

Do Burnout à Estratégia de Grupo na Perspectiva Balint: Experiência com Residentes de Pediatria de um Hospital Terciário

From Burnout to the “Balint Group” Strategy: Experience with Pediatric Residents of a Tertiary Care Hospital

Patrícia Souza Valle Cardoso Pastura¹
Natalia Neto Dias Barboza¹
Antonio Luiz Gonçalves Albernaz¹
Herminia Guimarães Couto Fernandez¹

RESUMO

A síndrome de burnout (esgotamento) atinge mais de 70% dos médicos residentes em todo o mundo. Apesar dos dados alarmantes, ainda podemos caracterizá-la como uma doença negligenciada. Alguns trabalhos descrevem estratégias de enfrentamento do problema, porém poucos serviços as adotam na prática. **Objetivo:** Determinar a prevalência da síndrome entre residentes de Pediatria de um hospital terciário brasileiro e descrever a estratégia de grupo psicodinâmico implementada localmente com base nos resultados. **Metodologia:** Estudo de prevalência transversal com aplicação da escala Maslach Burnout Inventory aos residentes, seguida de planejamento e execução de um projeto piloto de intervenção, de grupo, na perspectiva Balint. **Resultados:** De 23 residentes de primeiro e segundo ano de Pediatria em dezembro de 2016, 95% eram do sexo feminino, a média de idade era de 27 anos, e a média da carga horária trabalhada era de 75 horas semanais, sendo que apenas três residentes se dedicavam exclusivamente à residência médica. Encontramos uma prevalência de 87% de residentes que apresentavam critérios para síndrome de burnout, sendo 74% com exaustão, 57% com baixa realização profissional e 39% despersonalizados. O grupo de intervenção ocorreu entre maio e dezembro de 2017 com outros seis residentes de primeiro ano que atendiam no Ambulatório Geral de Pediatria às sextas-feiras. A periodicidade foi de uma hora a cada 15 dias. A participação foi voluntária, e os encontros aconteciam segundo o conceito de “espaço protegido”. As discussões eram baseadas em casos clínicos e abordavam também a relação médico-família e as dinâmicas hospitalares. **Conclusão:** A elevada prevalência da síndrome de burnout deste trabalho não foi uma novidade frente aos dados da literatura nacional e internacional. Estabelecemos, porém, uma discussão local que resultou numa estratégia que visa ao bem-estar dos residentes e proporciona oportunidade de aprendizado do reconhecimento das reações pessoais, dos pacientes e de toda a equipe de saúde. Entendemos que os benefícios se dão, finalmente, na qualidade da assistência oferecida aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE

- Esgotamento Profissional.
- Residência.
- Educação Médica.
- Grupo Balint.

KEY-WORDS

- Burnout, Professional.
- Residency.
- Medical Education.
- Balint Group.

ABSTRACT

*Burnout syndrome affects more than 70% of resident physicians worldwide. Despite his alarming statistic, it can still be characterized as a neglected disease. Some studies have described coping strategies, but few services adopt them in practice. The aims of this study were to determine the prevalence of Burnout syndrome among pediatric residents of a Brazilian tertiary hospital, and to describe a psychodynamic group strategy that was implemented locally, based on the results. **Methodology:** a cross-sectional prevalence study using the Maslach Burnout Inventory scale, followed by the planning and execution of a pilot intervention group, from the Balint perspective. **Results:** of 23 first and second year pediatric residents in December 2016, 95% were female; the mean age was 27 years, and the average workload was 75 hours per week. Only 3 residents were exclusively dedicated to the medical residency. The prevalence of burnout syndrome was 87%, with exhaustion in 74%, low professional achievement in 57%, and depersonalization in 39%. The intervention group took place between May and December 2017, with six other first-year residents attending the General Pediatric Outpatient Clinic on Fridays. Meetings of the group took place every 15 days, lasted one hour, and adhered to the concept of “protected space”. Participation in the meetings was voluntary. The discussions were based on clinical cases, also addressing the doctor-family relationship and the hospital dynamics. **Conclusion:** The high prevalence of burnout syndrome found in this study was comparable to data from national and international literature. However, our study established a local discussion that resulted in a strategy aimed at the well-being of residents and provided an opportunity to learn to recognize personal reactions, as well as those of patients and the whole healthcare team. We also hope this study will bring benefits for the quality of care provided to patients.*

Recebido em: 1/10/18

Aceito em: 1/11/18

INTRODUÇÃO

A síndrome de *burnout* (SB) – em português esgotamento – foi inicialmente descrita por Freudenberg na década de 1970 como um processo gradual de desgaste no humor e/ou desmotivação, acompanhado de sintomas físicos e psíquicos que denotam um estado de exaustão¹.

Alguns anos depois, corroborando a tese de Freudenberg, surgiram os primeiros estudos da psicóloga Christina Maslach sobre a forma como as pessoas enfrentam a estimulação emocional em seu trabalho e as estratégias cognitivas utilizadas para lidar com o estresse profissional². No caso dos profissionais de saúde, dos médicos em particular, estas estratégias misturam a compaixão em face da doença com o distanciamento emocional, culminando no que foi descrito como “desumanização em defesa própria”. Os sintomas que os profissionais manifestam são: fadiga persistente, falta de energia, distanciamento afetivo, insensibilidade, indiferença ou irritabilidade relacionadas ao trabalho, além de sentimentos de frustração e baixa realização pessoal^{2,3}.

A definição da Organização Mundial da Saúde⁴ é de um “estado de exaustão vital”, sendo considerada uma doença de caráter crônico determinada principalmente por fatores da dinâmica laboral, tais como sobrecarga e falta de autonomia e de suporte para a realização das tarefas^{3,5}. Pode ser associada à diminuição da produtividade e satisfação no trabalho, além de existirem sintomas físicos e mentais. Os sintomas físicos podem se manifestar de diversas formas, incluindo alterações do apetite, fadiga, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e doenças cardiovasculares. Entre os sintomas psíquicos, destacam-se mau humor, cinismo, diminuição da concentração, insônia e depressão, afetando também os relacionamentos interpessoais. A ocorrência da síndrome de *burnout* também está associada ao aumento do consumo de álcool ou drogas e à ideação suicida^{3,5}.

A população médica encontra-se particularmente sujeita a este tipo de relação negativa com o ambiente laboral em virtude de elevadas cargas horárias, turnos extensos em regime de plantão, incluindo jornadas de trabalho noturnas, envol-

vimento interpessoal com pacientes, frustrações terapêuticas e, por vezes, ausência de recursos para o bom exercício da profissão⁶.

Entre os médicos, uma população ainda mais vulnerável é aquela que cursa a residência médica, considerada padrão ouro para especialização e que consiste em treinamento prático intensivo com carga horária elevada e intensa imersão na rotina da especialidade desejada⁷. As principais características do programa de residência médica que favorecem o estresse laboral são: necessidade de acúmulo de conhecimento teórico, associado a atividades práticas em carga horária extensa (no Brasil, 60 horas semanais), inclusive cumprindo funções burocráticas, responsabilidades (e cobrança) crescentes frente aos pacientes e de tomada de decisão, planejamento do futuro profissional e pessoal de jovens que, muitas vezes, apenas nesse momento assumem também sua independência financeira e afetiva em relação à família⁷⁻¹⁰.

A partir da publicação, em 1993, do *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, o impacto do problema da SB pôde ser mais bem avaliado e quantificado¹¹. Na população em geral, a frequência da SB gira em torno de 5-7%, mas entre os médicos alcança valores próximos a 50% e são superiores a 70% no subgrupo de médicos que cursam a residência^{3,4,6,10}.

Apesar de muitos trabalhos terem sido publicados, o assunto da prevalência da SB não se esgota, devido ao impacto que ainda é alto para o profissional e secundariamente para o paciente, e principalmente porque estratégias para tratamento ou prevenção ainda são menos estudadas ou difundidas para uso na prática profissional. Poderíamos, neste sentido, caracterizar a SB como uma doença negligenciada.

As tentativas de revisão, com meta-análise, das estratégias para enfrentamento do problema do *burnout* entre os médicos esbarram na grande heterogeneidade metodológica, o que dificulta as conclusões sobre a eficácia¹²⁻¹⁴. Mas, ainda assim, estas estratégias parecem ser úteis de maneira geral¹³. E a existência de meta-análises, com vários estudos compilados, por si só, já revela a preocupação e a tentativa de enfrentamento do problema em muitos centros.

As abordagens possíveis para o manejo e prevenção citadas se direcionam ao próprio indivíduo, sendo denominadas pessoais, ou são intervenções na organização do trabalho. Existe ainda alguma menção a estratégias de interface pessoa-trabalho.

Entre as intervenções direcionadas à pessoa, destacam-se as terapias cognitivo-comportamentais, massagens, técnicas de relaxamento, a medicina narrativa e o *mindfulness*¹⁵. Das intervenções organizacionais, ensino e supervisão clínica são as mais citadas.

As abordagens como os “grupos Balint” são descritas para prevenção da SB há algumas décadas, remontando ao fim da Segunda Guerra Mundial¹⁶. Caracterizadas na interface pessoal-organizacional, são descritas como intervenção de grupo na qual os médicos, liderados por um psicanalista, se encontram regularmente para discutir pacientes – com atenção à relação médico-paciente e às reações do próprio médico.

OBJETIVOS

Determinar a prevalência da SB entre residentes de Pediatria de um hospital terciário brasileiro e descrever a estratégia de grupo psicodinâmico, do tipo Balint, que vem sendo implementada localmente com base nos resultados.

MÉTODOS

Este trabalho teve início como um estudo de prevalência e evoluiu, com base nos resultados, para uma estratégia de intervenção.

O estudo, de prevalência, transversal, se deu entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017. Constituiu-se na aplicação de dois questionários independentes entre si e sem identificação aos residentes de primeiro e segundo ano de Pediatria.

O primeiro questionário foi uma arguição demográfica com as variáveis sexo, idade, estado civil, filhos, renda familiar, responsabilidade sobre renda familiar, atividades de lazer, carga horária de trabalho, número de locais de trabalho e religião, com o objetivo, ainda que limitado, de traçar um perfil do residente de Pediatria da instituição.

O segundo questionário utilizado foi a escala de *burnout* desenvolvida por Maslach (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*) em 1997, validada para língua portuguesa. A escala consiste em um questionário de 22 perguntas que abrange três dimensões: exaustão emocional (nove perguntas), realização profissional (oito perguntas) e despersonalização (cinco perguntas) – esta última consiste na queda de empatia em relação ao paciente. As respostas são em escala do tipo Likert com sete opções (nunca, uma vez ao ano ou menos, uma vez ao mês ou menos, algumas vezes no mês, uma vez por semana, algumas vezes por semana e todos os dias). Considerando que existem diversas validações com diferentes pontos de corte para positividade, optamos por utilizar o critério original proposto pela autora do questionário, Maslach. Estes pontos de corte foram: exaustão emocional em nível alto ≥ 26 , despersonalização em nível alto ≥ 9 e nível baixo para realização profissional ≤ 33 .

A divisão em dois formulários distintos ocorreu para ce-
gar os pesquisadores em relação aos resultados de positividade

de no questionário *MBI*, uma vez que eles conheciam dados pessoais/demográficos dos participantes.

Os participantes desta pesquisa assinaram um TCLE após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa local. Juntamente ao TCLE e aos questionários, encontravam-se instruções acerca do preenchimento e entrega, assim como o oferecimento de suporte psicológico em caso de positividade dos escores para *burnout*.

Após a análise dos dados e divulgação dos resultados, a equipe de supervisores dos residentes de Pediatria do serviço ambulatorial decidiu oferecer uma proposta de cuidado (em saúde do trabalhador) aos residentes da especialidade, independentemente de terem sido os participantes da pesquisa.

Diferentemente de um projeto de pesquisa, este projeto, de intervenção, não visou à obtenção de dados e conhecimento, mas teve como objetivo oferecer aos residentes da Pediatria a oportunidade de expressar e trocar vivências, experiências e subjetividades do estágio/trabalho no Instituto. Também diferentemente de um grupo terapêutico, a perspectiva primariamente foi preventiva do estresse laboral. Com esta proposta objetivou-se estabelecer um ambiente formativo e autoformativo, negociando projetos terapêuticos, lidando com a incerteza e habilitando os residentes ao trabalho em grupo, com possibilidade de melhoria da assistência, secundariamente.

RESULTADOS

Demográficos

O perfil dos residentes avaliados demonstrou maioria de mulheres jovens (95%, 22/23), solteiras (19 entre 23) e sem filhos (91,3%). As idades variaram entre 24 e 31 anos, com média de 26,9 anos.

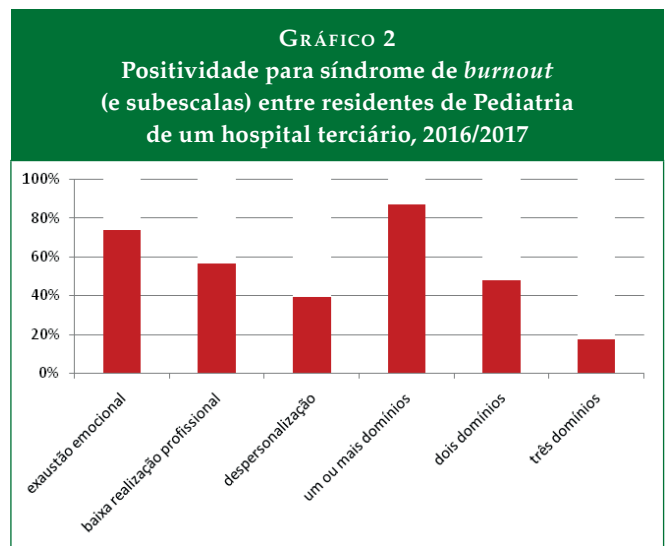
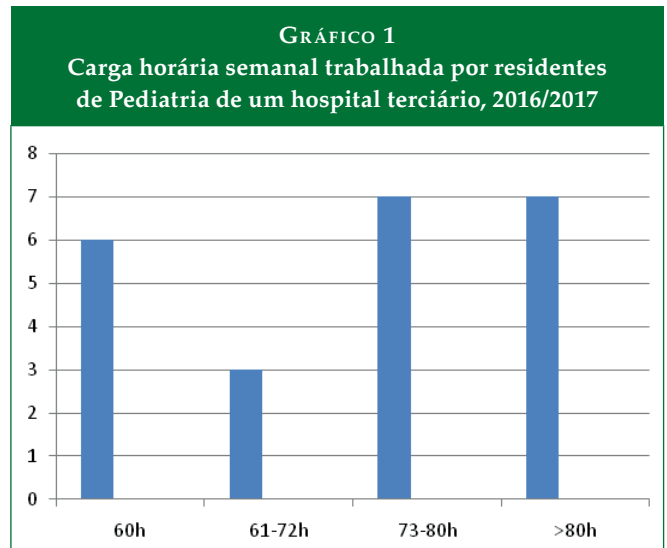
Aproximadamente 70% deles não tinham independência financeira plena, mas a renda familiar foi compatível com as classes A e B.

A carga horária de trabalho variou de 60 a 90 horas semanais, com a média de 75 horas – bem acima do preconizado pela legislação trabalhista nacional (40 horas semanais). Quinze tinham um vínculo adicional de trabalho, e cinco residentes, dois (Gráfico 1).

Apenas metade deles tinha atividades de lazer, e quase 30% não se identificaram com nenhuma religião.

Burnout

Dos 23 formulários analisados, somente 3 participantes apresentaram valores negativos para as 3 variáveis (exaustão, realização profissional na carreira e despersonalização). Dezesseis positivaram entre 1 e 2 critérios, e 4 apresentaram positividade em todos os critérios (Gráfico 2).



Levando-se em conta a *MBI* como uma triagem, buscando a maior sensibilidade possível, em que a presença de um critério já é considerada positiva, encontramos uma prevalência de 87% de residentes com critérios para SB. Dos residentes da Pediatria deste hospital, 74% se encontravam em exaustão, 57% com baixa realização profissional e 39% despersonalizados.

A estratégia do “Grupo de Escuta”

Tendo em vista os elevados níveis de SB e, principalmente, os altos níveis de positividade na subescala de despersonalização, surgiu a proposta inicial de um projeto de intervenção, de grupo, na perspectiva Balint, denominado “Grupo de Escuta”.

Participaram do grupo seis residentes do primeiro ano que atendiam no Ambulatório Geral de Pediatria às sextas-

-feiras em 2017 – estes não foram os incluídos na fase anterior da pesquisa de prevalência do *burnout*, corroborando a finalidade preventiva da estratégia. A periodicidade foi de uma hora a cada 15 dias, após os atendimentos supervisionados no setor, entre maio e dezembro daquele ano. A participação foi estimulada, porém voluntária, e todos assinaram um termo de compromisso.

Inicialmente, as discussões se baseavam em casos clínicos trazidos por algum membro do grupo sobre questões específicas dos atendimentos e relação médico-paciente ou médico-família, mas gradativamente as dinâmicas hospitalares e das equipes de saúde tornaram-se um tema muito abordado.

O grupo contou com a facilitação de um profissional de saúde mental e respeitou o conceito de ser um “espaço protegido”. Conforme Tenório¹⁸, o espaço protegido é a garantia de sigilo, que deve estar incluída nas relações de poder de uma instituição, assim como garante a construção da liberdade para críticas e questionamentos no grupo.

Esta metodologia se assemelha, de fato, à dos grupos Balint-Paideia, com a qual o psicanalista condutor do grupo já tinha experiência, no Hospital do Câncer (Inca), RJ¹⁷.

Diferentemente dos grupos Balint-Paideia, neste caso, foi preciso que os supervisores do ambulatório participassem do grupo para se apropriarem dos temas abordados tanto na questão da organização e funcionamento do hospital, como para aprenderem a manejar as próprias reações em situações semelhantes. Outra possibilidade era diminuir o impacto das questões hierárquicas e favorecer a especificidade do papel do supervisor, em amplo sentido. De fato, a supervisão – diferentemente da tutoria, da preceptoria e do *mentoring* – ocorre numa relação que além de avaliativa é de troca e facilitação, com o objetivo de desenvolver no iniciante habilidades práticas e acadêmicas, éticas e também do entendimento das reações pessoais com o próprio trabalho¹⁹. Com auxílio da supervisão espera-se que os residentes, neste caso, melhorem suas relações com os pacientes no cuidado, capacidade de tomada de decisão e responsabilidade^{12,19}.

Estas perspectivas são justamente as que descrevem os grupos Balint como visando ao ensinamento de como ver pacientes como humanos e aprofundar os níveis de entendimento a respeito dos sentimentos dos pacientes e dos próprios²⁰.

DISCUSSÃO

O resultado encontrado na vigilância da SB, apesar de um pouco mais elevado do que o esperado, condiz com o descrito na literatura.

Entre os estudos nacionais com aplicação da MBI em médicos residentes destacamos os conduzidos por Lima em

Uberlândia¹³ e em São Paulo por Fabichak e Andrade, sendo este último especificamente entre médicos residentes de Pediatria. As positivities para SB encontradas foram, respectivamente, de 78%, 78,4% e 50%.

Essa alta positividade em médicos residentes se reproduz mesmo em cenários distintos. Nos Estados Unidos, o Accreditation Council for Graduate Medical Education – entidade responsável por monitorar os programas de residência médica – conduziu um estudo multicêntrico em 2014 no qual encontrou uma prevalência de 75% de SB entre residentes de Pediatria²¹. A mesma prevalência (74%) foi relatada por Fahrenkopf em 2008 nesta especialidade de residentes²².

Uma revisão sistemática sobre SB em médicos residentes com 51 estudos de 1974 a 2009 encontrou uma prevalência geral de 27% a 75%²³.

O resultado elevado encontrado em nosso hospital pode ser entendido levando-se em conta seu perfil de hospital terciário do sistema público, atendendo a pacientes mais graves e com condições crônicas complexas.

Além disso, a carga horária semanal proposta pelo Ministério da Educação não deve exceder 60 horas semanais, porém não é incomum que esta seja ultrapassada²⁴. Em nosso estudo, 74% dos residentes trabalhavam além das 60 horas e 30% além de 80 horas semanais. Não pudemos correlacionar a carga horária trabalhada de cada participante com a positividade para *burnout* em razão da necessidade de separação dos formulários, como descrito anteriormente.

Essa realidade de extensas cargas horárias não é, entretanto, uma exclusividade de nossa unidade hospitalar. Fabichak et al.¹⁰ encontraram uma média de 67 horas semanais de trabalho na residência, sendo que mais da metade dos residentes realizava outras atividades remuneradas concomitantemente, com uma média de 16 horas semanais, num somatório de 83 horas semanais – média ainda superior às 75 horas dos nossos participantes.

Nos Estados Unidos, em 2011, foi proposta uma modificação da carga horária do residente na tentativa de minimizar o estresse ao qual ele é submetido. Assim, foram mantidas 80 horas semanais em dedicação exclusiva, porém os turnos contínuos para os residentes do primeiro ano passaram do máximo de 24 horas para 16 horas, além de só serem permitidos turnos noturnos a partir do segundo ano²⁵. Os estudos conduzidos após essa mudança, contudo, não observaram alterações estatisticamente relevantes até o momento^{25,26}.

Este resultado vem corroborar o que parece óbvio, a princípio: que não só a modificação de rotinas e o manejo da carga horária diminuem o risco ou “tratam” a síndrome de *burnout*. De fato, estes são necessários e podem gerar melhoria de bem-

-estar, tanto quanto as lições clínicas e a supervisão em si. Shanafelt *et al.*²⁷ destacam que a supervisão pode se dar tanto na orientação dos residentes em relação às suas habilidades clínicas, quanto no próprio desenvolvimento profissional e pessoal.

Por outro lado, a maior parte das estratégias propostas e em estudo para o manejo da SB se direciona às pessoas ou àquelas que abordam a relação da pessoa com o seu trabalho (do profissional).

As estratégias voltadas à pessoa incluem o autocuidado, como minimamente preservar o sono, praticar exercícios físicos e manter o controle sobre as necessidades de saúde, até o bem-estar pessoal. Neste grupo também está o *mindfulness*^{15,16}.

Parece fundamental utilizar estratégias que visem à pessoa porque, de fato, o *burnout* é uma situação de círculo vicioso, mais bem descrita no anglicanismo autoperpetuante. Isto significa que são prioritariamente as características do profissional e sua maneira de lidar com as situações e as relações que determinam o risco para a síndrome. Indivíduos com dificuldades de regulação emocional e de autoavaliação são menos hábeis no enfrentamento das situações difíceis que a vida profissional oferece¹⁵.

Na verdade, alguns estudos têm sugerido um espectro de acometimento na SB no qual, além do “cansaço” físico e psíquico, ocorre uma gradual diminuição da compaixão em resposta à convivência com o sofrimento do outro, culminando em atitudes invasivas negativas, cujas consequências podem ser depressão e suicídio. Este fenômeno é caracterizado como despersonalização – a atitude defensiva do profissional que o torna incapaz de lidar com os pacientes e suas doenças numa perspectiva humanística, de acolhimento das necessidades biológicas e psicossociais do paciente, no contexto do seu sofrimento.

Assim, entre as estratégias pessoais e profissionais de enfrentamento do *burnout*, algumas combatem diretamente a despersonalização. São estratégias focadas no outro, baseadas na compaixão, no entendimento e suporte ao outro, na melhoria da capacidade de empatia¹⁴. Um artigo sobre as estratégias baseadas na compaixão explícita que os fins da medicina são curar as doenças quando possível e lidar com o sofrimento com compaixão¹⁵. Estas atividades que visam à melhoria da empatia e compaixão são, de fato, importantes na educação médica, porque a empatia pode não ser intuitiva.

Além destas estratégias ditas afetivas, há estratégias profissionais intelectuais ou cognitivas, relacionadas ao autoentendimento e a como lidar com as diversas situações da prática.

Finalmente, destacamos as estratégias voltadas à “construção de comunidades no trabalho” como forma de reduzir a SB nas conexões com os colegas, por exemplo¹².

A proposta que escolhemos foi justamente esta, que envolve a formação de grupos e cria espaço para a deliberação individual sobre a vida profissional e as experiências pessoais, ou seja, um grupo na perspectiva Balint¹⁶. Estes grupos se baseiam em princípios psicodinâmicos com atenção especial à relação médico-paciente²⁸. Os encontros regulares objetivavam discutir pacientes, as reações que causam nos integrantes, além de dar e receber suporte por pares. Desta forma, são centrados no paciente, na discussão dos casos difíceis. Porém, além de melhorar as habilidades para lidar com os pacientes, permitem que o profissional module o envolvimento pessoal, voltando a atenção para suas próprias emoções. Nos grupos, é possível que o profissional se veja nas histórias dos outros, partilhando as condições de trabalho, e tenha sentimentos de não estar sozinho, até que seja ajudado a achar o prazer do seu trabalho.

Dois artigos relatam experiências de utilização de grupos Balint com residentes e, assim como o nosso, descrevem a importância da condução do grupo não só pelo profissional de saúde mental, mas também com a participação do médico sênior da unidade²⁹⁻³⁰.

Nestes dois estudos foi observada melhoria das medidas *MBI* globais e de subescalas com as intervenções. A fase de intervenção do nosso estudo, porém, constituindo um projeto piloto com número reduzido de residentes, teve como limitação a não aplicação da escala *MBI*. Dessa forma, não pudemos inferir a efetividade da proposta. Novos estudos, portanto, ainda são necessários para avaliar o impacto desta metodologia.

Para além das medidas quantitativas, Bar-Sela *et al.*³⁰ relatam uma avaliação positiva do grupo qualitativamente. Os movimentos de introspecção e reflexão – olhar para si mesmo para ser capaz de compreender o ambiente, a situação exterior – foram promovidos pela experiência e entendidos como parte integral do trabalho médico.

Frente à cultura médica de negação dos medos, de controle e repressão dos sentimentos, esses grupos proporcionam a oportunidade de aprendizado no reconhecimento das reações pessoais, na percepção dos sinais de estresse e na internalização daquilo que se apreende da interação.

É justamente esta a abordagem que a própria Maslach sugeriu recentemente em nova publicação: aplicar na prática da educação médica os conhecimentos já estabelecidos sobre o *burnout*, principalmente o cuidado com a dinâmica social da assistência e equipes de saúde³¹ – o que foi referido anteriormente como a construção de comunidades no trabalho. Além do conteúdo teórico e da prática supervisionada, esta abordagem tem se mostrado eficaz.

CONCLUSÃO

A elevada prevalência da SB entre os residentes de Pediatria da nossa unidade não foi uma novidade frente aos dados conhecidos da literatura nacional e internacional. Mas uma frequência esperada não deve significar jamais uma frequência a ser aceita.

Os dados do estudo de prevalência devem ser interpretados como indicação de sofrimento profissional porque 74% dos residentes se encontravam exaustos e 57% não se diziam realizados. Ainda mais grave foi constatar que aproximadamente 40% sofrem de despersonalização e incorrem, portanto, em risco ao paciente, do qual se tornaram distanciados emocionalmente.

Estabelecemos em nossa unidade, portanto, discussões para enfrentar esta realidade e já estamos na fase de implementação de uma atividade de grupo, visando à prevenção do *burnout* ou, antes disso, ao bem-estar dos residentes. O melhor benefício esperado recai diretamente sobre a assistência médica, pelo resgate ao profissionalismo e humanidade dos (jovens) médicos.

REFERÊNCIAS

- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Social Issues* 1974;30(1):159-65.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- Vieira I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Rev Bras Saúde Ocup* 2010;35(122):269-76.
- WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva: World Health Organization, 2004
- Benevides-Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- Barbosa GA. A saúde do médico no Brasil. Brasília/DF: Conselho Federal de Medicina, 2007.
- Asaiag PE, Perota B, Martins MA, Tempski P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. *Rev Bras Educ Med* 2010;34(3):422-429.
- Dyrbye LN, Shanafelt TD. A narrative review on burnout experienced by medical students and residentes. *Med Educ* 2016;50:132-149.
- Dustin MH, Rialon KL, Nevel K, Kothari AN, Jardine DA. "Back to Bedside": Residents' and Fellows' Perspectives on Finding Meaning in Work. *J Grad Med Educ* 2017;9:269-273.
- Fabichak C, Silva-Júnior JS, Morrone LC. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Rev Bras Med Trab* 2014;12(2):79-84.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, Ca: The Scarecrow Press, 1997.
- Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing Physician Burnout: The Way Forward. *JAMA* 2017;317(9):901-2.
- West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;388(10057):2272-81
- Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J work environ health* 2008;34(3):169-78
- Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. *J Clin Med* 2017;6(3):33-
- Benson J, Magraith K. Compasso fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam Physician* 2005;34(6):497-8.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 206 p.
- Cunha, GT. Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas; 2009. Doutorado [Tese] – Universidade Estadual de Campinas.
- Botti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Rev Bras Educ Med* 2008;32(3):363-73.
- The Balint Society, Balint Groups. Acessado [10 nov 2017]. Disponível em: <http://ballint.co.uk>.
- Batra M, Kemper KJ, Serwint JR, Schwartz A, Wilson PM, Staples BB, Schubert C, McClafferty H, Mahan JD et al. Burnout in Pediatric Residents: A National Survey to Inform Future Interventions (Platform Presentation). *Acad Pediatr* 2017;17(5): e39 - e40.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin I, Chiang VW et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336(7642):488-91.
- Isha WW et al. Burnout During Residency Training: A Literature Review. *J Grad Med Educ* 2009;1(2):236-42.
- Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM 05/2002.. Diário Oficial da União DOU de 23 de dezembro de 2003; Seção 1.
- Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. *Arch Intern Med*. 2005;165(22):2595-600.

26. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Resident Duty Hours in the Learning and Working Environment Comparison of 2003 and 2011 Standards. Acessado em [12 Dez 2016]. Disponível em: <https://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/dh-ComparisonTable2003v2011.pdf>.
27. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358–367.
28. Kieldmand D, Holmström I. Balint group as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 2008;6(2):138-45.
29. Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, Psychological Skills, and Empathy: Balint Training in Obstetrics and Gynecology Residents. *J Grad Med Educ* 2009;1(2): 231–235.
30. Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. Balint group meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level. *J Cancer Educ.* 2012;27(4):786-9.
31. Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach* 2017;39(2):160-4.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da concepção do trabalho, análise de dados, revisão bibliográfica e redação do manuscrito, aprovando a versão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

Não houve financiamento.

Registro do projeto “Avaliação da prevalência da síndrome de *burnout* nos residentes de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira”: CAAE: 62383416.3.0000.5269.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Patricia S. V. Cardoso Pastura

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Av. Rui Barbosa, 716

Flamengo – Rio de Janeiro

CEP 22250-020 – RJ

E-mail: patpastura@gmail.com / patcardoso@iff.fiocruz.br



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.