



Stress e *burnout* em internos de medicina geral e familiar da zona Norte de Portugal: estudo transversal

Paula Mendes,¹ Vítor Portela Cardoso,² John Yaphe³

RESUMO

Objetivos: Determinar a prevalência de *burnout* em internos de medicina geral e familiar da zona Norte de Portugal e testar possíveis associações com fatores sociodemográficos, profissionais e *stress*.

Tipo de estudo: Observacional, transversal, com componente analítica.

Local: Zona Norte de Portugal.

População: Médicos internos de medicina geral e familiar.

Métodos: Amostra de conveniência constituída pelos internos presentes nas reuniões das direções de internato entre 3 de novembro a 11 de dezembro de 2009. Aplicámos o Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde, o inventário de *burnout* de *Maslach* e colhemos dados sociodemográficos e profissionais. Calculámos a prevalência de *burnout* e testámos associações entre o *stress* laboral e o *burnout*.

Resultados: Estudámos uma amostra de 210 internos (68% da população), dos quais 72% eram mulheres. A taxa de resposta foi de 92,5%. A maioria dos internos referiu *stress* moderado ($n=127$, 60,5%), sobretudo nas ações de formação e em lidar com os pacientes. A prevalência de *burnout* variou entre 8,6% (IC95% 4,8-12,4%) e 34,3% (IC95% 27,9-40,7%), consoante a definição utilizada. Observámos que 29,8% (IC95% 23,6-36,0%) dos internos apresentavam exaustão emocional (EE) elevada, 17,7% (IC95% 12,5-22,9%) despersonalização (DP) elevada e 43,4% (IC95% 36,7-50,1%) baixa realização pessoal (RP). A DP foi significativamente maior nos homens ($p<0,001$) e naqueles que não tinham escolhido a medicina geral e familiar como primeira opção ($p<0,001$). O nível de *stress* associou-se significativamente com as três dimensões do *burnout* (EE $p<0,001$, DP $p<0,001$ e RP $p=0,02$). Além disso, os seis domínios de *stress* associaram-se com a EE ($p<0,01$), cinco com a DP ($p<0,001$) e o domínio carreira e remuneração com a RP ($p<0,01$).

Conclusões: Este estudo encontrou uma prevalência estimada de *burnout* em internos de medicina geral e familiar similar a outros estudos. Os resultados obtidos sublinham a importância na adoção de estratégias de prevenção neste grupo vulnerável.

Palavras-chave: *Burnout*; *Stress* psicológico; Medicina geral e familiar; Internato.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos têm sido realizados diversos estudos a nível mundial sobre *stress* ocupacional e *burnout* em médicos internos de medicina geral e familiar (MGF), mas pouco se sabe sobre este fenómeno em Portugal.¹⁻²

A síndrome de *burnout*, descrita pela primeira vez na década de 70 por Freudenberg, é caracterizada por três dimensões independentes que podem aparecer associadas: a exaustão emocional (EE) elevada, caracteri-

zada pela perda de capacidade e/ou de recursos emocionais para lidar com o outro; a despersonalização (DP) elevada, que diz respeito ao desenvolvimento de atitudes de indiferença e cinismo em relação aos outros; e a baixa realização profissional (RP) que representa

1. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. ARS Norte

2. Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar. UCSP Esporões, ACES Cávado I – Braga, ARS Norte

3. Professor Associado. Instituto de Ciências da Vida e Saúde (ICVS), Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho e ICVS / 3B Laboratório Associado.



um estado de insatisfação do qual resultam sentimentos de incompetência e baixa auto-estima.³⁻⁴ O *burnout* é a consequência a uma resposta ao *stress* laboral crónico, contudo não deve ser confundido com este.⁵ O *stress* ocupacional reflete um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador.⁶⁻⁷

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a síndrome de *burnout* é uma das principais doenças do Mundo Ocidental, sendo mais prevalente nas profissões que envolvem um contacto interpessoal bem como atenção intensa e prolongada a pessoas em situação de dependência, de que são exemplo os médicos, enfermeiros ou assistentes sociais.^{3,5,8} Apesar da dificuldade em estimar a magnitude deste fenómeno, a OMS admite que pode afetar até 40% dos médicos a um nível suficiente para comprometer o bem-estar pessoal ou o desempenho profissional, sendo que a prevalência tem vindo a aumentar para níveis preocupantes.⁹⁻¹⁰

Não é unânime qual a especialidade médica mais afetada pelo *burnout*;¹¹⁻¹³ no entanto, a prevalência em médicos de MGF parece ser elevada devido a características específicas, como o elevado número de consultas por semana, o trabalho individual, os reduzidos tempos de consulta, a relação médico-doente mais próxima, as exigências dos doentes e o trabalho burocrático.¹⁴⁻¹⁷

A perceção do *stress* é subjetiva e tem um impacto diferente de indivíduo para indivíduo. Os fatores etiológicos do *burnout* dividem-se em características individuais, como o tipo de personalidade e avaliação cognitiva, autoestima, perfeccionismo e uso de estratégias de *coping*; em características do trabalho, características organizacionais e características familiares/sociais.^{6,18-22} Apesar de não estar esclarecido o impacto de cada um destes fatores na síndrome de *burnout*, está demonstrada uma maior associação com os fatores profissionais do que com os sociodemográficos.^{10,23-24}

Existe uma preocupação crescente nesta área devido ao seu impacto não só a nível individual, como também profissional e organizacional.⁷ Alguns estudos demonstraram inclusive uma associação entre profissionais sob *stress* e a sua *performance* ou até erros médicos percecionados quer pelos médicos quer pelos doentes.²⁵⁻²⁸

Os internos de MGF foram o alvo deste estudo, uma vez que alguns estudos obtiveram prevalências de *burnout* elevadas nesta categoria profissional. Neste período ocorre uma transição das expectativas idealistas desenvolvidas durante a formação para o mundo real da prática quotidiana, começando o jovem profissional a tomar consciência de que as recompensas pessoais, profissionais e económicas que recebe podem não corresponder às esperadas.²⁸⁻²⁹ Além disso, é caracterizado por aumento da responsabilidade profissional, sobrecarga de trabalho, competição interpares associado a isolamento social, fadiga, privação do sono e receio de cometer erros.^{13,28,30} Assim, os objetivos deste estudo foram determinar a prevalência de *burnout* em internos de MGF da zona Norte de Portugal (IMGFZN) e testar possíveis associações deste com variáveis sociodemográficas e profissionais. Ao identificar populações vulneráveis poderá ser possível desenhar estratégias dirigidas e apropriadas de prevenção e intervenção.

MÉTODOS

Realizámos um estudo observacional, transversal, com componente analítica, cuja população alvo foram os IMGFZN que se encontravam distribuídos pelos distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e Aveiro. Segundo os dados da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), em setembro de 2009, essa população correspondia a 311 internos. Realizámos um estudo piloto a cinco internos a fim de aferir a aplicabilidade e exequibilidade do questionário e identificar obstáculos não previstos no protocolo de investigação. Posteriormente utilizámos uma amostra de conveniência constituída pelos internos presentes nas 11 reuniões das direções de internato da zona Norte e que aceitaram participar voluntariamente no estudo, no período compreendido entre 3 de novembro e 11 de dezembro de 2009. A recolha dos dados foi realizada através de um questionário de autopreenchimento, confidencial e anónimo.

Este estudo de investigação foi autorizado pela Coordenação de Internato de MGF da zona Norte e aprovado pela comissão de ética da ARSN. Todos os participantes assinaram o respetivo termo de consentimento informado.

O questionário encontrava-se dividido em três secções. A secção A era constituída pelo Questionário de



Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS).³¹⁻³² Este instrumento possui 22 itens relativos a potenciais fontes de *stress* associadas à profissão, respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 – Nenhum *stress* a 4 – Elevado *stress*). Esses itens distribuíam-se em seis domínios: lidar com os doentes, relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração, ações de formação e problemas familiares.

A pontuação de cada domínio foi obtida através da média de todos os itens de cada domínio.

Para avaliação do *burnout* aplicámos o Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI-HSS) – secção B – desenvolvida por Christina Maslach.³³ Utilizámos uma versão traduzida para português que incluía 22 itens avaliados numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (0 – Nunca a 6 – Todos os dias), sendo distribuídos pelas três dimensões do *burnout* (EE, DP e RP).³⁴⁻³⁵ À semelhança de outros estudos anteriores e pelo facto de não existirem dados aferidos para a população portuguesa para classificar os participantes como tendo níveis elevados, médios ou baixos em cada dimensão do *burnout* adotámos os seguintes pontos de corte: *score* EE: baixa ≤ 13 , média 14-26 e elevada ≥ 27 ; *score* DP: baixa ≤ 5 , média 6-9 e elevada ≥ 10 ; *score* RP (pontua de modo inverso): baixa ≤ 33 , média 32-39 e elevada ≥ 40 .^{10,36} Para a definição da síndrome de *burnout* adotámos as seguintes definições: (1) elevados níveis de EE e DP combinada com RP baixa;³⁷ e (2) EE e/ou DP elevada.³⁸⁻³⁹

Por último, a secção C visava obter dados demográficos (idade, sexo, estado civil, número de filhos, se o(a) companheiro(a) ou marido/esposa se encontra na mesma carreira profissional) e variáveis profissionais (ano de especialidade, instituição da graduação, local de trabalho, número de horas de trabalho semanais, satisfação profissional, motivação inicial e atual para a especialidade, satisfação com o programa de internato, satisfação com o local de formação, se MGF foi a primeira opção como especialidade, se voltariam a escolher MGF e local de formação).

Para a análise dos resultados recorreremos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS, versão 17.0 for Windows® SPSS Inc., 1989-2008). Realizámos uma análise descritiva dos dados, bem como analítica. Na análise bivariável utilizámos testes não paramétricos (qui-quadrado de *Pearson*, *Mann-Whitney*, *Kruskall-Wallis* e correlação de *Spearman*), uma

vez que nenhuma variável quantitativa apresentou uma distribuição normal, segundo o coeficiente de *Kolmogorov-Smirnov*. Considerámos existir significância estatística para valores de $p \leq 0,05$ com um intervalo de confiança (IC) de 95%.

Excluámos da amostra os participantes do estudo piloto, todos os que se recusaram a participar e aqueles que não responderam a $\geq 20\%$ de perguntas do questionário total.⁴⁰ No caso das escalas QSPS e MBI-HSS excluámos apenas para análise das respetivas escalas os questionários em que uma ou mais pergunta(s) não fosse(m) respondida(s), a fim de não interferir na pontuação total de cada domínio.

Assumindo uma prevalência esperada de *burnout* de 30%, uma precisão de 0,05 e um IC de 95%, a dimensão amostral necessária para uma amostra aleatória da população seria de 159, segundo o programa Epi Info™7. Os autores adotaram as normas STROBE para a redação do presente estudo.⁴¹

RESULTADOS

Da amostra de 227 médicos internos foram incluídos 210, o correspondente a uma taxa de resposta de 92,5% (Figura 1).

Caracterização sociodemográfica da amostra

Na amostra estudada, 71,9% ($n=151$) (IC95% 65,8-78,0%) dos internos era do sexo feminino, com uma idade mediana de 28 anos, compreendidas entre 25 e 54 anos. A distribuição por sexo na amostra era semelhante à da população total, onde a proporção de indivíduos do sexo feminino era de 67,8%. A proporção de internos do primeiro ano na nossa amostra (48,7%, IC95% 41,9-55,5%) era ligeiramente superior à verificada na população (41,4%) e a proporção de internos do terceiro ano na nossa amostra (20,1%, IC95% 14,7-25,5%) era ligeiramente inferior à da população em estudo (29%).

A caracterização sociodemográfica encontra-se descrita no Quadro I.

Análise psicométrica da escala MBI-HSS

Na análise da consistência interna, o valor do Alfa de *Cronbach* para a EE e RP foram elevados, respetivamente 0,884 e 0,821 e o da DP obteve um coeficiente considerado médio (0,691). Eliminando o pior item, os



valores do Alfa de *Cronbach* corrigidos não sofriam alterações relevantes.

Satisfação profissional

A maioria dos internos classificou como boa ou muito boa a sua satisfação profissional ($n=156$, 75%) e a sua satisfação com o local de formação ($n=150$, 72,1%). No entanto, os internos parecem insatisfeitos quanto ao programa de formação, sendo classificada como “muito baixa, baixa ou suficiente” em 54,7% ($n=114$) dos questionados (Figura 2).

A MGF foi referida como a primeira opção na escolha da especialidade em 70,8% ($n=148$) dos questionários. Estes internos apresentaram significativamente melhor satisfação profissional (78,8%) do que os que não escolheram MGF como primeira opção (64,6%) ($p=0,046$). Apesar disso, 78,1% dos internos ($n=164$) voltariam a escolher MGF como especialidade e um pouco menos ($n=145$, 70%) voltaria a escolher o mesmo local de formação.

Fontes de stress – Escala QSPS

A maioria dos internos referiu *stress* moderado ($n=127$, 60,5%). Avaliando os seis domínios da escala

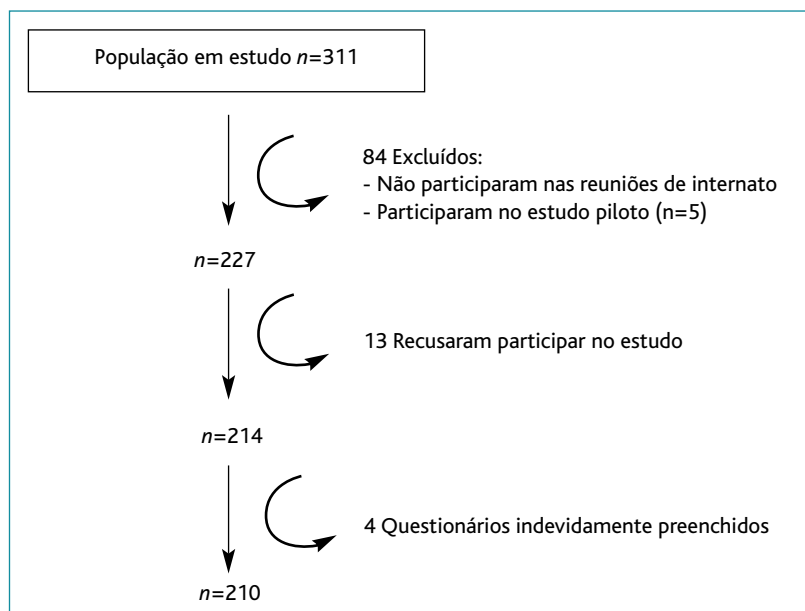


Figura 1. Fluxograma da amostragem.

QSPS, os internos referiram sentir maior *stress* nas ações de formação e em lidar com os pacientes, especialmente as participantes do sexo feminino ($p<0,001$ e $p<0,004$, respetivamente). No Quadro II encontram-se descritos os resultados nos seis domínios da escala QSPS.

Analisando cada uma das 22 fontes de *stress* da escala, as três percecionadas como causadoras de maior

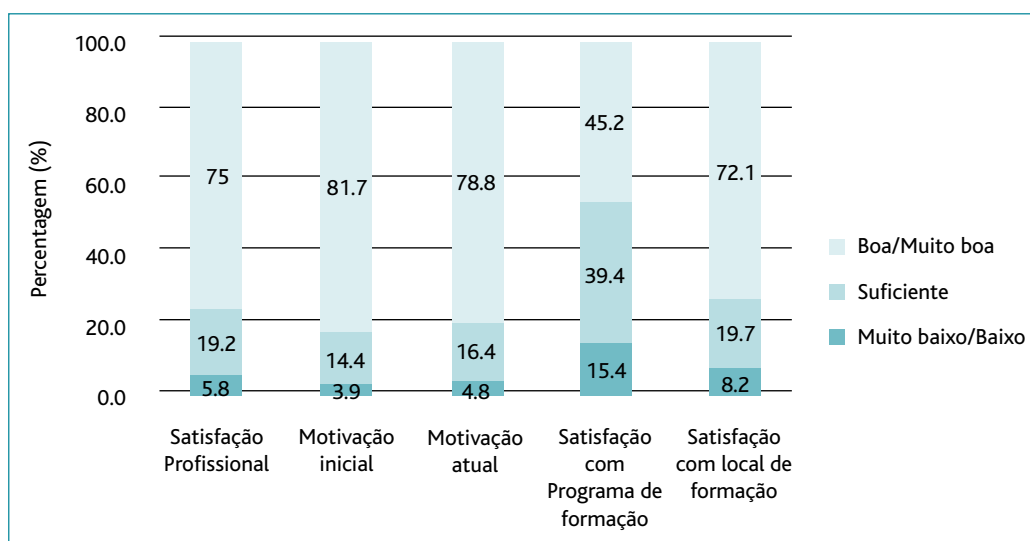


Figura 2. Caracterização do grau de satisfação profissional, motivação e satisfação com o internato de MGF.

QUADRO I. Caracterização sociodemográfica da amostra (n=210)

	n	%	Amostra válida/em falta	
Sexo				
Feminino	151	71,9	210/0	
Masculino	59	28,1		
Estado civil				
Solteiro	133	63,3	210/0	
Casado	62	29,7		
União facto	14	6,7		
Divorciado	1	0,5		
Companheiro/cônjuge na mesma carreira profissional				
Sim	61	32,4	188/22	
Não	111	59		
Não aplicável	16	8,5		
N.º filhos				
0	169	84,5	200/10	
≥ 1	31	15,5		
Ano de especialidade				
1.º	97	48,7	199/11	
2.º	62	31,2		
3.º	40	20,1		
Instituição onde se graduou				
FMUP	84	40,4	208/2	
ICBAS	59	28,4		
FCM-UNL	15	7,2		
FMUC	11	5,3		
ECS-UM	9	4,3		
FMUL	9	4,3		
FCS-UBI	5	2,4		
Outra	16	7,7		
Local de trabalho				
Predominante urbano	97	46,9	207/3	
Moderadamente urbano	81	39,1		
Predominantemente rural	29	14		
	Mediana	Média	Desvio-padrão	
Idade (anos)	28	29,04	4,9	205/5
N.º horas de trabalho semanais (h)	60	61,09	14	204/6

Legenda: ECS-UM – Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho; FCM-UNL – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; FCS-UBI – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

stress foram: “tomar decisões onde os erros possam ter consequências graves para os doentes” (n=126, 60%), seguido de “excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático” (n=124, 59,1%) e “falar/fazer apresentações em público” (n=116, 55,2%).

Prevalência de *burnout*

Observámos que 29,8% (IC95% 23,6-36,0%) dos internos apresentava uma EE elevada, 17,7% (IC95% 12,5-22,9%) uma DP elevada e 43,4% uma RP baixa (IC95% 36,7-50,1%). Assim, a RP foi a dimensão da síndrome de *burnout* mais afetada das três (Quadro III).

Calculando a mediana de cada uma das três dimensões do *burnout* e comparando com os valores de referência, obtivemos que a EE encontrava-se no nível médio, a DP no nível baixo e a RP no nível médio (Quadro IV).

Quanto ao número de dimensões do *burnout* afetadas, 58,6% (n=116) tinha pelo menos uma dimensão afetada e 8,6% (n=17) revelaram todas as dimensões afetadas (Figura 3).

Segundo os critérios definidos, obtivemos uma prevalência de *burnout* nos internos de MGF de 8,6% (n=17) (IC95% 4,8-12,4%) para a definição 1 (EE e DP elevada + RP baixa) e 34,3% (n=68) (IC95% 27,9-40,7%) para a definição 2 (EE e/ou DP elevada).



Burnout e variáveis sociodemográficas e profissionais

Os resultados da análise inferencial entre as características sociodemográficas e profissionais com EE elevado, DP elevado e RP baixo encontram-se no Quadro V. Os homens estavam mais despersonalizados do que as mulheres ($p=0,001$). A elevada EE foi significativamente maior nos internos com menor satisfação profissional ($p<0,001$), menor motivação atual ($p<0,001$), menor satisfação com o programa de formação ($p=0,003$) ou com o local de formação ($p<0,001$). A DP revelou-se significativamente elevada em internos com menor satisfação profissional ($p=0,05$), menor motivação atual ($p<0,001$), menor satisfação com local de formação ($p=0,016$) e com o facto de não ter escolhido MGF como primeira opção ($p=0,019$). Por último, a RP foi significativamente menor nos internos com menor motivação inicial ($p=0,015$) ou atual ($p=0,011$).

No Quadro VI representa-se a análise bivariável entre as três dimensões do *burnout* e a escala QSPS. Observou-se que a pontuação obtida na EE e DP aumentava progressivamente com o aumento do nível de stress ($p<0,001$ e $p<0,001$) bem como com o aumento da sua frequência ($p<0,001$ e $0,001$). Adicionalmente, quanto maior o nível de *stress* percebido, menor era a RP ($p=0,02$).

O coeficiente de correlação de *Spearman* demonstrou uma associação positiva e estatisticamente significativa da pontuação obtida na EE com todos os domínios da QSPS ($p<0,001$). De igual modo, níveis mais elevados de DP associaram-se a maiores níveis de *stress*

nos domínios: lidar com pacientes ($p=0,01$), excesso de trabalho ($p<0,001$), problemas familiares ($p<0,001$), carreira e remuneração ($p<0,001$) e relações profissionais ($p<0,001$). A pontuação da RP variou inversamente com a “carreira e remuneração” ($p=0,002$).

QUADRO II. Distribuição total e por sexo dos seis domínios da escala QSPS

Fontes de stress	Total – mediana (mínimo – máximo)	Feminino – mediana	Masculino – mediana	p	Amostra válida/em falta
Ações de formação	2,33 (0-4)	2,67	2,00	<0,001*	203/7
Lidar com doentes	2,25 (0,25-4)	2,50	2,00	0,004*	
Excesso de trabalho	2,25 (0-4)	2,25	2,25	0,649	
Problemas familiares	2,00 (0-4)	2,33	2,00	0,245	
Carreira e remuneração	1,50 (0-4)	1,50	1,25	0,490	
Relações profissionais	1,25 (0-4)	1,25	1,25	0,940	

* $p\leq 0,05$. Teste de Mann-Whitney.

Legenda: QSPS – Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde.

QUADRO III. Classificação das três dimensões do *burnout*

Burnout	EE (n/%)	DP (n/%)	RP (n/%)*	Amostra válida/em falta
Nível baixo	40 (20,2%)	112 (56,6%)	86 (43,4%)	198/12
Nível médio	99 (50%)	51 (25,8%)	60 (30,3%)	
Nível elevado	59 (29,8%)	35 (17,7%)	52 (26,3%)	

*Score baixo (≤ 33) na RP significa Nível de *burnout* elevado – porque esta dimensão pontua de modo inverso.

Legenda: EE – Exaustão Emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização Profissional.

QUADRO IV. Distribuição total e por sexo dos três scores do *burnout*

	Total – mediana (mínimo – máximo)	Homens (mediana)	Mulheres (mediana)	Amostra válida/em falta
Score EE	21 (3-42)	19	21	198/12
Score DP	5 (0-18)	6	5	
Score RP	35 (0-48)	35	35	

Legenda: EE – Exaustão Emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização Profissional.

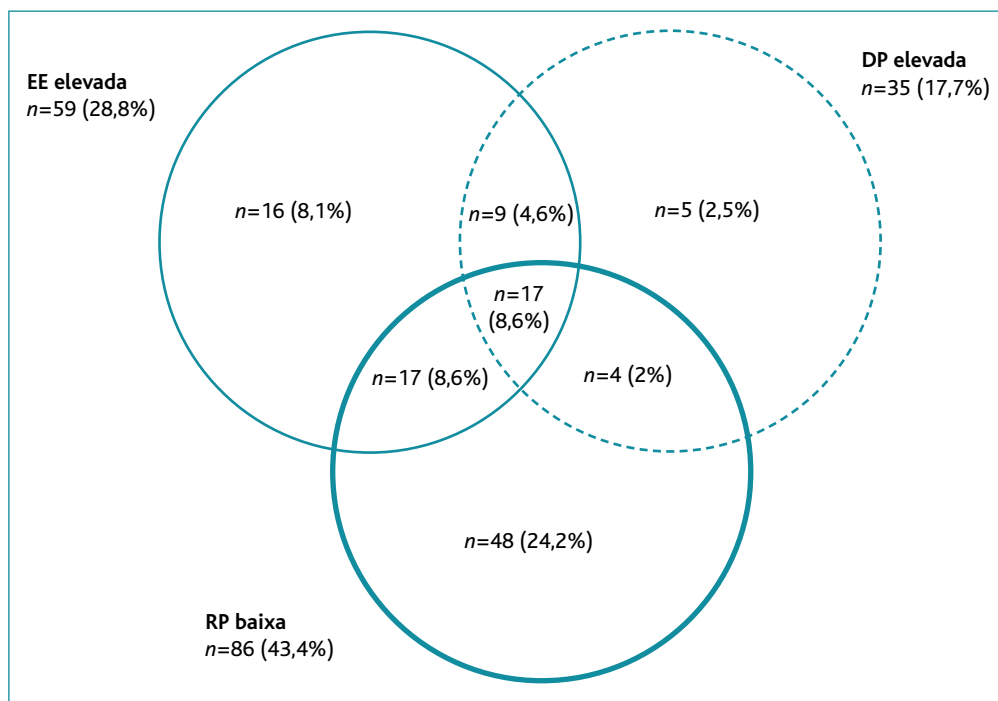


Figura 3. Diagrama de Venn da distribuição dos participantes pelas dimensões de *burnout* (EE, DP, RP).
Legenda: EE – Exaustão Emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização Profissional.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a prevalência de *burnout* em internos de MGF da zona Norte de Portugal, tendo encontrado valores similares a outros estudos (informação detalhada no Quadro VII). Da amostra que estudámos, 29,8% dos internos apresentava EE elevada, 17,7% DP elevada e 43,4% RP baixa, sendo que 58,6% tinha pelo menos uma dimensão afetada. A prevalência de *burnout* variou entre 8,6% e 34,3%, respetivamente para a definição 1 e 2. Estes valores foram superiores aos do estudo sobre *burnout* em médicos de família portugueses (Quadro VII).³⁶ Nomeadamente, os IMGFZN revelaram ter cerca de duas vezes mais as dimensões do *burnout* afetadas do que os seus colegas especialistas, indicando que os primeiros poderão estar sob maior *burnout*. Já o estudo EGPRN, realizado em 2008 a médicos de família europeus (não incluiu Portugal), obteve níveis de *burnout* superiores ao nosso estudo, com exceção da RP, que esteve mais afetada nos internos portugueses.¹⁰ Num outro estudo, realizado em internos de MGF em França, os níveis de *burnout* eram ligeiramente inferiores aos de Portugal aqui apresentados.¹

Os valores da prevalência de *burnout* são variáveis entre as investigações realizadas, o que poderá ser o reflexo de vários fatores. Por um lado, não existe uma forma consensual de medir o *burnout*. Alguns estudos afirmam que basta ter uma das dimensões afetadas para definir a síndrome,⁴²⁻⁴³ enquanto outros exigem um trio constituído por EE e DP elevadas e RP baixa.⁴⁴⁻⁴⁵ Por outro lado, a ausência de valores normativos para a população portuguesa pode subestimar a prevalência de *burnout*. Apesar de a escala MBI-HSS ter sido já alvo de trabalhos de tradução e validação para Portugal,³⁴⁻³⁵ seria importante usar valores de referência adaptados à cultura do país e às diferentes populações estudadas (médicos vs médicos internos). No processo de verificação das propriedades psicométricas, a MBI-HSS revelou ter uma boa consistência interna na generalidade das dimensões que pretendeu medir, revelando ser um instrumento fiável, sensível e válido para medir o *burnout* na população estudada.

As mulheres apresentaram valores médios mais elevados de EE e níveis mais baixos de RP do que os homens, porém, sem uma diferença estatisticamente significativa. Adicionalmente, os internos homens eram os que estavam mais despersonalizados, como já verificado noutros estudos.^{10,46-47} Todavia, no estudo de Gisela Marcelino foram os homens que apresentaram maiores níveis de EE e DP associados a menor RP, realçando o envolvimento da mulher na família e o papel dos filhos como fator protetor.³⁶ Os dados relativos às diferenças entre sexo são importantes pelo facto de se verificar um aumento progressivo do sexo feminino na população médica.⁴⁸


QUADRO V. Distribuição das variáveis demográficas e profissionais em função do elevado *burnout* na EE, DP e RP

DIMENSÕES <i>BURNOUT</i>	EE elevada (%)	<i>p</i>	DP elevada (%)	<i>p</i>	RP baixa (%)	<i>p</i>
Sexo						
Feminino	30,8	0,630	12,7	0,001*	45,5	0,489
Masculino	27,3		33,3		40,0	
Estado Civil						
Solteiro	29,6	0,412	19,3	0,891	47,2	0,420
Casado	31,0		16,4		41,4	
União de facto	21,4		23,1		28,6	
Divorciado	100,0		0,0		0,0	
Número de filhos						
0	28,8	0,716	17,2	0,870	43,1	0,745
≥1	32,1		18,5		46,4	
Parceiro/Marido/Esposa está na mesma carreira profissional						
Sim	23,6	0,249	20,8	0,413	36,4	0,173
Não	32,4		15,5		47,6	
Idade	29,76	0,196	29,79	0,872	29,07	0,938
Ano de especialidade						
1.º Ano	27,7	0,947	15,7	0,831	42,6	0,241
2.º Ano	28,8		19,6		50,8	
3.º Ano	30,6		17,6		33,3	
Instituição						
Nacional	28,6	0,259	18,6	0,688	42,9	0,603
Internacional	42,9		14,3		50,0	
Local de trabalho						
Predominante urbano	27,8	0,795	15,7	0,082	38,9	0,504
Moderadamente urbano	32,5		25,3		45,5	
Predominantemente rural	28,6		7,4		50,0	
Satisfação profissional						
Baixo e suficiente	54,3	<0,001*	28,6	0,050*	54,3	0,086
Bom e muito bom	22,0		15,3		40,0	
Motivação inicial						
Baixo e suficiente	41,2	0,104	28,1	0,113	61,8	0,017
Bom e muito bom	27,2		16,2		39,5	
Motivação atual						
Baixo e suficiente	58,5	<0,001*	39,5	<0,001*	61,0	0,011
Bom e muito bom	21,9		12,8		38,7	
Satisfação – Programa de formação						
Baixo e suficiente	38,8	0,003*	23,2	0,062	44,7	0,701
Bom e muito bom	19,4		12,6		41,9	
Satisfação – Local formação						
Baixo e suficiente	50,0	<0,001*	29,4	0,016*	42,3	0,857
Bom e muito bom	22,2		14,1		43,8	
MGF 1.º opção						
Sim	28,3	0,578	14,4	0,019*	42,8	0,696
Não	32,2		29,1		45,8	
Número de horas de trabalho	63,23	0,088	12,16	0,692	15,11	0,643

* $p < 0,05$. Teste Qui-quadrado de *Pearson* para as variáveis nominais e o teste de *Mann-Whitney* para as variáveis quantitativas (idade e número de horas de trabalho).

Legenda: EE – Exaustão Emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização Profissional.



QUADRO VI. Análise da relação entre a pontuação obtida em cada uma das dimensões do *Burnout* (EE, DP e RP) e nível de *stress*, frequência de *stress* e os seis domínios da escala QSPS

	n	EE		DP		RP	
		Mediana	p	Mediana	p	Mediana	p
Nível de stress							
Nenhum	1	3	<0,001*	4	<0,001*	33	0,02*
Pouco	36	12,19		3,33		36,97	
Moderado	119	20,81		5,51		37,7	
Bastante	35	29,80		7,46		31,94	
Elevado	7	33,14		8,43		31,86	
Frequência de stress							
Nenhum	2	12,5	<0,001*	7	0,001*	37	0,169
Algumas vezes no ano	15	11,33		3,93		33,8	
Uma vez ao mês	45	16		3,78		36,26	
Uma vez à semana	107	22,7		5,94		32,94	
Todos os dias	32	30,25		7,09		34,38	
	n	Coefficiente de correlação	p	Coefficiente de correlação	p	Coefficiente de correlação	p
Ações de formação	191	0,314	<0,001*	0,091	0,209	-0,023	0,748
Lidar com pacientes		0,334	<0,001*	0,185	0,01*	-0,034	0,638
Excesso de trabalho		0,483	<0,001*	0,360	<0,001*	-0,044	0,544
Problemas familiares		0,412	<0,001*	0,279	<0,001*	-0,029	0,688
Carreira e remuneração		0,341	<0,001*	0,274	<0,001*	-0,225	0,002*
Relações profissionais		0,432	<0,001*	0,280	<0,001*	-0,124	0,088

* $p \leq 0,05$. Teste *Kruskal-Wallis*

Legenda: EE – Exaustão Emocional; DP – Despersonalização; DP – Desvio-padrão; QSPS – Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde; RP – Realização Profissional.

Quanto à satisfação profissional, 75% dos internos classificou-a como boa ou muito boa e apenas 5,8% como baixa ou muito baixa. Um estudo mais recente, realizado também em IMGZN, obteve dados semelhantes com apenas 5% dos internos a mostrarem-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos.⁴⁹ Por outro lado, a menor satisfação profissional, menor motivação, menor satisfação com o programa de formação e com o local de formação associaram-se a algumas dimensões do *burnout*. Em 2005, uma meta-análise concluiu que indivíduos com níveis de satisfação laboral mais baixos apresentavam níveis de *burnout* mais elevados, menor autoestima e mais problemas psicológicos, como depressão e ansiedade.⁵⁰

Cerca de um terço dos internos referem que o seu/sua companheiro(a) ou marido/esposa está na mesma carreira profissional. Estudos anteriores demonstraram que estar casado com outro médico tinha impacto em termos familiares e profissionais, uma vez que eram mais felizes, divorciavam-se menos, mas estariam sob maior *stress* e mais sujeitos a *burnout*.^{17,51} Embora sem diferenças significativas, no nosso estudo os internos com parceiro(a) na mesma carreira estavam menos exaustos e mais realizados pessoalmente, apesar de mais despersonalizados.

Tem sido questionado se a escolha pela especialidade médica de MGF não será influenciada pela dificuldade de acesso a especialidades hospitalares. É provável



vel que até certo ponto isto se verifique, uma vez que o maior volume de escolhas de MGF centra-se nas classificações mais baixas,⁵² podendo a escolha pela MGF ser uma segunda opção para alguns.^{50,53} No nosso estudo verificou-se que os cerca de 30% dos internos que não escolheram MGF como primeira opção tinham significativamente uma menor satisfação profissional e uma maior despersonalização. No entanto, apenas 8,6% admitiram não voltar a escolher MGF. Um estudo posterior, realizado entre 2011 e 2013, revelou que 76% dos IMGFZN escolheram MGF como primeira opção, estando estes mais satisfeitos com o internato do que os que não viram esta especialidade como preferencial ($p=0,001$).⁴⁹

Os internos que referiram perceber elevados níveis de *stress* estavam sob elevada exaustão emocional e encontravam-se menos realizados pessoalmente, segundo os valores de referência nas dimensões EE (≥ 27) e RP (≤ 33). As fontes de *stress* da escala QSPS estiveram particularmente associadas às dimensões de *burnout* EE e DP, sendo que apenas o domínio “carreira e remuneração” se associou simultaneamente com as três dimensões afetadas. Sendo o *burnout* uma consequência ao *stress* laboral crónico, a associação entre estes dois problemas não foi surpreendente.⁵

O nosso estudo apresenta algumas limitações que não podem ser negligenciadas. A amostra utilizada foi de conveniência, podendo introduzir um viés de seleção. Apesar disto, realçamos o facto de que a amostra estudada foi superior à amostra necessária para ser representativa da população. É possível, porém, que os internos que não estiveram presentes nas reuniões estejam sob maior *stress* e com mais *burnout*. A altura da recolha dos dados (novembro e dezembro de 2009) pode ter ainda sobrestimado a prevalência de *burnout*, uma vez que é uma fase do internato mais exigente com a proximidade das avaliações anuais. Por outro lado, a utilização de um questionário de autopreenchimento está sujeita a erros de interpretação e poderá ter havi-

QUADRO VII. Médias dos scores do *burnout* obtido noutros estudos

ESTUDOS	Mendes, 2015 (este estudo)	Marcelino, 2012	Soler, 2008 ¹⁰	Galam, 2013
População	198 IMGF	153 MF	1.393 MF	4.050 IMGF
Local de estudo	Norte de Portugal	Portugal	Europa (12 países)	França
Taxa de adesão	68%	41%	41%	64,2%
EE elevada	29,8%	25,3%	43%	16%
DP elevada	17,7%	16,2%	35%	33,8%
RP baixa	43,4%	16,7%	32%	38,9%
Três dimensões afetadas	8,6%	4,1%	12%	6,5%
EE elevado e/DP baixa	34,3%	32,4%	–	–

Legenda: EE – Exaustão Emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização Pessoal; IMGF – Internos de Medicina Geral e Familiar; MF – Médicos de Família.

do tendência para os internos responderem o que é socialmente correto (desejabilidade social). Adicionalmente, os autores consideram que o questionário é relativamente extenso. Outras limitações poderão estar relacionadas com os quatro questionários excluídos da análise por preenchimento indevido e em que, apesar de identificados os dados omissos, não foi realizada a sua análise estatística.

Apesar das limitações referidas, a que se adiciona o atraso na publicação dos resultados, pretendemos realçar um problema que consideramos ser atual. Desde a colheita dos nossos dados até à publicação deste artigo ocorreram importantes alterações no internato de MGF em Portugal, como a duração estendida para quatro anos e a recente alteração da avaliação final do internato médico.⁵⁴ A crise financeira também trouxe grandes implicações a nível socioeconómico. Por estes motivos, consideramos ser fundamental estudar esta temática à luz do panorama atual, identificando outras possíveis fontes de *burnout* ou mesmo diferenças territoriais no país, de acordo com os diferentes programas de internato. No futuro, poderá ainda ser alvo de análise a relação de fatores individuais (como a personalidade) com esta síndrome.

Gostaríamos ainda de salientar o facto de termos conseguido, num curto período de tempo, uma amostra representativa quanto ao sexo, constituída por internos de todas as direções de internato do Norte de



Portugal e que representou 68% da população total, com uma taxa de adesão ao estudo de 92,5%. Por outro lado, além do *burnout*, identificámos fontes de *stress* laboral que lhe estavam associadas, o que poderá delinear as áreas prioritárias de prevenção e intervenção.

Os resultados que obtivemos são fontes importantes de reflexão. Parece-nos importante consciencializar os internos dessa realidade, pois é frequente os médicos adotarem uma postura de negação (estilo de *coping* ineficaz) relativamente a estes problemas relacionados com o *burnout*.⁵⁵⁻⁵⁶ Foi proposto um modelo de intervenção integrada do *burnout*, o qual completa diferentes focos e níveis de ação em vários domínios.⁵⁷ A formação pré-graduada parece ser uma fase particularmente importante na prevenção desta síndrome, dado que é nesta altura que os futuros médicos aprendem as características da sua profissão e adquirem hábitos que os tornarão suscetíveis ao *burnout*.^{49,58}

Em conclusão, os resultados colocaram os internos de MGF num grupo de risco, sendo necessário delinear precocemente estratégias de prevenção e intervenção.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a colaboração da Coordenação de Internato de MGF da zona Norte, aos diretores de internato e a todos os colegas internos que colaboraram voluntariamente neste estudo, sem os quais não teria sido possível concretizá-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2013;63(608):e217-24.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014;89(3):443-51.
- World Health Organization. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders [Internet]. Geneva: WHO; 1998. ISBN 924154516X. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42043/1/924154516X_eng.pdf
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout inventory manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1996.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- Uva AS, Leite ES. Stress relacionado com o trabalho. *Saúde e Trabalho.* 2007;6:25-42.
- Milczarek M, Schneider E, Rial-González E. OSH in figures: stress at work – facts and figures [Internet]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2009. ISBN 9789291912247. Available from: https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377-85.
- Devi S. Doctors in distress. *Lancet.* 2011;377(9764):454-5.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008;25(4):245-65.
- McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: is there hope? *Fam Med.* 2008;40(9):626-32.
- Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry.* 2004;28(3):240-2.
- IsHak WW, Lederer S, Mandili C, Nikravesh R, Seligman L, Vasa M, et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* 2009;1(2):236-42.
- Frasquilho MA. Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento [Medicine: a 24 hours journey?]. *Rev Port Saúde Pública.* 2005;23(2):89-98. Portuguese
- Schattner PL, Coman GJ. The stress of metropolitan general practice. *Med J Aust.* 1998;169(3):133-7.
- Royal College of General Practitioners. *Stress and general practice*. London: RCGP; 2005.
- Rout U. Stress among general practitioners and their spouses: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 1996;46(404):157-60.
- Souza WC, Silva AM. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde [The influence of personality and job factors on burnout among health professionals]. *Estud Psicol.* 2002;19(1):37-48. Portuguese
- McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med.* 2004;2:29.
- Cohen JC, Leung Y, Fahey M, Hoyt L, Sinha R, Cailler L, et al. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Res Notes.* 2008;1:105.
- Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician.* 2008;54(2):234-5.
- Lee FJ, Brown JB, Stewart M. Exploring family physician stress: helpful strategies. *Can Fam Physician.* 2009;55(3):288-9.
- Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med.* 2006;99(3):161-9.
- Al-Dubai SA, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health.* 2010;52(1):58-65.
- Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:325.
- Hill JD, Smith RJ. Monitoring stress levels in postgraduate medical training. *Laryngoscope.* 2009;119(1):75-8.
- van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, van Doremalen J, Akkermans R, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower



- practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:118.
28. Daugherty SR, Baldwin DC Jr, Rowley BD. Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship: a national survey of working conditions. *JAMA.* 1998;279(15):1194-9.
 29. Oliveira MM. Burnout e emoções: estudo exploratório em médicos de um hospital do Porto [Dissertation]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2008. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/25366>
 30. Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica [Stress nature and magnitude during medical residency training]. *Rev Assoc Med Brasil.* 1998;44(1):28-34. Portuguese
 31. Melo BT, Gomes AR, Cruz JF. Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para profissionais de psicologia. In: Soares AP, Araújo S, Caires S, editors. *Avaliação Psicológica: formas e contextos (Vol. VI)*. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses; 1999. p. 596-603.
 32. Gomes AR, Cabanelas S, Macedo V, Pinto C, Pinheiro L. Stresse, saúde física, satisfação e "burnout" em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In: Pereira MG, Simões C, McIntyre T, editors. *Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde: actas do 2º Congresso Família, Saúde e Doença, Braga, Portugal, 2008 (Vol. IV)*. Braga: Universidade do Minho; 2008. p. 178-92.
 33. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2(2):99-113.
 34. Maroco J, Tecedeiro MM. Inventário de burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psic Saúde Doenças.* 2009;10(2):227-35.
 35. Sá LO. Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica: estudo correlacional [Dissertation]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2002. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9659>
 36. Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open.* 2012;2(3):e001050.
 37. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. *J Gen Intern Med.* 2008;23(7):1090-4.
 38. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA.* 2004;292(23):2880-9.
 39. Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaa C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health.* 2001;16(5):565-82.
 40. Cohen J, Cohen P. *Applied multiple regression/correlation for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1983.
 41. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(4):344-9.
 42. Brøndt A, Sokolowski I, Olesen F, Vedsted P. Continuing medical education and burnout among Danish GPs. *Br J Gen Pract.* 2008;58(546):15-9.
 43. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Kristensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress.* 2005;19(3):192-207.
 44. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(7):686-92.
 45. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo [Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work]. *Rev Clin Esp.* 2006;206(2):77-83. Spanish
 46. Mangen MH. Étude du burnout chez les medecins generalistes luxembourgeois [Dissertation]. Paris: Faculté de Médecine, Université Pierre et Marie Curie; 2007. Available from: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/mangen_these_burn_out.pdf
 47. Neves AC. Síndrome de burnout nos médicos de família do ACES de Gondomar [Dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2011. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83679/2/130621.pdf>
 48. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. Burnout and engagement in university students: a cross-national study. *J Cross Cult Psychol Stud.* 2002;33(5):464-81.
 49. Azevedo A, Domingues B, Moura J, Santos L. Estão os internos satisfeitos com o internato de medicina geral e familiar? [Are family medicine trainees satisfied with their training program?]. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30(1):24-30. Portuguese
 50. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005;62(2):105-12.
 51. Sobecks NW, Justice AC, Hinze S, Chirayath HT, Lasek RJ, Chren MM, et al. When doctors marry doctors: a survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Ann Intern Med.* 1999;130(4 Pt 1):312-9.
 52. Sequeira-Carlos J. Internato de MGF: vagas de crise (2º episódio). *J Med Fam.* 2005;80:36-7.
 53. Gaspar D. Medicina geral e familiar, uma escolha gratificante [The family medicine: a gratefull choice]. *Acta Med Port.* 2006;19(2):133-9. Portuguese
 54. Portaria nº 45/2015, de 20 de fevereiro. *Diário da República.* 2ª série(36).
 55. Laranjeira CA. O contexto organizacional e a experiência de estresse: uma perspectiva integrativa [An integrated perspective of the organisational context and experience of stress]. *Rev Salud Pública.* 2009;11(1):123-33. Portuguese
 56. Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A, Shearer AJ. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. *Lancet.* 2000;356(9225):185-9.
 57. Frasquilho MA. Um modelo de intervenção integrada em situações de burnout. *Rev Factores Risco.* 2015;(37):58-67.
 58. Ravindranath D. Stress in the medical profession: an evaluation of pre-medical students, medical students, and doctors [Internet]. University of Berkeley; 2000 [cited 2009 May 5]. Available from: <http://nature.berkeley.edu/classes/es196/projects/2000final/ravindranath.pdf>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse a declarar.

O autor John Yaphe não participou no percurso editorial do manuscrito, apesar de integrar o Conselho Editorial da RPMGF.

**FINANCIAMENTO**

O trabalho não foi alvo de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas de investigação).

COMISSÃO DE ÉTICA

Estudo realizado após parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Paula Mendes
E-mail: paulafm3@gmail.com

Recebido em 14-02-2016

Aceite para publicação em 04-12-2016

ABSTRACT**STRESS AND BURNOUT IN FAMILY MEDICINE TRAINEES IN THE NORTH OF PORTUGAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY**

Objectives: To determine the prevalence of burnout among family medicine trainees in the north region of Portugal and to test possible associations of burnout with sociodemographic and occupational factors and stress.

Type of study: Cross-sectional.

Location: Northern Portugal.

Population: Family medicine trainees.

Methods: We used a convenience sample of the trainees attending meetings of the residency program from 3 November to 11 December 2009. We used the Maslach Burnout Inventory and the Stress in Health Professionals questionnaire and collected sociodemographic and professional data. The prevalence of stress and burnout were calculated and associations between job stress and burnout were tested.

Results: We studied a sample of 210 trainees (68% of the population) of whom 72% were female. The response rate was 92.5%. Most trainees reported moderate stress ($n=127$, 60.5%), especially in training activities and in dealing with patients. The prevalence of burnout in trainees ranged between 8.6% (95%CI 4.8-12.4) and 34.3% (95%CI 27.9-40.7), depending on the definition used. We found that 29.8% (95%CI 23.6-36.0) of trainees had high emotional exhaustion, 17.7% (95%CI 12.5-22.9) had high depersonalization and 43.4% (95%CI 36.7-50.1) had low personal accomplishment. Depersonalization was significantly higher in men ($p<0.001$) and among those who did not choose general practice as first choice ($p<0.001$). Stress scores were significantly associated with all components of the Maslach Inventory (EE $p<0.001$, DP $p<0.001$, and RP $p=0.02$). In addition, all six subscales of the stress questionnaire were significantly associated with EE ($p<0.001$), five with DP ($p<0.001$) and salary with RP ($p<0.01$).

Conclusions: This study found an estimated prevalence of burnout similar to that found in other studies. This stresses the importance of prevention and intervention strategies for this vulnerable group.

Keywords: Professional burnout; Psychological stress; General practice; Internship.
