

## Prevalência da Síndrome de Burnout entre Médicos Residentes

Flávia Fraga Silveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,  
MG, Brasil.

Livia de Oliveira Borges<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte,  
MG, Brasil.

**Resumo:** Médicos residentes estão expostos aos estressores relacionados ao ensino e ao exercício profissional. Nesta pesquisa, objetivamos identificar a prevalência da síndrome de *burnout* entre os médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) e explorar sua relação com aspectos sociodemográficos e ocupacionais. Dos médicos residentes, 273 responderam uma ficha sociodemográfica e ocupacional e o Inventário de Burnout de Maslach (MBI), desses, entrevistamos 13. Submetemos as respostas dos questionários à análise estatística e das entrevistas à análise de conteúdo. Encontramos alta exaustão emocional (68,1%), moderado ou alto cinismo (41,7%) e moderada ou alta ineficácia profissional (40,6%). Identificamos a presença de síndrome de burnout em 25,64% dos médicos residentes, além disso, encontramos relações de baixo poder explicativo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Os resultados fortaleceram a necessidade de questionarmos as condições de trabalho dos médicos residentes, o papel das variáveis sociodemográficas e ocupacionais, da religiosidade e do processo de socialização organizacional no desenvolvimento da síndrome de burnout.

**Palavras-chave:** Síndrome de Burnout, Residência Médica, Hospital Universitário, Triangulação Metodológica, *Coping*.

---

## Prevalence of Burnout Syndrome among Resident Doctors

**Abstract:** Resident doctors are exposed to stressors related to both the education and the professional practice. This research aimed to identify the prevalence of burnout syndrome among the resident doctors of the Hospital das Clínicas of the Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), exploring its association with sociodemographic and occupational aspects. Of the resident doctors, 273 answered a sociodemographic and occupational form and the Maslach Burnout Inventory (MBI), and we interviewed 13 of them. We submitted the answers of the questionnaires to statistical analysis, whereas we applied content analysis to answers of interviews. The participants showed high emotional exhaustion (68.1%), moderate or high cynicism (41.7%), and moderate or high professional ineffectiveness (40.6%). We found that 25.64% the resident doctors presented with burnout syndrome. Besides, sociodemographic and occupational variables presented low explanatory power to prevalence of the syndrome. These results strengthen the need to question the working conditions of resident doctors, as well as the role of sociodemographic and occupational variables, religiosity, and the process of organizational socialization in the development of burnout syndrome.

**Keywords:** Burnout Syndrome, Medical Residency, University Hospital, Methodological Triangulation, *Coping*.

## Prevalencia del Síndrome de Burnout entre Médicos Residentes

**Resumen:** Los médicos residentes están expuestos a los estresores relacionados con la enseñanza y el ejercicio profesional. En esta investigación, el objetivo es identificar la prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo entre los médicos residentes del Hospital das Clínicas de la Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM), así como explorar su relación con aspectos sociodemográficos y ocupacionales. De los médicos residentes, 273 respondieron a una ficha sociodemográfica y ocupacional y al Cuestionario de Burnout de Maslach (MBI); de los cuales entrevistamos a 13 de ellos. Sometemos sus respuestas de los cuestionarios al análisis estadístico; y de las entrevistas, al análisis de contenido. Encontramos un alto agotamiento emocional (68,1%), moderado o alto cinismo (41,7%) y moderada o alta ineficacia profesional (40,6%). Identificamos la presencia de síndrome de quemarse en el 25,64% de los médicos residentes y encontramos relaciones de bajo poder explicativo con las variables sociodemográficas y ocupacionales. Los resultados fortalecieron la necesidad de cuestionar las condiciones de trabajo de los médicos residentes, el papel de las variables sociodemográficas y ocupacionales, de la religiosidad y del proceso de socialización organizacional en el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo.

**Palabras clave:** Síndrome de Quemarse por el Trabajo, Residencia Médica, Hospital Universitario, Triangulación Metodológica, Afrontamiento.

Médicos residentes estão expostos aos estressores relacionados ao ensino e ao exercício profissional, ou seja, estão sob a confluência de duas instituições: a saúde e a educação. Entidades profissionais e o Ministério da Educação e da Saúde têm discutido o aperfeiçoamento e a ampliação dos programas de residência médica, considerando demandas sociais de melhoria dos serviços de saúde de atendimento à população e de médicos recém-formados (Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira, 2012; Guido, Silva, Goulart, Bolzan, & Lopes, 2012). Assim, o residente se vê diante de duas identidades: a de aprendiz e a de profissional médico.

A atual conjuntura política e econômica tem impactado nos repasses de verbas pelos governos federal e estadual à educação e à saúde (Cruz, 2015; Oliveira, 2015), e os médicos residentes estão expostos às consequências da redução desses repasses. A literatura (p. ex., Dias, Queirós, & Carlotto, 2010; Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Mena, Jélvez-Wilke, & Figueiredo-Ferraz, 2014) tem assinalado a prevalência da síndrome de burnout como reação às experiências de estresse ocupacional crônico entre profissionais de saúde. Considerando esse cenário, o objetivo geral da presente pesquisa é identificar qual é a prevalência da síndrome de burnout entre os médicos residentes

do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM). Também exploraremos se há relação entre a síndrome de burnout e aspectos sociodemográficos (p. ex., sexo, idade e local de moradia) e ocupacionais (p. ex., residência cirúrgica ou não) dos entrevistados.

No estilo de vida atual, Schmidt, Dantas, Marziale e Laus (2009) situaram o estresse ocupacional como um dos fatores de risco mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Para tais autoras, o estresse relacionado ao trabalho coloca em risco a saúde dos membros da organização e tem como consequência o baixo desempenho, baixo moral e absenteísmo. Maslach e Jackson (1981) descreveram a síndrome de burnout por meio de três fatores inter-relacionados: exaustão emocional (falta de energia e entusiasmo); despersonalização (insensibilidade emocional que faz com que o trabalhador trate os clientes e demais colegas de modo desumanizado); e diminuição da realização profissional (tendência à autoavaliação negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito com a profissão). Autores (p. ex., Borgogni, Consiglio, Alessandri, & Schaufeli, 2012; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009) passaram a designar os fatores por exaustão emocional, cinismo e ineficácia profissional. Essa redefinição ocorreu para que

os pesquisadores pudessem estudar a síndrome de burnout em diversos contextos de trabalho.

Maslach e Leiter (1999) e Maslach et al. (2001) conceituaram a síndrome de burnout como uma experiência individual e processual que é influenciada por múltiplos aspectos do trabalho e das condições em que se realiza, logo, envolve fatores situacionais e individuais, o que é esclarecido por Gil-Monte e Peiró (1997), Maslach et al. (2001) e Gil-Monte (2005), entre outros autores.

Os fatores individuais, segundo Maslach et al. (2001), representam as características pessoais dos trabalhadores que afetam suas relações com a organização, sendo: a) características demográficas; b) características da personalidade; c) expectativas das pessoas em relação à natureza do trabalho

e de alcançar o sucesso. Os fatores situacionais que são considerados primordiais para esses autores são: a) características do trabalho (p. ex., exigência de produtividade e qualidade, falta de recursos e baixa autonomia); b) características ocupacionais (p. ex., trabalhar intensivamente com outras pessoas, exigência de exibir ou reprimir emoções no trabalho e ser empático); e c) características organizacionais (p. ex. remuneração insuficiente, políticas organizacionais inadequadas).

A síndrome de burnout entre os médicos residentes decorre da presença de um ou mais fatores situacionais e individuais. Esses fatores, bem como as consequências da síndrome de burnout (Tabela 1), foram identificados a partir da revisão de estudos nacionais e internacionais.

*Tabela 1*

Fatores situacionais, individuais e consequentes.

<b>Fatores Situacionais</b>	Longa jornada de trabalho; incerteza do mercado profissional e pacientes com mais necessidade de cuidado; clima educacional negativo; plantão; tarefas administrativas e ser requerido, durante o plantão, a atender tarefas não urgentes e não relacionadas à medicina; excesso de trabalho; pouco suporte da chefia e conflito com os colegas de trabalho; falta de tempo livre e recursos do trabalho; conflito com o papel desempenhado.
<b>Fatores Individuais</b>	Saúde física e psicológica; insatisfação com a medicina; baixa qualidade de vida; sonolência diurna; tempo na residência médica; inabilidade de comunicar a morte; depressão; distresse; tendência ao trabalho compulsivo; insatisfação no trabalho; incerteza da carreira; conflito trabalho-casa; fadiga; baixa resiliência.
<b>Fatores Consequentes</b>	Consumo de bebida alcoólica e drogas; erro médico; pensamento suicida; práticas de cuidado com o paciente abaixo do ideal.

Fonte: Síntese da revisão de literatura antecedente (Antiel et al., 2013; Asaiag, Perotta, Martins, & Tempiski, 2010; Cervantes, Gregori, & Guiño, 2012; Clayton et al., 2013; Esquivel, Nogueira-Martins, & Yazigi, 2009; Grebot, Berjot, Lesage, & Dovero, 2011; Gunasingam, Burns, Edwards, Dinh, & Walton, 2015; Kang, Lihm, & Kong, 2013; Katsurayama et al., 2011; Llera & Durante, 2014; Mariños, Otero, Málaga, & Tomateo, 2011; Martins et al., 2011; Nason, Liddy, Murphy, & Doherty, 2013; Ogundipe, Olagunju, Lasebikan, & Coker, 2014; Pantaleoni, Augustine, Sourkes, & Bachrach, 2014; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008; Pereira-Lima & Loureiro, 2017; Rodrigues, Barbosa, & Chiavone, 2013; Schaufeli, Bakker, van der Heijden, & Prins, 2009; Soares et al., 2012; Toral-Villanueva, Aguilar-Madrid, & Juárez-Pérez, 2009).

Pesquisadores (p. ex., Dias et al., 2010; Gil-Monte, García-Juevas, & Hernández, 2008; Olivares-Faúndez et al., 2014) têm mostrado que os profissionais da área da saúde estão entre os mais suscetíveis a desenvolver a síndrome de burnout, pois lidam direta e diariamente com outras pessoas (Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 2009). Dyrbye et al. (2014) têm verificado que a prevalência dessa síndrome entre tais profissionais é maior durante a residência médica. Explorar o caso do HC-UFMG é relevante para identificar e caracterizar

a prevalência da síndrome de burnout por características sociodemográficas e ocupacionais, de modo a ampliar as informações sistematizadas que permitam fundamentar ações de saúde pública e institucionais.

## Método

Desenvolvemos a pesquisa de campo aplicando questionários estruturados e entrevistando participantes, como descreveremos nas subseções seguintes.

## Participantes

O HC-UFMG é um hospital universitário localizado na região centro-sul de Belo Horizonte e conta com 41 programas de residência médica (Tabela 2). Dos residentes, construímos amostra de conveniência seguindo a voluntariedade de adesão à pesquisa. Participaram da pesquisa 273 médicos residentes (60,6% da população), sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino, com idades entre 23 e 39 anos ( $M = 28,04$ ;  $s = 2,5$ ), sem filhos (94,5%); 39,2% eram solteiros e os demais têm relação

afetiva estável com um parceiro (37,4% estavam namorando e 23,4% eram casados ou residem com um parceiro). A maioria dos médicos residentes (82,1%) tem religião e, desses, 73,7% são católicos. Em relação aos eventos religiosos (rituais, missas, cultos, celebrações), constatamos que: 20,1% participavam menos de uma vez por mês; 19,2%, nunca; 18,8%, apenas nas datas comemorativas; e 17,4%, uma vez por semana. Os participantes variavam entre moderadamente religiosos (42,9%) e pouco religiosos (33,5%).

Tabela 2

Programas de Residência Médica (total de residentes = 450).

---

### Pré-requisito (duração) e Especialidade (quantidade de residentes)

---

- 1) Direto da graduação de Medicina (2 anos): Cirurgia Geral (14), Clínica Médica (24), Medicina da Família e Comunidade (11), Medicina do Trabalho (7).
- 2) Direto da graduação de Medicina (3 anos): Anestesiologia (28), Dermatologia (12), Genética Médica (5), Neurologia (20), Ginecologia e Obstetrícia (29), Oftalmologia (24), Ortopedia e Traumatologia (18), Otorrinolaringologia (6), Medicina de Emergência (10), Medicina Nuclear (5), Patologia (6), Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (5), Pediatria (40), Psiquiatria (13), Radiologia e Diagnóstico por Imagem (18).
- 3) Direto da graduação de Medicina (5 anos): Neurocirurgia (10).
- 4) Residência de Clínica Médica (2 anos): Cancerologia/Clínica (7), Cardiologia (12), Endocrinologia (11), Gastroenterologia (4), Geriatria (9), Hematologia e Hemoterapia (12), Infectologia (8), Nefrologia (6), Pneumologia (10), Reumatologia (6).
- 5) Residência de Cirurgia Geral (2 anos): Cirurgia da Cabeça e Pescoço (2), Cirurgia do Aparelho Digestivo (8), Cirurgia Pediátrica (4), Cirurgia Plástica (9), Cirurgia Torácica (3), Cirurgia Vascular (6), Coloproctologia (2).
- 6) Residência de Cirurgia Geral (3 anos): Urologia (9).
- 7) Residência de Cirurgia Geral (4 anos): Cirurgia Cardiovascular (2).
- 8) Residência de Cirurgia Geral ou Obstetrícia e Ginecologia (2 anos): Mastologia (4).
- 9) Residência de Anestesiologia ou Cirurgia Geral ou Clínica Médica (2 anos): Medicina Intensiva (4).

---

Fonte: Tabela elaborada a partir do regulamento da residência médica e de informações da coordenação da residência médica do HC-UFMG.

A maioria dos participantes (67%) relatou que os pais não residem em Belo Horizonte (BH), e uma porcentagem (60,1%) dos participantes residia na região centro-sul de BH. Relativo a residir com familiares, 21,6% dos participantes moravam com pelo menos um dos pais; 32,2%, com outro familiar (tios, primos, irmãos, cônjuge, entre outros); 36,6%, sozinhos, com amigos ou colegas; e 9,6% não informaram.

O tempo em que o participante está fazendo residência médica variou entre 0,06 e 72 meses ( $M = 22,42$ ;  $s = 16,16$ ). Os plantões, cumpridos mensalmente na

residência médica, variaram entre 0 e 24, sendo que: 19,8% dos participantes não faziam plantão; 39,6% cumpriam de 1 a 4; 25,3%, de 5 a 8; 8,8%, de 9 a 12; 2,6%, de 13 a 16; 2,9%, de 17 a 20, e 1,1%, de 21 a 24.

Entrevistamos individualmente 13 médicos residentes, cada um de diferente programa de residência (7 do sexo feminino e 6 do sexo masculino), com idades entre 23 e 34 anos ( $M = 27,31$ ;  $s = 3,4$ ), todos sem filhos e 12 declararam ter religião. Consideramos que com esse número de entrevistas atingimos a saturação necessária dos conteúdos. O tempo na residência

médica variou de 1 a 38 meses ( $M = 13,11$ ;  $s = 13,76$ ), e o número de plantões por mês variou de nenhum a 16 ( $M = 5,85$ ;  $s = 4,50$ ). A maioria dos entrevistados era solteiro ( $n = 7$ ), católico ( $n = 8$ ), muito religioso ( $n = 6$ ), não tem outro trabalho ( $n = 9$ ), a família de origem não reside em BH ( $n = 7$ ) e reside na região centro-sul ( $n = 7$ ). Três entrevistados participavam de atos religiosos uma vez por semana, dois algumas vezes no mês e dois entrevistados frequentavam uma vez por mês. Quatro entrevistados residiam com a família nuclear.

### **Instrumentos**

Como instrumentos utilizamos uma ficha socio-demográfica e ocupacional, o Inventário de Burnout de Maslach e um roteiro de entrevista, como passamos a descrever.

#### **Ficha sociodemográfica e ocupacional**

Abrangeu itens que permitiram a descrição dos participantes, como sexo, idade, programa de residência, se têm filhos, estado civil e religiosidade, conforme descrevemos na seção referente aos participantes.

#### **Inventário de Burnout de Maslach (MBI – General Survey)**

De Maslach, Jackson e Leiter (1996), essa versão do MBI é um questionário de autoavaliação com 16 itens cujas propriedades psicométricas foram reavaliadas (Schuster, Dias, Battistella, & Grohmann, 2015) por meio de análise fatorial confirmatória que ratificou sua estrutura com três fatores: seis itens acerca da ineficácia profissional, IP (alfa = 0,82); seis sobre exaustão emocional, EE (alfa = 0,84); e quatro de cinismo, C (alfa = 0,84). As questões do MBI são estruturadas segundo uma escala do tipo Likert (de 0 a 6 pontos).

Estimamos os escores em cada fator por média aritmética dos pontos atribuídos pelos participantes a cada item e utilizamos os pontos de corte de Maslach, Jackson e Leiter (1996) para dividir cada distribuição em três partes, classificando os escores em: EE (baixo, menor que 2; moderado, de 2,1 a 3,19; alto, maior que 3,2), C (baixo, menor que 1; moderado, de 1,01 a 2,1; alto, maior que 2,2) e IP (baixa, menor que 4; moderada, de 4,01 a 4,99; alta, maior que 5). Adotamos essa classificação para manter a comparabilidade com estudos internacionais, apesar de autores brasileiros (Benevides-Pereira, 2010; Benevides-Pereira, Yamashita, & Massanobu, 2010) apontarem possíveis variações da cultura.

### **Roteiro de entrevista semiestruturado**

Abordamos tópicos referentes a suas vivências na residência médica acerca do trabalho, do papel na organização, do relacionamento interpessoal, da autonomia e da qualidade de vida.

### **Procedimentos**

Inicialmente obtivemos a autorização do hospital e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE-51571815.7.0000.5149). Contatamos os 41 coordenadores dos programas de residência médica com o propósito de apresentar o projeto sucintamente e marcar um dia de reunião clínica para a aplicação dos instrumentos. Participaram 38 programas de residência médica. Os integrantes das reuniões clínicas da clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, pneumologia e cirurgia do aparelho digestivo foram convidados a participar das entrevistas.

Registramos as respostas dos participantes aos questionários em banco de dados do Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) para desenvolver as análises estatísticas. Analisamos as falas dos entrevistados por meio da análise de conteúdo, usando o Qualitative Data Analysis (QDA Miner) como instrumento de apoio. Realizamos triangulação metodológica (Minayo, 2008), buscando pôr os resultados dos questionários em diálogo com as falas dos médicos residentes.

### **Resultados**

Apresentaremos os resultados em subseções tendo em vista a melhor organização, como segue adiante.

#### **Qual é a prevalência de síndrome de burnout entre os médicos residentes do HC-UFMG?**

Estimamos os escores nos três fatores da síndrome de burnout a partir da média aritmética dos pontos atribuídos aos itens que compõem cada fator (Tabela 3). Encontramos que a tendência predominante dos indivíduos da amostra é apresentar alta exaustão emocional, baixo cinismo e baixa ineficácia profissional.

A presença de alta exaustão emocional em 68,1% dos médicos residentes indica que esses profissionais apresentaram elevado estresse ocupacional. Observamos (Tabela 3) que 41,7% dos médicos residentes apresentaram cinismo moderado ou alto e 40,6%, moderada ou alta ineficácia profissional.

A distribuição dos participantes por escores em cada fator não é suficiente para avaliarmos a prevalência ou não da síndrome de burnout, porque ela se caracteriza pelos três fatores conjuntamente, além de seu caráter processual e da relatividade dos pontos de

corde. Por isso, levantamos as 27 combinações dos escores dos fatores segundo os três níveis em que os classificamos, seguindo o mesmo procedimento analítico utilizado anteriormente por Tamayo, Argolo e Borges (2005) e por Borges, Argolo e Baker (2006).

*Tabela 3*

Tendência da amostra quanto aos fatores de burnout (n = 273).

Fatores	Média*	Desvio-padrão	Baixo	Moderado	Alto
Exaustão Emocional	3,73	1,20	12,5%	19,4%	68,1%
Cinismo	1,23	1,20	58,2%	20,5%	21,2%
Ineficácia Profissional	1,10	0,83	59,3%	28,9%	11,7%

\* Escala de 0 a 6 pontos

Dessas combinações, há sete com escores nos três fatores variando entre altos ou moderados (Tabela 4), indicando a síndrome de burnout em avançado desenvolvimento para 25,64% (f = 70) dos participantes. Nas configurações 1 a 3, há 15,01% (f = 41) deles que se aproximam de um nível extremado da

síndrome de burnout, sendo que os participantes da configuração 1 (6,22%) estavam no nível máximo da síndrome de burnout. Nas demais configurações, há 29 participantes (10,62%) que, entre as 7 configurações avançadas, apresentaram a síndrome de burnout menos estabelecida.

*Tabela 4*

Configurações dos três fatores em 25,64% da amostra.

Fatores	Combinações						
	1	2	3	4	5	6	7
Exaustão Emocional	Alto	Alto	Alto	Alto	Mod.	Mod.	Mod.
Cinismo	Alto	Alto	Mod.	Mod.	Mod.	Alto	Mod.
Ineficácia Profissional	Alto	Mod.	Alto	Mod.	Alto	Mod.	Mod.
Médicos residentes (70/273)	17	21	3	23	3	1	2

Encontramos 11 combinações com dois fatores altos ou moderados, mas escore baixo em um terceiro (Tabela 5). Nas combinações 1 a 3, há baixa exaustão emocional, acompanhada de alto ou moderado cinismo e ineficácia profissional. Nas combinações 4 a 7, há 30 participantes (10,98%) com baixo cinismo, acompanhado de alta ou moderada exaustão emocional e ineficácia profissional. Nas combinações 8 a 11, há 40 participantes (14,65%) com baixa ineficácia profissional acompanhada de alta ou moderada exaustão emocional e cinismo.

Há cinco combinações com escores com um dos fatores alto ou moderado (Tabela 6). As combinações 1 e 4 indicaram a presença de alta ou moderada exaustão emocional para 99 participantes (36,26%), significando a vivência de estresse ocupacional. Nas combinações 2 e 5, há 8 participantes (2,93%) com níveis altos ou moderados de ineficácia profissional. Na combinação 3, um participante apresenta alto cinismo e, na combinação 6, há 22 participantes (8%) que não apresentaram alterações em nenhum dos três fatores avaliados.

Tabela 5

Combinções dos três fatores em 26,74% da amostra.

Fatores da síndrome de burnout	Combinções										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Exaustão Emocional	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Alto	Mod.	Mod.	Alto	Mod.	Mod.	Alto
Cinismo	Mod.	Alto	Mod.	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Mod.	Alto	Mod.	Alto
Ineficácia profissional	Mod.	Alto	Alto	Alto	Mod.	Alto	Mod.	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo
Médicos residentes (73/273)	1	1	1	3	17	3	7	19	2	4	15

Tabela 6

Combinções dos três fatores em 47,62% da amostra.

Fatores da síndrome de burnout	Combinções					
	1	2	3	4	5	6
Exaustão Emocional	Alto	Baixo	Baixo	Mod.	Baixo	Baixo
Cinismo	Baixo	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	Baixo
Ineficácia Profissional	Baixo	Alto	Baixo	Baixo	Mod.	Baixo
Médicos residentes (130/273)	68	1	1	31	7	22

Os resultados da Tabela 4 mostraram a presença de síndrome de burnout entre os médicos residentes do HC-UFGM. A Tabela 5 sinalizou diferentes desenvolvimentos da síndrome, uma vez que ela não apresenta uma única sequência de desenvolvimento, devido aos diferentes fatores que a influenciam (Gil-Monte & Peiró, 1997). Outra possibilidade de compreensão é que algumas daquelas configurações (Tabela 5) podem ter refletido outras alterações psíquicas. A Tabela 6 expõe os participantes que não apresentaram a síndrome de burnout.

### Houve associação entre os fatores da síndrome de burnout e as características sociodemográficas?

Os escores em exaustão emocional apresentaram normalidade aceitável (skewness = -0,52; kurtosis = -0,24), enquanto, em cinismo (skewness = 1,08; kurtosis = 0,73) e em ineficácia profissional (skewness = 1,53; kurtosis = 3,82), não. Por isso,

optamos por realizar o teste MANOVA, no qual identificamos os seguintes efeitos das variáveis sociodemográficas: a) se os participantes tinham relação afetiva estável com um parceiro ( $F = 6,54$ ;  $p = 0,01$ ;  $partial\ eta\ squared = 0,04$ ) e não moravam na região centro-sul de BH ( $F = 4,53$ ;  $p = 0,04$ ;  $partial\ eta\ squared = 0,03$ ), tendiam a apresentar escores de cinismo mais elevados; b) para aqueles que residiam na região centro-sul de BH, quanto mais religioso, menor a tendência de alta no fator cinismo; para os que não residiam na região centro-sul, a religiosidade moderada tendia a ser mais protetora do desenvolvimento do cinismo ( $F = 4,07$ ;  $p = 0,008$ ;  $partial\ eta\ squared = 0,07$ ); c) ser homem e ser muito religioso, bem como ser mulher e moderadamente religiosa, contribuíram para o escore de ineficácia profissional ser menor ( $F = 3,17$ ;  $p = 0,03$ ;  $partial\ eta\ squared = 0,06$ ); d) residir com outro familiar tendeu a diminuir o escore de ineficácia profissional, sendo mais forte esse efeito para os homens ( $F = 2,86$ ;  $p = 0,04$ ;  $partial\ eta\ squared = 0,05$ ).

Ressalvamos que as associações encontradas foram de fraco poder explicativo, na medida em que os coeficientes *partial eta squared* foram todos baixos e os modelos completos encontrados para os fatores Cinismo ( $R^2 = 0,38$ ;  $R^2$  ajustado = 0,004) e Ineficácia profissional ( $R^2 = 0,34$ ;  $R^2$  ajustado = -0,05) também apresentaram baixo poder explicativo, embora com algumas relações estatisticamente significativas. Em relação à exaustão emocional, não encontramos coeficientes significativos ao tentarmos aplicar a MANOVA.

A idade é uma variável contínua, por isso exploramos sua relação com os fatores de burnout separadamente. Encontramos relações tendencialmente curvilíneas, de modo que não identificamos correlações estatisticamente significativas, além disso, a definição

da população da pesquisa (médicos residentes) estabelece um intervalo limitado.

### Houve relação entre os fatores da síndrome de burnout e as características ocupacionais?

Exploramos a variância dos fatores da síndrome de burnout pelas características ocupacionais nominais (cursar ou não residência cirúrgica), aplicando MANOVA. Designamos como residências cirúrgicas a residência de neurocirurgia, cirurgia geral e todas as demais que adotam essa, exclusivamente, como pré-requisito. Os participantes que não são das residências cirúrgicas apresentaram médias superiores nos três fatores da síndrome de burnout (Tabela 7).

Tabela 7  
Cursar ou não residência cirúrgica.

Cursar ou não residência cirúrgica	Participantes	Exaustão Emocional		Cinismo		Ineficácia Profissional	
		Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Cursar residência cirúrgica	54	3,30	1,23	1,02	1,05	0,92	0,84
Não cursar residência cirúrgica	219	3,83	1,18	1,27	1,23	1,15	0,82
Coeficientes		F = 9,81; p = 0,002		F = 3,51; p = 0,06		F = 5,42; p = 0,021	
Partial Eta Squared		0,03		0,01		0,02	

O poder explicativo da análise foi pequeno nos modelos encontrados para exaustão emocional ( $R^2 = 0,06$ ;  $R^2$  ajustado = 0,035) e ineficácia profissional ( $R^2 = 0,03$ ;  $R^2$  ajustado = 0,004).

Exploramos a variância das variáveis ocupacionais contínuas (tempo de residência e número de plantões por mês) com os fatores de burnout graficamente (Figura 1), e observamos a inexistência de relações lineares, o que inviabilizou a estimativa de coeficientes de correlação. Notamos que, entre 2 e 2,5 meses de tempo de residência, ocorre um pico nos escores dos três fatores. Esse mesmo pico ocorre no início do quinto ano para exaustão emocional e cinismo.

Os participantes com até 5 meses na residência médica apresentaram alta ou moderada exaustão emocional (Figura 1). A tendência de ter moderada ou alta exaustão emocional perdura até os 72 meses na

residência médica. Os participantes com até 2 meses na residência apresentaram baixo cinismo, com um pico entre 2 e 2,5 meses em que há alto cinismo, ocorrendo, posteriormente, uma queda até os 5 meses, em que há baixo cinismo. Após os 5 meses, há uma variação entre baixo e moderado cinismo até os 30 meses. A partir dos 30 meses, há uma variação entre moderado e alto cinismo até os 51 meses, quando os escores diminuem, alcançando níveis baixos de cinismo de 60 até 72 meses. Os escores de ineficácia profissional foram predominantemente baixos, com apenas um pico entre 2 e 2,5 meses, quando os participantes apresentaram um crescimento na ineficácia profissional. Observamos (Figura 1) os escores dos fatores de burnout conforme o número de plantões por mês: a exaustão emocional é predominantemente alta; o cinismo varia entre moderado e baixo; e a ineficácia profissional é predominantemente baixa.



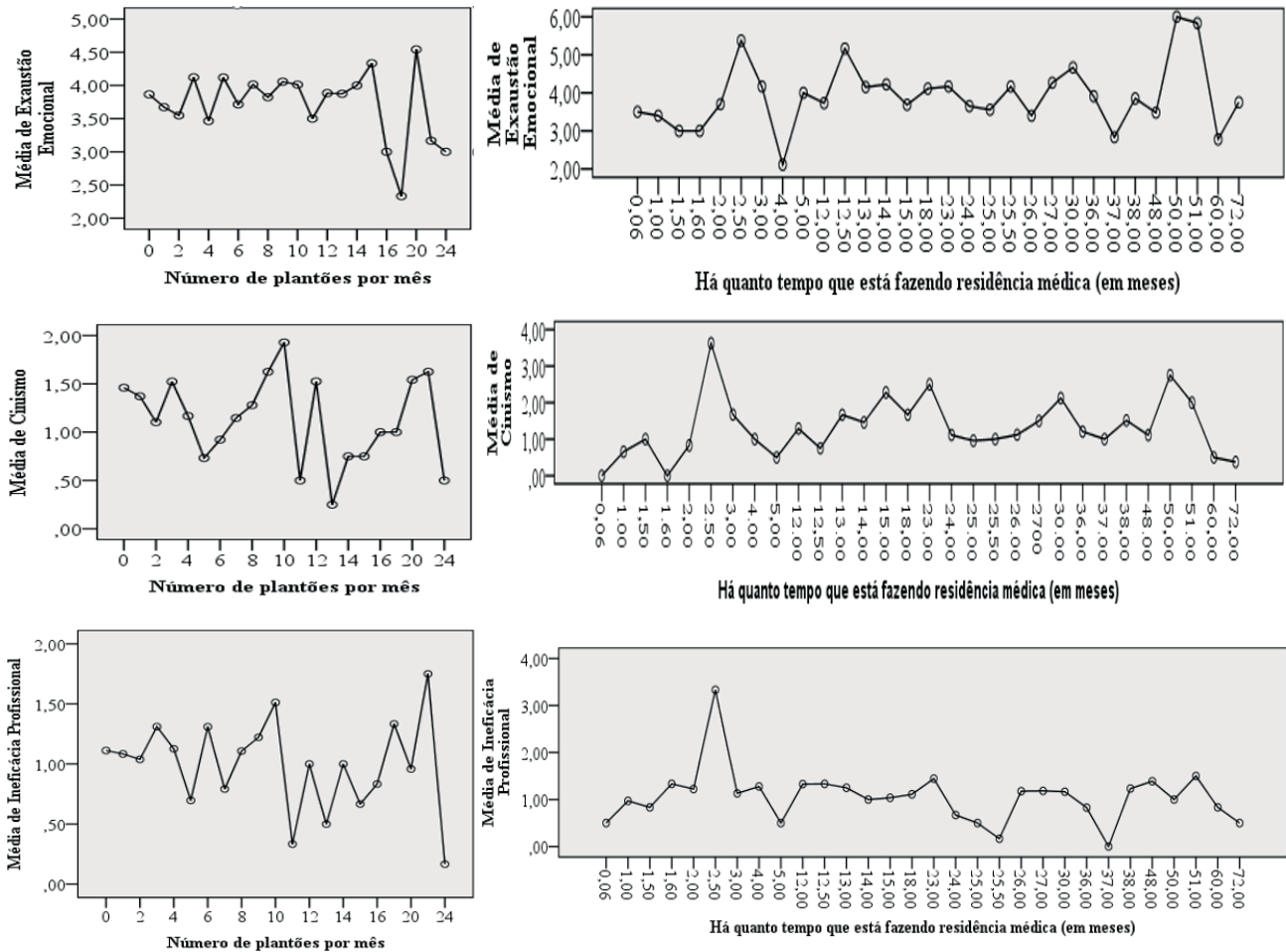


Figura 1 Variáveis ocupacionais contínuas e fatores de burnout (n = 273).

### Análise das entrevistas, triangulação dos resultados e discussão

Corroborando os resultados referentes à prevalência da síndrome de burnout que indicaram que os médicos residentes apresentaram alta exaustão emocional, observamos nas falas de sete entrevistados o relato de cansaço contínuo, dificuldade para dormir, estresse e sentir-se esgotados. Quatro entrevistados expressaram sentir uma sobrecarga emocional por terem que lidar com eventos adversos, como a morte e pacientes graves, cujo quadro clínico evoluiu mal, e por não conseguirem se desligar dos problemas do hospital.

A prevalência de síndrome de burnout em 25,64% dos participantes foi distinta de estudos nacionais e

internacionais (Tabela 8). Quanto aos estudos nacionais, foi superior à encontrada por Soares et al. (2012) e inferior à encontrada por Martins et al. (2011), Ferreira et al. (2017), Gouveia et al. (2017), Bond et al. (2018) e Oliveira et al. (2019); e, aos internacionais, foi superior à encontrada por Paredes e Sanabria-Ferrad (2008) e inferior à encontrada por: Toral-Villanueva et al. (2009), Mariños et al. (2011), Llera e Durante (2014), Gunasingam et al. (2015), Baer et al. (2017), Lebares et al. (2018) e Romero e Romero (2020). Essas diferenças podem ser justificadas pelo tamanho da amostra, bem como por suas características, como os programas de residência avaliados, país de origem, ano da residência, entre outros.

*Tabela 8*

Prevalência de síndrome de burnout em estudos nacionais e internacionais.

<b>Autores</b>	<b>Participantes</b>	<b>Prevalência</b>
Baer et al. (2017)	136 médicos residentes de pediatria estadunidenses	39%
Bond et al. (2017)	151 médicos residentes do Hospital das Clínicas de Porto Alegre	81,5%
Ferreira et al. (2017)	37 médicos residentes de três hospitais de Montes Claros (Minas Gerais)	75,7%
Gouveia et al. (2017)	129 médicos residentes do Hospital das Clínicas de Pernambuco	27,9%
Gunasingam et al. (2015)	31 médicos residentes australianos primeiranistas de um hospital universitário	68%
Lebares et al. (2018)	566 médicos residentes de cirurgia estadunidenses	69%
Llera e Durante (2014)	92 médicos residentes argentinos	19,6%
Mariños et al. (2011)	84 médicos residentes peruanos	54,9%
Martins et al. (2011)	74 médicos residentes de Pediatria brasileiros	66%
Oliveira et al. (2019)	370 médicos residentes de um hospital universitário de Curitiba	27,3%
Paredes e Sanabria-Ferrand (2008)	138 médicos residentes colombianos de um hospital universitário	12,6%
Toral-Villanueva et al. (2009)	312 médicos residentes mexicanos	40%
Romero e Romero (2020)	24 médicos residentes paraguaios	54,2%
Soares et al. (2012)	72 médicos residentes brasileiros do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	18,05%

Segundo Cooper, Cooper e Eaker (1988), há cinco agrupamentos básicos das fontes de pressão no trabalho: a) os fatores intrínsecos ao trabalho (p. ex., turno de trabalho e carga horária); b) o papel na organização (responsabilidades e atribuições mal definidas em decorrência de informações incompletas/imperfeitas e falhas na comunicação; choque entre os valores individuais e a tarefa; e responsabilidade por pessoas ou coisa); c) o relacionamento interpessoal (relações interpessoais conflituosas); d) desenvolvimento da carreira (p. ex., falta de segurança profissional, impossibilidade de progressão na carreira, medo de avaliação negativa do desempenho no trabalho); e e) o clima e estrutura organizacional (p. ex. falta de autonomia). Aplicamos esses agrupamentos para categorizar as falas dos médicos residentes:

1º: 11 médicos residentes relataram carga horária pesada, na qual tinha muito trabalho; não tinham tempo para comer direito e estudar; e não tinham final de semana.

2º: 12 médicos residentes relataram o crescimento das responsabilidades, pois, como residentes, eles eram os responsáveis pelo paciente e podiam responder legalmente pelos atos; cinco médicos residentes consideravam-se explorados por seus superiores; e nove estimavam realizar muita atividade burocrática.

3º: Três médicos residentes tinham dificuldades para interagir com alguns preceptores mais ríspidos.

4º: Quatro médicos residentes tinham medo de cometer erros e dois tinham medo de não atender às expectativas da preceptoría, plantonistas e as próprias expectativas do que seja um bom profissional; e quatro médicos residentes consideravam haver muita cobrança por desempenho e dedicação.

5º: Um médico residente temia nunca conquistar autonomia. Outro que trabalhou antes de entrar na residência sentiu que perdeu sua autonomia profissional.

Os cinco agrupamentos de Cooper et al. (1988) nos fazem refletir acerca da importância do processo

de socialização organizacional que se refere ao conteúdo e ao processo de aprendizagem pelo qual o indivíduo desenvolve as atitudes, comportamentos e conhecimentos necessários, de modo a tornar-se membro da organização (Lapointe, Vandenberghe, & Boudrias, 2014). A socialização organizacional abrange, entre outros fatores, o acesso às informações, a integração na equipe, a participação na tomada de decisão e a identificação com os objetivos e valores organizacionais. Tendo em vista que o médico residente é um profissional que está numa fase crítica do processo de socialização organizacional, questionamos se a elevada exaustão emocional decorreria das dificuldades encontradas por esses profissionais nesse processo.

Maslach et al. (2001) e Benevides-Pereira (2010) relataram encontrar uma maior incidência de síndrome de burnout entre os profissionais mais jovens (idade inferior aos 30 anos), devido à menor experiência profissional e às dificuldades na socialização organizacional. Observamos que tal consideração se expressa na seguinte fala:

*[...] parece que [...] a gente não vai aprender nada, [...] que a gente nunca vai conseguir tomar alguma atitude sozinho [...], que as pessoas já esperam que você faça errado e, às vezes, elas nem deixam você tentar, porque já sabem que você vai errar [...]. (Entrevista 1)*

Gil-Monte e Peiró (1997), Maslach et al. (2001) e Gil-Monte (2005) entenderam que as variáveis socio-demográficas podem atuar como facilitadoras da síndrome de burnout. Com relação à variável sexo, Gil-Monte (2005) considerou que a literatura sobre a síndrome de burnout aponta diferenças significativas com relação ao cinismo, mais apresentado por homens. Gil-Monte ressaltou que, para as dimensões exaustão emocional e ineficácia profissional, bem como para o escore de síndrome de burnout, os resultados não foram conclusivos a ponto de ratificar a existência de diferenças significativas por sexo, uma vez que há estudos que apontam para uma maior exaustão emocional entre homens, ao mesmo tempo que há estudos que encontram maior exaustão emocional entre mulheres e aqueles em que não há diferenças significativas. Desse modo, para Gil-Monte, isso ocorre por causa das características do estudo (amostra, instrumentos para avaliar a síndrome de burnout, país, idade etc.).

Doolittle e Windish (2015), em um estudo com médicos residentes de um hospital universitário, encontraram que aqueles que empregavam estratégias *coping* e eram mais religiosos apresentaram menos síndrome de burnout, sendo que o escore total de religiosidade associou-se com maior eficácia profissional. Nossos resultados convergiram com os dos autores, uma vez que encontramos que, para os homens, ser mais religioso reduz a ineficácia profissional, enquanto, para as mulheres, ser moderadamente religiosa reduz esse fator. Identificamos, ainda, que os médicos residentes que moravam na região centro-sul, quanto mais religiosos, menores foram o escore de cinismo; enquanto, para os que não residiam na região centro-sul, foi a religiosidade moderada que tendeu a reduzir o escore de cinismo. Percebemos a necessidade de mais estudos que abarquem a religiosidade e a síndrome de burnout para compreender mais a interação entre esses dois fenômenos.

Gil-Monte e Peiró (1997), Maslach et al. (2001), Gil-Monte (2005) e Benevides-Pereira (2010) consideraram que estar em um relacionamento afetivo estável contribuiu para uma menor propensão à síndrome de burnout. Os resultados do presente estudo convergiram com esses autores, pois identificamos que não ter uma relação afetiva estável com um parceiro contribuía para maiores índices de cinismo. Também encontramos que os médicos residentes que não moravam na região centro-sul apresentaram maior cinismo. Compreendemos que morar próximo do local de trabalho contribuiu para menores índices da síndrome de burnout, além disso, a proximidade com o local de trabalho foi percebida como um ganho de qualidade de vida por um dos entrevistados.

Identificamos que residir com outro familiar (tios, irmãos, cônjuge, entre outros) tendeu a reduzir a ineficácia profissional, sendo mais forte esse efeito para os homens. Assim, sugerimos a necessidade de estudos que abranjam as relações familiares e a síndrome de burnout para ampliar a compreensão do papel do suporte familiar nessa síndrome.

Os participantes que não cursavam residências cirúrgicas apresentaram médias superiores nos três fatores da síndrome de burnout. Esses resultados provavelmente decorreram da redução de leitos e cancelamento das cirurgias por falta de material, apontados por Cruz (2015) e retratados pelos médicos residentes de cirurgia nas entrevistas: “*Os recursos estão muito escassos hoje em dia pra tudo, materiais, número de*

*cirurgias. . . vagas tanto de leito de enfermaria quanto como leito de UTI. . .*” (Entrevista 12).

Os médicos residentes que estão até 5 meses na residência médica (Figura 2) apresentaram alta ou moderada exaustão emocional. Esses resultados apontaram para um elevado estresse ocupacional para os médicos residentes no início de suas atividades. Consideramos como uma explicação à extensão da formação do médico, como vimos na fala: “*A parte difícil, eu acho que é essa questão do tempo, sempre a medicina demanda muito tempo. . .*” (Entrevista 10).

Situamos outra explicação no processo de socialização organizacional no HC-UFG, verificada na fala: “*Olha, na primeira semana, me senti 100% perdido. Não sabia mexer no sistema. . . não conhecia os preceptores. . . o que eu tenho que fazer, como o que eu tenho que fazer. . .*” (Entrevista 9). Fortalecendo essa possibilidade explicativa, observamos que, em algumas especialidades, não há um treinamento ou reunião com os novos residentes, exemplificado na fala: “*Não, nunca teve. . . A sorte é que, no primeiro estágio, tinha um R2 comigo. . . ele me apresentava às pessoas. . .*” (Entrevista 9).

A Lei nº 6.932/1981 e Lei nº 12.514/2011 regulamentaram as atividades dos médicos residentes, estabelecendo uma carga horária de 60 horas semanais, incluídas às 24 horas de plantões. Entre os entrevistados, houve discordância sobre tal carga horária, por exemplo: “*Eu não acredito que para o residente ser bem formado ele precisa ficar 60 horas dentro do hospital, 60 horas, diga-se, a gente passa um pouco dessa carga horária*” (Entrevista 2). Essa carga horária impacta tanto na saúde quanto na vida pessoal do médico residente, segundo suas afirmações, por exemplo:

*. . . Eu acordo, assim, antes das 7 horas e trabalho todos os dias, todos os finais de semana, todos os feriados. . . A minha vida pessoal está bem ruim. Não tenho atividade de lazer, não consigo ir na academia, não consigo comer direito. . .* (Entrevista 5)

O médico residente, diante de duas identidades, a de aprendiz e a de profissional, pode se sentir, de acordo com a entrevista, mais estudante (7 entrevistados) ou mais médico (11 entrevistados), ou se identificar com ambas (5 entrevistados). Percebemos que, entre aqueles que se sentiam mais estudantes, havia uma frustração quanto às oportunidades de aprender na prática (fazendo o procedimento), e não

apenas observando a atuação do preceptor ou plantonista. Observamos isso na seguinte fala:

*. . . Pra mim não mudou muita coisa, eu continuo não sabendo quase nada e com essa sensação que não estou aprendendo também. E assim, as pessoas te tratam como estudante também. . . Residente. . . é aquela pessoa que faz as coisas que ninguém quer fazer, igual acadêmico. . . Agora assim. . . uma punção. . . “ah não, outro dia você aprende, hoje eu vou fazer aqui mais rápido, tá? Ai você aprende olhando”. . .* (Entrevista 1)

A vivência da dupla identidade (estudante e médico) estava associada ora à queixa de precisar de mais tempo para estudar, de ter mais oportunidades de realizar procedimentos e ter aulas teóricas; ora à perda de qualidade de vida relativa à carga horária mais extensiva e da redução do tempo voltado para lazer e outras atividades não profissionais. Questionamos se a percepção de poucas oportunidades de aprendizagem e a autocobrança para se dedicar ao estudo de alguma forma contribuíam para o desenvolvimento da síndrome de burnout. Acrescentamos que as queixas de pouca oportunidade de aprendizagem nos fazem refletir sobre a importância do processo de socialização organizacional, bem como sua relação com a síndrome de burnout.

Durante o início da residência médica, os médicos estão em uma fase de transição em que deixam a posição de serem apenas estudantes para serem profissionais em treinamento, implicando em um aumento das responsabilidades, mas, ao mesmo tempo, em uma baixa autonomia. Nesse cenário, eles devem conciliar o tempo de estudo com uma jornada de trabalho, aprender a lidar com as cobranças de preceptores e pacientes, bem como cumprir plantões. Diante disso, é compreensível a presença de maior exaustão emocional entre os médicos residentes que estão há cinco meses na residência médica, pois há mudanças significativas quanto à sua rotina que podem influenciar na saúde física e mental dos médicos residentes.

A relação entre indivíduo e seu trabalho é complexa, pois envolve fatores individuais e situacionais que podem implicar na qualidade de vida do trabalhador ou em seu adoecimento em decorrência do próprio trabalho. Nesse estudo, verificamos que a religiosidade pode atuar como fator de moderação (ou proteção) quanto à síndrome de burnout, uma vez que atuou na redução dos índices de ineficácia profissional e cinismo.

## Considerações finais

A síndrome de burnout é consequência do desequilíbrio da relação entre o indivíduo e sua atividade laboral. O surgimento dessa síndrome em médicos residentes envolve um ou mais fatores situacionais e individuais (Tabela 1). Consideramos que o desenvolvimento da síndrome de burnout é processual e que, provavelmente, os aspectos intrínsecos ao trabalho, como a natureza do serviço, a gestão e o ambiente organizacional sejam mais importantes na etiologia da síndrome de burnout (Carlotto & Câmara, 2008; Maslach et al., 2001).

Encontramos uma prevalência da síndrome de burnout de 25,64% dos médicos residentes HC-UFGM, a presença de diferentes estágios de desenvolvimento dela, bem como fraco poder de explicação de tal prevalência pelos aspectos sociodemográficos e

ocupacionais aqui considerados. A prevenção da síndrome de burnout deve se voltar para os aspectos de organização dos programas de residência e do próprio hospital, o que fortalece a necessidade de questionarmos as condições de trabalho dos médicos residentes. Essa indagação é necessária para encontrarmos indicadores que possam esclarecer os aspectos da natureza do trabalho e do ambiente organizacional que ameaçam o bem-estar dos médicos residentes e prejudicam sua atuação profissional, como a alta carga horária de trabalho.

Acerca dos aspectos metodológicos, sublinhamos, por fim, que consideramos ter sido muito proveitoso aplicar a triangulação metodológica. A complementariedade entre resultados das entrevistas e dos questionários enriqueceu a compreensão acerca dos mesmos.

## Referências

- Antiel, R. M., Reed, D. A., Van Arendonk, K. J., Wightman, S. C., Hall, D. E., Porterfield, J. R., Horvath, K. D., Terhune, K. P., Tarpley, J. L., & Farley, D. R. (2013). Effects of duty hour restrictions on core competencies, education, quality of life, and burnout among general surgery interns. *JAMA Surgery, 148*(5), 448-455. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.1368>
- Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. A., & Tempiski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica, 34*(3), 422-429. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300012>
- Baer, T. E., Feraco, A. M., Sagalowsky, S. T., Williams, D., Litman, H. J., & Vinci, R. J. (2017). Pediatric resident burnout and attitudes toward patients. *Pediatrics, 139*(3), 1-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2163>
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2010). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. T., Yamashita, D., & Massanobu, R. (2010). E os educadores, como estão? *Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente, 3*(3), 151-170. <http://doi.org/10.22409/resa2010.v3i3.a21132>
- Bond, M. M. K., Oliveira, M. S., Bressan, B. J., Bond, M. M. K., Silva, A. L. F. A., & Merlo, A. R. C. (2018). Prevalência de burnout entre médicos residentes de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica, 42*(3), 97-107. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170034.r3>
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Teoria e Crítica, 19*(1), 34-43. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000100006>
- Borgogni, L., Consiglio, C., Alessandri, G., & Schaufeli, W. B. (2012). "Don't throw the baby out with the bathwater!" Interpersonal strain at work and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 21*(6), 875-898. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2011.598653>
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico, 39*(2), 152-158.
- Cervantes, A. A., Gregori, P. A., & Guiño, E. Y. (2012). Síndrome de *Burnout* entre asistentes y residentes de anesthesiología del Hospital Nacional Daniel Carrión, setiembre 2011. *Actas Peruanas de Anesthesiología, 20*(1), 13-20.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Waters, A., Lidsaar-Powell, R. C., O'Brien, A., Boyle, F., Back, A. L., Arnold, R. M., Tulskey, J. A., & Tattersall, M. H. (2013). Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctors' confidence and skills in end-of-life communication. *Palliative Medicine, 27*(3), 236-243. <https://doi.org/10.1177/0269216312449683>

- Cooper, C. L., Cooper, R. D., & Eaker, L. H. (1988). *Living with stress*. Penguin Books.
- Cruz, L. (21 jan. 2015). Risoleta Neves e Hospital das Clínicas reduzem leitos e cancelam cirurgias por falta de material. *Estado de Minas*. [http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/01/21/interna\\_gerais,610151/risolta-neves-e-hospital-das-clinicas-reduzem-leitos-e-cancelam-cirurg.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/01/21/interna_gerais,610151/risolta-neves-e-hospital-das-clinicas-reduzem-leitos-e-cancelam-cirurg.shtml)
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: Um estudo comparativo. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Doolittle, B. R., & Windish, D. M. (2015). Correlation of burnout syndrome with specific coping strategies, behaviors, and spiritual attitudes among interns at Yale University, New Haven, USA. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 12(41). <https://doi.org/10.3352/jeehp.2015.12.41>
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451. <https://doi.org/10.1097/acm.000000000000134>
- Esquivel, D. A., Nogueira-Martins, L. A., & Yazigi, L. (2009). Seria a Residência Médica emocionalmente prejudicial? Um estudo sobre burnout e características de personalidade de residentes do primeiro ano de ortopedia. *Psico-USF*, 14(3), 261-74.
- Ferreira, E. C. N., Ribeiro, F. V., Neto, R. P. S., Santos, B. N., Santo, L. R. E., Prince, K. A., & de Oliveira, M. V. M. (2017). Síndrome de burnout em residentes médicos de montes claros/MG. *Revista de Atenção à Saúde*, 15(53), 44-49. <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n53.4587>
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., García-Juevas, J. A., & Hernández, M. C. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(1), 113-118.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Síntesis Psicología.
- Grebot, E., Berjot, S., Lesage, F. X., & Dovero, M. (2011). Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(2), 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2011.04.004>
- Gouveia, P. A. C., Ribeiro Neta, M. H. C., Aschoff, C. A. M., Gomes, D. P., Silva, N. A. F., & Cavalcanti, H. A. F. (2017). Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(6), 504-511. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.06.504>
- Guido, L. A., Goulart, C. T., Silva, R. M., Lopes, L. F. D., & Ferreira, E. M. (2012). Estresse e burnout entre residentes multiprofissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1064-1071. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600008>
- Guido, L. A., Silva, R. M., Goulart, C. T., Bolzan, M. E. O., & Lopes, L. F. D. (2012). Síndrome de burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1477-1483. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600027>
- Gunasingam, N., Burns, K., Edwards, J., Dinh, M., & Walton, M. (2015). Reducing stress and burnout in junior doctors: The impact of debriefing sessions. *Postgraduate Medical Journal*, 91(1074), 182-187. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-132847>
- Kang, E. K., Lihm, H. S., & Kong, E. H. (2013). Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean Journal of Family Medicine*, 34(1), 36-42. <https://doi.org/10.4082%2Fkjfm.2013.34.1.36>
- Katsurayama, M., Gomes, N. M., Becker, M. A. D. A., Santos, M. C. D., Makimoto, F. H., & Santana, L. L. O. (2011). Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. *Psicologia Hospitalar*, 9(1), 75-96.
- Lapointe, É., Vandenberghe, C., & Boudrias, J. S. (2014). Organizational socialization tactics and newcomer adjustment: The mediating role of role clarity and affect-based trust relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(3), 599-624. <https://doi.org/10.1111/joop.12065>
- Lebares, C. C., Guvva, E. V., Ascher, N. L., O'Sullivan, P. S., Harris, H. W., & Epel, E. S. (2018). Burnout and stress among US surgery residents: Psychological distress and resilience. *Journal of the American College of Surgeons*, 226(1), 80-90. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.10.010>
- Lei n. 6.932. (7 jul. 1981). Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm)

- Lei n. 12.514. (28 out. 2011). Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12514.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12514.htm)
- Llera, J., & Durante, E. (2014). Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(1), 6-11.
- Mariños, A., Otero, M., Málaga, G., & Tomateo, J. (2011). Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Médica Herediana*, 22(4), 159-160.
- Martins, A. E., Davenport, M. C., Del Valle, M. D. L. P., Di Lalla, S., Domínguez, P., Ormando, L., Ingratta, A., Gambarini, H., & Ferrero, F. (2011). Impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents. *Jornal de Pediatria*, 87(6), 493-498. <https://doi.org/10.2223/jped.2127>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1999). *Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Papirus.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Nason, G. J., Liddy, S., Murphy, T., & Doherty, E. M. (2013). A cross-sectional observation of burnout in a sample of Irish junior doctors. *Irish Journal of Medical Science*, 182(4), 595-599. <https://doi.org/10.1007/s11845-013-0933-y>
- Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O., & Coker, A. O. (2014). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.02.010>
- Olivares-Faúndez, V. E., Gil-Monte, P. R., Mena, L., Jélvez-Wilke, C., & Figueiredo-Ferraz, H. (2014). Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Terapia Psicológica*, 32(2), 111-120. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082014000200004>
- Oliveira, J. (8 mar. 2015). Prejudicadas por corte de verbas, universidades federais em Minas sofrem para fechar as contas. *Estado de Minas*. [http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/03/08/interna\\_gerais,625230/federais-tem-sua-pior-prova-de-economia.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/03/08/interna_gerais,625230/federais-tem-sua-pior-prova-de-economia.shtml)
- Oliveira, P. R. C., Melo, T. G., Lopes, A., Lima, M. N., Zorzetto Filho, D., & Carvalho, V. O. (2019). Frequência da síndrome de burnout em médicos residentes. *Revista Residência Pediátrica*, 9(2), 91-96. <https://doi.org/10.25060/residpediatr>
- Pantaleoni, J. L., Augustine, E. M., Sourkes, B. M., & Bachrach, L. K. (2014). Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. *Academic pediatrics*, 14(2), 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.12.001>
- Paredes, O. L., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Médica*, 16(1), 25-32.
- Pereira-Lima, K., & Loureiro, S. R. (2017). Associações entre habilidades sociais e dimensões de burnout em médicos residentes. *Estudos de Psicologia*, 34(2), 281-291. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200009>
- Rodrigues, R. T. S., Barbosa, G. S., & Chiavone, P. A. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 245-253.
- Romero, A. D. T., & Romero, I. A. A. (2020). Síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital público de la ciudad de Areguá en el año 2020. *Medicina Clínica y Social*, 4(3), 98-103. <https://doi.org/10.52379/mcs.v4i3.151>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F. M. M. A., & Prins, J. T. (2009). Workaholism among Medical Residents: It is the combination of working excessively and compulsively that counts. *International Journal of Stress Management*, 16 (4), 249-272. <http://doi.org/10.1037/a0017537>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. <http://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., Marziale, M. H. P., & Laus, A. M. (2009). Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(2), 330-337. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200017>


- Schuster, M. S., Dias, V. V., Battistella, L. F., & Grohmann, M. Z. (2015). Validação da escala MBI-GS: Uma investigação general *survey* sobre a percepção de saúde dos colaboradores. *Revista de Gestão*, 22(3), 403-416. <https://doi.org/10.5700/rege569>
- Soares, L. R., Lopes, T. M. D. O., Silva, M. A. O., Ribeiro, M. V. A., Almeida Júnior, M. P., Silva, R. A., Alves, R. F., Bueno, T. G. G., Salgado, T. A., & Chen, L. C. (2012). Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 77-82. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100011>
- Tamayo, R. M., Argolo, J. C. T., & Borges, L. O. (2005). Burnout em profissionais de saúde: Um estudo com trabalhadores do município de Natal. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 223-246). Casa do Psicólogo.
- Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G., & Juárez-Pérez, C. A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine*, 59(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn122>

---

*Flávia Fraga Silveira*

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG. Brasil.


E-mail: [flaviafraga89@gmail.com](mailto:flaviafraga89@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-6583-7034>

*Livia de Oliveira Borges*

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UNB) com pós-doutorado na Universidade Complutense de Madri. Professora Titular aposentada da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) atuando no Programa de Pós-Graduação de Psicologia, Belo Horizonte – MG. Bolsista de produtividade pelo CNPq (PQ-1A).

E-mail: [liviadeoliveira@gmail.com](mailto:liviadeoliveira@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0003-2251-1373>

*Recebido* 10/03/2019

*Aceito* 05/03/2021

*Received* 10/03/2019

*Approved* 03/05/2021

*Recibido* 10/03/2019

*Aceptado* 05/03/2021

Endereço para envio de correspondência:

Universidade Federal de Minas Gerais, prédio da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH/UFMG), Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 4º andar, sala 4005. Avenida Antônio Carlos, 6627.

Bairro Pampulha. CEP: 31270-910. Belo Horizonte – MG. Brasil.

*Como citar:* Silveira, F. F., & Borges, L. O. (2021). Prevalência da Síndrome de Burnout entre médicos residentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-37031982-3703003221076>

*How to cite:* Silveira, F. F., & Borges, L. O. (2021). Prevalence of Burnout Syndrome among Resident Doctors. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-37031982-3703003221076>

*Cómo citar:* Silveira, F. F., & Borges, L. O. (2021). Prevalencia del Síndrome de Burnout entre Médicos Residentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-37031982-3703003221076>