	FREQUENTEMENTE 4 75% das vezes	SEMPRE 5 100% das vezes
----------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

Burnout Pessoal	1	2	3	4	5
1- Com que frequência você se sente cansado(a)?					
2- Com que frequência você se sente fisicamente exausto(a)?					
3- Com que frequência você se sente emocionalmente exausto(a)?					
4- Com que frequência você pensa “Não aguento mais”?					
5- Com que frequência você se sente esgotado(a)?					
6- Com que frequência você se sente fraco(a) e susceptível a adoecer?					

Burnout relacionado aos estudos	1	2	3	4	5
1 -Você se sente esgotado(a) no final de um dia de Faculdade?					
2- Você se sente exausto(a) pela manhã quando pensa em mais um dia na Faculdade?					
3- Sente que cada hora de aula/estudo é cansativa para você?					
4- Você tem tempo e energia para a família e amigos durante os tempos de lazer?					
5- Os seus estudos são emocionalmente esgotantes?					
6- Você se sente frustrado(a) com os seus estudos?					
7- Você se sente exausto(a) de forma prolongada com os seus estudos?					

Burnout relacionado aos colegas	1	2	3	4	5
1- Você acha difícil trabalhar com seus colegas de estudo?					
2- Você sente que esgota sua energia quando trabalha com colegas?					
3- Você acha frustrante trabalhar com colegas?					
4- Você sente que dá mais do que recebe quando trabalha com colegas?					
5- Está cansado de aturar os colegas?					
6- Alguma vez se questiona quanto tempo mais conseguirá trabalhar com colegas?					

Burnout relacionado aos professores	1	2	3	4	5
1- Você acha difícil lidar com os professores?					
2- Você sente que esgota sua energia quando tem de lidar com professores?					
3- Você acha frustrante lidar com professores?					
4- Você sente que dá mais do que recebe quando lida com professores?					
5- Está cansado de lidar com professores?					
6- Alguma vez se questiona quanto tempo mais conseguirá lidar com professores?					

ANEXO B

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO - PSS

Escala de Estresse Percebido - PSS					
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1- No mês passado, quantas vezes você ficou chateado(a) por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2- No mês passado, quantas vezes você se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?					
3- No mês passado, quantas vezes você se sentiu nervoso(a) ou estressado(a)?					
4- No mês passado, quantas vezes você lidou de forma bem-sucedida com os problemas e aborrecimentos do dia a dia?					
5- No mês passado, quantas vezes você sentiu que estava lidando de forma eficaz com as mudanças importantes que estavam acontecendo na sua vida?					
6- No mês passado, quantas vezes você se sentiu confiante nas suas capacidades para lidar com os seus problemas pessoais?					
7- No mês passado, quantas vezes você sentiu que as coisas estavam ocorrendo à sua maneira (do seu jeito)?					
8- No mês passado, quantas vezes você percebeu que não poderia lidar com todas as coisas que você tinha para fazer?					
9- No mês passado, quantas vezes você foi capaz de controlar as irritações da sua vida?					
10- No mês passado, quantas vezes você sentiu que tinha as coisas sob controle?					
11- No mês passado, quantas vezes você se irritou por coisas que aconteceram que estavam fora de seu controle?					
12- No mês passado, quantas vezes você deu por si pensando nas coisas que tinha que fazer?					
13- No mês passado, quantas vezes você foi capaz de controlar a maneira como gastar seu tempo?					
14- No mês passado, quantas vezes você sentiu que as dificuldades estavam se acumulando tanto que você não poderia superá-las?					

ANEXO C

Autorização para uso dos questionários validados para o português

06/12/2022 21:02

E-mail de USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul - Autorização para uso de Questionários



LETICIA CLETO DUARTE SUGIYAMA <leticia.sugiyama@online.uscs.edu.br>

Autorização para uso de Questionários

2 mensagens

LETICIA CLETO DUARTE SUGIYAMA <leticia.sugiyama@online.uscs.edu.br>

1 de setembro de 2022 11:15

Para: juliana.campos@unesp.br

Bom dia, Prezada Dra Juliana Campos.

Sou professora na Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), no curso de medicina, e estou realizando meu mestrado na mesma instituição. No meu projeto de pesquisa quero investigar a Síndrome de Burnout dos alunos no curso 100% com metodologias ativas e também o estresse percebido dos estudantes durante o semestre.

Desta forma, conforme conversamos por telefone, gostaria de solicitar a autorização para utilizar os dois questionários validados para o português em suas pesquisas.

- 1- *Copenhagen Burnout Inventory - CBI - S*
- 2- *Escala de Estresse Percebido - PSS*

Aguardo sua autorização para envio do projeto do CEP-USCS e aplicação dos instrumentos neste semestre.

Agradeço desde já a atenção.
Respeitosamente.
Profª Leticia Cleto Duarte Sugiyama

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos <juliana.campos@unesp.br>

1 de setembro de 2022 11:18

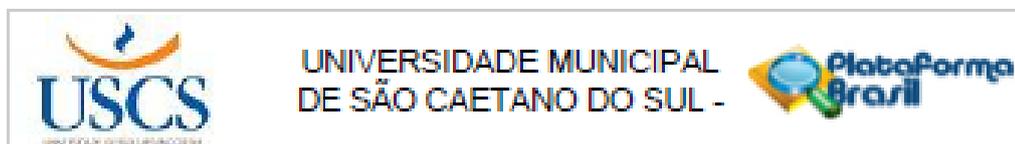
Para: LETICIA CLETO DUARTE SUGIYAMA <leticia.sugiyama@online.uscs.edu.br>

Olá
Boa tarde!
Autorizo a utilização da versão em português do CBI para estudantes universitários e do PSS.
Espero que lhe sejam úteis! Desejo sucesso!
Juliana

[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO D

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DE MEDICINA E O ESTÍMULO AO PENSAMENTO CRÍTICO COMO FATOR PROTETOR

Pesquisador: LETICIA CLETO DUARTE SUGIYAMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64183922.6.0000.5510

Instituição Proponente: Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.743.878

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1940190.pdf)" e/ou Projeto Detalhado (PROJETO_DETALHADO.docx) submetido em 13/10/2022.

Resumo:

As Novas Diretrizes Curriculares (2014) incentivam a aplicação das metodologias ativas no ensino médico por gerarem uma maior corresponsabilização do aluno na sua própria formação e aquisição de conhecimento, ou seja, o aluno deve "aprender a aprender". Sendo assim, o pensamento crítico é uma importante competência durante a formação médica. Embora as metodologias ativas apresentem altos níveis de sucesso no processo de aprendizagem, também podem ser indutoras de ansiedade e Síndrome de Burnout nos estudantes. Tendo em vista que a síndrome de Burnout em estudantes de medicina no Brasil tem prevalência de 65.1%. Este estudo tem o objetivo geral de estimar a prevalência de Síndrome de Burnout em estudantes de medicina e elaborar uma estratégia de estímulo ao pensamento crítico para atuar como fator protetor para Síndrome de Burnout nessa população. Trata-se de um estudo com desenho transversal, com abordagem quantitativa, de natureza aplicada, com objetivo descritivo e comparativo. A amostra será dada por conveniência, composta por estudantes da graduação do curso de medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, do 1º ao 4º semestre, que se enquadrem nos

Endereço: Rua Santo Antonio, 50, 2º andar.
 Bairro: Centro CEP: 09.521-160
 UF: SP Município: SÃO CAETANO DO SUL
 Telefone: (11)4229-3282 Fax: (11)4221-9688 E-mail: cep@online.uscs.edu.br

ANEXO E

Memorial descritivo para inscrição no Programa de pós-graduação

Nasci na cidade de São Paulo, em 18 de julho de 1985, em um parto cesárea complicado, com risco de morte materna grave, pois minha mãe obteve o diagnóstico de Lúpus durante minha gestação, embora todo o risco presente, nos saímos bem e saudáveis daquele centro cirúrgico em que metade da família nos acompanhava apreensiva do outro lado da porta.

Sou filha de uma mãe e pedagoga dedicada, Eliana Camacho Cleto Duarte, e de um pai exigente, Henrique Marques Cleto Duarte.

Durante minha infância e adolescência tive a oportunidade de acompanhar minha mãe em suas atividades pedagógicas em escolas rurais ou na periferia da cidade de Araras, no interior de São Paulo, em que morei dos meus 7 aos 17 anos. Lembro-me bem de ver o dom que minha mãe possuía tanto de ensinar quanto de fazer a diferença na vida daquelas crianças. Acredito que minha paixão pelo ensino se instalou naqueles momentos e, aos poucos, durante minha vida escolar, acadêmica e profissional, fui adquirindo mais experiências e habilidades para no atual momento poder exercer essa função nesta universidade.

Quando iniciei o ensino médio, mesmo em uma escola pública do interior, já tinha a certeza de que gostaria de seguir alguma profissão que pudesse mudar a vida das pessoas, levando em conta meu passado e toda a história de meu nascimento, tomei então a decisão de que gostaria de ser médica. Tal decisão foi fácil de tomar, pois tinha certeza em minha mente e meu coração do que sentia, mas difícil de seguir esse caminho, pois precisei abdicar de experiências da adolescência para me dedicar aos estudos.

As horas árduas de estudo renderam frutos e em 2006 entrei na Universidade Lusíada - UNILUS, em Santos – SP, na tão sonhada graduação de medicina. Houve percalços e dificuldades no caminho, por se tratar de uma universidade particular, mas com apoio familiar de avó, tios e tias, consegui finalizar meu curso e me formar médica.

Durante a graduação me sentia empolgada e estimulada por diversos assuntos e áreas, não tinha preferência entre as cadeiras clínicas ou cirúrgicas, observava que todas elas me deixavam feliz e satisfeita em exercer, pois sentia que estava realmente

ajudando ao próximo exercendo o meu propósito no mundo, que era fazer a diferença na vida das pessoas.

Apesar de a minha graduação ter sido nos moldes tradicionais, totalmente hospitalocêntrico, logo no segundo ano da faculdade tive o privilégio de ter contato com uma professora que tinha experiência em Atenção Primária a Saúde (APS) e assim tive o primeiro contato com a especialidade de Medicina e família e Comunidade. Percebi que ali me encaixava perfeitamente, pois não precisaria escolher uma parte do ser humano para cuidar, mas sim escolheria cuidar do ser humano como um todo, em sua integralidade.

A partir disso, fui estudando cada vez mais sobre a especialidade e me aperfeiçoando, participando de congressos estaduais e nacionais de Medicina de Família e Comunidade e ao fim da graduação tive a certeza de que a escolheria como a especialidade médica a seguir na minha formação como residente.

Tal especialidade me faz acreditar que o cuidado com o outro é possível, sem utilizar de autoridade ou hierarquia, pode acontecer de forma leve e tranquila, com empatia, com respeito à história da pessoa, sem julgamentos, de forma longitudinal e com coordenação do cuidado.

Além da medicina de família e comunidade, as práticas integrativas me chamavam muito a atenção já na graduação, em 2009. Durante as férias de janeiro, me inscrevi para estágio optativo, na Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, no departamento de ortopedia, para o estágio de Medicina Tradicional Chinesa, no qual me encantei pela abordagem e pelo olhar holístico ao paciente, que veio ao total encontro do olhar médico que eu estava construindo.

Porém, mesmo me encontrando logo cedo, decidindo qual seria minha escolha de especialidade, decidi que iria aproveitar ao máximo todo o conhecimento que poderia obter nas aulas e nos estágios práticos, e também nas atividades de extensão. Sendo assim, participei de diversas ligas ao longo da minha graduação, como Liga de Aleitamento Materno, Liga de Prevenção e Promoção à Saúde, Liga de Ortopedia e Traumatologia, Liga de Reumatologia, além de ajudar a fundar a Liga de Medicina de Família e Comunidade.

Além disso, também participei por 5 anos da Comissão Organizadora do Congresso Médico Acadêmico de Santos (COMAS), por 1 ano do Diretório Acadêmico Arnaldo Vieira de Carvalho (DAAVC) e fui membro fundadora do Projeto Receitando Alegria, no qual tive oportunidade de participar por 4 anos, o qual se tratava de

“palhaçoterapia” nas alas da Santa Casa de Santos e no Hospital Guilherme Álvaro, também em Santos. Nessa atividade extracurricular pude aprimorar minha empatia e meu olhar humano ao cuidado; além disso, me trouxe muita experiência de vida e muita alegria em participar de um projeto tão belo.

Em 2013 entrei na Residência de Medicina de Família na Faculdade de Medicina do ABC, em São Bernardo do Campo, estado de São Paulo, comecei o programa com muitos sonhos e alta expectativa, pois tudo que já havia estudado na teoria e consumido nos congressos médicos me mostravam uma realidade que não encontrei nas atividades propostas pelo programa. Decidi então que iria tentar novamente o ano seguinte uma vaga em outro programa de residência que pudesse atender às minhas expectativas.

Em março de 2014, passei no processo seletivo da Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo, estado de São Paulo, na qual observava um programa mais sólido e mais bem estruturado, com preceptores mais capacitados e que atenderiam minhas expectativas.

Nos quase dois anos que tive o privilégio de ser guiada por ótimas médicas de família neste programa, observei que meu aprendizado no cuidado e assistência cresceu de forma exponencial, me sentia cada vez mais capaz de exercer a melhor medicina possível, de forma técnica e humanizada.

Embora meu desejo de me tornar uma excelente médica de família e comunidade fosse meu combustível diário para aprender mais e mais, também foi o que me levou a entrar em Síndrome de Burnout nos últimos 3 meses da residência, e devido ao quadro grave de depressão não consegui concluir a Residência.

Por um tempo esse fato me gerou frustração, mas não desisti do sonho de me tornar médica de família, para tanto, assim que melhorei do quadro de depressão e me senti segura, prestei o concurso e comecei a atuar na Atenção Primária à Saúde na cidade Diadema, estado de São Paulo. Em 2018 pude prestar a prova de Título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e neste mesmo ano obtive o Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Além disso, no mesmo ano concluí minha pós-graduação em Bases da Medicina Integrativa, no Instituto de Pesquisa do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, a qual teve extrema importância na minha formação e na forma como cuido de meus pacientes, pois estudar mais sobre as Práticas integrativas e complementares abriu ainda mais meus horizontes sobre o ato de cuidar. Como MFC já atuava com

total respeito à autonomia do paciente, mas com as práticas integrativas e conceito de autocuidado pude ampliar meu olhar integral ao paciente.

Ainda no ano de 2018, fui convidada pela coordenadora do departamento de Atenção Básica da Faculdade de Medicina da USP a atuar como supervisora no estágio de APS dos alunos do 3º ao 5º ano da graduação em Unidades Básicas de Saúde do SUS, no oeste da capital. E foi assim que iniciei de vez no mundo do ensino médico, e percebi o quanto eu tinha para ensinar e aprender.

Durante os encontros semanais com os alunos, durante as discussões sobre temas que eu estudei bastante durante a graduação e a residência, pude perceber que ali estava um dom o qual eu precisava e queria desenvolver.

Dessa forma, ainda em 2018, prestei o concurso para professora da graduação do curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) e consegui ser aprovada; fiquei aguardando ser chamada para iniciar minha carreira como docente desta Universidade.

Em janeiro de 2020 fui convocada para assumir meu cargo como Professor da USCS, lembro-me bem do momento exato, estava em meu horário de almoço no trabalho assistencial como médica de família, descansando um pouco da manhã corrida, depois de diversos atendimentos e procedimentos, no entanto, quando recebi a ligação recordo de me sentir em completa empolgação e felicidade.

Neste um ano e 4 meses em que venho contribuindo para a formação dos nossos futuros médicos sinto grande satisfação e completude por estar enfim realizando meu propósito, pois, quando eu, sozinha, atendo a um paciente posso fazer a diferença na vida daquela pessoa, mas na docência sinto que quando consigo passar o conhecimento e os valores em que acredito para meus alunos tenho a certeza de que muitas e muitas mais vidas serão alcançadas.

Além de ensinar, gosto de estar sempre disposta a ouvir os alunos, sempre próxima para dar uma escuta afetiva e ser apoio nos momentos necessários, pois observo que muitos alunos no início da graduação têm o mesmo sonho e idealização da medicina pelos quais já passei. Devido à rotina de estudos, exposição à realidade prática no SUS e diversos outros fatores sinto que os alunos têm apresentado perda de interesse, desmotivação, quadros de Burnout e até transtornos depressivos e ansiosos.

Sinto que através da minha formação em pós-graduação *stricto sensu* poderei desenvolver um projeto de pesquisa que investigará a relação da empatia, a qual está

em seu ápice no início da vida acadêmica, com quadros de Síndrome de Burnout em alunos que têm sua inserção na realidade do SUS desde o começo da graduação.

Além disso, a docência na USCS me abriu portas para a pesquisa e em 2020 e 2021, durante a pandemia, pude atuar com subinvestigadora em dois estudos importantíssimos de pesquisa de vacina contra a COVID-19, no Centro de Pesquisa Clínica das USCS. Tal experiência me mostrou que estou pronta para desenvolver meu próprio projeto de pesquisa e, para tanto, estou me inscrevendo nesse programa.

Portanto, minhas intenções com o mestrado são de aperfeiçoar minhas habilidades docentes, me sentir cada vez mais apta a realizar a docência de forma segura e técnica, sem deixar que minha principal característica, que é a empatia, seja deixada de lado.

Sendo assim, no meu projeto de pesquisa quero primeiramente investigar sobre a relação da empatia com Síndrome de Burnout nos alunos da Graduação de medicina e, posteriormente, poder desenvolver ou aperfeiçoar um projeto dentro da universidade, de acolhimento e escuta aos alunos que necessitem.