

Personalidade e Resiliência como Proteção contra o Burnout em Médicos Residentes

Personality and Resilience as Protection against Burnout in Resident Doctors

Rosana Trindade Santos Rodrigues^I
George Souza Barbosa^{II}
Paulo Antonio Chiavone^{III}

PALAVRAS-CHAVE:

- Resiliência Psicológica;
- Esgotamento Profissional;
- Personalidade;
- Residência Médica.

KEYWORDS:

- Psychological Resilience;
- Burnout, Professional;
- Personality;
- Medical Residency.

Recebido em: 10/12/2012

Reencaminhado em: 05/05/2013

Aprovado em: 06/05/2013

RESUMO

Residentes têm apresentado burnout em decorrência de fatores ambientais e pessoais, altamente estressores. Alguns indivíduos reagem positivamente a estes estressores, e a literatura sugere que as características de personalidade e a resiliência explicam o fenômeno. Assumimos que a resiliência é multifatorial e multidimensional, como na abordagem resiliente. **Objetivo:** Investigar se a resiliência, associada às características de personalidade, se correlaciona positivamente com baixos escores de burnout. **Método:** Estudo de seguimento com 121 residentes, utilizando ficha sociodemográfica, Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), Escala de Resiliência de Wagnild & Young e o Maslach Burnout Inventory (MBI). **Resultados:** Burnout foi constatado nos domínios de despersonalização em T1 (12,1) e T2 (13,9) ($p = 0,004$); exaustão emocional em T1 (26) e T2 (22,5) ($p = 0,624$) e baixa realização profissional em T1 (38,1) e T2 (35,5) ($p = 0,001$); forte resiliência foi encontrada em 63,6%. Aqueles com forte resiliência apresentaram menor burnout. Características de personalidade puderam ser associadas à resiliência. Constatou-se que a resiliência pode ser desenvolvida nos residentes como forma de proteção contra o burnout. **Conclusão:** Constatou-se que a resiliência, associada às características de personalidade, se correlaciona positivamente com baixos escores de burnout.

ABSTRACT

Interns and residents have been showing signs of burnout as a result of highly stressful environmental and personal factors. Some individuals react positively to these stressful factors and literature suggests that resilience and personality characteristics can explain this sort of phenomenon. One can assume that resilience is multifactorial and multidimensional, such as in the resilience approach. **Objective:** To investigate how resilience can be associated with personality characteristics that correlate in a positive way to low burnout scores. **Method:** A study sample of 121 hospital interns was surveyed using a social demographic form, a Factorial Personality Inventory (IFP), the Young & Wagnild Resilience Scale and Maslach Burnout Inventory (MBI). **Results:** Burnout was observed in domains of depersonalization in T1 (12.1) and T2 (12.9) ($p = 0.004$); emotional exhaustion in T1 (26) and T2 (22.5) ($p = 0.624$) and low professional accomplishment in T1 (38.1) and T2 (35.5) ($p = 0.001$); strong resilience results were seen in 63.6% of the study sample. Those with strong resilience displayed less burnout. It was possible to correlate personality characteristics and resilience. Finally, it was found that resilience can be developed in interns as a form of protection against burnout. **Conclusion:** The verification of low burnout scores in this study was correlated positively to resilience and personality characteristics.

^I Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil.

^{II} Sociedade Brasileira de Resiliência; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

^{III} Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. Como curso de especialização, é uma forma eficiente de capacitação profissional em Medicina, mas sofre críticas pela sobrecarga assistencial, excessiva carga horária de trabalho e privação do sono¹.

A síndrome de *burnout* é constatada na formação do médico²⁻⁶ e na residência médica, especialmente no primeiro ano.

Estudos^{4,6-15} apontam questões ambientais e pessoais como causas. No aspecto pessoal, há hipóteses de que alguns médicos são mais resistentes e se adaptam melhor que outros devido a aspectos como a personalidade e a resiliência^{2,7,9,13,15-19}.

A personalidade pode ser compreendida segundo diferentes maneiras e teorias. Ultimamente, as teorias dos traços ou fatores de personalidade, como a teoria de Henry Murray²⁰, tem sido utilizada na compreensão do comportamento humano. Murray²⁰ desenvolveu uma lista de necessidades que caracterizam a personalidade de um indivíduo, assim descritas:

Assistência – Mostrar grandes desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura, necessidade de prestar solidariedade às pessoas desamparadas, indefesas; dar suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios.

Intracepção – Deixar-se conduzir por sentimentos e inclinações difusas. Ser dominado pela procura de felicidade, fantasia e imaginação. Num estágio mais elevado, conceitualizar fatos de vida interior e fazer julgamentos, às vezes sem dar atenção aos fatos concretos. Julgar o outro por suas reais ou supostas intenções, não tanto pelos atos em si, tomando de imediato atitudes de afeto ou rejeição.

Afago – Buscar apoio e proteção. Esperar ter seus desejos satisfeitos por pessoas queridas ou amigas. Desejar ser afagado, apoiado, protegido, amado, orientado, perdoado e consolado. Precisar constantemente de alguém que o entenda e o proteja. Sofrer de sentimentos de ansiedade, de abandono, insegurança e desespero.

Deferência – Ter como principais características: respeito, admiração e reverência. Expressar o desejo de admirar e dar suporte a um superior; gostar de elogiar e honrar seus superiores, bem como imitá-los e obedecer-lhes.

Afiliação – Desejar dar e receber afetos. Ter características como: confiança, boa vontade, amor, apego e lealdade aos amigos.

Dominância – Expressar sentimentos de autoconfiança e desejo de controlar os outros, influenciar ou dirigir o comportamento alheio pela sugestão, sedução, persuasão e comando.

Denegação – Entregar-se à resignação. Tender à submissão e à entrega passiva de forças externas, aceitar desaforo, castigo e culpa; resignar-se ao destino, admitir inferioridade,

erro e fracasso; confessar erros e desejar autodestruição, dor, castigo, doença e desgraça.

Desempenho – Ser ambicioso e empenhado; expressar o desejo de realizar algo difícil, como dominar, manipular e organizar objetos, pessoas e ideias. Gostar de fazer coisas independentemente e com a maior rapidez possível, sobressair, vencer obstáculos e manter altos padrões de realização.

Exibição – Ser vaidoso, expressar o desejo de impressionar, ser ouvido e visto. Gostar de fascinar as pessoas e até chocá-las; gostar de dramatizar os fatos para impressionar e entreter.

Agressão – As principais características são: raiva, irritação e ódio; expressar o desejo de superação com vigor e oposição. Gostar de lutar, brigar, atacar e injuriar os outros, censurar e ridicularizar.

Ordem – As principais características são: ordem, limpeza, organização, equilíbrio e precisão.

Persistência – Finalizar qualquer tarefa iniciada, por mais difícil que possa parecer. Ser obcecado por ver o resultado final de um trabalho, esquecendo o tempo e o repouso necessário, ocorrendo queixas quanto a tempo insuficiente, cansaço e preocupações.

Mudança – Desejar afastar-se de tudo o que é rotineiro e fixo. Gostar de novidade, aventura, não ter ligação permanente com lugares, objetos ou pessoas, mudar de hábitos, lugares e comidas.

Autonomia – Tender a sentir-se livre, sair do confinamento, resistir à coerção e à oposição. Não gostar de executar tarefas impostas pela autoridade, agir de forma independente e livre, seguindo seus impulsos. Desafiar convenções.

Heterossexualidade – Desejar manter relações sexuais e românticas com indivíduos do sexo oposto. Quanto maior o escore, maior será o fascínio pelo sexo e assuntos afins.

Murray²⁰ explica que as necessidades são resultados de experiências assimiladas pelo indivíduo por meio das relações parentais e do ambiente. É uma força cerebral que organiza a percepção provocada por processos internos e pelas forças do meio, conduzindo o indivíduo a um comportamento.

As necessidades do indivíduo descritas por Murray²⁰ são formadas a partir das crenças que este indivíduo constrói ao longo da vida e que são acionadas diante dos eventos. Posteriormente, na teoria da Terapia Cognitiva organizada por Aaron Beck²¹, as crenças surgem na infância à medida que a criança interage com pessoas significativas e encontra uma série de situações que confirmem essas ideias na busca de extrair sentido do seu ambiente, organizando a experiência para se adaptar. Dessa forma, Beck postula que as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados pela interpretação

dada aos eventos. Portanto, não é a situação em si que determina o sentimento do indivíduo, mas o modo como ele interpreta a situação.

A resiliência resulta das crenças do indivíduo, podendo conduzi-lo à adaptação saudável diante das adversidades²². Por esta razão, os estudos sobre o *burnout* têm se reportado ao termo resiliência como forma de adaptação às adversidades durante a formação e especialização dos médicos^{2,11,16,19}.

Barbosa²² discute que a resiliência tem sua origem em sistemas específicos de crenças que interagem com as adversidades da vida e que conduzem o indivíduo a utilizar habilidades específicas na resolução de problemas e conflitos.

A partir da descrição realizada por Aaron Beck²¹ sobre as crenças e suas implicações no comportamento, Barbosa^{22,23} argumenta que as crenças primárias, quando relacionadas, podem ser agrupadas em domínios, favorecendo a organização das convicções e valores na pessoa. Essa aglutinação de convicções e valores o autor nomeou de Modelos de Crenças Determinantes (MCD) de comportamentos resilientes. Esses MCDs interagem de forma determinante e oferecem sustentação cognitiva e emocional para a resiliência, e estão divididos em oito domínios: autocontrole, autoconfiança, leitura corporal, análise do contexto, otimismo para a vida, empatia, conquistar e manter pessoas, e sentido de vida.

Em Barbosa encontramos que a resiliência é uma experiência que implica amadurecimento e desenvolvimento, ou seja, todo indivíduo tem uma predisposição à resiliência, que pode ser desenvolvida a partir das vivências durante toda a vida^{22,27}.

A resiliência, nas ciências humanas, está relacionada com processos psicossociais que favorecem o desenvolvimento sadio do indivíduo mesmo diante de adversidades e tem como objetivo compreender as características individuais e ambientais que podem ser modificadas para que os indivíduos consigam enfrentar as situações adversas²⁷.

O estudo da resiliência em indivíduos que enfrentam situações adversas no seu dia a dia pode ser uma nova e desafiadora tarefa em busca de medidas preventivas em saúde mental, como no caso da residência médica.

Assim surgiu o interesse em investigar a síndrome de *burnout* dos médicos residentes e a capacidade de apresentar resiliência como realidade protetora. Utilizamos o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), a Escala de Resiliência de Wagnild & Young e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para mensurar a hipótese do estudo. E, para fundamentar a compreensão da personalidade e suas interfaces com os sistemas de crenças, recorreremos à Teoria da Personalidade de Henry Murray. Esses sistemas matriciais de crenças foram explanados na teoria de Aaron Beck²¹, que subsidiou a estruturação da

metodologia “Abordagem Resiliente” de Barbosa, compondo, assim, a base teórica e de interpretação deste estudo.

Este estudo tem por objetivo investigar se a resiliência associada com as características de personalidade se correlaciona positivamente com baixos escores de *burnout* entre residentes durante o primeiro ano de residência em uma escola de Medicina.

MÉTODO

Um total de 121 médicos residentes de um hospital-escola da cidade de São Paulo responderam à pesquisa em dois momentos: o início do primeiro ano da residência médica (T1), em janeiro de 2010, e o final do primeiro ano (T2), em dezembro de 2010. Foram incluídos todos os ingressantes no Programa de Residência Médica da instituição em 2010 que aceitaram participar do estudo. Os médicos residentes foram agrupados em três áreas de especialidades: clínicas, cirúrgicas e pediátricas.

O estudo foi aprovado pelas Comissões Científicas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Os médicos residentes foram informados sobre o estudo e aqueles que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam os instrumentos para serem preenchidos. A identificação foi feita por meio de uma numeração, e a lista nominal ficou sob a guarda da pesquisadora, que se comprometeu com o sigilo das informações obtidas. A necessidade de identificação se deu pela metodologia do estudo, que exigia a garantia de que um instrumento respondido por um residente em T1 correspondesse ao mesmo residente em T2.

Os médicos residentes foram solicitados a comparecer para o seguimento em T2, quando foi aplicado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), para medir a evolução do *burnout*.

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados SPSS for Windows, Versão 13.0.

Houve um *drop-out* de quatro médicos residentes – um por ter se desligado do Programa de Residência por questões pessoais, e três não compareceram.

Os instrumentos de investigação foram autoaplicáveis e acompanhados, com duração de 50 minutos (T1) e de 30 minutos (T2).

Os instrumentos utilizados em T1 foram: uma ficha com dados sociodemográficos; o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), fundamentado no *Edwards Personal Preference Schedule* (EPPS), desenvolvido por Allen Edwards em 1953²⁸ e que se baseia na teoria das 20 necessidades básicas formulada por Henry Murray²⁰; Escala de Resiliência de Wagnild & Young²⁹ e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI)³⁰.

A análise dos instrumentos obedeceu às orientações e instruções de cada um dos testes.

A associação das características de personalidade descritas a partir da lista de necessidades de Murray e os Modelos de Crenças Determinantes (MCDs) para a resiliência foi realizada com base numa compreensão qualitativa, em que se consideraram as semelhanças das descrições de cada uma das necessidades de Murray com cada um dos Modelos de Crenças Determinantes constituintes da resiliência em Barbosa.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada por meio de testes qui-quadrado, t-Student, t-Student pareado e Pearson.

Em seguida, foi explorada cada uma das variáveis socio-demográficas relevantes para o estudo, em relação às variáveis psicológicas contidas nos resultados dos instrumentos IFP, MBI, Escala de Resiliência Wagnild & Young, para verificar a distribuição destes em cada uma delas e para estudos de estatística inferencial das amostras.

A análise de variância (Anova) na comparação entre três ou mais subgrupos e o relacionamento entre os escores dos instrumentos e de suas subescalas.

Foi arbitrado, para todos os testes, o nível de significância em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os resultados em T1 correspondem aos 121 médicos residentes e em T2 aos 117 que compareceram para o seguimento. Para

a comparação do *burnout* entre T1 e T2, foram excluídos do banco de dados aqueles que não participaram do seguimento.

A média da idade foi de 26,2 – mínima 22 e máxima de 34 anos (DP = 2,0). As mulheres somaram 53% (N = 64), e os homens 47% (N = 57); 92% (N = 111) solteiros, com renda familiar variando entre 2 até mais de 18 salários mínimos, sendo que 49% (N = 48) informaram renda superior a 18 salários mínimos.

As características de personalidade descritas a seguir foram conceituadas acima.

As características de personalidade dos médicos residentes, medidas pelo IFP, mostraram que o escore médio para o desempenho foi muito alto, sem diferença entre homens e mulheres ($p = 0,133$) e também entre as especialidades médicas ($p = 0,457$) (Tabela 1).

A média dos escores nas características de personalidade de afiliação, dominância e denegação foi alta, e não houve diferença entre homens e mulheres e entre as especialidades médicas (Tabela 1).

Quanto a assistência, intracepção, afago, deferência, exibição, ordem, persistência, mudança, autonomia e heterossexualidade, foram identificadas com escores dentro da média (Tabela 1). As diferenças foram em relação ao afago, com escores mais elevados entre os médicos residentes da Pediatria ($p = 0,044$). Na característica agressão, as mulheres apresentaram escores mais baixos que os homens ($p = 0,001$). A persistência foi estatisticamente diferente entre as três especialidades

TABELA 1

Média dos escores das características de personalidade do Inventário Fatorial de Personalidade, comparação entre o sexo e comparação entre as especialidades dos médicos residentes

Características de personalidade IFP	Sexo masculino	Sexo feminino	P*	Especialidades clínicas	Especialidades cirúrgicas	Especialidades pediátricas	P**
Assistência	55	60	0,211	53,8	55,0	66,1	0,071
Intracepção	60	55	0,291	54,5	58,4	59,9	0,651
Afago	51	54	0,597	45,3	54,4	60,0	0,044
Deferência	59	60	0,902	52,8	63,5	64,5	0,090
Afiliação	68	63	0,262	62,0	66,5	67,8	0,503
Dominância	62	62	0,921	58,7	63,6	64,7	0,544
Denegação	59	62	0,465	55,1	62,3	66,8	0,083
Desempenho	75	68	0,133	70,7	75,2	68,4	0,457
Exibição	55	53	0,656	50,8	59,8	52,3	0,252
Agressão	48	30	0,001	37,4	42,7	34,1	0,471
Ordem	56	53	0,504	53,3	54,7	56,3	0,890
Persistência	56	56	0,958	49,7	64,5	55,6	0,037
Mudança	53	47	0,209	48,4	53,8	48,3	0,556
Autonomia	59	50	0,085	55,7	52,9	54,5	0,887
Heterossexualidade	58	48	0,036	53,9	57,5	45,4	0,119

*teste t-Student; **análise de variância (Anova).

médicas ($p = 0,037$). Em relação à característica heterossexualidade, as mulheres apresentaram escores mais baixos que os homens ($p = 0,036$) (Tabela 1).

Foi constatada elevada resiliência em 63,6% da amostra total. A resiliência também foi alta quando verificado o escore médio entre os médicos residentes, não havendo diferenças entre sexo e as três especialidades (Tabela 2).

TABELA 2
Escore obtidos na Escala de Resiliência dos médicos residentes

	N	%	Resiliência			
			Escore mínimo	Escore máximo	Escore médio	Desvio padrão
Fraca	0	0				
Moderada	44	36,4	97	160	133,5	12,9
Forte	77	63,6				
Total	100	100				

A síndrome de *burnout* foi moderada com tendência a alta na dimensão despersonalização, com piora no final de um ano ($p = 0,004$). Na dimensão exaustão emocional, foi moderada, sem piora ao final do primeiro ano ($p = 0,624$). A dimensão baixa realização profissional foi moderada, com piora ao final de um ano ($p = 0,001$) (Tabela 3).

TABELA 3
Média dos escores do *Maslach Burnout Inventory* e comparação entre T1 e T2

Domínios do MBI		Média	Desvio	Mediana	p*
Despersonalização	T1	12,1	6,8	11,0	0,004
	T2	13,9	7,2	14,0	
Exaustão emocional	T1	26,0	10,9	24,0	0,624
	T2	22,5	11,1	26,0	
Baixa realização profissional	T1	38,1	6,9	40,0	0,001
	T2	35,5	8,6	37,0	

* teste *t-Student*.

Os médicos residentes que apresentaram elevada resiliência na escala utilizada também obtiveram menores escores para o *burnout*. No entanto, quando comparamos na população estudada a média dos escores da resiliência com os escores médios do *burnout*, não foi constatada uma associação estatisticamente significativa (Tabela 4).

Quando as características de personalidade foram associadas com os MCDs de resiliência descritos por Barbosa^{22,23} (Tabela 5), verificamos elevada resiliência no domínio de cren-

ças autocontrole entre os médicos residentes que apresentaram como resultado no Inventário Fatorial de Personalidade escore alto (18,9%) e muito alto (41%) na característica de dominância; alto (8,2%) e muito alto (31,1%) na característica de denegação; alto (8,2%) e muito alto (31,1%) em autonomia, e escore muito baixo (50,8%) e baixo (7,4%) em agressão.

TABELA 4
Média dos escores do *Maslach Burnout Inventory* e comparação com a resiliência dos médicos residentes

Domínios do MBI	Resiliência graduada	N	Média	DP	p*
Despersonalização	Média	42	15,0	7,0	0,234
	Alta	75	13,4	7,3	
Exaustão emocional	Média	42	27,9	10,8	0,084
	Alta	75	24,2	11,1	
Baixa realização profissional	Média	42	33,8	8,9	0,096
	Alta	75	36,6	8,3	

* teste *t-Student*.

Elevada resiliência em relação ao domínio autoconfiança foi constatada naqueles que obtiveram escore alto (18,9%) e muito alto (41%) em dominância; alto (13,9%) e muito alto (54,9%) em desempenho; alto (15,6%) e muito alto (31,1%) em persistência, e escore alto (8,2%) e muito alto (31,1%) em autonomia.

Elevada resiliência no domínio empatia foi verificada naqueles que apresentaram escore alto (13,9%) e muito alto (33,6%) na característica de personalidade de assistência; alto (12,3%) e muito alto (35,2%) em deferência; escore alto (13,9%) e muito alto (45,1%) em afiliação, e escore alto (8,2%) e muito alto (31,1%) em denegação.

Elevada resiliência com relação ao domínio otimismo para com a vida foi constatado entre os médicos residentes que obtiveram escore alto (13,9%) e muito alto (54,9%) na característica de personalidade de desempenho; alto (15,6%) e muito alto (31,1%) em persistência, e alto (8,2%) e muito alto (31,1%) em denegação.

Elevada resiliência no domínio sentido da vida foi evidenciada nos médicos residentes que apresentaram escore alto (13,9%) para a característica de personalidade de desempenho; escore alto (15,6%) e muito alto (31,1%) na característica de persistência, e alto (12,3%) e muito alto (24,6%) em mudança.

De modo geral, apresentaram fraca resiliência em relação aos domínios análise do contexto e conquistar e manter pessoas principalmente os médicos residentes que obtiveram escore alto (14,8%) e muito alto (34,4%) na característica de perso-

TABELA 5
Escores obtidos pelos médicos residentes no IFP e associação com os MCD de resiliência

Modelos de crenças determinantes de resiliência- (MCD)	Necessidades medidas pelo IFP	Escore muito baixo (N)		Escore baixo (N)		Escore médio (N)		Escore alto (N)		Escore muito alto (N)	
			%		%		%		%		%
Autocontrole (AC)	Dominância	22	18	10	8,2	17	13,9	23	18,9	50	41
	Denegação	18	14,8	9	7,4	36	29,5	10	8,2	49	31,1
	Autonomia	27	22,1	12	9,8	35	28,7	10	8,2	38	31,1
	Agressão	62	50,8	9	7,4	17	13,9	10	8,2	24	19,7
Autoconfiança (ACnf)	Dominância	22	18	10	8,2	17	13,9	23	18,9	50	41
	Desempenho	8	6,6	11	9	19	15,6	17	13,9	67	54,9
	Persistência	29	23,8	10	8,2	26	21,3	19	15,6	38	31,1
Análise do contexto (ACxt)	Autonomia	27	22,1	12	9,8	35	28,7	10	8,2	38	31,1
	Ordem	28	23	16	13,1	27	22,1	13	10,7	38	31,1
	Intrapeção	28	23	11	9	23	18,9	18	14,8	42	34,4
Empatia (EMP)	Assistência	24	19,7	12	9,8	28	23	17	13,9	41	33,6
	Deferência	19	15,6	10	8,2	35	28,7	15	12,3	43	35,2
	Afiliação	13	10,7	13	10,7	24	19,7	17	13,9	55	45,1
	Denegação	18	14,8	9	7,4	36	29,5	10	8,2	24	31,1
Otimismo para com a vida (OV)	Desempenho	8	6,6	11	9	19	15,6	17	13,9	67	54,9
	Persistência	29	23,8	10	8,2	26	21,3	19	15,6	38	31,1
Leitura corporal (LC)	Denegação	18	14,8	9	7,4	36	29,5	10	8,2	24	31,1
	Heterossexualidade	27	22,1	17	13,9	36	29,5	8	6,6	34	27,9
Conquistar e manter pessoas (CMP)	Mudança	31	25,4	16	13,1	30	24,6	15	12,3	30	24,6
	Afago	33	27	10	8,2	32	26,2	12	9,8	35	28,7
	Intrapeção	28	23	11	9	23	18,9	18	14,8	42	34,4
	Agressão	62	50,8	9	7,4	17	13,9	10	8,2	24	19,7
	Autonomia	27	22,1	12	9,8	35	28,7	10	8,2	38	31,1
	Exibição	31	25,4	12	9,8	19	15,6	21	17,2	39	32
Sentido de vida (SV)	Afiliação	13	10,7	13	10,7	24	19,7	17	13,9	55	45,1
	Desempenho	8	6,6	11	9	19	15,6	17	13,9	67	54,9
	Persistência	29	23,8	10	8,2	26	21,3	19	15,6	38	31,1
	Mudança	31	25,4	16	13,1	30	24,6	15	12,3	30	24,6

■ Resiliência forte; ■ Resiliência moderada; □ Resiliência fraca.

nalidade de intrapeção, presente nesses dois domínios dos Modelos de Crenças Determinantes de resiliência.

O maior prejuízo na resiliência, de modo geral, esteve relacionado ao domínio leitura corporal, mas foi constatado, principalmente, entre aqueles que apresentaram escores muito baixos (22,1%), baixos (13,9%) e médios (29,5%) na característica de personalidade heterossexualidade.

DISCUSSÃO

A síndrome de *burnout* foi identificada de forma moderada em nosso estudo nos três domínios – despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional –, em consonância com vários artigos publicados nos últimos anos^{4,6-15}.

Como salientamos, os aspectos pessoais e ambientais têm se apresentado como prováveis causas da instalação da síndrome de *burnout*. Demonstramos na apresentação teórica que autores^{2,3,13,16} mencionam que o processo de exaustão surge na-

queles que não conseguem superar as adversidades vivenciadas no período de residência médica, tornando-se vulneráveis aos transtornos mentais. Também argumentamos que a resiliência é uma importante contribuição para o futuro da residência médica, pois entendemos que os indivíduos capazes de superar as adversidades de forma saudável estão expressando comportamentos resilientes.

Sem desconsiderar a influência dos aspectos ambientais, mas com foco nos aspectos pessoais, consideramos que a elevada resiliência foi protetora de maiores índices para a síndrome de *burnout* neste estudo. A associação do escore médio entre a resiliência e a síndrome de *burnout* não apresentou diferença estatisticamente significativa, porém revelou forte tendência de que a alta resiliência está correlacionada com baixos índices para a síndrome de *burnout*. Isto se deu, provavelmente, devido ao tamanho da amostra. Sugerimos a realização de estudos com uma população maior.

Sobre essa constatação, podemos confrontá-la com o estudo de Dyrbye *et al.*², que, em vários Centros de Formação Médica nos Estados Unidos, avaliaram *burnout* e resiliência. Esses pesquisadores concluíram que os alunos que não apresentaram *burnout* foram mais propensos a melhor qualidade de vida, menos angústia e não apresentaram quadros de depressão. Como limitações do estudo, os autores apontaram que ele foi bem desenhado para medir fadiga e estresse e sua relação com o *burnout*, porém era pouco capaz de avaliar a relação do *burnout* com a resiliência. Propuseram a construção de estudos com desenhos mais focados neste objetivo.

Aspectos ligados à personalidade como forma de moderar os efeitos do estresse, como relatamos na introdução, foi o foco de outros estudos^{3,14,15}. Eles descrevem que características como alto nível de compromisso, controle interno, sentido de segurança e tendência a encarar transtornos como desafios são encontradas em sujeitos que apresentam menores índices de estresse. Os indivíduos que apresentam estas características foram nomeados por esses autores de personalidade resiliente.

Como já apresentado, a resiliência tem se mostrado um importante aspecto ligado ao enfrentamento de situações adversas. Ela tem sido compreendida como atributos ou predisposições do indivíduo e, como tal, pode ser desenvolvida. Portanto, ao constatarmos que a resiliência está associada a menor *burnout*, o desenvolvimento desta capacidade pode melhorar o enfrentamento e a formação desses profissionais.

Quando associamos a resiliência constatada no grupo de médicos residentes, considerando os MCDs com as características de personalidade, encontramos algumas forças importantes e protetoras e algumas fragilidades que precisam ser trabalhadas.

De modo geral, os médicos residentes apresentaram altos escores para as características de personalidade que definem elevada resiliência no domínio de crenças autocontrole. Para aqueles que apresentaram escores baixos, indicando fragilidade neste MCD, verificamos a necessidade de desenvolver algumas crenças relacionadas à agressão (Tabela 5). A baixa agressão pode levar o indivíduo a uma frágil tomada de decisão ou enfrentamento de uma situação.

Com relação ao domínio de crenças análise do contexto, os médicos residentes demonstraram fraca resiliência, principalmente pelos altos escores encontrados na característica de personalidade intracepção (Tabela 5), que revela que estes indivíduos tendem a fazer uma análise do contexto muito subjetiva e de acordo com suas fantasias, deixando de avaliar os fatos de forma concreta e racional.

A maior parte dos médicos residentes deste estudo apresenta elevada resiliência em relação ao domínio empatia, que se refere à capacidade de emitir mensagens que promovem a

interação, aproximação, conectividade e reciprocidade entre as pessoas, favorecendo a liderança^{22,23,25} e demonstrando o quanto as características de personalidade assistência, deferência e afiliação, ligadas a este MCD, podem desenvolver bom relacionamento entre pares no trabalho, reduzindo os malefícios da alta competitividade entre os médicos residentes.

Altos escores para a característica desempenho e persistência (Tabela 5) foram fundamentais para a compreensão do domínio de crenças otimismo para a vida, que evidencia a crença de que as coisas podem mudar para melhor, capacidade de controlar o destino dos eventos^{22,23,25} e, assim, minimizar sentimentos de insegurança que conduzem a incertezas e consequente estresse.

Os médicos residentes deste estudo mostraram fraca resiliência em relação ao domínio de crenças leitura corporal, que revela a observação que o indivíduo faz do modo como seu corpo reage em diferentes contextos e também diante de situações adversas de conflito e de elevado estresse. O maior prejuízo esteve relacionado à característica de personalidade heterossexualidade (Tabela 5).

Os altos escores constatados nas características de personalidade afago e afiliação e baixo escore em agressão (Tabela 5) foram responsáveis pela elevada resiliência relacionada ao domínio de crenças conquistar e manter pessoas. Indivíduos com estas características possuem maior capacidade de conquistar e se vincular a outras, conectando-se para a formação de fortes redes de apoio e proteção, sem receios, medo do fracasso e demasiadas forças em suas iniciativas^{22,23,25}. Esta é uma importante necessidade do ser humano quando em situações adversas.

O domínio de crenças sentido de vida foi fortemente associado à característica de personalidade desempenho, persistência e mudança (Tabela 5), revelando que estes médicos residentes tendem a acreditar num sentido maior para a vida, nos recursos transcendentais que o ser humano tem em face de seus limites, no fortalecimento e capacidade para preservar sua vida, evitando colocar-se em situações de risco e buscando áreas onde possam se beneficiar das condições de proteção^{22,23,25}.

Diante destes dados, verificamos que a resiliência como uma predisposição multideterminada pode ser associada às características de personalidade descritas em Murray²⁰ quando estas são comparadas aos Modelos de Crenças Determinantes para a resiliência descritos por Barbosa²³.

Ao se desenvolver este modelo de análise reportando a Teoria de Murray e a Abordagem Resiliente de Barbosa, criou-se uma forma de interpretação de comportamentos resilientes compreendidos com base nas características de personalidade do indivíduo.

A associação das características de personalidade aos MCDs para a resiliência foi uma importante forma de avaliar pontos fortes e frágeis no enfrentamento das adversidades da residência médica para estes médicos residentes.

CONCLUSÕES

Neste estudo, o *burnout* foi evidenciado pelos resultados estatísticos, e a resiliência foi constatada como forma de proteção.

O estudo da resiliência e sua associação às características de personalidade é uma grande contribuição para o desenvolvimento de estratégias de intervenção em grupo de profissionais em situações adversas, como os médicos. Uma vez compreendidas as características de personalidade e a resiliência como crenças que o indivíduo acessa para se comportar diante de situações adversas, pode haver grandes benefícios aos profissionais da medicina.

A relevância deste estudo e da proposta apresentada incide no fato de se relacionar a uma questão de saúde importante tanto para quem cuida, no caso o médico, quanto para quem é cuidado, no caso os pacientes que recebem esta prestação de serviços.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e Magnitude do estresse na Residência Médica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998;44(1):21-7.
2. Dyrbye LN, Power DV, Massie FS, Eacker A, Harper W, Thomas MR, et al. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ*. 2010;44(10):1016-26.
3. Esquivel DA, Nogueira-Martins LA, Yazigi L. Is medical internship emotionally deleterious? A study on burnout and personality characteristics of first-year orthopaedic interns. *Psico-USF*. 2009;14(3):261-74.
4. Nogueira-Martins LA. Consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do hospital. São Paulo. *Rev ABP-APAL*. 1989;11:160-4.
5. Nogueira-Martins LA. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Bol. de Psiqu*. 1989/90;22-23:09-15.
6. Nogueira-Martins LA. Saúde Mental do médico e do Estudante de Medicina. *Psychiatry On Line Brazil* [periódico na internet].1996 [acesso em 1 jul. 1996]. Disponível em: www.polbr.med.br/arquivo/saudment.htm
7. Nogueira-Martins LA, Botega NJ. Interconsulta Psiquiátrica no Brasil: Desenvolvimentos recentes. *Rev ABP-APAL*. 1998;20(3):105-11.
8. Nogueira-Martins LA. Humanização na Saúde. *Rev Ser Médico*. 2002;18:27-9.
9. Nogueira-Martins LA. Residência Médica – estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. 200p.
10. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW. Rates of medication errors among depressed and burnout out residents prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):448-91.
11. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. The relative importance of individual and organizational factors for the prevention of job stress during internship: a nationwide and prospective study. *Med Teach*. 2005;27(8):726-31.
12. Katz ED, Sharp L, Ferguson E. Depression among emergency medicine residents over an academic year. *Acad Emerg Med*. 2006;13(3):284-7.
13. Benevides-Pereira AM, Gonçalves MB. Transtornos mentais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):10-23.
14. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K. Depressive symptoms in medical students: a multischool study. *Acad Med*. 2009;84(2):236-4.
15. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med*. 2006;81(1):82-5.
16. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AM. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(3):493-504.
17. Route U. Estrés laboralen profesionales de la salud. In: Buendia Vidal J, Ramos F, coord. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p.93-106.
18. Arruda PCV, Milla LR. A vocação médica. In: Millan MPB, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo:Casa do psicólogo;1999.p15-29.
19. Fagnani Neto RF, Obara CS, Macedo PCM, Citero VA, Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *São Paulo Med J*. 2004;122(4):152
20. Murray HA. Explorations in personality: a clinical and experimental study of fifty men of college age. New York: Oxford University Press; 1938.
21. Beck AT. O poder integrador da Terapia Cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. 173p.
22. Barbosa GS. Resiliência em professores do Ensino Fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do “Questionário do índice de Resiliência: adultos Reivich-Shatté/

- Barbosa". São Paulo; 2006. Doutorado [Tese] — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
23. Barbosa GS. Os pressupostos nos Estilos Comportamentais de se expressar resiliência. In: Kreinz G, Pavan OH, Gonçalves RM, orgs. *Divulgação científica: enfrentamentos e indagações*. São Paulo: NJR/USP; 2010.
24. Reivich K, Shattè A. *The Resilience Factor. 7 Essential Skills for overcoming life's inevitable obstacles*. New York –USA: Broadway Books – Random House; 2002.
25. Barbosa GS. A Psicologia no processo de formação do atleta. In: III Congresso ABRAPESP e SIPD (Sociedad Iberoamericana de Psicología del Deporte), 2011; São Paulo. Apresentação Oral. São Paulo: Escola de Educação Física – Universidade de São Paulo; 2011.
26. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British of Psychiatry*. 1985;147:598-611.
27. Dell'Aglio D, Bianchini DGS. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Rev Paidéia*. 2006;16(35):427-36.
28. Pasquali L, Azevedo MM, Ghesti I. *Inventário Fatorial de Personalidade: manual técnico e de aplicação*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
29. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Cross-cultural adaptation, reability and validity of the resilience scale. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2): 436-48.
30. Carlotto MS, Câmara SG. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Rev Psicol Estudo*. 2004;9(3):499-505.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rosana Trindade Santos Rodrigues construiu o Projeto, realizou a pesquisa, análise dos resultados e escrita deste artigo. George Souza Barbosa participou da análise dos resultados e construção do artigo. Paulo Antonio Chiavone participou desde a elaboração do Projeto de Pesquisa até a fase final do trabalho e construção deste artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rosana Trindade Santos Rodrigues
Rua Maestro Cardim, 560 – cj 195
Bela Vista – São Paulo
CEP 01323-000 – SP
E-mail: rosana-trindade@uol.com.br