COPING, RESILIÊNCIA E O SENTIDO DO ADOECER NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Coping, resilience, and the meaning of illness in medical residency

Coping, resiliencia y el sentido de enfermar en la residencia médica

https://doi.org/10.5935/2176-3038.20250015

Recebido: 20.jun.2025
Corrigido: 31.jul. 2025
Aprovado: 03.set.2025

Lara Campello Vieira[19]
Angela Asensio-Martinez[20]
Esdras Guerreiro Vasconcellos[21]

Resumo: A Síndrome de Burnout configura-se como resposta a estratégias de enfrentamento falhas ou insuficientes diante do stress ocupacional crônico, sendo especialmente prevalente entre profissionais da saúde. Nesse contexto, médicos residentes se destacam como grupo particularmente vulnerável, pois, apesar de inseridos em programas de excelência, enfrentam intensos desgastes físicos e emocionais. Assim, estratégias de *coping* funcionam como recursos para lidar com exigências internas ou externas; no entanto, sua ineficácia pode culminar no Burnout. Por outro lado, a resiliência representa um movimento intuitivo e inteligente de enfrentamento das adversidades, atuando como fator de proteção. Diante disso, o estudo teve como objetivo avaliar em residentes em baixo risco ao Burnout a presença ou não da caraterística de resiliência, analisando a percepção sobre as estratégias de *coping* utilizadas por eles, além da percepção do adoecimento durante a residência, verificando sua naturalização. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez residentes, selecionados com base em seus resultados no Inventário para Avaliação da Síndrome de Burnout (ISB). A capacidade resiliente não foi claramente evidenciada nesse grupo e, embora tenham reconhecido a alta frequência do adoecimento, os participantes não o consideraram um aspecto natural do processo formativo.

Palavras-chave: Burnout; *coping*; resiliência psicológica; médicos residentes.

Abstract: *Burnout Syndrome is understood as a response to failed or insufficient coping strategies in the face of chronic occupational stress, being especially prevalent among healthcare professionals. In this context, medical residents stand out as a particularly vulnerable group, since, although enrolled in high-quality training programs, they face significant physical and emotional strain. Therefore, coping strategies work as resources used to manage internal or external demands; their failure, however, may lead to Burnout. Resilience, in turn, represents an intuitive-intelligent process of dealing with adversity, acting as a protective factor. Based on that, the study aimed to assess whether resilience is present among residents at low risk for Burnout, analyzing their perceptions of the coping strategies employed by them and their views on the illness during residency, particularly its potential normalization. To this end, semi-structured interviews were conducted with ten residents selected based on their responses to the Burnout Syndrome Assessment Inventory (ISB). Resilient capacity was not clearly evident within this group and, although participants acknowledged the high frequency of illness, the participants did not consider it as a natural aspect of the training process.*

Keywords: *Burnout; coping; psychological resilience; resident doctors.*

Resumen: *El síndrome de Burnout constituye una respuesta a estrategias de afrontamiento insuficientes frente al estrés laboral crónico, siendo especialmente frecuente entre los profesionales de la salud. Dentro de este contexto, los médicos residentes representan un grupo particularmente vulnerable, pues, aunque estén incluidos en programas de residencia calificados como excelentes, enfrentan un desgaste físico y emocional significativo. Por lo tanto, las estrategias de coping son fundamentales para gestionar demandas internas o externas; sin embargo, su ineficacia puede desencadenar el Burnout. Asimismo, la resiliencia actúa como un recurso intuitivo e inteligente que protege frente a la adversidad. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar, en residentes con bajo riesgo de Burnout, la presencia o ausencia de características resilientes, así como su percepción sobre las estrategias de coping utilizadas y el proceso de enfermar durante la residencia, verificando su normalización. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas con diez residentes seleccionados mediante los resultados del Inventario para la Evaluación del Síndrome de Burnout (ISB).*

19 Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Av. Professor Mello Moraes, 1721 - Butantã, São Paulo, SP, E-mail: laracvpsicologia@gmail.com, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3442-2207.

20 Universidad de Zaragoza/University of Zaragoza (UNIZAR). Instituto de Investigación Sanitaria Aragón / Institute for Health Research Aragón (IIS Aragón). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud / Research Network on Chronicity, Primary Care and Health Promotion (RICAPPS). C. de Violante de Hungría, 23, 50009 Zaragoza, Espanha. E-mail: acasensi@unizar.es. ORCID https://orcid.org/0000-0001-5208-7556.

21 Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Av. Professor Mello Moraes, 1721 - Butantã, São Paulo – SP. Membro da Academia Paulista de Psicologia, ocupando a Cadeira 10 " Edmur de Aguiar Whitaker". E-mail: esdras@interciencias.com.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4702-0677.

Como resultado, no se evidenció de forma clara la capacidad resiliente entre los residentes de bajo riesgo y, a pesar de señalar la alta frecuencia del sufrimiento psíquico, los participantes no lo percibieron como un aspecto natural del proceso formativo.

Palabras clave: *Burnout; coping, resiliencia psicológica; médicos residentes.*

Introdução

Durante a longa formação profissional na medicina, o médico passa por inúmeras etapas respectivas aos recursos que possui e os que ainda precisa desenvolver. A residência médica no Brasil, portanto, representa um momento de divisão de papéis, em que o profissional já formado continua o aprendizado por meio de experiências práticas em uma área de maior especificidade (Bond *et al.*, 2018). Diante disso, esse grupo vivencia os desafios do cuidado com a vida humana, porém necessita de suporte para que atenda de forma adequada tamanha responsabilidade (Sponholz *et al.* 2016). Apesar do respaldo legislativo, que exige um teto de horas semanais de trabalho e condições de descanso (Brasil, 1981; Brasil, 2011), não raro os parâmetros são ignorados e a carga de trabalho aumenta de forma perigosa, expondo os residentes amiúde à exaustão (Sponholz *et al.* 2016). Diante disso, a residência médica torna-se uma experiência que, com frequência, leva à fadiga física e mental (Bond *et al.*, 2018). Esse cenário é somado às características próprias do trabalho em saúde e aspectos da relação interpessoal na formação, mais especificamente com seus supervisores (Dyrbye & Shanafelt, 2015), gerando um contexto de vulnerabilidade relativo à saúde mental de médicos residentes. Nessa ótica, o trabalho ocupa um papel central na criação do mundo, das pessoas e das relações sociais, sendo uma das principais dimensões de identidade (Ribeiro, 2021). Contudo, com tamanho protagonismo, trabalhar não representa apenas uma possibilidade de crescimento, transformação, reconhecimento e independência, mas tem o potencial de ocasionar problemas advindos da insatisfação, desinteresse, apatia ou irritação (Rodrigues & Limongi França, 2005), reflexão resgatada pelo cenário da formação médica.

Bibliografia

A Síndrome de Burnout, como um quadro decorrente da cronificação do *stress* ocupacional (Bortoletti, 2012), vem ganhando atenção em meio aos profissionais de saúde (Caixeta *et al.*, 2021) e, em especial, entre médicos residentes, devido à incidência da síndrome nesse grupo (Dimitriu *et al.*, 2020; Ho & Kwek, 2021). É inevitável preocupar-se quanto à extensão dos impactos desse cenário de múltiplas importantes esferas: o aprendizado que se transformará na futura atuação profissional, a vigente qualidade do cuidado prestado e a qualidade de vida do respectivo médico. A necessidade em questionar o que aparenta ser uma naturalização do adoecimento durante a residência médica surge ao observar uma cultura, em que certos tipos de sofrimento são um "rito de passagem" irrevogável e necessário a essa formação (Friedman *et al.*, 1973). Dessa forma, é comum a atribuição do eventual adoecimento unicamente a aspectos individuais da pessoa. Muitas crenças perturbam ou tornam inviável a implementação de políticas de cuidados mais específicos com a saúde sob uma ótica biopsicossocial (Rodrigues & Limongi França, 2005). A compreensão mais ampla do contexto apresentado é urgente e não deve se restringir a uma ótica de culpabilização individualista e tampouco deixar de observar a vivência particular e singular dos residentes. Nesse sentido, as estratégias de *coping* são definidas por Lazarus e Folkman (1984), como a forma de administrar uma situação de exigência e geradora de *stress* e, no entanto, podem ser tanto adaptativas quanto mal adaptativas, ou seja, podem tanto reduzir o desconforto psicológico quanto produzir riscos. Dessa forma, a compreensão da vigente escolha de estratégias de *coping* pelos residentes expande a discussão sobre a maneira como os profissionais têm lidado com demandas dessa natureza e, por conseguinte, amplia as possibilidades de discutir formas de produzir saúde nesse cenário. Ainda nessa ótica, a resiliência já tem sido percebida na literatura com relevância quanto à incidência do Burnout em residentes, observando sua correlação negativa com a presença da síndrome (Shakir *et al.*, 2019) e caráter protetivo (Rodrigues *et al.*, 2013). Pessoas resilientes optam por estratégias de *coping* eficazes e superam a grande adversidade que se impõe (Vasconcellos, 2017). Nesse sentido, foi

feita uma escolha pelo referencial teórico de Viktor Frankl (1946/1991), importante autor na discussão sobre o conceito, que adiciona que quem identifica uma razão para viver enfrenta melhores experiências intensamente dolorosas. Frankl, ao estipular que a principal motivação do ser humano é a busca de sentido para a vida, propõe que a resiliência é a operacionalização dos efeitos de encontrá-lo, utilizando a criatividade, o aprendizado, a superação e o crescimento (Silveira & Mahfold, 2008). Assim, expressa a necessidade de que haja comprometimento para modificações na dinâmica pessoal de vida a partir de eventos dessa natureza e que o humor desempenha um papel relevante para a aceitação do que não se pode mudar, viabilizando o distanciamento crítico e o desenvolvimento de respostas originais (Ojeda, 2002). O presente estudo objetivou avaliar em residentes em baixo risco à Síndrome de Burnout a presença ou não da caraterística de resiliência, analisando a percepção sobre as estratégias de *coping* utilizadas por eles, além da percepção do adoecimento durante a residência, verificando sua naturalização. Foram considerados resilientes aqueles que apresentaram baixo risco ao Burnout e desenvolveram boas estratégias de *coping* a partir de uma situação extraordinária de *distress*. Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob o parecer de número 6.326.339. As informações presentes derivam da dissertação de mestrado de Campello Vieira (2025), defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Metodologia

O grupo de participantes incluiu médicos que estivessem na formação de residência durante o período relativo à coleta de dados, que residissem no Brasil e que apresentassem baixo risco ao Burnout. Apesar da pretensão inicial de entrevistar apenas os profissionais em baixo risco ao Burnout, optou-se por convocar três (3) profissionais em alto risco, incluídos, a fim de dar voz aos residentes nessa condição e para que as informações de ambos os contextos pudessem ser acessadas e possivelmente contrastadas. Para caracterização da amostra e triagem de risco dos participantes, foram utilizados dados de um inquérito aplicado via *Google Forms*, divulgado via e-mail e redes sociais a partir do método bola de neve (Dewes, 2013). Nesse processo, os scores obtidos no Inventário para avaliação da Síndrome de Burnout – ISB permitiram categorizar os respondentes em alto, médio ou baixo risco (Tabela 1). Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas.

Tabela 1 - Valores de referência do instrumento ISB para o risco de desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Dimensões	Alto risco	Médio risco	Baixo risco
Condições Organizacionais Positivas	Inferior a 22	Entre 22 e 26	Superior a 26
Condições Organizacionais Negativas	Superior a 13	Entre 8 e 13	Inferior a 8
Exaustão Emocional	Superior a 9	Entre 4 e 9	Inferior a 4
Distanciamento Emocional	Superior a 6	Entre 2 e 6	Inferior a 2
Desumanização	Superior a 7	Entre 4 e 7	Inferior a 4
Realização Profissional	Inferior a 10	Entre 10 e 15	Superior a 15

A triagem dos participantes ocorreu entre setembro de 2023 e abril de 2024 e, para tal, os residentes que cumpriram os critérios de inclusão foram contatados por e-mail e por telefone via mensagens de texto. As entrevistas, realizadas por meio de videochamadas na plataforma *Zoom*, ocorreram em abril de 2024 e tiveram duração média de 24 minutos. Os dados foram analisados utilizando a Análise de Conteúdo segundo Bardin (2002).

Resultados

Foram entrevistados sete (7) participantes em baixo risco para o Burnout com as seguintes especialidades: Psiquiatria (N=2); Medicina da família e comunidade (N=2); Medicina preventiva e social (N=1); Pediatria (N=1); e Dermatologia (N=1). Dentre os três (3) entrevistados em alto risco para a síndrome, foram identificadas as especialidades: Neurologia (N=1); Cirurgia geral (N=1); e Ortopedia (N=1). Estes

residentes tinham entre 25 e 30 anos e a maior parte dos participantes de ambas as realidades de risco são mulheres (N=4; N=2) em programas de residência em hospitais públicos (N=6; N=2).

Análise dos critérios de resiliência

As questões referentes à primeira parte da entrevista foram elaboradas a fim de reconhecer o cumprimento de critérios para a característica de resiliência segundo a perspectiva de Viktor Frankl (1946/1991). Foram identificados como resilientes os participantes que consideraram que passaram, assim como superaram uma experiência de adversidade durante o período de residência, modificando seu posicionamento sobre a vida, mantendo ou encontrando propósito nela e na dor, alterando a percepção sobre sua capacidade de superar situações difíceis e sobre a realidade das coisas, possivelmente utilizando o humor como um recurso. Dentre os participantes entrevistados, apenas duas (N=2) podem ser consideradas pessoas resilientes, ainda que somente uma dentre elas utilize o senso de humor como uma estratégia durante esse processo. Quanto às suas características, no momento da entrevista, uma delas estava finalizando o último ano do programa de medicina de família e comunidade em um serviço público, possui sua própria prática espiritual, é bissexual, divorciada e não tem filhos. A adversidade mencionada por ela foi de âmbito pessoal, separando-se durante a residência. A outra participante nessa categoria está no segundo ano de pediatria em um serviço público, é adepta à religião espírita, é heterossexual, solteira e sem filhos. Nesse sentido, relatou situações adversas na própria formação, descrevendo o efeito angustiante da extenuante carga horária e momentos de conflito com pais de pacientes. O trecho a seguir traz a resposta de uma participante a um dos critérios para a resiliência, o propósito na dor:

> "Acho que a dor me conecta comigo mesma, me traz de volta pra mim, porque o momento de dor ele pede muita atenção e muito cuidado, então, ele não passa despercebido. Acho que o momento da alegria pode ser muito distrativo (...) e, quando percebo, tô desconectada de mim, então, a dor me traz totalmente pra perto de mim mesma, ajuda a me conhecer. (...)" (Participante AR – Mulher, resiliente, residente de medicina de família e comunidade, Santa Catarina).

Os demais entrevistados em baixo risco para a Síndrome de Burnout não puderam ser categorizados como resilientes, pois não consideram que vivenciaram situações com a magnitude de uma adversidade (situações extraordinárias de *distress*) durante a residência, não sendo possível verificar se haveria superação caso o fizessem. Nesse sentido, compreende-se que houve ausência de situações de tamanha dimensão de exigência e, frente a mais brandas circunstâncias de *stress* vividas, os participantes conseguiram apresentar respostas e estratégias adaptativas, resguardando sua saúde durante esse período. Entretanto, não houve grande discrepância nas respostas dadas pelas participantes resilientes em comparação ao restante da categoria em baixo risco. Diante disso, conforme a análise realizada, foram elencadas as seguintes categorias:

a) As bússolas de sentido; e

b) O papel do contexto na superação.

As bússolas de sentido. Esse tópico remete à presença ou ausência de sentido nos domínios da vida e da dor, bem como as perspectivas de vida dos residentes e como a orientam diante das experiências e recursos disponíveis nos respectivos contextos (Tabela 2).

Tabela 2 - Sentido da vida e da dor, e estratégias de superação entre residentes em baixo e alto risco para a Síndrome de Burnout.

Aspecto analisado	Baixo Risco	Alto Risco
Propósito na vida	Todos acreditam que há propósito na vida; particular e singular, identificado individualmente em sua história e contexto.	Todos acreditam que há propósito na vida.
Propósito na dor	Há propósito, desde que haja coerência com valores próprios, não haja prevalência de situações dolorosas e não comprometa a funcionalidade.	Apenas uma residente encontra propósito na dor.
Perspectiva sobre a dor	Atribuem sentido ao sofrimento de forma condicional e não incondicional, com análise descritiva e realista, sem romantização.	Relatam sentimentos de revolta, medo, exaustão, angústia, tristeza e decepção após situações de *stress*.
Estratégias de superação	Suporte social, menor autocobrança, uso do senso de humor como mecanismo de defesa. Resilientes também mencionam atividade física, autocuidado e auxílio técnico.	Suporte social dentro e fora da residência, hábitos saudáveis, encontrar significado no que fazem e colocar as situações em perspectiva.

Além disso, para o grupo de baixo risco em geral, superar pressupõe principalmente ter clareza de seu propósito e, após tais circunstâncias, houve mudanças de posicionamento sobre a vida, por exemplo, respeitando mais o tempo dos acontecimentos, tomando decisões menos genéricas e exercitando alternar sua perspectiva para observar o outro lado das situações.

O papel do contexto na superação. Este tópico explora a percepção contextual dos residentes e o impacto dos elementos relatados no potencial de eficácia de suas perspectivas e estratégias de superação.

Os participantes em baixo risco relatam viverem um contexto de exceção e sorte na residência e, por isso, "reclamam de barriga cheia" (sic.). Contudo, ainda descrevem de forma predominante o peso da carga horária e a caracterização de rigidez e autocobrança tanto de si quanto de colegas.

> "Não, assim, tive uma sorte de estar num lugar de exceção aparentemente porque os relatos que a gente escuta são relatos de bastante assédio e violência até... com relação aos residentes (...) todos os campos que estive durante a residência foram bastante acolhedores, então, não passei por nenhum momento nesse sentido de adversidade não." (Participante RI – Homem, baixo risco, residente de medicina de família e comunidade, Pernambuco).

O trecho salienta a influência da menor quantidade de fatores de *stress* no contexto de formação. Os participantes, portanto, convivem com algumas das situações também trazidas por aqueles em alto risco, como a sobrecarga, contudo, ao realizarem um balanço comparativo notam menor quantidade e/ou intensidade desses elementos, bem como aspectos compensatórios, como o acolhimento. A comparação com piores cenários também aparenta suavizar a percepção dos estressores com que convivem, ainda que, em sua natureza, não deixem propriamente de ser extenuantes. Nessa lógica, identifica-se que apesar da postura individual desempenhar um papel crucial tanto na proteção quanto na contribuição ao impacto de estressores no profissional, sua eficácia não está apenas condicionada à habilidade pessoal de cada um, mas à quantidade e à natureza dos fatores de exigência presentes. Todos os entrevistados da categoria de alto risco alegam ter vivido alguma adversidade durante o período da residência, o que incluiu tanto acontecimentos pessoais, como a perda de um familiar próximo, quanto, e em maior número, experiências da própria formação, como administrar situações despreparados, o convívio com julgamento moral, demandas fora da área de especialização, sobrecarga e cobrança.

Análise da percepção do *coping*

A avaliação e a utilização das estratégias de *coping*. O conjunto de perguntas selecionadas para essa temática objetivaram avaliar a forma como os residentes administram situações de stress, como se sentem e como as avaliam (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação entre processos decisórios e avaliação das estratégias de *coping* entre residentes em baixo e alto risco para Burnout.

Aspecto analisado	Baixo Risco	Alto Risco
Estratégias de decisão	Acalmar-se, refletir, elencar alternativas, buscar suporte social e dialogar.	Refletir e dialogar; priorizam decisões diretas, objetivas e racionais.
Critérios para uma atitude bem-sucedida	Alcançar a finalidade e/ou ter tranquilidade de ter feito o possível nas condições vigentes.	Cumprir o objetivo sem gerar prejuízos maiores, dor ou constrangimento; gerar bem-estar pessoal.
Estilo de tomada de decisão	Equilíbrio entre decisões racionais, elaboradas e diretas.	Predominância de decisões racionais, diretas e objetivas.
Percepção de capacidade decisória sob stress	Todos se sentem capazes de decidir; apenas um considera fácil fazê-lo.	Todos se sentem capazes; apenas um considera fácil decidir sob pressão.
Sentimentos após situações de stress	Bem-estar, aprendizado e autocrítica construtiva, mesmo diante de falhas.	Alívio apenas após o fim do stress; período vivido como prejudicial e desgastante.
Principais situações de *stress* relatadas	Demandas para as quais se sentem despreparados, falta de recursos materiais e resistência de pacientes.	Demandas similares, com adição de sobrecarga "humanamente impossível" (sic.), pressão por agilidade e julgamentos externos.

A demanda por rapidez, tanto relativa às necessidades da atividade de trabalho quanto às exigências sociais, torna o processo de decisão de como agir mais desafiador. Nessa lógica, o cotidiano promove um contraste ao, na tentativa de atender à premissa de agilidade, indisponibilizar o principal recurso mencionado por eles, a reflexão, que é preterida pelo automatismo da pressa. A partir do cenário descrito, tanto no grupo de residentes em baixo quanto em alto risco ao Burnout, a principal forma com que

lidam com uma situação em que são exigidos para além dos próprios recursos é buscando por suporte social. No entanto, para os entrevistados em maior risco, a autocrítica e a análise crítica das circunstâncias também foram evidenciadas. O trecho a seguir ilustra a análise:

> "(...) lembrar que eu tava às vezes em situações em que era o sistema, que não tinha como dar tudo 100% certo (...), tentar sempre lembrar que são vidas de outras pessoas que tão ali e que minhas ações têm consequências (...), que diante de algum momento extremo de cansaço que a gente ia passar erros iam acontecer (...). Repensar aquilo pra não normalizar aquilo." (Participante DA – Homem, alto risco, residente de cirurgia geral, São Paulo).

O esforço crítico para não normalizar circunstâncias consequentes à estrutura falha ou precária de trabalho, conforme exposto pelo residente, demonstra uma realidade de divergência entre os valores próprios e as condutas demandadas e/ou possíveis de serem realizadas. Dessa forma, ilustra a presença de um fator crônico de *stress* e a complexa implementação da estratégia de análise responsável que, ao mesmo tempo que o reconecta ao sentido real do trabalho exercido (o cuidado de uma outra pessoa) e tenta diminuir erros e efeitos negativos, inclui mais uma densa atribuição a um trabalhador exausto: um movimento intelectual de contracultura laboral. Conforme mencionado, o suporte social, especialmente de colegas e superiores, foi expressamente evidenciado, apesar das relações externas ao contexto de residência, como a família e amigos, também serem mencionadas em importância. Esse apoio foi apontado como uma alternativa ao desequilíbrio de outras esferas da vida durante a formação, diminuindo limitações. No entanto, apresenta-se como um recurso pouco disponível sob essa ótica, o que é mais bem descrito na seguinte citação:

> "(...) acho que se tivesse um apoio maior, dava pras pessoas não limitarem esses sonhos extraprofissionais também e conciliar melhor a vida. (...) A gente precisa ter mais coisas, balancear mais coisas da vida, nem sempre é fácil, mas pra gente ter mais equilíbrio até pra gente ser profissional melhor e não Burnoutar né? (ri)" (Participante AL – Mulher, baixo risco, residente de dermatologia, São Paulo).

Análise da percepção do adoecimento

As perguntas finais da entrevista objetivaram a melhor compreensão da forma como os residentes percebem o adoecimento durante a formação, verificando se este é visto como algo natural e inerente ao processo. A partir da análise de conteúdo, foram selecionadas as seguintes categorias: a) Uma vida inteira para a residência; e b) O normal é natural?

Uma vida inteira para a residência. Nesse tópico foram abordadas as expectativas direcionadas aos residentes que adoecem, bem como a percepção do processo de adoecimento físico e emocional no contexto de residência (Tabela 4).

Tabela 4 - Percepções e expectativas sobre o adoecimento físico e emocional durante a residência médica.

Aspecto analisado	Baixo risco	Alto risco
Definição de adoecer	Alterações que impedem o desempenho das funções.	Igual definição: impedimento das funções e atividades normais.
Expectativa sobre a disponibilidade	Adoecer fisicamente não é considerado um direito; deve-se estar sempre disponível.	Mesma percepção: não há espaço legítimo para adoecer fisicamente.
Adoecimento físico	Visto como comum.	Considerado um efeito natural da rotina insalubre.
Adoecimento emocional	Percebido como inevitável, mas negligenciado e sem assistência.	Igualmente: sofrimento emocional esperado, porém invalidado institucionalmente.
Expectativa de dedicação total	Associada a tradições médicas e exigências institucionais.	Associada à cultura médica e aos preceptores.
Desequilíbrio com outras esferas da vida	Reconhecido como parte do modelo de formação.	Reconhecido como esperado e internalizado, apesar do sofrimento.

As seguintes citações ilustram os resultados encontrados:

> "A gente não pode adoecer, tem que tá sempre disponível. (...) [sobre os preceptores] eles têm uma percepção de que o tempo da residência tem que ser apenas exclusivamente dedicado à residência, todo o resto tem que ser abafado e o foco tem que ser aquele (...) uma ideia que meus pais tinham, eles também são médicos." (Participante AL – Mulher, baixo risco, residente de dermatologia, São Paulo).

> "(...) uma coisa emocional acaba sendo muitas vezes mais negligenciada, inclusive porque o próprio sistema tende a muitas vezes negligenciar a emoção do residente. Há um processo de pressionar, não só em questões do serviço, mas pressionar emocionalmente a pessoa até ela ficar apática, sabe?" (Participante RI – Homem, baixo risco, residente de medicina de família e comunidade, Pernambuco).

O normal é natural? Este tema é dedicado à verificação da naturalização e caracterização do processo de adoecimento na formação, explorando seu impacto e seus fatores durante esse período (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise da naturalização, do impacto e das causas do adoecimento durante a residência médica por médicos residentes.

Aspecto analisado	Baixo Risco	Alto Risco
Naturalização do adoecimento	Reconhecem ser comum, mas não é natural ou uma parte intrínseca de um programa de residência.	Igualmente: comum, porém inaceitável; apontam a possibilidade de outra realidade.
Impacto do adoecimento no cotidiano	Sobrecarga, queda de rendimento, da empatia e da abertura relacional.	Mesma percepção, com ênfase em embotamento afetivo, culpa e julgamento social.
Reações ao adoecimento	Cuidado para não sobrecarregar colegas.	Medo de julgamento e culpabilização. A ausência gera colapso do serviço.
Causas principais do adoecimento	Carga horária extensa, sobrecarga, pressão e falta de tempo para autocuidado.	Igualmente, com destaque à perda de sentido no trabalho.
Percepção do próprio contexto	Consideram-se "sortudos", por receberem algum acolhimento e respeito.	Relatam sensação de abandono e inconsistência entre exigências e suporte.

As seguintes citações explicitam as informações apontadas:

> "É mal visto você não ir trabalhar quando você tá doente (...), vão achar que é sua culpa (...), a gente trabalha todo mundo no limite, então, quando falta uma pessoa tudo vira um inferno, né?" (Participante DA – Homem, alto risco, residente de cirurgia geral, São Paulo).

> "(...) eu tive sorte de ter o mínimo (...), o esperado respeito de não ter passado por isso (...) minha experiência de residência foi bem distante dessas realidades que tô contanto aqui" (Participante RI – Homem, baixo risco, residente de medicina de família e comunidade, Pernambuco).

Discussão

A partir dos dados obtidos foi possível examinar a presença ou não da capacidade resiliente, compreender com maior profundidade as estratégias de enfrentamento e verificar a naturalização do adoecimento na residência médica. A respeito da resiliência, importante ter em mente que se trata de uma mobilização intuitiva-inteligente dos recursos de resolução de problemas e de outros não imagináveis (não-habituais) para superar uma adversidade (Vasconcellos, 2017). Diante disso, Cruz e Aquino (2020) argumentam que apresentá-la como característica diz respeito a atuar conscientemente sobre o sofrimento independentemente de sua natureza, transformando o mal vivenciado em algum bem, em outras palavras, tornando a dor propulsora de sentimentos e elementos positivos. Relembra-se que, para analisar a presença da resiliência dentre os participantes, foi utilizado como referencial teórico as discussões de Viktor Frankl (1946/1991). Assim, significa assumir que a resiliência se torna um aspecto analisável apenas mediante a presença de uma experiência adversa, o que não ocorreu para a maioria. Nessa perspectiva, concluiu-se que, de maneira geral, médicos residentes em baixo risco não vivenciaram adversidades e, por isso, não se pôde verificar sua capacidade resiliente. Constata-se que estes são profissionais que desempenharam estratégias de *coping* adequadas e suficientes frente a experiências de *distress* que não apresentaram a magnitude de uma adversidade. A avaliação levanta como proposta, portanto, justamente a possibilidade de que um contexto mais brando e menos intenso de experiências de *stress* parece introduzir condições administráveis para esses profissionais, tornando possível a manutenção da saúde e qualidade de vida ao conseguirem desenvolver recursos suficientes. Contrariamente, essa afirmação remete aos registros de correlações entre características negativas das condições e do ambiente laboral de residentes e os maiores níveis de Burnout apresentados por eles (Castillo-Angeles *et al.*, 2021; Ellis *et al.*, 2021; Dyrbye & Shanafelt, 2015). Frente, todavia, à real ocorrência de uma experiência difícil, "sempre e em toda parte a pessoa

está colocada diante da decisão de transformar a sua situação de mero sofrimento numa produção interior de valores" (Frankl, 1946/1991). Nessa perspectiva, residentes em baixo risco, que apresentaram estratégias adequadas a estressores, assim como as duas médicas que demonstraram capacidade resiliente sob uma adversidade, encontram propósito tanto na vida como na dor. Diante disso, Frankl (1946), defende que a principal motivação presente no ser humano é a busca por um sentido de vida, o qual foi visto pelos participantes como um significado atribuído e não generalizável, identificado individual e singularmente segundo cada história e contexto e, então, encontrando coro nas argumentações do autor:

> "Jamais, portanto, o sentido da vida humana pode ser definido em termos genéricos, nunca se poderá responder com validade geral a pergunta nesse sentido. [...] Mas é sempre assim que toda e qualquer situação se caracteriza por esse caráter único e exclusivo que somente permite uma única resposta "correta" à pergunta contida na situação concreta [em cada situação em que a pessoa é chamada para assumir uma atitude]" (Frankl, 1946/1991, p.117).

Assim, recorda-se o estudo desenvolvido por Steger e Dik (2009), que registrou que estudantes que vivenciavam uma experiência de sentido em seu percurso na carreira, foram mais bem sucedidos na procura e atribuição de sentido para a vida. Ademais, salienta-se a correlação entre a mais forte percepção de sentido de vida de profissionais de saúde e menores níveis de Burnout, com efeitos positivos em todas as suas dimensões (O'Higgins *et al.*, 2022). Frankl (1946/1991) afirma que não há sentido apenas no gozo da vida, mas também na atitude com que a pessoa se coloca diante de uma restrição difícil forçada sobre si, configurando-se uma possibilidade de atribuição de significado à existência. Essa reflexão atitudinal demonstra coerência com as análises dos participantes em ambas as categorias de risco, que compreenderam tal atribuição de significado como condicional e não inerente à própria dor. O raciocínio obtém suporte na literatura que aponta que a capacidade de significar a dor se distingue do cultivo de vivências de sofrimento, ou seja, quando o sofrimento puder ser evitado, deve sê-lo, porém, caso inevitável, sua aceitação é necessária (Silveira & Mahfold, 2008; Frankl, 1946/1991). Residentes em baixo risco sentiram-se bem após experiências de stress, identificando aprendizado e assumindo mudanças de posicionamento sobre a vida. Essa informação encontra coro nas argumentações de Frankl (1946/1991) ao defender a necessidade de comprometer-se com uma nova dinâmica de vida. No entanto, aqueles em alto risco sentiram-se mal e prejudicados em seguida, vivenciando sentimentos negativos. Curioso pontuar que participantes de alto risco também alegaram a importância de desempenhar hábitos saudáveis, encontrar significado no que fazem e colocar situações em perspectiva para a superação de experiências estressantes, ainda que amiúde em privação desses recursos. Uma pessoa pode criar diferentes interpretações de um evento a depender de quais facetas observa e da clareza ou ambiguidade da informação disponível a respeito das demandas e de recursos de *coping* (Lazarus & Folkman, 1984). Dessa forma, as respostas dos participantes quanto ao processo de escolha de suas estratégias remetem as análises dos autores (1984) de que uma melhor complexidade do processo de avaliação (*appraisal*) é possibilitada quando há tempo para reflexão, sofrimento ou luto, para evitar o problema, tomar uma atitude ou desempenhar esforços para recuperar o autocontrole. É preciso, então, salientar o contexto de pressão por rapidez mais evidenciado por residentes em alto risco, o qual foi pontuado como desfavorecedor de boas escolhas de condutas. Assim, quanto mais iminente um evento, mais intenso se faz o appraisal, principalmente se há sinalizações de perigo e diante da percepção possível de oportunidade de ganho ou domínio da situação (Folkman & Lazarus, 1984). Vale destacar a notória presença de urgências na própria realidade do trabalho médico, porém juízos de valor sobre comportamentos dessa natureza, principalmente ao serem incluídos em dinâmicas de hostilidade, propõem a generalização desse tipo de conduta, que não necessariamente seria adequada a demais circunstâncias, restringindo melhores opções de *coping*. Nessa análise, estratégias de *coping*, ademais de serem influenciadas por fatores individuais, podem também ser favorecidas por elementos do contexto laboral de profissionais de saúde (Maresca *et al.*, 2022). Portanto, a disponibilidade de suporte social apresenta relevância para a melhor administração do *stress* para médicos residentes (Shah *et al.*, 2021). A pesquisa, então, permitiu observar que o potencial de efeito das

estratégias individuais é ampliado ou limitado conforme a quantidade de estressores presentes. Dessa forma, a afirmação é coerente com a literatura que aponta que tanto quadros individuais, como o relaxamento, a posição de trabalho e a perspectiva positiva; quanto situacionais, como o suporte social e o equilíbrio trabalho-casa, podem fomentar ou debilitar os impactos das condiçõesestressantes de trabalho (Ito *et al.*, 2015). Portanto, não surpreende que o comum desbalanço com outras áreas da vida tenha aparentado indisponibilizar determinados tipos de recursos de suporte aos residentes de maneira geral. Outro ponto merecedor de atenção é a análise proveniente de residentes em baixo risco, os quais identificam-se pertencentes a circunstâncias de sorte e exceção. Essa leitura é coerente ao notar que condições como a continuação de atividades laborais mesmo quando doentes, o sacrifício de relacionamentos pessoais pelo trabalho e a renúncia ao autocuidado são há anos percebidos e registrados como a regra (Szymczak *et al.*, 2015; Wallace *et al.*, 2009), o que torna demais circunstâncias a princípio excepcionais (Meeks *et al.*, 2019). Tais aspectos denotam a relevância em discutir criticamente o histórico de naturalização do respectivo cenário nas residências médicas. Fatores para o adoecimento foram registrados pelos participantes e a pesquisa apontou que adoecer na residência é algo habitual e comum, apesar da percepção de ausência do direto de estarem enfermos, sobretudo emocionalmente. Esse ponto é respaldado pela última demografia médica nacional (2023), em que a maioria dos residentes considera insuficiente os cuidados em saúde mental ofertados pelo programa de formação. No entanto, o cenário não foi avaliado pelos participantes como algo natural e intrínseco ao processo, pois acreditam que é possível viver essa experiência de forma diferente. Diante disso, relembra-se o registro na literatura de que o apoio institucional quanto à preocupação em diminuir casos de Burnout na residência apresentou correlação com o aumento da empatia, melhora do sono e suporte de pares (Quirk *et al.*, 2021). Importante recordar que os residentes entrevistados relataram efeitos do adoecimento na rotina de trabalho. Além da queda no rendimento e do acúmulo de tarefas, que aumentam a sobrecarga, foi sinalizada a diminuição da empatia e da abertura para se relacionarem com pacientes e colegas. Essa informação encontra respaldo na literatura científica, que identifica que altos níveis de *stress* em residentes elevam probabilidades de cometer erros médicos e menor capacidade empática para com pacientes (Shah *et al.*, 2021). Para os participantes em alto risco da pesquisa, o presenteísmo obteve um duplo sentido quanto à motivação de preocupação com o serviço e com a sobrecarga de pares, uma vez que esse cuidado foi apresentado junto à tentativa de proteção contra julgamentos sobre sua conduta profissional. Dados semelhantes foram observados na pesquisa de Szymczak *et al.* (2015). Dessa forma, a informação remete às argumentações teóricas de Johnson & Hall (1988) e Karasek & Theorell (1990) ao observarem que o suporte social consegue atuar como um regulador do *stress* se o indivíduo possui a quantidade e qualidade necessárias deste apoio, porém, caso se mostre em falta ou ausência, há o enfrentamento de discriminação ou intimidação, o que o torna um novo stressor.

Conclusões

Frente à discussão supracitada, a vigente pesquisa aprofunda o entendimento sobre uma experiência saudável ao verificar se residentes em baixo risco ao Burnout são pessoas com capacidade resiliente, ampliando também a percepção de elementos contextuais da residência médica ao se debruçar sobre a forma como o adoecimento é observado e se este é naturalizado pelos respectivos profissionais. É preciso, contudo, apontar as limitações deste estudo, sinalizando o número pouco representativo de participantes e, mais precisamente, as perguntas de critérios de resiliência segundo Frankl (1946/1991): posto que foram elaboradas na atual pesquisa e, logo, pela primeira vez aplicadas, é sugerida sua replicação a fim de ampliar a confiabilidade dos dados obtidos através do instrumento. Finalmente, incentiva-se a realização de mais estudos direcionados à população brasileira, se debruçando também sobre outros participantes da realidade da residência médica, como médicos preceptores e gestores das instituições de formação. Ainda, ressalta-se a importância de que os dados obtidos não se limitem a uma mera visão descritiva, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de intervenção centradas em adaptações à dinâmica de trabalho, tornando-as mais compatíveis com a saúde e a sensibilização dos trabalhadores envolvidos quanto à problemática, aspecto fundamental para sua eficácia.

Referências

Bond, M. M. K. *et al.* (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

Bortoletti, F. F. (2012). **Análise dos fatores de risco de desencadeamento da Síndrome de Burnout em obstetras** (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo). https://repositorio.unifesp.br/items/ac149489-7e6c-4d57-82ad-4ac74124959d

Caixeta, N. C. *et al.* (2021) A síndrome de Burnout entre as profissões e suas consequências. **Brazilian Journal of Health Review**, 4(1), 593-609. https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22804

Campello Vieira, L. (2025). **Síndrome de Burnout em médicos residentes:** coping, resiliência e a percepção do adoecimento na formação (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo). https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-04042025-151125/pt-br.php

Castillo-Angeles, M., Smink, D. S., & Rangel, E. L. (2022). Perspectives of General Surgery Program Directors on Paternity Leave During Surgical Training. **JAMA Surgery**, 157(2), 105–111. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.6223

Cruz, J. S. da & Aquino, T. A. A. de (2020). Espiritualidade e resiliência: Relevância e implicações no pensamento frankliano. **REVER**, 20(2), 89-103. https://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i2a7

Decreto – Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Diário Oficial da União.

Dimitriu, M. C. T., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., Davitoiu, A. M., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O. G., Jacota-Alexe, F., Badiu, C. D., Smarandache, C. G., & Socea, B. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. **Medical Hypotheses,** 144(109972). 10.1016/j.mehy.2020.109972

Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2015). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. **Medical Education,** 50(1), 132-149. 0.1111/medu.12927

Ellis, R. J., Nicolas, J. D., Cheung, E., Zhang, L., Ma, M., Turner, P., Nussbaum, M. S., Are, C., Smink, D. S., Etkin, C., Bilimoria, K. Y., & Hu, Y.-Y. (2021). Comprehensive Characterization of the General Surgery Residency Learning Environment and the Association With Resident Burnout. **Annals of Surgery,** 274(1), 6–11. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004796

Frankl, V. E. (1946/1991). **Em busca de sentido:** Um psicólogo no campo de concentração. Vozes.

Friedman, R. C., Kornfeld, D. S., & Bigger, T. J. (1973). Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. **Academic Medicine,** 48(5), 436–441. https://doi.org/10.1097/00001888-197305000-00004

Ho, S., & Kwek, E. B. K. (2021). Levels of burnout and its association with resilience and coping mechanisms among orthopaedic surgery residents: A single institution experience from Singapore. **Singapore Medical Journal**. https://doi.org/10.11622/smedj.2021010

Ito, M., Seo, E., Ogawa, R., Sanuki, M., Maeno, T., & Maeno, T. (2015). Can we predict future depression in residents before the start of clinical training? **Medical Education**, 49(2), 215–223. https://doi.org/10.1111/medu.12620.

Johnson, J.V., & Hall, E.M. (1988). Job strain, Workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. **Am J Public Health,** 78, 1336e42. https://doi.org/10.2105/ AJPH.78.10.1336.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). **Healthy work:** stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books.

Lazarus, R. S., & Foulkman, S. (1984)**. Stress, appraisal, and coping.** Springer Publishing Company.

Limongi-França, A. C., & Rodrigues, A. L. (2002). Cultura Organizacional diante do adoecer. *In*: Limongi-França, A. C., & Rodrigues, A. L. (Org.). **Stress e trabalho:** uma abordagem psicossomática (pp.127-152). Atlas.

Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C. & Lo Buono, V. (2022). Coping Strategiesof Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. **Medicina (Kaunas)**. 58(2):327. doi: 10.3390/medicina58020327.

Meeks, L. M., Ramsey, J., Lyons, M., Spencer, A. L., & Lee, W. W. (2019). Wellness and Work: Mixed Messages in Residency Training. **Journal of General Internal Medicine**, 34(7), 1352–1355. https://doi.org/10.1007/s11606-019-04952-5

O'Higgins, M., Rojas, L. A., Echeverria, I., Roselló-Jiménez, L., Benito, A., & Haro, G. (2022). Burnout, psychopathology and purpose in life in healthcare workers during COVID-19 pandemic. **Frontiers in Public Health,** 10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.926328

Ojeda, E. N. S. (2002). Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria. *In*: A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), **Resiliencia:** descobriendo las propias fortalezas (pp.67-82). Paidós.

Quirk, R., Rodin, H., & Linzer, M. (2021). Targeting Causes of Burnout in Residency: An Innovative Approach Used at Hennepin Healthcare. **Academic Medicine**, 96(5), 690-694. 10.1097/ACM.0000000000003940

Ribeiro, M. A. (2021). Understanding working identity in contemporary times. *In*: A. Columbus (Ed.), **Advances in psychology research** (Vol. 145, pp. 1-38). Nova.

Rodrigues, R. T., 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. https://www.scielo.br/j/rbem/a/xGqNmZr3r4S3N7DrCdPvYDc/?lang=pt&format=pdf

Scheffer, M. C., Guilloux, A. G. A., Miotto, B. A., Almeida, C. de J., Guerra, A., Cassenote, A., *et al.* (2023). **Demografia médica no Brasil** 2023. São Paulo: FMUSP.

Shah, S. S. N. H., Laving, A., Okech-Helu, V. C., & Kumar, M. (2021). Depression and its associated factors: Perceived stress, social support, substance use and related sociodemographic risk factors in medical school residents in Nairobi, Kenya. **BMC Psychiatry,** 21(1), 444. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03439-0.

Shakir, H. J. *et al.* (2019). Relationship of grit and resilience to Burnout among US Neurosurgery residents. **World Neurosurgery**, 134, e224-e236. 10.1016/j.wneu.2019.10.043

Silveira, D. R. & Mahfold, M. (2008). Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. **Estudos de Psicologia,** 25(4), 567-576. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400011

Sponholz, T. C. H., Sartori, M. T., Marques, A. P. S., Albuquerque, G. S. C. de, Silva, M. J. de S. e, & Perna, P. de O. (2016). Processo de trabalho na residência médica: A subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. **Trabalho, Educação e Saúde**, 14(suppl 1), 67–87. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00025

Steger, M. F., & Dik, B. J. (2009). If One is Looking for Meaning in Life, Does it Help to Find Meaning in Work? **Applied Psychology: Health and Well-Being,** 1(3), 303–320. https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01018.x

Szymczak, J. E., Smathers, S., Hoegg, C., Klieger, S., Coffin, S. E., & Sammons, J. S. (2015). Reasons Why Physicians and Advanced Practice Clinicians Work While Sick: A Mixed-Methods Analysis. **JAMA Pediatrics,** 169(9), 815–821. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0684

Vasconcellos, E. G. (2017). Stress, coping, Burnout e resiliência: Troncos da mesma raiz. *In*: Silva Junior, N., & Zangari, W. (Orgs), **A psicologia social e a questão do hífen** (285-295). Blucher.

Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. **The Lancet**, 374(9702), 1714–1721. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0