

ROSANA TRINDADE SANTOS RODRIGUES

**Resiliência e Características de Personalidade de
médicos residentes como proteção para o *Burnout* e
Qualidade de vida.**

Tese apresentada ao Curso de Pós Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa
de São Paulo para obtenção do Título de Doutor
em **Ciências da Saúde.**

SÃO PAULO

2012

ROSANA TRINDADE SANTOS RODRIGUES

**Resiliência e Características de Personalidade de
médicos residentes como proteção para o *Burnout* e
Qualidade de vida.**

Tese apresentada ao Curso de Pós Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Santa
Casa de São Paulo para obtenção do Título de
Doutor em **Ciências da Saúde.**

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antonio Chiavone

SÃO PAULO

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Rodrigues, Rosana Trindade Santos

Resiliência e características de Personalidade de médicos
residentes como proteção para o *Burnout* e Qualidade de vida../
Rosana Trindade Santos Rodrigues. São Paulo, 2012.

Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa
Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde
Orientador: Paulo Antonio Chiavone

1. Adaptação psicológica 2. Resiliência 3. Personalidade 4.
Esgotamento profissional 4. Internato e residência 5. Qualidade de vida

BC-FCMSCSP/08-12

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao meu querido filho, **Lucas**,
que com alegria e sabedoria conseguiu superar
as ausências maternas.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela oportunidade de vida e saúde.

À **Leila**, minha querida irmã, sempre a meu lado, apoiando-me incondicionalmente.

Aos meus pais, **Eugenio** e **Brasilina**, que me ensinaram a vencer com ética e amor.

Ao **Ricardo**, meu marido, pela paciência em todos estes anos.

Ao meu querido sobrinho **William**, que me ensina a levar a vida de forma mais descontraída.

Ao meu cunhado **Gustavo**, sempre disponível para me ajudar.

Ao meu orientador, Prof. Dr. **Paulo Antonio Chiavone** que, com paciência e dedicação, orientou-me, acreditando e apostando no meu potencial.

Aos professores do meu Exame de Qualificação **Prof. Dr. George Barbosa**, **Prof. Dr. Rogério Pecchini** e **Profa. Dra. Wilze Laura Bruscato**, que me nortearam com excelência para a melhoria do meu trabalho, oferecendo seus conhecimentos com dedicação.

Às psicólogas auxiliares desta pesquisa, **Aline Mazutti**, **Andrea Magnavita de Carvalho**, **Isabella Dragoni Campos**, **Mariana Costa Tuzzolo**, **Marina Vieira Bastos** e **Pryscilla Xavier de Brito Lima**, que, com muita dedicação, não mediram esforços para me ajudar em todo o processo.

Ao **Dr. Wangles de Vasconcellos Soler**, por compartilhar conhecimentos, pelo incentivo e apoio.

Às minhas queridas amigas **Sandra**, **Graça** e **Marcela**, com quem compartilho a vida, os bons e maus momentos, ajudando-me na superação e comemorando as vitórias.

Às minhas amigas e parceiras de trabalho **Irani, Tânia e Solange**, que nestes três anos de conclusão da Tese pelo apoiaram diariamente.

A todos os **professores** das disciplinas do Doutorado que se dedicaram para o meu crescimento.

À **Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, na pessoa de seu DD. Diretor, Prof. Dr. Valdir Golin, pelo apoio e oportunidade.

A **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo**, na pessoa de seu DD. Provedor, Dr. Kalil Rocha Abdalla, minha segunda casa, pela oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal, disponibilizada.

Aos **funcionários da Pós-Graduação** que, com paciência e eficiência, me apoiaram tempo integral.

Aos **médicos residentes** que doaram parte de seu tempo escasso para responderem a esta pesquisa.

Há Momentos

*Há momentos na vida em que sentimos tanto
a falta de alguém que o que mais queremos
é tirar esta pessoa de nossos sonhos
e abraçá-la.*

*Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que se quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes
não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor
das oportunidades que aparecem
em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passam por suas vidas.*

*O futuro mais brilhante
é baseado num passado intensamente vivido.
Você só terá sucesso na vida
quando perdoar os erros
e as decepções do passado.*

*A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar
duram uma eternidade.
A vida não é de se brincar
porque um belo dia se morre.*

(Clarice Lispector)

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

COREME – Comissão de Residência Médica da ISCMSP

DE - Despersonalização

EE - Exaustão emocional

FCMSCSP - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade

ISCMSP - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

MBI - Maslach *Burnout Inventory*

MCD - Modelos de Crenças Determinantes

rRP - Reduzida Realização Profissional

T1 - Tempo 1= início do primeiro ano da Residência Médica

T2 - Tempo 2 = final do primeiro ano da Residência Médica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Fundamentação Teórica	4
1.1.1. A Medicina, o médico e a sua formação atual	4
1.2. A Saúde do Residente de Medicina	6
1.3. Qualidade de vida	12
1.4. Personalidade	14
1.4.1. Conceituação	14
1.4. A Teoria da Personologia de Henry Murray	15
1.5. A Teoria da Terapia Cognitiva de Aaron Beck e a compreensão sobre as crenças	19
1.6. Resiliência	20
1.7. Hipóteses	25
2. OBJETIVOS	26
2.1. Objetivos gerais	27
2.2. Objetivos específicos	27
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	28
3.1. Tipo de estudo	29
3.2. Amostra	29
3.3. Critérios de inclusão e exclusão	29
3.3.1. Critérios de Inclusão	29
3.3.2. Critérios de exclusão	29
3.4. Instrumentos	29
3.4.1. Entrevista sociodemográfica	29
3.4.2. IFP- Inventário Fatorial de Personalidade	30
3.4.3. MBI: Inventário Maslach de Burnout (<i>Maslach Burnout Inventory</i>)	32
3.4.4. Escala de Resiliência	33
3.4.5. WHOQOL-bref	34
3.5. Procedimento	34
3.6. Análise dos Dados	36
4. RESULTADOS	38
4.1. Resultados referentes à identificação da amostra	39
4.2. Resultados referentes à Qualidade de Vida	42
4.3. Resultados referentes a <i>Burnout</i>	44
4.4. Resultados referentes à Resiliência	46
4.5. Resultados referentes à comparação entre Resiliência e Qualidade de Vida	49
4.6. Resultados referentes à comparação entre Resiliência e Burnout	49
4.7. Resultados referentes à Personalidade	50
4.8. Resultados referentes a Personalidade e os Modelos de Crenças Determinantes de Resiliência	60
5. DISCUSSÃO	62
6. CONCLUSÕES	83
7. ANEXOS	85
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
RESUMO	113
ABSTRACT	115

A Residência Médica é um treinamento realizado pelo médico a fim de torná-lo profissional dentro de uma especialidade. Desde sua criação em 1889 até os dias atuais sofreu mudanças em sua configuração.

A Residência Médica é reconhecida como uma forma eficiente de capacitação profissional em Medicina, no entanto, tem sido submetida, nos últimos vinte anos, a diversas críticas em vários países, especialmente pela sobrecarga tanto assistencial, quanto de trabalho, além da privação do sono⁽¹⁾.

Nogueira-Martins, Jorge⁽¹⁾ salientam que a década de 1970 foi particularmente fértil na produção de trabalhos sobre a natureza estressante do exercício profissional e da Residência Médica e sobre a vulnerabilidade psicológica dos estudantes de Medicina e médicos aos desafios inerentes ao trabalho.

A Residência se configura como uma etapa repleta de situações, às quais o futuro profissional deverá se adequar e adaptar, evitando o adoecimento físico e emocional.

Estas constatações geram questionamentos: quais são os aspectos envolvidos no processo de adaptação dos médicos residentes diante das situações adversas? Estão relacionados à Personalidade do indivíduo? Existe uma forma de intervenção que favoreça a adaptação saudável à Residência Médica?

Estudos sobre os fatores que provocam o desgaste emocional do médico têm constatado a presença da síndrome de *Burnout* e demonstram sua existência desde a graduação⁽²⁻¹³⁾ culminando na Residência, sobretudo em seu início. Em geral, todos apontam para as questões ambientais e pessoais que são promotoras da síndrome ou de intenso sofrimento físico e emocional. Ao versarem sobre os aspectos pessoais, detectam que alguns médicos são mais resistentes e se adaptam melhor que outros e atribuem esta resistência a aspectos da Personalidade, considerando-os como indivíduos com personalidades resilientes^(2,3,14,15). No entanto, encontramos apenas um trabalho que se propôs a avaliar fatores que conduzem à Resiliência, e a amostra foi composta de estudantes de Medicina. Não conhecemos estudos avaliando médicos residentes com uma proposta similar.

O termo Resiliência foi importado das ciências físicas, significando a capacidade de resistência de alguns materiais que, mesmo submetidos a grandes impactos, resistem e recuperam sua forma inicial. Transportado para as ciências humanas, significa a capacidade do indivíduo em suportar o estresse e as adversidades⁽¹⁶⁾. A Resiliência é uma experiência que implica amadurecimento e desenvolvimento, ou seja, todo indivíduo tem uma pré-disposição à Resiliência que pode ser desenvolvida a partir das vivências durante toda a vida^(17,18).

O conceito de Resiliência foi incorporado às ciências humanas desde 1970; embora considerado um conceito em construção, importantes trabalhos têm sido desenvolvidos, buscando identificar características resilientes em indivíduos e sua importância na saúde humana.

Assim, avaliamos que 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.

Dell'Aglio, Bianchini (2006) relatam que a Resiliência está relacionada com processos psicossociais que favorecem o desenvolvimento sadio do indivíduo e, mesmo diante de adversidades e problemas, resulta da associação de características pessoais e ambientais, mas podem ser modificadas para que os indivíduos enfrentem situações adversas⁽¹⁹⁾.

Considerando a Residência Médica uma situação de risco para distúrbios emocionais, surgiu o interesse em investigar o desgaste emocional desses profissionais e sua capacidade de apresentar Resiliência como realidade protetora. Este estudo pretende avaliar também aspectos da Personalidade e verificar a relação entre aspectos da Personalidade, Resiliência, Qualidade de vida e Burnout.

Acreditamos na relevância deste trabalho porque, além da preocupação atual com a saúde mental dos profissionais da saúde, também existe preocupação com a qualidade dos serviços oferecidos à população nesta área⁽²⁰⁾.

O estudo foi realizado na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) e contou com a participação dos médicos residentes do Programa de Residência Médica da Santa Casa de São Paulo que recebe anualmente alunos

de diferentes escolas médicas, incluindo os da própria Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

A COREME – Comissão de Residência Médica da ISCMSP é o órgão responsável pela Residência Médica da instituição.

A COREME solicita anualmente a participação das psicólogas do Serviço de Psicologia a participarem do processo seletivo dos médicos residentes, apoiando e ajudando na classificação por meio de avaliações psicológicas e, também, quando ocorre algum conflito que envolva o residente, seja sob aspecto pessoal ou relacional ligado à prática profissional diária.

Em 2008 a COREME solicitou uma intervenção psicológica na Residência Médica que tivesse como objetivo melhorar as condições emocionais dos médicos residentes para o enfrentamento das adversidades inerentes a esta fase de formação. Foi, então, sugerido mapear e compreender as dificuldades desses médicos, com apoio na literatura a respeito de *Burnout* e os aspectos discutidos a respeito das causas. O desconhecimento de estudos que avaliassem as características de Personalidade e Resiliência de médicos residentes que enfrentam as adversidades da Residência Médica sem adoecer e a necessidade de compreender se estas características podem ser desenvolvidas naqueles que não as possuem motivaram a realização do projeto de pesquisa que resultou no presente estudo.

1.1. Fundamentação Teórica

1.1.1. A Medicina, o médico e a sua formação atual

“(...) na aurora da Humanidade, antes de toda crença vã, antes de todo sistema, a Medicina residia em uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia. Essa relação era de instinto e de sensibilidade mais do que de experiência: era estabelecida pelo indivíduo para consigo mesmo antes de ser tomada em uma rede social”⁽²¹⁾.

Nos primórdios, o saber médico originava-se do empirismo pragmático, ou em rica imaginação mística, que interpretava os sinais da natureza como indicativos de uma origem sobrenatural das doenças. Na busca dessa explicação sobrenatural, nascia a Medicina como magia e o mago, como o médico⁽²²⁾.

A Medicina greco-romana, ao final do século V, já tinha o médico como especialista devotado à profissão e digno do mais alto respeito. Os médicos gregos valorizavam a observação precisa e se utilizavam da auscultação. Surgiram as escolas médicas, uma delas a Escola de Cós, onde mais tarde nasceu Hipócrates.

Ao final da Idade Média surgiu a observação anatômica, a Medicina buscava a cientificidade. Os estudos anatômicos ganharam o apoio e a defesa de Leonardo da Vinci.

“Tu que estudas esta máquina, o corpo, não debes te sentir ressentido por receber o conhecimento que resulta da morte de um semelhante; alegra-te que nosso Criador tenha te dado acesso a um instrumento tão perfeito”⁽²³⁾.

Do empirismo pragmático primitivo surgiu o embrião do médico atual. A Medicina caminhou rumo ao crescimento científico. O desenvolvimento da Medicina trouxe consequências que atualmente são também responsáveis pelo desgaste emocional do médico, um aspecto que motiva discussões e estudos.

Na formação do médico atual existe a preocupação com aspectos voltados para a formação técnica e também humana, mas ainda longe de atender as reais necessidades.

No processo de formação, um importante período de treinamento recebe o nome de Residência Médica, reconhecida como forma eficiente de capacitação profissional em Medicina. No entanto, nos últimos 20 anos, tem sido submetida a diversas críticas em países como Estados Unidos da América, Austrália, Canadá, Inglaterra, em especial com relação à sobrecarga assistencial e de trabalho, além de privação do sono⁽¹⁾.

O programa de Residência Médica foi criado pelo americano William Halsted, em 1889, no Departamento de Cirurgia da Universidade John's Hopkins. Foi em 1917 que a Associação Médica americana reconheceu a importância da

especialização a partir do sistema de Residência Médica e, dez anos depois, teve início o credenciamento dos primeiros programas, consolidando-se em 1933⁽²⁰⁾.

No Brasil, o primeiro programa de Residência Médica foi implantado na especialidade de Ortopedia no Hospital das Clínicas da FMUSP, em 1944/1945. Dessa época até a criação da legislação que a regulamenta, passaram-se 32 anos. Naquele período, a Residência Médica era realizada sem nenhuma regulamentação, os médicos residiam nos hospitais e desenvolviam seu trabalho com o prazer do aprendizado. Apesar disso, o desgaste era inerente e sem nenhum cuidado com a sobrecarga do trabalho. O Decreto nº 80.281 de 5 de dezembro de 1977 regulamentou a Residência Médica, criando a Comissão Nacional de Residência Médica e dispondo outras providências.

Segundo Nogueira-Martins⁽²⁰⁾, “a Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”.

Um levantamento publicado em 2011 mostra que os Programas de Residência Médica somam 676, incluindo a saúde pública, saúde privada e hospitais universitários, totalizando 10.196 vagas com o preenchimento de 7.739⁽²⁴⁾. Quanto à graduação, são 175 escolas médicas, com a disponibilidade de 17.294 vagas. Comparado a outros países, o Brasil tem o maior número de escolas médicas no mundo⁽³⁾. Isto gera necessária preocupação com alunos que, ao se formarem, serão encaminhados para os Programas de Residência e vivenciarão todas as adversidades relatadas em estudos internacionais e nacionais.

1.2. A Saúde do Residente de Medicina

É na Residência Médica que o médico se depara com uma série de ocupações, responsabilidades e privações que podem conduzi-lo a um desgaste físico e emocional, comprometendo o desempenho e a qualidade dos serviços prestados.

Os riscos ocupacionais para a saúde do médico podem estar ligados às relações de trabalho (autonomia, remuneração, competição profissional), riscos biológicos (exposição a fluidos orgânicos como sangue e secreções), físicos (radiações), químicos (gases anestésicos) e ergonômicos (condição de trabalho como iluminação, alimentação, segurança).

Alguns trabalhos têm se ocupado em avaliar e descrever algumas limitações ambientais que elevam o desgaste do profissional no período da Residência Médica. Dentre elas, a privação do sono^(25,26) ligada à longa jornada de trabalho^(27,28,29) tem sido relevante nas discussões sobre diminuição da carga horária de trabalho para os médicos.

Estudos^(2,4,6,7,8,10,13,26) discutem sobre os fatores de risco para o desgaste emocional do médico, são eles:

- O contato íntimo e frequente com a dor e o sofrimento;
- Lidar com a intimidade corporal e emocional dos doentes;
- O atendimento a pacientes terminais;
- Lidar com pacientes difíceis – queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos, cronicamente deprimidos;
- Lidar com incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias.

A relação entre o médico e o paciente contempla aspectos do desgaste do residente, acima citados. O aspecto emocional é um caráter imanente da relação médico-paciente.

Scliar⁽²³⁾ revela que “a relação médico-paciente é inevitavelmente colorida pela emoção. Pela angústia, muitas vezes. O que eu tenho, doutor? (uma questão que corresponde àquela outra, não formulada, do médico: mas o que tem esse homem)”.

Assim, considera-se que a Residência Médica é um período de grande estresse. *Burnout* pode surgir como consequência de algumas mudanças: a transição de aluno para médico, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação de sono, a sobrecarga de trabalho, o pavor de cometer erros e

outros fatores inerentes ao treinamento estão associados a diversas expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais que incluem estados depressivos com ideação suicida, consumo excessivo de álcool, adição a drogas, raiva crônica e o desenvolvimento de um amargo ceticismo e um irônico humor negro⁽²⁰⁾.

Fagnani et al⁽³⁰⁾, em estudo sistemático realizado com médicos residentes, descreveram uma sequência de sintomas psicológicos apresentados por médicos residentes, que marcam as etapas do treinamento. Durante o primeiro os médicos residentes apresentam euforia, excitação e tensão, relacionadas a expectativas do início da profissão; depois passam por um período de insegurança que se transforma em frustração pela percepção das limitações. Por volta do terceiro mês, experimentam a depressão, ligada a sobrecarga de trabalho, além da privação do sono. Por volta do quinto mês vem o tédio e uma realização automática das atividades diárias; a rotina torna-se insuportável. A partir deste momento o médico residente começa a sair deste estado depressivo para um estado de elação, conseguindo reconhecer conquistas e realizações. Ao final do primeiro ano já se sente mais seguro e o sentimento de competência profissional aumenta. O segundo ano em geral é um pouco mais tranquilo, porém mais estressante que o terceiro. Somente no terceiro ano sente-se mais adaptado e experimenta satisfação pela escolha profissional.

Benevides-Pereira, Gonçalves⁽³¹⁾ consideram que a síndrome de *Burnout* pode ser compreendida como uma forma de adaptação, mesmo que inadequada, ao enfrentamento das dificuldades. Esta síndrome é avaliada a partir de três dimensões: a exaustão emocional (EE); a despersonalização (DE) e a reduzida realização profissional (rRP). A síndrome é diagnosticada quando o indivíduo apresenta prejuízo nestas três dimensões.

A síndrome de *Burnout* tem sido observada e descrita em diferentes estudos com médicos residentes em etapas diferentes da Residência Médica⁽³⁻¹³⁾.

Os sintomas da síndrome de *Burnout* caracterizam-se por “**físicos** (fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dificuldade para relaxar, dores musculares, cefaleia e/ou enxaqueca, crises de sudorese, palpitações, distúrbios gastrointestinais, transtornos alimentares, imunodeficiência); **psíquicos** (dificuldade

para se concentrar, diminuição da memória, tendência a ruminar pensamentos, lentidão do pensamento); **emocionais** (irritação, agressividade, desânimo, ansiedade, depressão); **comportamentais** (perda da iniciativa, inibição, desinteresse, tendência ao isolamento, negligência ou escrupulosidade excessiva, falta de interesse pelo trabalho ou lazer, adoção de uma rotina cada vez mais estreita, falta de flexibilidade). É comum o sentimento de autodepreciação, de culpa, ou a adoção de uma compensação mediante um processo inverso, adotando uma conduta de superioridade e/ou onipotência, pela queda da autoestima e da confiança em si mesmo. Devido às dificuldades sentidas, o profissional evita o meio gerador de sintomas, aumentando o absenteísmo, sinal precoce de *Burnout*. É comum também o aparecimento ou o aumento do ato de fumar, do consumo de bebidas alcoólicas, café e drogas tranquilizantes⁽³¹⁾.

Além da instalação da síndrome de *Burnout*, propriamente dita, aspectos ligados ao adoecimento físico e mental e suas consequências na vida dos médicos devem ser considerados.

Segundo Nogueira-Martins⁽²⁰⁾, os médicos apresentam dificuldade de se reconhecerem doentes e acabam fazendo uso abusivo de medicações, na maioria das vezes autoprescritas. Para o autor: “o tema dos médicos emocionalmente perturbados é doloroso. O médico-paciente nega sua condição de paciente. Ele esconde suas dificuldades emocionais dos colegas, da família e de si mesmo. Ele oculta seus problemas porque isto ameaça sua auto-estima, seus ganhos e seu direito à prática profissional. Frequentemente seus colegas e família mantêm uma espécie de conspiração do silêncio, acreditando no mito de que os médicos deveriam ser capazes de curar a si próprios”.

Estudos mostram a alta incidência de alcoolismo, drogadição, depressão, ansiedade e suicídio^(3,31,32,33,34,35).

Os profissionais mais propensos a cometer o suicídio são os médicos, em especial os psiquiatras, anesthesiologistas e oftalmologistas. No Reino Unido, os médicos são 3,5 vezes mais propensos ao suicídio do que a população geral. Nos Estados Unidos, os médicos se suicidam duas vezes mais que a população geral, dentre eles as mulheres são as mais propensas. O suicídio só perde em causa de

morte entre os estudantes de Medicina para os acidentes. No Brasil, uma análise realizada na Universidade de São Paulo, entre 1965 e 1985, sobre os casos de suicídio, também mostrou ser a segunda causa de morte dos estudantes de Medicina⁽³⁾.

Smith et al⁽³⁶⁾ realizaram um estudo sistemático e acompanharam médicos residentes durante todo o programa de treinamento e constataram que dentre este 1% que solicitou afastamento, 10% abandonaram a Medicina; 2% se suicidaram e outros 3% tentaram o suicídio.

A depressão tem sido citada como uma constatação entre os médicos residentes, especialmente durante o primeiro ano^(37,38,39,40,41).

Um estudo nacional⁽⁴¹⁾ avaliou a depressão durante o primeiro ano da Residência Médica com 111 médicos residentes. A autora constatou que ao final do primeiro ano houve aumento da incidência de sintomas depressivos de 9% e, ao comparar entre as especialidades clínicas e cirúrgicas, este índice aumentou entre os médicos residentes da Cirurgia.

Estes achados mostram a intensidade do sofrimento psíquico desses indivíduos diante das adversidades da Residência Médica.

Burnout pode estar relacionado a aspectos do indivíduo e do ambiente. Quanto ao indivíduo, destacam-se as características de Personalidade, o grau de Resiliência para o enfrentamento das adversidades da Residência Médica e a Qualidade de Vida. Com relação ao ambiente, destacam-se as condições físicas e psicológicas que o ambiente oferece para que o indivíduo tenha um processo de aprendizagem sem sucumbir ao estresse⁽²⁰⁾.

Considerando os aspectos pessoais, o processo de exaustão surge naqueles que não conseguem superar as adversidades, caracterizando-se pela sensação de chegar ao limite, gerando comportamentos que os tornam vulneráveis aos transtornos mentais^(31,42,43,44).

Encontramos um único estudo que avaliou fatores associados à Resiliência e recuperação de *Burnout* em alunos do curso de Medicina. O estudo foi realizado nos

Estados Unidos e envolveu vários centros de formação. A amostra foi composta de 792 alunos, sem especificar o momento da graduação, no seguimento de um ano. Incluíram o inventário de *Burnout* (MBI- Maslach *Burnout Inventory*), Inventário de Qualidade de Vida, Escala de Sonolência e Escala de Estresse Percebido. Incluíram também um questionário autoaplicado com questões desenvolvidas pelos pesquisadores com o intuito de mapear aspectos ligados à Resiliência como: apoio social – consideraram especialmente a relação com professores e supervisores - apoio familiar, clima de aprendizagem, eventos estressantes de vida, situação de emprego. Foram considerados resilientes aqueles que tiveram respostas positivas ao questionário proposto somado à baixa pontuação para o questionário de estresse e baixo escore no questionário de Sonolência, que indicou baixa fadiga. Os resultados mostraram que dos 792 alunos, 290 não apresentaram *Burnout* e 502 estavam vulneráveis a *Burnout*. Os pesquisadores associaram estes resultados com aqueles obtidos nas escalas de Estresse e de Sonolência e com as respostas ao questionário, concluindo que os alunos que não apresentaram *Burnout* foram mais propensos a melhor Qualidade de vida, menos angústia e não apresentaram quadros de depressão; o apoio dos membros da Universidade e da família desempenhou papel importante contra *Burnout*; o estresse e a fadiga contribuíram para *Burnout*; o suporte social atuou como um importante fator de Resiliência. Como limitações do estudo, os autores apontaram que este foi bem delineado para medir fadiga e estresse e sua relação com *Burnout*, porém pouco capaz de avaliar a relação de *Burnout* com a Resiliência. Propuseram que estudos mais focados para este objetivo sejam construídos⁽²⁾.

Trabalhos^(14,15) discutem a necessidade de criar programas de prevenção e promoção de saúde para os futuros médicos. Seus autores afirmam que alguns aspectos da Personalidade podem ser moderadores dos efeitos do estresse e consideram as seguintes características: alto nível de compromisso, controle interno, sentido de segurança, tendência a entender transtornos como desafios, chamados de Personalidade resiliente.

Estas considerações apontam a necessidade de considerar o indivíduo com suas capacidades e vulnerabilidades em um determinado ambiente.

1.3. Qualidade de vida

Embora não haja um consenso, três aspectos fundamentais referentes ao construto Qualidade de Vida foram obtidos por um grupo de especialistas de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (p.ex. mobilidade) e negativas (p.ex. dor)⁽⁴⁵⁾.

A subjetividade está relacionada à percepção da pessoa entre seu estado de saúde e aspectos não médicos de seu contexto de vida. A multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões⁽⁴⁵⁾.

A partir destes elementos, chegou-se à definição de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde.

“A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽⁴⁵⁾.

O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em seis domínios: *domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais*⁽⁴⁵⁾.

O conceito Qualidade de vida é utilizado no contexto da pesquisa em diferentes áreas: Economia, Educação, Sociologia, Medicina, Psicologia e demais especialidades da saúde⁽⁴⁶⁾.

O foco da avaliação da Qualidade de vida em todas as áreas é testar produtos e serviços, fazendo com que instrumentos de medida tornem objetivo e mensurável um conteúdo subjetivo.

Neste sentido, cabe ressaltar que a Qualidade de vida pode ser vista como um conceito genérico, que apresenta uma aceção mais ampla sem fazer referência a disfunções ou agravos, ou um conceito mais específico como Qualidade de vida relacionada à saúde.

Existe controvérsia na literatura quanto ao uso de medidas genéricas ou específicas.

Alguns autores defendem os enfoques mais específicos, assinalando que podem contribuir para melhor identificar as características de um determinado agravo. Outros ressaltam que algumas medidas de Qualidade de vida relacionadas à saúde têm abordagem eminentemente restrita aos sintomas e às disfunções, oferecendo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não médicos associados à Qualidade de vida⁽⁴⁶⁾.

“Embora o estudo de saúde dos indivíduos, bem como o sistema de saúde, influenciam a vida das pessoas, nem todos os aspectos da vida humana estão relacionados à questão médica ou sanitária”⁽⁴⁷⁾.

Ainda assim, os levantamentos realizados recentemente sobre medidas de avaliação da Qualidade de vida verificaram grande crescimento do número de instrumentos de Qualidade de vida relacionados à saúde^(48,49,50).

Na busca de uma padronização e direcionamento para as pesquisas, a Organização Mundial de Saúde realizou um estudo multicêntrico em 1995, cujo objetivo principal foi elaborar um instrumento que avaliasse Qualidade de vida em uma perspectiva internacional e transcultural. O resultado foi a tradução e validação para a nossa população do WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, que tem sido amplamente utilizado⁽⁴⁵⁾.

A Qualidade de vida entre os residentes de Medicina tem sido foco de estudo, principalmente quando associado a *Burnout*.

Um recente artigo de revisão sobre saúde e Qualidade de vida de médicos residentes analisou 42 publicações e, dentre elas, 16 foram produzidas no Brasil. As publicações concentram-se a partir de 2004, portanto recentemente, o que demonstra a preocupação com o tema. Neste levantamento, a maior parte das publicações versou sobre síndrome de *Burnout*, sono, estresse, fadiga e enfrentamento das condições de vida e trabalho, revelando elevados índices de problemas de saúde física e mental que interferem na Qualidade de vida do residente e, conseqüentemente, no serviço por ele prestado⁽⁵⁰⁾.

Macedo et al⁽⁵¹⁾ avaliaram a Qualidade de vida de 128 médicos residentes e mostraram que o aspecto saúde mental foi o mais prejudicado, especialmente dentre aqueles que estavam no primeiro ano da residência, evidenciando a relação entre Qualidade de vida e saúde mental do residente em Medicina.

A Qualidade de vida tem se mostrado um importante aspecto a ser melhorado na vida dos médicos residentes exatamente pelo comprometimento que ela traz para o profissional e o usuário.

Além disso, outros estudos^(6,10,11,14,31,50,51,52,53) mostram a estreita relação entre a síndrome de *Burnout* e Qualidade de vida, além dos quadros psicopatológicos.

1.4. Personalidade

1.4.1. Conceituação

O estudo da Personalidade é complexo e apresenta uma dimensão multifacetada. A origem etimológica da palavra Personalidade provém dos termos *persona* e *personare* que significam, respectivamente, a máscara de personagens de teatro e ressonância por meio de algo. São os primeiros indícios sobre o tema Personalidade⁽⁵⁴⁾.

O conceito de Personalidade e seu estudo evoluíram ao longo da história da Psicologia com relatos desde a civilização grega, enfatizando a abordagem naturalista dos processos mentais, seguido de uma perspectiva espiritual até o domínio do estudo da mente pela Psicanálise e Behaviorismo no século XX⁽⁵⁵⁾.

A definição de Personalidade atual com base na evolução histórica dos estudos da Psicologia se refere aos comportamentos e emoções vivenciados por um indivíduo em seu cotidiano, sob condições normais, revelando uma estabilidade e previsibilidade ao longo da vida e dinamismo em consequência de mudanças existenciais ou alterações neurobiológicas.

A personalidade é compreendida por meio das diferentes teorias da personalidade. Elas podem ser de enfoque psicanalítico – Psicanálise, de Sigmund

Freud; enfoque neopsicanalítico: Psicologia Analítica, de Carl Jung; Psicologia Individual, de Alfred Adler; Teoria das Necessidades e Tendências Neuróticas, de Karen Horney e a Teoria da Personologia, de Henry Murray. Ela pode ser compreendida pela abordagem dos traços contínuos – Teoria da Identidade, de Erik Erikson; pela abordagem dos traços: A Genética da Personalidade por meio da Teoria, de Gordon Allport; abordagem humanista de Abraham Maslow com a Teoria da Hierarquia das Necessidades e por Carl Rogers com a Teoria da Autorrealização; abordagem cognitiva de George Kelly com a Teoria do Constructo Pessoal, a abordagem comportamental com a Teoria do Reforço de Skinner e, por fim, a abordagem da aprendizagem social com a Teoria da Modelagem, de Albert Bandura^(56,57).

Os fatores físicos, biológicos, psíquicos e socioculturais conjugam tendências inatas e experiências adquiridas no curso da existência, conferindo uma identidade e um padrão de relacionamentos únicos e próprios a cada indivíduo^(54,58,59).

Não existe uma única definição de Personalidade, ela compõe um conjunto de valores ou termos descritivos usados para caracterizar o indivíduo estudado de acordo com as variáveis ou dimensões que ocupam posição central na Teoria Psicológica adotada⁽⁵⁶⁾.

Para este estudo adotamos a Teoria da Personologia, de Henry Murray.

1.5. A Teoria da Personologia de Henry Murray

“Para mim, a Personalidade é uma selva sem fronteiras”.

Henry Murray

A Teoria da Personologia descrita por Murray se desenvolve sob cinco princípios. O **primeiro princípio** é que a Personalidade está enraizada no cérebro. Os aspectos da Personalidade são controlados pela fisiologia cerebral do indivíduo. O **segundo princípio** envolve a ideia de redução da tensão⁽⁵⁷⁾.

Embora concorde com Freud e outros teóricos de que as pessoas agem para reduzir as tensões fisiológicas e psicológicas, isto não significa que elas desejam

viver sem tensões. Murray defendeu a ideia de que o que satisfaz o indivíduo é o processo de agir para reduzir as tensões. Para ele, uma vida sem tensões por si já é uma fonte de angústia. O **terceiro princípio** é que a Personalidade do indivíduo continua se desenvolvendo e é composta de todos os eventos ao longo da vida. O **quarto princípio** refere-se à teoria de que a Personalidade se desenvolve e evolui, não é fixa, nem estática. O **quinto princípio** versa a respeito da singularidade de cada pessoa e, ao mesmo tempo, o reconhecimento das singularidades entre todas⁽⁵⁷⁾.

A contribuição mais importante de Murray para a teoria e pesquisa da Personalidade foi a utilização do conceito de necessidades para explicar a motivação e o rumo do comportamento. Para o autor, grande parte da personalidade é determinada pelas necessidades e pelo ambiente. As necessidades podem surgir de processos físicos internos, como fome e sede ou de eventos do ambiente. As necessidades elevam o nível de tensão e o organismo procura reduzi-las, tentando satisfazê-las. Elas ativam o comportamento na direção certa para serem satisfeitas. São classificadas em primárias aquelas que surgem dos processos físicos internos e incluem as necessidades de sobrevivência como ar, água, alimento e as de sexo e sensualidade. As necessidades secundárias provêm indiretamente das primárias e estão relacionadas à satisfação emocional e psicológica. Ainda sobre as necessidades, elas podem ser reativas ou proativas, como o próprio nome diz, as reativas dependem de um estímulo e as proativas são acionadas espontaneamente⁽⁵⁷⁾.

O conceito de necessidade é um construto que representa uma força na região cerebral, uma força que organiza a percepção, a apercepção, a inteligência, a conação e a ação, de modo a transformar, em uma certa direção, uma situação insatisfatória existente. Uma necessidade é, muitas vezes, provocada diretamente por certos processos internos; porém, mais frequentemente, pela ocorrência de uma das poucas pressões comumente efetivas – forças do meio. A necessidade leva o organismo a evitar o choque ao responder a certas pressões. Independentemente de como ela se apresenta e sua durabilidade, transforma-se em comportamento manifesto, que muda a circunstância inicial, promovendo a pacificação para o organismo⁽⁵⁷⁾.

Segundo Murray⁽⁵⁷⁾:

“Uma necessidade envolve uma força psicoquímica no cérebro que organiza e direciona a capacidade intelectual e a perceptiva. As necessidades podem surgir de processos internos, como fome ou sede, ou de eventos do ambiente. Elas elevam o nível de tensão; o organismo tenta reduzir essa tensão agindo para satisfazer as necessidades. Assim, elas energizam e dirigem o comportamento. As necessidades ativam o comportamento na direção certa para satisfazê-las”.

Murray desenvolveu uma lista de 20 necessidades, fruto de sua pesquisa, apresentadas abaixo de forma resumida^(56,57) (Quadro 1).

Quadro 1. Quadro das 20 necessidades descritas por Henry Murray⁽⁵⁷⁾.

<i>Denegação</i>	Submeter-se passivamente à força externa. Desejar sofrimento, punição, doença, infortúnio.
<i>Persistência</i>	Dirigir, manipular ou organizar objetos físicos, seres humanos ou ideias. Rivalizar com os outros e superá-los. Aumentar a autoestima pelo uso bem sucedido de seus talentos.
<i>Afiliação</i>	Tornar-se íntimo, associar-se a outrem em assuntos comuns.
<i>Agressão</i>	Vencer a oposição pela força. Revidar a injúria. Opor-se pela força ou punir outrem.
<i>Autonomia</i>	Resistir à coerção e à restrição. Ser independente e agir impulsivamente. Romper convenções.
<i>Desempenho</i>	Dominar ou vencer o fracasso pelo esforço. Procurar obstáculos e dificuldades a vencer. Manter a autoestima e o orgulho em alto nível.
<i>Defesa</i>	Defender-se do ataque, crítica, censura. Ocultar ou justificar um mal feito.
<i>Deferência</i>	Admirar e apoiar um superior. Conformar-se com os costumes.
<i>Dominância</i>	Controlar o ambiente. Influenciar ou dirigir o comportamento alheio por meio da sugestão, sedução, persuasão ou ordem. Dissuadir, restringir ou proibir.
<i>Exibição</i>	Deixar uma impressão. Provocar, causar admiração, divertir, impressionar, intrigar, seduzir.
<i>Autodefesa física</i>	Evitar a dor, o dano físico, a doença, a morte. Escapar de uma situação perigosa.
<i>Autodefesa psíquica</i>	Evitar humilhação. Fugir de situações embaraçosas ou depreciativas: escárnio, ridículo, indiferença dos outros. Reprimir a ação pelo medo do fracasso.
<i>Assistência</i>	Promover as necessidades de pessoas desamparadas, como crianças ou pessoas incapazes, ajudar alguém em perigo. Alimentar, ajudar, consolar, proteger, curar, confortar, cuidar.
<i>Ordem</i>	Pôr as coisas em ordem. Promover limpeza, o arranjo, a organização, o equilíbrio, a precisão.
<i>Entretenimento</i>	Agir por brincadeira, sem segundas intenções. Rir, contar anedotas. Procurar relaxar a tensão.
<i>Rejeição</i>	Separar-se de uma influência negativa. Repelir ou desprezar um objeto inferior.
<i>Sensitividade</i>	Procurar impressões sensuais e sentir prazer nelas.
<i>Heterossexualidade</i>	Planejar e manter uma relação sexual.
<i>Afago</i>	Ter suas necessidades satisfeitas pela ajuda simpática da pessoa amiga, ser protegido. Permanecer ao lado de um devotado protetor. Ter um defensor permanente.
<i>Intrapeção</i>	Perguntar e responder. Interessar-se por teorias. Especular, formular, analisar, generalizar.

Segundo Murray, nem todas as pessoas têm todas as necessidades descritas em sua teoria. Ao longo da vida, alguns indivíduos terão em maior grau, em um momento, e menor, em outro, uma ou várias das necessidades descritas. O indivíduo pode sentir todas ou nunca sentir alguma. Menciona que certas necessidades dão sustentação a outras, enquanto algumas se opõem^(56,57).

A Teoria de Murray dá ênfase aos aspectos fisiológicos associados aos processos psicológicos, mesmo tendo forte influência da Psicanálise. No entanto, distanciou-se bastante da concepção ortodoxa de Freud. Sua teoria enfoca aspectos mais motivacionais, devido à sua convicção de que o estudo das tendências humanas é a chave da compreensão do comportamento, portanto a contribuição mais importante representa atividades básicas do homem, como: esforço, busca, aspiração, desejo, vontade⁽⁶⁰⁾.

Para o autor, grande parte da personalidade é determinada pelas necessidades (processos pessoais internos) e pelo ambiente. As necessidades organizam a percepção provocada por estes processos internos e pelas forças do meio, conduzindo o indivíduo a um comportamento. A personalidade revela como ele deve se portar diante dos fatos da vida.

Porém, Murray deixa claro em sua teoria que a personalidade não é fixa, nem estática, ela se desenvolve e se modifica ao longo da vida.

Algumas propostas psicoterapêuticas se ocupam de modificar aspectos da personalidade do indivíduo a partir de conceitos e técnicas psicoterápicas.

Para a Teoria Cognitiva, segundo George Kelly^(56,57), a descrição da personalidade em termos de processos cognitivos parte do princípio da compreensão e interpretação do comportamento; cada pessoa cria um conjunto de constructos cognitivos sobre o ambiente.

A Terapia Cognitiva desenvolvida por Aaron Beck⁽⁶¹⁾ e usada neste estudo, visa a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais.

A Teoria da Terapia Cognitiva de Aaron Beck será utilizada neste estudo.

1.6. A Teoria da Terapia Cognitiva de Aaron Beck e a compreensão sobre as crenças

Aaron Beck estruturou a Terapia Cognitiva a partir das observações sobre a depressão. O autor descreve que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados pela percepção de eventos. Portanto, não é a situação em si que determina o sentimento do indivíduo, mas o modo como ele a interpreta^(62,63).

A forma como cada indivíduo entende o evento advém do conjunto de crenças que possui. Podem ser centrais quando se referirem a ideias centrais que o indivíduo tem a respeito de si. Intermediárias, quando provierem das centrais, podendo se transformar em pensamentos automáticos⁽⁶¹⁾. As crenças centrais são ideias sobre acontecimentos da vida, a partir da infância, que se tornam verdades absolutas. Podem ter conteúdo positivo ou negativo^(61,62,63).

Portanto, as crenças surgem na infância à medida em que a criança interage com pessoas significativas e encontra uma série de situações que confirmem essas ideias. As crenças surgem a partir da tentativa do indivíduo de extrair sentido de seu ambiente, desde os primeiros estágios do desenvolvimento. É uma forma de organizar a sua experiência de modo coerente para funcionar adaptativamente.

Durante a vida, diante dos eventos, o indivíduo aciona uma crença e é através da lente desta crença que ele compreenderá ou interpretará o evento.

O princípio fundamental da Terapia Cognitiva de Aaron Beck é que a maneira como os indivíduos percebem e processam a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam⁽⁶⁴⁾.

Para Aaron Beck, a percepção da realidade pode partir de algumas das distorções cognitivas que, por sua vez, podem resultar em pensamentos disfuncionais mais profundos, chamados de *esquemas ou crenças nucleares* que ele define como:

“(...) estruturas cognitivas internas relativamente duradouras de armazenamento de características genéricas ou prototípicas de estímulos, idéias ou experiências que são utilizadas para organizar novas informações de maneira significativa, determinando como os fenômenos são percebidos e conceitualizados”⁽⁶⁴⁾.

Quando uma crença básica se forma, ela pode influenciar a formação de novas crenças relacionadas e, se persistirem, são incorporadas na estrutura cognitiva duradoura ou esquema. As crenças nucleares embutidas nessas estruturas cognitivas modelam o estilo de pensamento de um indivíduo e promovem erros cognitivos encontrados na psicopatologia⁽⁶⁴⁾.

Este foi o desenvolvimento do pensamento de Aaron Beck para explicar a situação de vulnerabilidade psicológica do indivíduo. Neste sentido, “o objetivo terapêutico da Teoria Cognitiva, desde seus primórdios, tem sido reestruturar e corrigir esses pensamentos distorcidos e colaborativamente desenvolver soluções pragmáticas para produzir mudança e melhorar transtornos emocionais”⁽⁶⁴⁾.

Se as crenças são construídas a partir da infância e ao longo da vida e estão relacionadas com a interação entre o indivíduo e o ambiente, na medida em que o indivíduo e o ambiente se modificam, modificam-se as crenças. Ao modificar as crenças modificamos comportamentos e, portanto, mudamos a forma de viver.

As diferentes formas de viver e enfrentar as dificuldades da vida têm sido pesquisadas nos últimos tempos. Dentre elas, o estudo da Resiliência apresentado no próximo capítulo.

1.7. Resiliência

"Aquilo que não nos mata torna-nos mais fortes".

Friedrich Nietzsche

Há cerca de 40 anos, a Psicologia utiliza o termo Resiliência para explicar a capacidade de adaptação de alguns indivíduos perante situações adversas.

A origem do conceito de Resiliência está associada à Física e à Engenharia. Em 1807, Thomas Young, cientista inglês, descrevia experimentos buscando entender a relação entre a força aplicada a um corpo e a deformação produzida por esta força. Dessa forma, Resiliência foi conceituada na Engenharia como a energia de deformação máxima que um material é capaz de armazenar sem sofrer deformação permanente, ou seja, a capacidade que um corpo possui para recuperar sua forma original depois de suportar uma pressão⁽⁶⁵⁾.

Em Psicologia, o estudo de Resiliência é recente. A utilização do conceito no campo das ciências da saúde data da década de 1970, com estudos de indivíduos que passaram por algum trauma⁽⁶⁶⁾. De forma geral, observa-se um aumento significativo na quantidade de artigos publicados sobre Resiliência. Segundo Oliveira et al⁽⁶⁷⁾, “a Resiliência surge como um constructo que aponta para um novo modelo de se compreender o desenvolvimento humano pela dimensão da saúde e não da doença”.

Pesce et al^(68,69) apontam que a Resiliência se traduz por um conjunto de processamentos sociais e cognitivos que possibilitariam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo diante de situações adversas.

Em tempos atuais em que a preocupação com prevenção e promoção de saúde se faz necessária, a Resiliência surge como um conceito de extrema importância.

Um levantamento bibliográfico⁽⁶⁷⁾ sobre Resiliência realizado no período de 2000 a 2006 apontou que existe ênfase nas pesquisas básicas e na realização de estudo em população adulta, utilizando a entrevista como principal instrumento. Os resultados também indicaram que o conceito está em construção, havendo, portanto, necessidade de desenvolver pesquisas,

A Resiliência como um conceito ainda em construção é acompanhado de discussão e comparações. A primeira, talvez a principal, versa sobre a ideia de que o indivíduo resiliente é aquele que não sofre as consequências dos fatos em sua vida, é como se ele não fosse vulnerável. Na década de 1970, o psiquiatra Michael Rutter, um dos primeiros estudiosos sobre Resiliência, fez uma distinção entre invulnerabilidade e Resiliência, e afirmou que a invulnerabilidade significa uma resistência absoluta ao estresse. Resiliência e invulnerabilidade não são termos que se equivalem, pois a Resiliência seria a capacidade de superar adversidade, não significando que o indivíduo saia ileso da situação, ou seja, não significa que a pessoa não sofra, mesmo superando a situação ruim. Invulnerabilidade ou invencibilidade são precursores da definição do termo da Resiliência na Psicologia⁽⁷⁰⁾.

A Resiliência, principalmente sob ponto de vista prático, representa um dos caminhos possíveis para que os profissionais de saúde possam trabalhar, dando ênfase às potencialidades dos indivíduos⁽⁷¹⁾.

O significado da Resiliência está relacionado com processos psicossociais que favorecem o desenvolvimento sadio do indivíduo, mesmo frente a adversidades e problemas. Dell’Aglia, Bianchini⁽¹⁹⁾ afirmam que o estudo da Resiliência em instituições de saúde pretende compreender que características individuais e ambientais podem ser modificadas para que os indivíduos apresentem estratégias eficazes de enfrentamento de situações adversas.

Outros autores⁽⁷²⁾ compreendem a Resiliência não como característica do indivíduo ou capacidade inata, mas pela interação dinâmica entre características individuais e a complexidade do contexto social, entre as herdadas geneticamente e as desenvolvidas ao longo do ciclo vital e sua relação com o ambiente social.

A Resiliência é considerada como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos, logo os processos psicossociais que subjazem o desenvolvimento saudável também podem se envolver na Resiliência⁽⁷⁰⁾.

Um estudo⁽⁷³⁾ sobre a Resiliência de profissionais angolanos tentou descobrir se forças ligadas a sentimentos impulsionaram ou facilitaram as ações desses profissionais de organizações públicas e privadas, para superação de dificuldades frente à colonização do país, seguida de uma guerra civil. A amostra constou de 46 indivíduos, os dados foram coletados nos campos de concentração e analisados a partir do conteúdo, resultando em quatro categorias: amor à pátria, solidariedade, esperança e recursos intangíveis.

A Resiliência é um processo interativo entre a pessoa e seu ambiente, considerado como uma variação individual em resposta ao risco. Pessoas diferentes entendem fatores causadores de estresse de formas diferentes; portanto a Resiliência não é um atributo fixo do indivíduo⁽⁷⁴⁾.

Para medir Resiliência por esta perspectiva é necessário avaliar as condições de risco e as condições de proteção, tanto do indivíduo quanto do meio. Como condições de risco entendem-se obstáculos individuais ou ambientais que

aumentariam a vulnerabilidade do indivíduo para resultados negativos em sua vida⁽⁶⁸⁾. Os obstáculos fazem parte da vida de todo indivíduo, ao longo de sua existência. Portanto, o que vai contar é a subjetividade ou sentido atribuído ao evento estressor, pois o que é um evento estressor para um indivíduo pode não ser para outro⁽⁷⁵⁾.

As condições protetoras são mecanismos de proteção que o indivíduo dispõe internamente ou capta do meio em que vive para compreender o acontecimento ou vivência⁽⁶⁸⁾. Portanto, condições de risco e de proteção contribuem para a melhora da Resiliência no indivíduo.

A atenção para a possibilidade de desenvolvimento da Resiliência é um dos pilares deste estudo, defendidas por Rutter e Cyrulnick; para eles Resiliência não é um traço de Personalidade presente em alguns indivíduos, ou seja, é uma característica em constante desenvolvimento^(74,76).

Estudos da Resiliência sob a ótica da teoria da Terapia Cognitiva^(77,78) consideraram sete fatores, traduzidos e validados⁽⁷⁷⁾ como: *Administração das Emoções, Controle dos Impulsos, Empatia, Otimismo, Análise Causal, Autoeficácia e Alcance de Pessoas*. Segundo o autor⁽⁷⁷⁾, os sete fatores foram selecionados por serem concretos e de possível mensuração, ensinados e melhorados.

O autor apresentou os desdobramentos de suas pesquisas, trazendo uma nova e ampliada concepção de Resiliência. Foi mantido o conceito original de que a Resiliência pode ser compreendida a partir de crenças básicas e acrescentada à perspectiva psicossomática. Dentro desse novo conceito, o autor reavaliou as crenças básicas relacionadas com a Resiliência na literatura especializada e agrupou-as em oito domínios, dos quais retirou as que considerou como determinantes da organização de uma ação ou comportamento resiliente. A esses grupos de crenças chamou de Modelos de Crenças Determinantes da Resiliência. São crenças relativas a *autocontrole, a autoconfiança, a leitura corporal, a análise do contexto, a otimismo para a vida, a empatia, a conquistar e manter pessoas e ao sentido de vida*^(77,79).

O **MCD *autocontrole*** está relacionado às crenças sobre o comportamento afetado e controle dos impulsos de agir.

O **MCD *autoconfiança*** reúne crenças próprias da segurança ao dividir responsabilidades e sentir-se protegido.

O **MCD *leitura corporal*** contempla crenças sobre identificar e reconhecer reações no corpo do outro e ter conhecimento das próprias alterações corporais.

O **MCD *análise do contexto*** aglutina as crenças relativas a identificar consequências nas decisões e interpretar de forma correta fatos e pistas do ambiente.

O **MCD *otimismo para a vida*** está relacionado com as crenças ligadas à confiança no próprio desempenho e olhar a vida de modo positivo.

O **MCD *empatia*** aglutina as crenças que tratam do expressar-se de modo claro, obtendo reciprocidade nas interações.

O **MCD *conquistar e manter pessoas*** reúne as crenças sobre a preservação das amizades e a competência em manter relacionamentos.

O **MCD *sentido de vida*** contém as crenças relativas à razão de viver e do significado para a vida⁽⁷⁹⁾.

A Resiliência tem sido citada em artigos que avaliam *Burnout* em médicos residentes, como forma de enfrentamento das adversidades. Os autores referem que, certamente, os mais resilientes são aqueles que sobrevivem às adversidades de forma mais saudável. Sugerem que estudos medindo Resiliência e associando características de Personalidade possam ajudar na seleção e no acompanhamento dos médicos residentes^(14,15,31).

Não conhecemos estudos brasileiros que tenham como proposta medir Resiliência em médicos residentes a partir de um instrumento padronizado. Como descrito anteriormente, o único trabalho com esta proposta foi realizado nos Estados Unidos com estudantes de Medicina. Os resultados apontaram que aqueles considerados resilientes desenvolveram menores escores para depressão e melhor

Qualidade de Vida, menor índice de estresse e fadiga, quando comparados aos estudantes considerados menos resilientes ($p < 0,005$)⁽²⁾.

1.8. Hipóteses

- A- A Resiliência está relacionada a características de Personalidade dos médicos residentes.
- B- A Resiliência pode proteger o indivíduo de *Burnout* que a Residência Médica propicia.
- C- Indivíduos resilientes conseguem ter uma boa Qualidade de vida que minimiza os efeitos do desgaste da residência.

2.1. Objetivo Geral

- Verificar a associação entre Resiliência e características de Personalidade e a influência no *Burnout* e na Qualidade de vida entre médicos residentes durante o primeiro ano de residência.

2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar *Burnout* e sua evolução durante o primeiro ano da residência;
- Avaliar a Qualidade de vida e sua evolução durante o primeiro ano da Residência Médica;
- Descrever as características de Personalidade;
- Avaliar a Resiliência.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo.

3.2. Amostra

Contou com 121 médicos residentes de Medicina, do Hospital Central da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), ingressantes no Programa de Residência, no ano de 2010, que aceitaram participar do estudo.

3.3. Critérios de inclusão e exclusão

3.3.1. Critérios de Inclusão

1. Todos os ingressantes no Programa de Residência Médica da ISCMSP em 2010.

3.3.2. Critérios de Exclusão

1. Médicos que já haviam participado de outro Programa de Residência Médica.

2. Médicos residentes que não aceitaram participar do estudo.

3. Médicos residentes que responderam ao protocolo em T1 e tiveram escore acima de 70 no item *desejabilidade social* do Inventário Fatorial de Personalidade, conforme preconizam as normas de avaliação construídas pelos autores do inventário.

3.4. Instrumentos

3.4.1. Entrevista sociodemográfica (Anexo 1)

Coleta de dados como idade, sexo, escolaridade, ocupação e demais dados sociodemográficos.

3.4.2. IFP- Inventário Fatorial de Personalidade (Anexo 2)

O IFP fundamenta-se no Edwards *Personal Preference Schedule* (EPPS), desenvolvido por Allen Edwards em 1953. Ele foi adaptado pela equipe de pesquisadores do Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LABPAM) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília⁽⁸⁰⁾. É um inventário de Personalidade objetivo, baseado na teoria das necessidades básicas formulada por Henry Murray. É autoadministrável e propõe avaliar o indivíduo normal em 15 necessidades. Contém 155 questões afirmativas, sendo que o indivíduo deverá responder por uma pontuação de escala do tipo Likert, composta de 7 pontos que correspondem progressivamente de “1 = nada característico” até “7= totalmente característico”. Das 155 afirmativas, 20 correspondem a uma 16ª necessidade – desejabilidade social – que indica a sinceridade e a honestidade com que o indivíduo respondeu ao inventário, validando-o. Quando o indivíduo obtém escore acima de 70, em desejabilidade social, isso indica que ele tentou se apresentar da maneira pela qual os outros gostariam que ele fosse visto, devendo ser descartado do estudo. Nas 15 necessidades que o inventário contempla, a pontuação obtida pelo indivíduo é avaliada da seguinte forma: escores entre 30 e 40 indicam fraca necessidade, escores entre 60 e 70 indicam necessidades pouco acentuadas e escores acima de 70 indicam necessidades acentuadas. As 15 necessidades avaliadas são interpretadas conforme o quadro abaixo, considerando escore alto e muito alto (Quadro 2).

Quadro 2. Quadro das 15 necessidades avaliadas pelo IFP.

<i>Assistência</i>	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.
<i>Intracção</i>	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.
<i>Afago</i>	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.
<i>Deferência</i>	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.
<i>Afiliação</i>	Desejar dar e receber afetos. Ter características como: confiança, boa vontade, amor, apego e lealdade aos amigos.
<i>Dominância</i>	Expressar sentimentos de autoconfiança e desejo de controlar os outros, influenciar ou dirigir o comportamento alheio pela sugestão, sedução, persuasão e comando.
<i>Denegação</i>	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.
<i>Desempenho</i>	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-se, vencer obstáculos e manter altos padrões de realização.
<i>Exibição</i>	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.
<i>Agressão</i>	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.
<i>Ordem</i>	As principais características são: ordem, limpeza, organização, equilíbrio e precisão.
<i>Persistência</i>	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.
<i>Mudança</i>	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.
<i>Autonomia</i>	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.
<i>Heterossexualidade</i>	Desejar manter relações sexuais e românticas com indivíduos do sexo oposto. Quanto maior o escore, maior será o fascínio pelo sexo e assuntos afins.

3.4.3. MBI: Inventário Maslach de *Burnout* (*Maslach Burnout Inventory*). (Anexo 3)

Para a verificação do grau de desgaste profissional dos sujeitos da pesquisa. É um instrumento de autoavaliação desenvolvido por Maslach, Jackson⁽⁸¹⁾, que possui três versões, uma das quais, a *HSS – Human Services Survey*, com terminologia própria para a área da saúde e amplamente utilizada em estudos sobre *Burnout* de indivíduos que atuam especificamente nessa área. Esta escala se utiliza da frequência em que a situação expressa é vivenciada pelo profissional, uma vez que, nas investigações desenvolvidas sobre o tema, a dimensão frequência aportou resultados mais significativos que a dimensão intensidade. Ela é composta por 22 itens, em uma escala tipo *Likert*, em forma afirmativa, sobre os sentimentos pessoais e atitudes do profissional em seu trabalho e perante seus pacientes. Estes itens, para os quais existem sete alternativas de resposta (nunca, poucas vezes ao ano, uma vez ao mês, algumas vezes ao mês, uma vez por semana, algumas vezes na semana e diariamente), estão agrupados em três subescalas que avaliam diferentes dimensões, sendo pontuados de 1 a 7, com os escores maiores indicando maior prejuízo. A subescala de (1) **Desgaste Emocional** é composta de itens que avaliam os sentimentos do sujeito em relação a estar emocionalmente exaurido, esgotado pelo trabalho. A subescala de (2) **Despersonalização** compreende itens que supõem uma resposta fria e impessoal do indivíduo perante os pacientes, e a subescala (3) **Reduzida Realização Pessoal** contém itens que avaliam os sentimentos de (in)competência e (in)eficácia do profissional da saúde na realização de suas tarefas no trato com outras pessoas e seu escore é reverso, ou seja, ao contrário das outras duas, os resultados mais baixos é que indicam maior comprometimento deste aspecto. Entretanto, com a finalidade prática de uniformizar das informações e os mesmos foram convertidos pelo uso das ferramentas disponíveis para tal procedimento, no programa estatístico utilizado neste estudo. Este instrumento, que ainda não está disponível comercialmente no Brasil, sofreu um grande número de traduções para o nosso idioma. Para este estudo, utilizamos a tradução e validação para o idioma português, para uso no Brasil, em processo final, feitas por Amaral e Bruscatto*. De acordo com esse documento, a gravidade de *Burnout* define-se em quatro níveis, descritos a seguir:

* Informação pessoal dos autores, 2012.

1. **Leve:** Apresentação de sintomas físicos vagos como cefaleias, dores de contraturas musculares, irritabilidade, impaciência e diminuição da eficiência na operacionalização laboral.
2. **Moderado:** Apresentação de cansaço, alterações no sono, dificuldades de concentração, problemas relacionados a questões interpessoais, alteração no peso, diminuição do apetite sexual, pessimismo. Nesse nível é comum a ocorrência de automedicação.
3. **Grave:** Nesse estágio a produtividade laboral diminui marcadamente, aumenta o absenteísmo e a sensação de angústia, a falta de iniciativa vem acompanhada de baixa autoestima e sentimento de perda e tristeza. É comum o abuso de álcool e/ou de psicofármacos.
4. **Extremo:** Frequentemente se encontram quadros de isolamento e depressão. A sensação de fracasso acompanha a falta de sentido do trabalho e da profissão. Nesse estágio, além de comportamentos agressivos, existe risco de suicídio.

3.4.4. Escala de Resiliência (Anexo 4)

Instrumento desenvolvido por Wagnild, Young, em 1993, e traduzida e validada por Pesce et al, em 2005⁽⁶⁹⁾. É utilizado para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em relação a eventos de vida importantes e adversos, definido como Resiliência. Possui 25 afirmativas, divididas em dois fatores. O **fator I**, composto por 17 afirmativas, denominado “*competência pessoal*”, sugere autoconfiança, independência, determinação, invencibilidade, controle, desenvoltura e perseverança; o **fator II**, composto por 8 afirmativas, denominado “*aceitação de si mesmo*”, representa adaptabilidade, equilíbrio e perspectiva de vida equilibrada. Para responder ao instrumento, o indivíduo tem possibilidade de escolher em uma escala do tipo Likert de “1 = discordo totalmente” a “7 = concordo totalmente”. Os escores da escala variam de 25 a 175 pontos, quanto mais alto o escore, maior a capacidade de Resiliência. Neste estudo, arbitrou-se uma escala de avaliação dos escores, baseando-se no comportamento dos escores obtidos no grupo de médicos residentes, da seguinte forma: escore até 130 = baixa Resiliência; de 131 a 160 = Resiliência média, e acima de 160 = alta capacidade de Resiliência.

3.4.5. *WHOQOL-bref* (Anexo 5)

O *WHOQOL-bref* é um instrumento de medida de Qualidade de vida, traduzido e validado pela equipe da Organização Mundial de Saúde⁽⁸²⁾, consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de Qualidade de vida e as demais representam as 24 facetas que compõem o instrumento original. Cada faceta é avaliada por apenas uma questão.

3.5. Procedimento

Inicialmente, o Projeto de Pesquisa foi apresentado e aprovado pelas Comissões Científicas do Serviço de Psicologia e da Residência Médica da ISCMSP, em 26/10/2009 e 03/11/2009, respectivamente. Na sequência, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP e aprovado sob o número de protocolo 419/09 em 16/12/2009 (Anexo 6).

A primeira coleta de dados (T1) ocorreu em janeiro e início de fevereiro de 2010. A segunda coleta ocorreu nos meses de dezembro de 2010 e início de janeiro de 2011.

Para a coleta, o coordenador da Residência Médica foi contatado por carta, com explicações sobre o procedimento. A carta foi repassada por ele para os chefes de clínicas para que avisassem e liberassem os médicos residentes para a participação do estudo. Foram combinados, com antecedência, datas e horários, considerados pelos chefes de clínicas como os melhores períodos para a liberação dos médicos residentes.

A aplicação dos instrumentos em T1 teve tempo de duração aproximada de 50 minutos e constou dos seguintes instrumentos: entrevista sociodemográfica, IFP, Escala de Resiliência, MBI e *WHOQOL-bref*. Os médicos residentes foram reunidos em salas de aula ou em grupos por área e receberam a explicação sobre o estudo, os objetivos e a necessidade de identificação; estando de acordo, receberam os instrumentos para preencher. A identificação foi feita por meio de uma numeração e a lista de identidade por nome ficou sob a guarda da pesquisadora que se comprometeu com o sigilo. A necessidade de identificação se deu pela metodologia

do estudo que, por ser um seguimento, exigiu a garantia de que um instrumento respondido por um residente em T1 correspondesse ao mesmo residente em T2. Mesmo depois desta explicação, o residente que não concordasse em participar, poderia se retirar. Aqueles que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7). As aplicações dos instrumentos foram realizadas somente na presença da pesquisadora e auxiliares de pesquisa, treinados para este fim. Não foram revelados aos chefes de clínicas quantos e quais médicos residentes participaram do estudo e quais desistiram. Os instrumentos foram autoaplicáveis e a pesquisadora e/ou auxiliares de pesquisa os acompanharam durante o tempo necessário para o preenchimento. Os médicos residentes já informados sobre o seguimento da pesquisa foram solicitados a comparecer quando convidados para o T2 ao final do ano.

Os dados coletados foram inseridos em Banco de dados *SPSS for Windows*, Versão 13.0⁽⁸³⁾ e algumas análises estatísticas foram realizadas, pois dependiam apenas dos dados coletados em T1.

Ao final do ano, em dezembro, novamente foram contatados os chefes de clínicas e solicitado o mesmo procedimento: avisar médicos residentes e agendar melhor data e horário para aplicar instrumentos em T2. Os instrumentos aplicados em T2 foram: MBI e WHOQOL-bref, com a finalidade de avaliar a evolução de *Burnout*, depressão e Qualidade de vida, após um ano exercendo a atividade de residente.

Inicialmente, em T1, 122 médicos residentes responderam a todos os instrumentos. Um residente foi excluído por obter um escore superior a 70 na necessidade “*desejabilidade social*” no Inventário de Personalidade – IFP, que representa uma tentativa de apresentar uma imagem irreal. Quando ocorre este processo, o manual de correção do inventário sugere a retirada do sujeito da amostra, por considerar um viés. Este processo foi feito ao final de toda a coleta, já com os dados inseridos no banco de dados, para evitar identificação dos sujeitos. Quanto ao seguimento em T2, houve um *drop-out* de 4 médicos residentes, 1 por ter se desligado do Programa de Residência por própria iniciativa, referindo motivos pessoais e 3 por não comparecerem na data marcada, embora tivessem sido

comunicados. Assim, os resultados dos instrumentos que comparam T1 e T2 contaram com uma amostra de 117 médicos residentes.

Os médicos residentes que participaram deste estudo estavam lotados em diferentes especialidades. Como não foi proposta do estudo uma análise baseada no tipo de especialidade médica, optamos por separá-los em três grupos de especialidades: clínicas, cirúrgicas e pediátricas. Consideramos e obedecemos à descrição das atividades discriminadas por eles para o agrupamento. Algumas discussões ponderadas para este agrupamento ainda podem ser motivo de questionamento, especialmente no que diz respeito ao agrupamento dos médicos residentes da Oftalmologia nas especialidades clínicas. Estas discussões surgiram com os resultados estatísticos prontos e configurados em tabelas; optamos por simular as análises estatísticas e não contatamos diferenças nos resultados, incluindo-os no grupo de especialidades clínicas ou cirúrgicas. Assim preferimos manter a configuração inicial dos grupos: as especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Otorrinolaringologia formaram o grupo das especialidades cirúrgicas; as especialidades Patologia, Oftalmologia, Clínica Médica e Anestesia formaram o grupo das especialidades clínicas e a especialidade Pediatria formou o terceiro grupo. A divisão por grupos atende a uma possível demanda de conhecimento das diferenças entre grandes áreas de especialidades e preserva as diferenças ambientais e da própria rotina de trabalho que cada uma promove na vida profissional do médico residente.

3.6. Análise dos Dados

Os dados coletados foram codificados e inseridos no banco de dados do *SPSS for Windows*, Versão 13.0⁽⁸³⁾ para obtenção dos escores. A análise estatística foi realizada em dois estágios com níveis crescentes de dificuldade. Inicialmente, por meio da estatística descritiva, foi realizada uma análise exploratória para verificar as medidas resumo das variáveis quantitativas, averiguando se a distribuição da amostra foi normal em todas as variáveis analisadas, para que os pressupostos para testes paramétricos fossem compatíveis e para validar as inferências feitas a partir dos dados. Este procedimento forneceu a análise descritiva das frequências das variáveis qualitativas.

Em seguida, as análises foram realizadas, explorando cada uma das variáveis sociodemográficas relevantes para o estudo, em relação às variáveis psicológicas contidas nos resultados dos instrumentos: IFP, MBI, Escala de Resiliência e WHOQOL-bref, para verificar a distribuição destes em cada uma delas e para estudos de estatística inferencial das amostras.

Foram realizados testes de associação (teste Qui-quadrado) para comparar as variáveis qualitativas.

A comparação dos resultados dos instrumentos entre homens e mulheres ou entre as classificações da Resiliência foi feita por meio do teste *t-Student*. Já as comparações dos resultados avaliados no início e no final do primeiro ano da Residência foram obtidas pelo teste *t-Student* pareado. A análise de variância (ANOVA) foi utilizada com o objetivo de testar a hipótese de que as médias dos escores avaliados pelos instrumentos, quando comparadas entre três ou mais subgrupos (definidos pelas especialidades dos médicos residentes), são iguais e para examinar o relacionamento entre os escores dos instrumentos e de suas subescalas.

Foram calculados coeficientes *r* de correlação de Pearson entre os escores da Escala de Resiliência e IFP, com a finalidade de estudar a relação entre essas variáveis.

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

4.1. Resultados referentes à identificação da amostra

Foram convidados a participar do estudo 191 médicos ingressantes no Programa de Residência Médica da ISCMSP em 2010; destes, 121 responderam à pesquisa em T1 (início da Residência). Em T2 (final do primeiro ano da Residência), dos 121 médicos residentes, 117 atenderam ao contato e responderam ao protocolo da pesquisa; 1 residente desistiu do treinamento e 3 não atenderam ao contato. Portanto, em T1 trabalhamos com os dados de 121 médicos residentes e, em T2, com os dados de 117. Para as comparações entre T1 e T2, os quatro médicos residentes foram excluídos do banco de dados (Quadro 3).

Quadro 3. Apresentação dos resultados do número de médicos residentes contatados para participar do estudo e os que efetivamente responderam ao protocolo de pesquisa em T1 e T2 (Santa Casa de São Paulo, 2010).

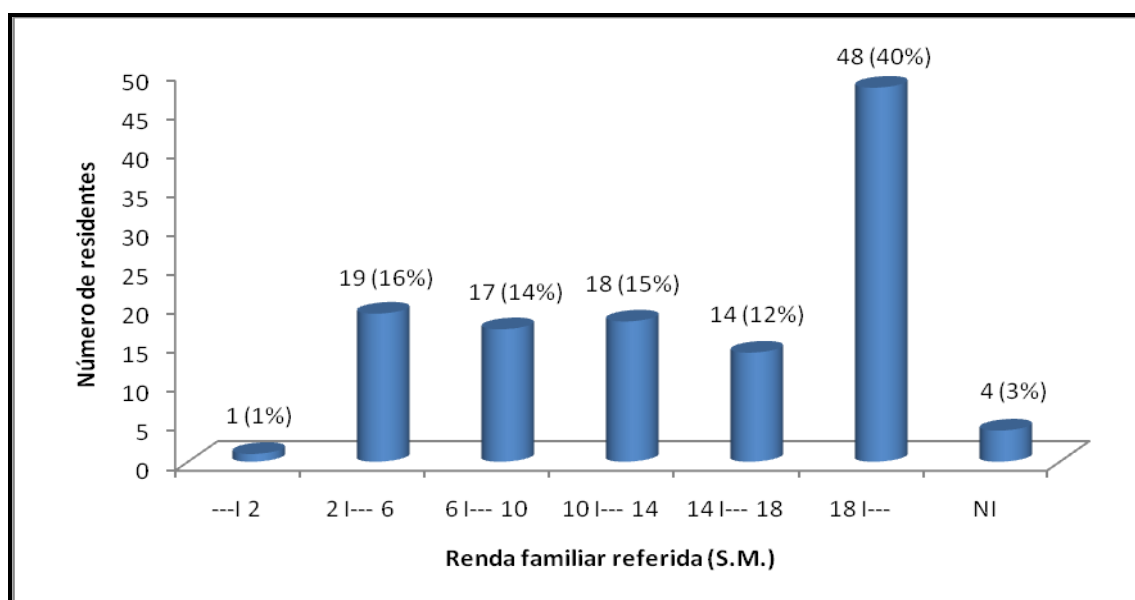
Amostra	N	%
Inicial	191	100
Não compareceram	69	36,1
Responderam em T1	122	63,9
Total em T1	122	100
Excluídos	01	0,8
Responderam em T2	117	95,9
Total em T2	117	100

O estudo contou com uma amostra de 121 médicos residentes, com idade média de 26,2, sendo a idade mínima 22 e máxima de 34 anos (DP= 2,0). Quanto ao sexo, 64 (53%) masculino e 57 (47%) do sexo feminino. A maioria, 111 (92%) solteiros (Tab. 1). A renda familiar variou de 2 salários mínimos até mais de 18, sendo que 48 (49%) informaram renda superior a 18 salários mínimos; 19 (16%) informaram entre 2 e 6 salários mínimos; 18 (15%), de 10 a 14; 14 médicos residentes (12%) informaram renda de 14 a 18 salários mínimos e 1 (1%) informou renda familiar de 2 salários mínimos (Fig. 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Variáveis		N / %
Idade	Média	26,2 (DP=2,0)*
Gênero	Masculino	57 (47%)
	Feminino	64 (53%)
Estado Civil	Solteiro	111 (92%)
	Casado	10 (8%)

*DP=desvio padrão; N=121.



N=121

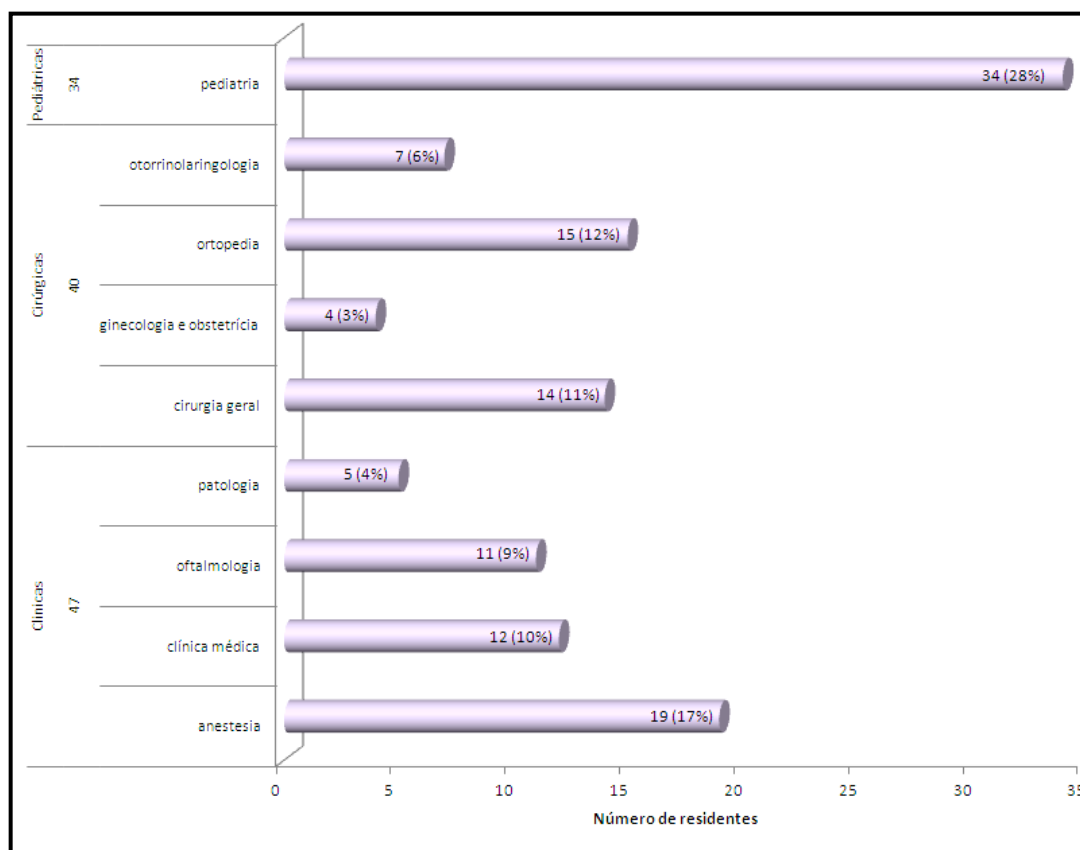
Figura 1. Distribuição da renda familiar dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Quanto à saúde física, 114 (94,2%) médicos residentes informaram não ter doença física; no entanto, 31 (25,6%) referiram tomar medicação diariamente e 8 (6,6%) já ficaram afastados por licença médica (Tab. 2).

Tabela 2. Aspectos relacionados à saúde física dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Variáveis	Categorias	n	%
Doença Física	Sim	7	5,8
	Não	114	94,2
	Total	121	100
Medicação	Sim	31	25,6
	Não	90	74,4
	Total	121	100
Licença médica	Sim	8	6,6
	Não	113	93,4
	Total	121	100

Os médicos residentes que participaram do estudo faziam parte do Programa de Residência nas seguintes especialidades: 34 (28%) especialidade Pediatria; 40 (32%) especialidades cirúrgicas, 7 (6%) Otorrinolaringologia, 15 (12%) Ortopedia, 4 (3%) Ginecologia e Obstetrícia e 14 (11%) Cirurgia Geral; 47 (40%) especialidades clínicas, 5 (4%) Patologia, 11 (9%) Oftalmologia, 12 (10%) Clínica Médica e 19 (17%) Anestesia (Fig. 2).



N=121

Figura 2. Distribuição dos médicos residentes por especialidade (Santa Casa de São Paulo, 2010).

4.2. Resultados referentes à Qualidade de Vida

Com relação à Qualidade de vida, os escores médios apresentados pelos médicos residentes indicam prejuízo. Quando comparamos a evolução em T1 e T2, os médicos residentes apresentaram piora nos domínios físico ($p < 0,001$) e psicológico ($p < 0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa nos domínios relações sociais ($p = 0,473$) e meio ambiente ($p = 0,537$) (Tab. 3).

Ao comparar a Qualidade de Vida entre sexos, não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos quatro domínios (Tab. 4).

Na comparação entre as clínicas, verificamos resultado estatisticamente significativo nos domínios físico ($p < 0,001$) e psicológico ($p = 0,023$), indicando que os médicos residentes das especialidades cirúrgicas apresentam menores prejuízos em relação aos médicos residentes das Especialidades Clínicas e de Pediatria (Tab. 5).

Tabela 3. Escores obtidos pelos médicos residentes sobre a Qualidade de vida (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Instrumento	Momento	Média	DP	Mediana	p*
Whoqol (Físico)	T1	66,9	16,0	67,9	<0,001
	T2	49,1	10,0	50,0	
Whoqol (Psicológico)	T1	65,1	15,7	66,7	<0,001
	T2	59,7	11,0	62,5	
Whoqol (Relações Sociais)	T1	63,3	17,7	66,7	0,473
	T2	64,9	19,8	66,7	
Whoqol (Meio Ambiente)	T1	61,8	13,9	62,5	0,537
	T2	62,9	14,0	62,5	

* teste *t-Student* pareado

Tabela 4. Comparação dos escores obtidos pelos médicos residentes sobre a Qualidade de Vida em relação ao sexo (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Instrumento (evolução)	Sexo	Média	DP	Mediana	p*
Whoqol (Físico)	M	17,2	15,6	21,4	0,507
	F	19,0	14,6	21,4	
Whoqol (Psicológico)	M	3,6	14,0	8,3	0,187
	F	6,9	13,0	8,3	
Whoqol (Relações Sociais)	M	-4,9	18,9	0,0	0,056
	F	2,0	19,2	0,0	
Whoqol (Meio Ambiente)	M	-2,4	13,8	-3,1	0,166
	F	0,9	11,3	3,1	

(T1-T2) - valores > 0 indicam piora no período; * teste *t-Student*

Tabela 5. Comparação dos escores obtidos pelos médicos residentes sobre a Qualidade de Vida em relação às especialidades (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Instrumento (evolução)	Especialidade	Média	DP	Mediana	p [*]
Whoqol (Físico)	Clínicas	20,5	12,8	21,4	<0,001
	Cirúrgicas	10,1	15,7	14,3	
	Pediatria	23,3	14,0	23,2	
Whoqol (Psicológico)	Clínicas	5,4	12,5	8,3	0,023
	Cirúrgicas	1,1	14,3	4,2	
	Pediatria	9,9	12,8	12,5	
Whoqol (Relações Sociais)	Clínicas	-0,9	18,0	0,0	0,082
	Cirúrgicas	-6,4	20,5	0,0	
	Pediatria	3,9	18,8	0,0	
Whoqol (Meio Ambiente)	Clínicas	-1,7	10,5	0,0	0,410
	Cirúrgicas	-1,5	15,8	-3,1	
	Pediatria	1,8	11,5	3,1	

(T1-T2) - valores > 0 indicam piora no período; * Análise de variância (ANOVA).

4.3. Resultados referentes a *Burnout*

Quanto a *Burnout*, os médicos residentes apresentaram escores indicativos de *Burnout* moderado. Quando comparamos o início da Residência (T1) e o final do primeiro ano (T2), não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,121$) (Tab. 6).

Tabela 6. Escores obtidos pelos médicos residentes sobre a síndrome de *Burnout* em T1 e T2 (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Instrumento	Momento	Média	DP	Mediana	p [*]
MBI	T1	77,0	14,9	75,0	0,121
	T2	75,1	16,8	75,0	

MBI[†] Maslach Burnout Inventory; * teste *t*-Student pareado.

No resultado de *Burnout* por domínios constatou-se Exaustão Emocional moderada sem diferença estatisticamente significativa entre T1 e T2 ($p=0,624$); Despersonalização leve com diferença estatisticamente significativa entre T1 e T2 ($p=0,004$) e extrema Baixa Realização Profissional, apresentando diferença estatisticamente significativa entre T1 e T2 ($p=0,001$) (Tab. 7).

Tabela 7. Escores obtidos pelos médicos residentes sobre o *Burnout* (Santa Casa de São Paulo, 2010).

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

MBI Maslach Burnout Inventory; *teste *t*-Student

Quando comparada a evolução do *Burnout* entre homens e mulheres em T1 e T2 constatou-se que as mulheres tiveram uma tendência maior a *Burnout*, estatisticamente significativa ($p=0,048$) (Tab. 8). A mesma comparação entre as especialidades não apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,432$) (Tab. 9).

Tabela 8. Comparação dos escores obtidos pelos médicos residentes sobre a síndrome de *Burnout* em relação ao sexo (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Instrumento (evolução)	Sexo	Média	DP	Mediana	p*
MBI	M	-4,6	16,9	-6,0	0,048
	F	1,6	16,0	3,0	

MBI Maslach Burnout Inventory; (T2-T1) - valores > 0 indicam piora no período; * teste *t*-Student

Tabela 9. Comparação dos escores obtidos pelos médicos residentes sobre o *Burnout* em relação às especialidades (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Instrumento (evolução)	Especialidade	Média	DP	Mediana	p [*]
MBI	Clínicas	-0,8	19,7	-1,0	0,432
	Cirúrgicas	-4,1	16,1	-7,0	
	Pediatria	1,0	11,8	0,5	

MBI *Maslach Burnout Inventory*; (T2-T1)- valores >0 indicam piora no período; * Análise de Variância (ANOVA)

4.4. Resultados referentes à Resiliência

Ao avaliar a Resiliência dos médicos residentes, os resultados apontaram que os médicos residentes possuem Resiliência moderada 44 (36,4%) e forte 77 (63,6%), com escores médio de 133,5 (DP=12,9) (Tab. 10), em que o menor escore foi 97 e o maior, 160 (Tab. 11).

Tabela 10. Apresentação dos escores obtidos na Escala de Resiliência dos médicos residentes.

Resiliência						
	N	%	Escore mínimo	Escore máximo	Escore médio	DP
Fraca	0	0	97	160	133,5	12,9
Moderada	44	36,4				
Forte	77	63,6				
Total	121	100				

DP= desvio padrão.

Tabela. 11. Distribuição dos escores dos Médicos residentes apresentados na Escala de Resiliência. (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Resiliência							
Escore	N	%	% Acumulada	Escore	N	%	% Acumulada
97	1	0,8	0,8	135	3	2,5	50,8
100	1	0,8	1,6	136	3	2,5	53,3
103	1	0,8	2,5	137	6	4,9	58,2
105	1	0,8	3,3	138	5	4,1	62,3
109	4	3,3	6,6	139	4	3,3	65,6
111	1	0,8	7,4	140	3	2,5	68
112	1	0,8	8,2	141	5	4,1	72,1
114	2	1,6	9,8	142	1	0,8	73
115	1	0,8	10,7	143	5	4,1	77
117	2	1,6	12,3	144	6	4,9	82
118	2	1,6	13,9	145	3	2,5	84,4
119	1	0,8	14,8	146	3	2,5	86,9
120	2	1,6	16,4	147	2	1,6	88,5
122	2	1,6	18	148	1	0,8	89,3
123	4	3,3	21,3	149	1	0,8	90,2
124	2	1,6	23	151	1	0,8	91
125	2	1,6	24,6	152	1	0,8	91,8
126	2	1,6	26,2	153	1	0,8	92,6
127	4	3,3	29,5	154	1	0,8	93,4
128	3	2,5	32	155	2	1,6	95,1
129	2	1,6	33,6	156	1	0,8	95,9
130	3	2,5	36,1	157	2	1,6	97,5
131	3	2,5	38,5	158	1	0,8	98,4
132	6	4,9	43,4	160	2	1,6	100
133	3	2,5	45,9	TOTAL	121	100	
134	3	2,5	48,4				

Ao compararmos os resultados distribuídos por sexo, verificamos que não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,930$), indicando que homens e mulheres apresentam grau de Resiliência semelhante (Figura 3; Tabela 12). Realizamos a comparação dos escores entre as Especialidades Clínicas, Cirúrgicas e de Pediatria e também não obtivemos resultados estatisticamente significantes ($p=0,325$) (Tab. 12).

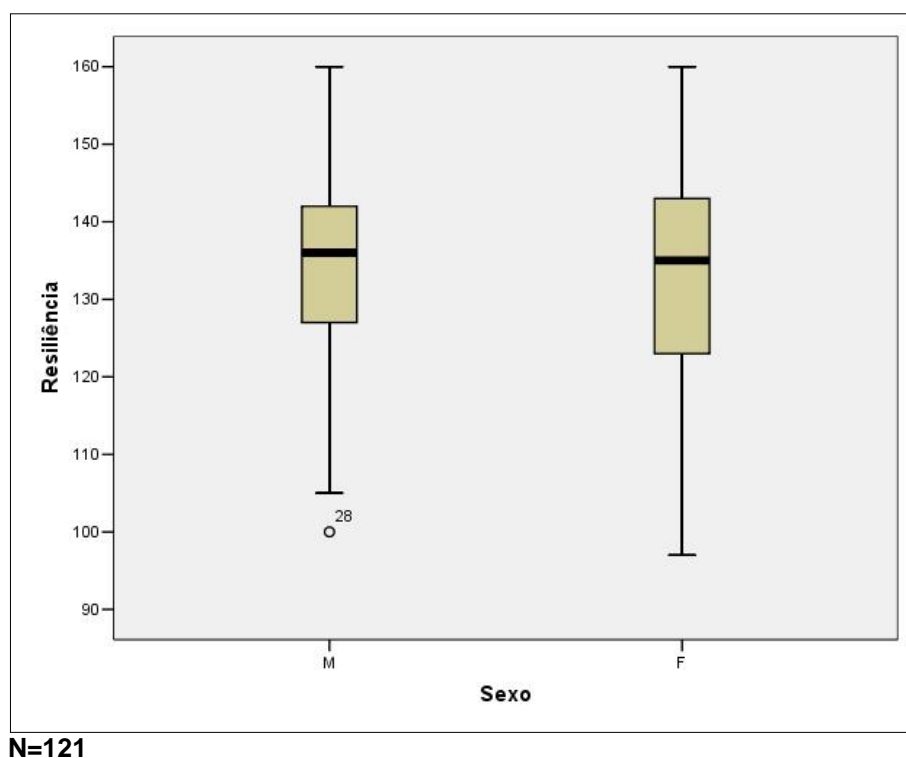


Figura 3. Distribuição dos escores dos médicos residentes por sexo, referentes à Resiliência (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Tabela 12. Comparação da Resiliência entre as especialidades e sexo dos médicos residentes. (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Instrumento	Variável	Média	DP	Mediana	P
Resiliência	Clínicas	134,0	14,6	137,0	0,325*
	Cirúrgicas	131,2	12,7	132,0	
	Pediatria	135,7	11,9	136,5	
	M	133,7	13,8	136,0	0,930**
	F	133,5	12,9	135,0	

*Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

4.5. Resultados referentes à comparação entre Resiliência e Qualidade de Vida

Quando comparamos a Resiliência à Qualidade de vida, obtivemos resultados estatisticamente significantes nos domínios, físico ($p=0,027$); psicológico ($p=0,005$) e de relações sociais ($p=0,005$), indicando que quanto maior o grau de Resiliência, melhor a Qualidade de vida (Tab. 13).

Tabela 13. Comparação dos escores apresentados pelos médicos residentes entre Qualidade de vida e Resiliência. (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Whoqol	Resiliência (classificada)*	Média	DP	Mediana	p**
Físico	Moderada	46,3	8,6	46,4	0,027
	Forte	50,6	10,4	50,0	
Psicológico	Moderada	55,9	10,9	54,2	0,005
	Forte	61,8	10,6	62,5	
Relações Sociais	Moderada	58,1	20,0	54,2	0,005
	Forte	68,7	18,7	75,0	
Meio Ambiente	Moderada	60,2	11,0	59,4	0,118
	Forte	64,4	15,3	65,6	

*(n=0 fraca Resiliência n=42 moderada Resiliência; n=75 forte Resiliência)** teste *t-Student*

4.6. Resultados referentes à comparação entre Resiliência e *Burnout*

Quando comparamos a Resiliência com *Burnout*, constatamos uma tendência a diminuir *Burnout* na medida em que aumenta a Resiliência nos domínios Exaustão Emocional ($p=0,084$) e Baixa Realização Profissional ($p=0,96$) (Tab. 14).

Tabela 14. Comparação dos escores apresentados pelos médicos residentes entre *Burnout* e Resiliência (Santa Casa de São Paulo, 2010).

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

MBI: *Maslach Burnout Inventory*; *teste *t-Student*; N=121.

4.7. Resultados referentes à Personalidade

As características de Personalidade dos médicos residentes, medidas pelo IFP, apresentam uma lista de 15 necessidades; a 16ª. é utilizada para medir a confiabilidade nas respostas oferecidas pelo avaliado. Índices acima de 70 devem ser considerados com cautela. Das 15 necessidades medidas, o seguinte perfil de Personalidade da amostra total foi identificado (Fig. 4).

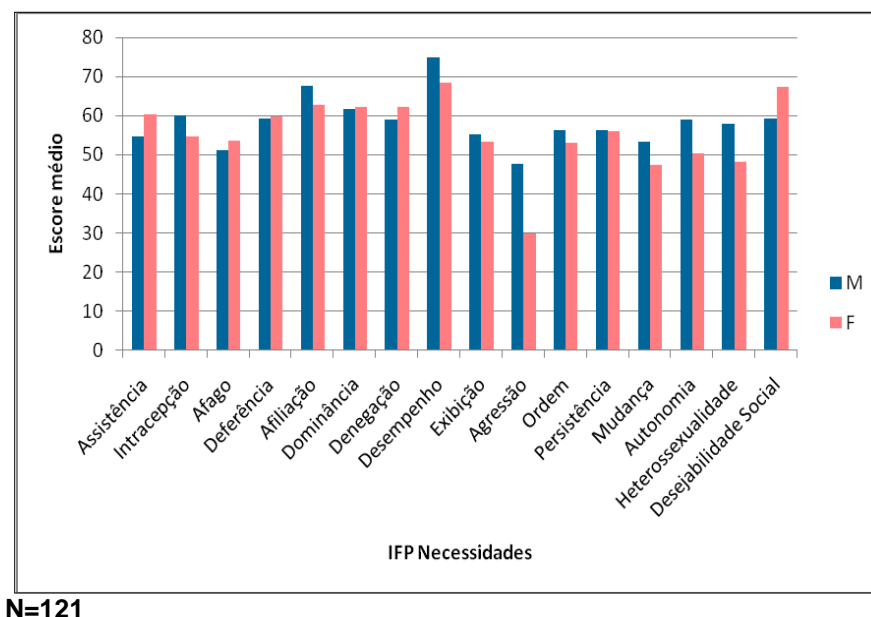


Figura 4. Distribuição das médias das necessidades do IFP por sexo (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Os médicos residentes apresentaram escores médios dentro de uma faixa média para **necessidade assistência**, revelando, de forma não acentuada, desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura, necessidade de prestar solidariedade às pessoas desamparadas e indefesas; de dar suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios. Não se diferenciaram quanto ao sexo ($p=0,211$), embora as mulheres tenham apresentado escores discretamente mais elevados que os homens ($p=0,211$) e também quanto à especialidade ($p=0,071$), embora os médicos residentes da Pediatria tenham apresentado escores maiores (Tab. 15).

Tabela 15. Comparação da necessidade de *assistência* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Assistência	Especialidade	Clínicas	53,8	28,8	60,0
		Cirúrgicas	55,0	22,3	60,0
		Pediatria	66,1	22,6	68,5
	Sexo	M	55	26	60
		F	60	25	63
					0,211**

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Quanto à **necessidade intracepção**, os escores médios também se localizaram dentro de uma faixa média, indicando leve tendência a deixar-se conduzir por sentimentos e inclinações difusas. São discretamente dominados pela procura de felicidade, pela fantasia e imaginação, podendo conceitualizar os fatos da vida interior e fazer julgamentos, às vezes, sem dar atenção aos fatos concretos. Assim, podem avaliar o outro por suas reais ou supostas intenções, não tanto pelos atos em si, tomando de imediato uma atitude de afeto ou rejeição. Os homens apresentaram escores mais altos, mas não foi estatisticamente significante ($p=0,291$), também não houve diferença entre as especialidades ($p=0,651$) (Tab. 16).

Tabela 16. Comparação da necessidade de *intracepção* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Intracepção	Especialidade	Clínicas	54,5	29,7	60,0
		Cirúrgicas	58,4	25,9	61,0
		Pediatria	59,9	26,5	62,5
	Sexo	M	60	28	62
		F	55	27	60
					0,291**

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Os escores médios apresentados para a **necessidade afago** revelaram uma tendência leve à busca de apoio e proteção. Estes médicos residentes podem esperar ter seus desejos satisfeitos por pessoas queridas ou amigas. Anseiam por afago, apoio, proteção, amor, orientação, perdão e consolo. Podem precisar constantemente de alguém que os entenda e os proteja e sofrer de sentimentos de ansiedade de abandono, insegurança e desespero. Os escores mais elevados foram apresentados pelos médicos residentes da Pediatria, a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,044$) (Tab. 17).

Tabela 17. Comparação da necessidade de *afago* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Afago	Especialidade	Clínicas	45,3	28,3	43,0
		Cirúrgicas	54,4	21,6	55,0
		Pediatria	60,0	28,5	55,0
	Sexo	M	51	26	55
		F	54	28	53
					0,597**

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*.

Os médicos residentes apresentaram escores médios altos para a **necessidade deferência**, revelando características como respeito, admiração e reverência por seus superiores. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,902$) e especialidades ($p=0,090$) (Tab. 18).

Tabela 18. Comparação da necessidade *deferência* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Deferência	Especialidade	Clínicas	52,8	28,1	50,0
		Cirúrgicas	63,5	22,7	65,0
		Pediatria	64,5	25,7	65,0
	Sexo	M	59	23	60
		F	60	28	63

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*.

Quanto à **necessidade afiliação**, o grupo de médicos residentes apresentou escores médios altos, revelando desejo de dar e receber afetos. Tem como principais características a confiança, boa vontade e amor, apego e lealdade aos amigos. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,262$) e especialidades ($p=0,503$) (Tab. 19).

Tabela 19. Comparação da necessidade de *afiliação* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Afiliação	Especialidade	Clínicas	62,0	26,3	65,0
		Cirúrgicas	66,6	19,1	70,0
		Pediatria	67,8	25,7	75,0
	Sexo	M	68	23	70
		F	63	25	63

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*.

Apresentaram escores médios altos em relação à **necessidade dominância**, expressando sentimentos de autoconfiança e o desejo de controlar os outros, por meio de sugestão, sedução, persuasão e comando. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,921$) e especialidades ($p=0,544$) (Tab. 20).

Tabela 20. Comparação da necessidade de *dominância* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Dominância	Especialidade	Clínicas	58,7	28,5	67,0
		Cirúrgicas	63,6	22,0	66,0
		Pediatria	64,7	29,3	70,0
	Sexo	M	62	27	67
		F	62	27	67

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

A média dos escores apresentados para a **necessidade denegação** foi alta, significando resignação. Mostra que este grupo tem tendência a se submeter e se entregar passivamente à força externa, aceitar desaforo, castigo e culpa; resignar-se ao destino, admitir inferioridade, erro e fracasso; confessar erros e desejo de autodestruição, dor, castigo, doença e desgraça. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,465$) e especialidades ($p=0,083$) (Tab. 21).

Tabela 21. Comparação da necessidade de *denegação* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Denegação	Especialidade	Clínicas	55,1	23,1	55,0
		Cirúrgicas	62,3	25,3	67,5
		Pediatria	66,8	21,7	72,0
	Sexo	M	59	25	60
		F	62	22	60

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Quanto à **necessidade desempenho**, os médicos residentes apresentaram escores médios elevados, indicando ambição e empenho; forte tendência pelo desejo de realizar algo difícil, como dominar, manipular e organizar objetos, pessoas e ideias. Executar tarefas de forma independente e veloz, sobressair-se, vencer

obstáculos e manter altos padrões de realização. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,133$) e especialidades ($p=0,457$) (Tab. 22).

Tabela 22. Comparação da necessidade de *desempenho* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Desempenho	Especialidade	Clínicas	70,7	24,5	75,0
		Cirúrgicas	75,2	21,3	80,0
		Pediatria	68,4	25,9	70,0
	Sexo	M	75	20	80
		F	68	26	70
					0,133**

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Os escores médios para a **necessidade exibição** revelaram uma tendência leve para a vaidade, desejo de impressionar, ser ouvido e visto. Apresentaram discreto desejo de fascinar as pessoas e até mesmo chocá-las; gostam de dramatizar as coisas para impressionar e entreter. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,656$) e especialidades ($p=0,252$) (Tab. 23).

Tabela 23. Comparação da necessidade de *exibição* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Exibição	Especialidade	Clínicas	50,8	25,7	55,0
		Cirúrgicas	59,8	26,1	65,0
		Pediatria	52,3	27,1	52,5
	Sexo	M	55	27	65
		F	53	26	58
					0,656**

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Os escores médios apresentados para a **necessidade - agressão** – foram baixos, indicando fracas características relacionadas à raiva, à irritação e ao ódio; também expressam pouco o desejo de superarem com vigor e oposição, lutar, brigar, atacar e injuriar os outros, censurar e ridicularizar. Quando comparadas as médias entre sexo, constatou-se que as mulheres apresentam escores mais baixos em relação aos homens ($p=0,001$). Em relação às especialidades não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,471$) (Tab. 24).

Tabela 24. Comparação da necessidade de *agressão* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Agressão	Especialidade	Clínicas	37,4	29,8	30,0
		Cirúrgicas	42,7	31,2	34,0
		Pediatria	34,1	30,4	25,0
	Sexo	M	48	30	45
		F	30	29	18
					0,001**

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Quanto à **necessidade ordem**, os médicos residentes apresentaram escores médios dentro de uma faixa média, revelando discretas características relacionadas a ordem, limpeza, organização, equilíbrio e precisão. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,504$) e especialidades ($p=0,890$) (Tab. 25).

Tabela 25. Comparação da necessidade de *ordem* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Ordem	Especialidade	Clínicas	53,3	29,3	55,0
		Cirúrgicas	54,7	26,4	57,5
		Pediatria	56,3	27,5	53,5
	Sexo	M	56	26	60
		F	53	29	51
					0,504**

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

A **necessidade persistência** indica como característica levar até o fim qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que possa parecer. Obsessão por ver o resultado final de um trabalho, esquecendo o tempo e o repouso necessário, resultando em queixas de pouco tempo, cansaço e preocupações. Os escores médios apresentados indicaram uma variação entre as especialidades, constatada por escores médios baixos apresentados pelo grupo das especialidades clínicas, escores médios apresentados pelo grupo de especialidade Pediatria e escore altos pelas especialidades cirúrgicas ($p=0,037$). Na comparação entre sexo não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,958$) (Tab. 26).

Tabela 26. Comparação da necessidade de *persistência* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Persistência	Especialidade	Clínicas	49,7	30,8	57,0
		Cirúrgicas	64,5	22,4	65,0
		Pediatria	55,6	24,0	53,5
	Sexo	M	56	27	62
		F	56	27	57
					0,958**

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Os médicos residentes apresentaram escores médios dentro da média para a **necessidade mudança**, indicando leve desejo de afastar-se de tudo o que é rotineiro e fixo. Fraco gosto pela novidade, aventura, ligação permanente com lugares, objetos ou pessoas, facilidade com mudança de hábitos, lugares, comidas e objetos. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,209$) e especialidades ($p=0,556$) (Tab. 27).

Tabela 27. Comparação da necessidade de *mudança* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Mudança	Especialidade	Clínicas	48,4	24,4	45,0
		Cirúrgicas	53,8	23,8	57,5
		Pediatria	48,3	30,5	50,0
	Sexo	M	53	25	60
		F	47	27	48

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Com relação à **necessidade autonomia**, os escores médios apresentados foram médios, indicando leve tendência a sentir-se livre, sair do confinamento, resistir à coerção e à oposição. Aceitam executar tarefas impostas pela autoridade, pois têm pouca necessidade de agir independente e livremente, seguindo impulsos. Podem desafiar convenções. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,085$) e especialidades ($p=0,887$) (Tab. 28).

Tabela 28. Comparação da necessidade de *autonomia* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes. (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Autonomia	Especialidade	Clínicas	55,7	25,5	60,0
		Cirúrgicas	52,9	28,5	50,0
		Pediatria	54,5	28,7	55,0
	Sexo	M	59	25	60
		F	50	29	50

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Os médicos residentes apresentaram escores médios dentro de uma faixa média para a **necessidade heterossexualidade**, indicando leve desejo de manter relações sexuais e românticas com indivíduos do sexo oposto, discreto fascínio por sexo e assuntos afins. Quando comparadas as médias entre sexo, constatou-se que as mulheres apresentam escores mais baixos em relação aos homens ($p=0,036$). Em relação às especialidades, não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,119$) (Tab. 29).

Tabela 29. Comparação da necessidade de *heterossexualidade* do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p
Heterossexualidade	Especialidade	Clínicas	53,9	25,2	55,0
		Cirúrgicas	57,5	23,5	56,0
		Pediatria	45,4	27,8	47,5
	Sexo	M	58	55	0,036**
		F	48	48	

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*

Os escores médios apresentados para a ***necessidade desejabilidade social*** indicam que, embora altos, não foram elevados, assim os dados dos outros fatores podem ser olhados de maneira confiável, já que os médicos residentes tendem a mostrarem-se de forma verdadeira e a assumir suas características. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparados entre sexo ($p=0,095$) e especialidades ($p=0,172$) (Tab. 30).

Tabela 30. Comparação da necessidade de desejabilidade social do IFP entre as especialidades e sexo dos médicos residentes (Santa Casa de São Paulo, 2010).

IFP	Variável	Média	DP	Mediana	p*
Desejabilidade Social	Especialidade	Clínicas	57,9	28,9	65,0
		Cirúrgicas	66,0	24,0	70,0
		Pediatria	68,3	25,7	70,0
	Sexo	M	59	65	0,095
		F	67	75	

IFP- Inventário Fatorial de Personalidade; *Análise de Variância (ANOVA); **teste *t-Student*.

Quadro 4. Relação entre as características de personalidade e as condições de risco e de proteção para Resiliência. (Santa Casa de São Paulo, 2010).

Necessidade (IFP)	Escore graduado	Condição de risco	Condição de proteção
Desempenho	Alto		X
Afiliação	Alto		X
Dominância	Alto		X
Assistência	Médio		X
Deferência	Médio		X
Exibição	Médio		X
Mudança	Médio		X
Autonomia	Médio		X
Ordem	Médio		X
Denegação	Alto	X	
Intracção	Médio	X	
Afago	Médio	X**	
Agressão	Médio	X*	
Persistência	Médio	X***	
Heterossexualidade	Médio	X*	

*Mulheres, ** Pediatras; *** Cirurgiões

4.8. Resultados referentes a Personalidade e os Modelos de Crenças Determinantes de Resiliência

Como proposta de compreensão da Resiliência por meio das características de Personalidade, promovemos uma associação entre as 15 necessidades medidas pelo IFP e os Modelos de Crenças Determinantes- MCDs descritos por Barbosa (Quadro 5).

Quadro 5. Apresentação dos escores obtidos pelos médicos residentes no IFP e a associação com os MCDs de Resiliência (Santa Casa de São Paulo, 2010).

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
	Autonomia	27	22,1	12	9,8	35	28,7	10	8,2	38	31,1
Análise do contexto (ACxt)	Ordem	28	23	16	13,1	27	22,1	13	10,7	38	31,1
	Intracção	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
	Denegação	18	14,8	9	7,4	36	29,5	10	8,2	24	31,1
Leitura corporal (LC)	Heterossexualidade	27	22,1	17	13,9	36	29,5	8	6,6	34	27,9
	Mudança	31	25,4	16	13,1	30	24,6	15	12,3	30	24,6
Conquistar e Manter pessoas (CMP)	Afago	33	27	10	8,2	32	26,2	12	9,8	35	28,7
	Intracção	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
	Afiliação	13	10,7	13	10,7	24	19,7	17	13,9	55	45,1
Sentido de vida (SV)	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

Legenda: Forte Moderada Fraca

O Programa de Residência Médica da Santa Casa de São Paulo recebe anualmente alunos de diversas escolas médicas, incluindo os egressos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). No ano de 2010 ingressaram neste programa 191 alunos, que iniciaram suas atividades em todas as Unidades da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp).

O interesse central deste estudo foi conhecer as características de Personalidade dos médicos residentes, verificar a possibilidade de associação com a Resiliência e a influência de *Burnout* na Qualidade de vida. Para atingirmos nosso objetivo, coletamos dados de médicos residentes ingressantes em 2010, no Programa de Residência Médica da ISCMSp. Foram incluídos no estudo todos os que manifestaram o interesse em participar após serem informados pelos chefes de equipe. Dos 191 médicos residentes ingressantes no programa, contamos com a participação de 122, que representaram 63,9% do total. A amostra foi significativa, representada por mais da metade do total.

Por meio da identificação do grupo estudado, verificamos se tratar de uma população jovem, sem família nuclear constituída, o que é observado na maior parte dos programas de Residência Médica em nosso país. Além disso, a proporção muito próxima entre homens e mulheres tem sido descrita na literatura⁽²⁰⁾. A Medicina, no passado, foi uma profissão exclusiva do sexo masculino, como tantas outras. Estima-se que, atualmente, cerca de 40% dos médicos em atividade no Brasil sejam mulheres e, entre os estudantes, elas já representem 50%⁽⁸⁴⁾.

Sobre a saúde física, a maioria referiu ser saudável, sem presença de doenças crônicas; no entanto, verificamos a referência ao uso constante de medicações, citada por 25,6% dos médicos residentes (Tab. 2). Embora não tenhamos questionado o tipo de medicação utilizado, o fato chamou-nos a atenção e consideramos este índice alto para uma população que se apresentou sem doenças. Este aspecto pode ser relacionado a um mecanismo de negação da presença de doenças crônicas ou uso de medicações psicotrópicas. Esta inferência está apoiada na literatura que tem revelado uso abusivo de medicamentos por parte dos médicos residentes, mostrando a dificuldade do médico em reconhecer-se doente e muitas vezes se automedicando⁽²⁰⁾.

Outro aspecto ligado à saúde foi a constatação de afastamentos por licença médica referida por 6,6% dos médicos residentes, este índice comparado à literatura é alto e requer atenção. Em relação a esses dados, temos referência de que os afastamentos por licença médica ocorrem predominantemente entre os médicos residentes de primeiro ano e representam cerca de 1%⁽³⁶⁾. Outro estudo revela que o absenteísmo pode ser considerado sinal precoce de *Burnout*⁽³¹⁾.

Profissionais e gestores na área da saúde têm se preocupado sobretudo quando o médico é diagnosticado com *Burnout*. Além de causarem muito sofrimento, os sintomas podem ser intensos a ponto de impossibilitarem atividades.

Fagnani et al⁽³⁰⁾ descreveram, a partir de um estudo realizado com médicos residentes em várias etapas do treinamento, uma sequência de sintomas psicológicos que marcam cada etapa do treinamento. O estudo mostra que a maior carga emocional parece ser vivenciada durante o primeiro ano, pois nele se concentram sentimentos intensos e ambivalentes, que testam a capacidade de adaptação e se revelam uma verdadeira prova de fogo. Este é o motivo pelo qual estudamos os residentes do primeiro ano.

No início do treinamento a Qualidade de Vida tem sido apontada como aspecto prejudicado em razão das necessidades de dedicação em quantidade de horas de trabalho e estudo^(50,51,52,53).

Neste estudo foi constatado prejuízo na Qualidade de Vida dos médicos residentes nos quatro domínios do WHOQOL-Bref: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Estes achados são semelhantes aos apresentados em trabalhos nacionais e internacionais^(50,51,52,53).

Estes estudos também apontam a estreita relação entre a síndrome de *Burnout* e Qualidade de vida, além dos quadros psicopatológicos^(50,51,52,53).

Para nós, o indivíduo com Qualidade de vida prejudicada tende a sentir-se mais cansado, exigido física e emocionalmente, sem o equilíbrio necessário para manter boa saúde, com consequente ocorrência de adoecimentos físicos e mentais.

Burnout, Qualidade de vida e aspectos ligados ao desgaste, em geral, dos médicos residentes têm sido discutidos em diferentes aspectos: privação de sono, afastamento de atividades de lazer e de convívio familiar, exigências profissionais, aspectos da Personalidade do indivíduo, entre outros⁽²⁰⁾.

A síndrome de *Burnout* nos médicos residentes deste estudo foi constatada de forma moderada em relação à dimensão **Exaustão Emocional** e à dimensão **Baixa Realização Profissional**. A respeito da dimensão **Despersonalização**, o grupo apresentou escores de moderado para alto (Tab. 7). As mulheres apresentaram maior tendência a *Burnout* ($p=0,048$) (Tab. 8) e os médicos residentes de Pediatria foram os mais vulneráveis a *Burnout* ($p=0,432$) (Tab. 9).

Estes achados são semelhantes aos descritos em artigos nacionais e internacionais. Alguns destes estudos têm demonstrado a existência da síndrome de *Burnout* com incidência maior entre os médicos residentes do primeiro ano e os autores referem que a síndrome tende a reduzir-se ao longo da carreira profissional por encontrarem formas de adaptação^(25,26,30).

Outros estudos mostram que a alta incidência de alcoolismo, drogadição, depressão e ansiedade e suicídio originam-se de autoexigências e perfeccionismo dos médicos residentes e de seus superiores^(3,31,32,33,34,35).

Os aspectos pessoais e ambientais têm se apresentado como prováveis causas da síndrome de *Burnout* ou responsáveis pelo desenvolvimento de hábitos do uso de tabaco, drogas, álcool, doenças físicas e mentais e, até, suicídio^(4,6,7,8,27,28,29). Em relação aos aspectos ambientais, destacam-se a relação com os superiores/ chefes de disciplinas, autonomia, remuneração, competição profissional, contato com riscos biológicos, químicos e condição de trabalho, iluminação, alimentação, segurança, considerados como principais fatores ambientais de risco para o estresse do residente^(4,6,7,8,10,13,26).

Com relação aos aspectos pessoais, estudos apontam a privação de sono, insegurança diante da inexperiência, medo de cometer erros, aspectos da Personalidade, vulnerabilidades psicológicas, sexo, conflitos familiares, relacionamento afetivo e outros eventos da vida^(2,3,20,31).

Considerando os aspectos pessoais, os estudos referem que o processo de exaustão surge naqueles que não conseguem superar as adversidades, caracterizando-se pela sensação de haver chegado ao próprio limite, levando-os a comportamentos que os tornam vulneráveis aos transtornos mentais^(3,20,31,42,43,44). Dentre eles, há os que sugerem que a Resiliência seja uma importante contribuição para o futuro da Residência Médica^(2,3,20,31).

Segundo estudos, os aspectos da Personalidade podem moderar os efeitos do estresse; apresentam características importantes: alto nível de compromisso, controle interno, sentido de segurança e tendência a enfrentar transtornos como desafios. Os que apresentam estas particularidades foram nomeados pelos autores como indivíduos de personalidade resiliente^(14,15).

Portanto, percebemos que os achados tendem a constatar a síndrome de *Burnout*, a identificar estressores e sugerir medidas de mudanças ambientais, como redução da jornada de trabalho, aprimoramento de inter-relações entre médicos residentes e seus superiores, além de entender aspectos emocionais que a experiência da Residência Médica traz para os profissionais. Existe, também, uma tentativa de conhecimento dos aspectos pessoais e de Personalidade que contribui para uma melhor adaptação e menor desgaste. E, ainda, há quem indique que atributos individuais podem ser considerados Resiliência e sugerem aprofundamento neste tema.

Não conhecemos estudos que avaliam Resiliência e analisam sua associação com a síndrome de *Burnout* em médicos residentes. O trabalho realizado por Dyrbye et al⁽²⁾ com estudantes de Medicina tentou avaliar a Resiliência e a recuperação de *Burnout*, mas concluiu que o método utilizado mediu fadiga e estresse e sua relação com *Burnout*, porém foi pouco eficiente para avaliar a relação de *Burnout* com a Resiliência. Os autores propuseram que estudos mais focados para este objetivo fossem construídos⁽²⁾.

Mesmo não utilizando uma metodologia capaz de medir Resiliência, os autores de estudos sobre *Burnout* em médicos sempre se reportam ao termo Resiliência para explicar a capacidade de enfrentamento de alguns em comparação com aqueles que desenvolvem *Burnout*^(2,3, 29,33,34,81). Há estudos que mostram que

aqueles que não sofrem de angústia são os mais resilientes^(2,3,31).

A Resiliência é uma forma de enfrentamento evocada sempre que o indivíduo apresenta uma situação de angústia. Quanto à experiência vivenciada no período de treinamento, ou seja, na Residência Médica, compreendemos que seja sempre uma situação vivida com angústia por uma significativa parte dos médicos residentes.

Neste sentido, propusemo-nos a medir a Resiliência destes médicos residentes e constatamos que a média dos escores apresentada configurou moderada e forte, indicando que perante situações nesta fase da Residência, a Resiliência foi considerada forte para a maioria (Tab. 10, 11).

A Resiliência medida apresentou associação à Qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e de relações sociais (Tab. 13). Por desconhecemos estudos que tenham realizado estas comparações entre médicos residentes, entendemos que indivíduos com alta capacidade de Resiliência conseguem cuidar-se fisicamente e são mais resistentes ao adoecimento. Do ponto de vista psicológico, aceita a vida com mais otimismo, encontra saídas saudáveis para situações de conflito, por vezes, evitando-as, tende a sentir-se mais seguro. Socialmente tem boa capacidade de relacionamento e empatia.

Em relação a *Burnout*, a associação com Resiliência não apresentou resultados estatisticamente significantes, porém houve forte tendência de associação nos domínios Exaustão Emocional e Baixa Realização Profissional. No domínio Despersonalização não houve diferença estatisticamente significativa (Tab. 14).

Este dado corresponde com a associação apresentada nos estudos sobre a síndrome de *Burnout*, os quais, ainda que não tenham apresentado em sua metodologia uma proposta para medir a Resiliência, arriscam-se a citar que possivelmente médicos residentes que apresentam baixos escores para a síndrome provavelmente sejam resilientes^(2,14,15,31). Nosso estudo mostra que existem fortes indícios de que esta relação seja verdadeira.

Avaliar as características de Personalidade e associá-las com a Resiliência são tentativas para aprofundar aspectos protetores de *Burnout*, especialmente a Resiliência, como proposto em vários estudos citados.

Neste sentido, verificamos os aspectos de Personalidade (Fig. 4) e Resiliência, conduzindo uma associação entre eles, que optamos por apresentar em duas etapas. Primeiro associar características de Personalidade com as de Resiliência, conforme sugere Pesce, considerando condições de risco e de proteção^(68,69). (Quadro 4)

A autora descreve que as condições de risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentariam a vulnerabilidade do indivíduo para resultados negativos em sua vida. As condições protetoras são mecanismos de proteção de que o indivíduo dispõe internamente ou capta do meio em que vive para a compreensão do acontecimento ou situação. A conjugação desses fatores indica fraca ou alta Resiliência^(68,69).

Na nossa compreensão os obstáculos individuais e os mecanismos de proteção de que o indivíduo dispõe internamente são alimentados por sua Personalidade, ou seja, suas características vão dimensionar capacidades e vulnerabilidades.

Para conhecermos as características de Personalidade dos médicos residentes deste estudo, optamos pela utilização do Inventário de Personalidade (IFP) desenvolvido a partir da Teoria da Personologia, de Henry Murray.

Ao analisarmos as características da Personalidade e as condições de risco e proteção ao estresse, verificamos que a particularidade mais forte desses médicos residentes é o *desempenho*. Este é um aspecto da Personalidade extremamente importante para a profissão e naturalmente esperado para as especialidades cirúrgicas, mas igualmente desgastante pela cobrança que incide sobre o profissional. Escore alto na **necessidade desempenho** representa ambição e empenho em realizar tarefas difíceis; agilidade e independência, vencer obstáculos, chegar à excelência. Para atender a esta necessidade o indivíduo despende de muita dedicação física e mental.

O desempenho foi uma das características de Personalidade mais investigadas na Teoria da Personologia, de Henry Murray. Dyrbye et al encontraram resultados semelhantes em estudo com estudantes de Medicina⁽²⁾.

Trabalhos foram produzidos, comparando indivíduos com alta e baixa necessidade de desempenho. Concluíram que pessoas com escores altos de desempenho eram mais resistentes às pressões sociais e menos conformistas. Estes indivíduos também tinham alta probabilidade de sucesso profissional em carreiras que dependessem de seu esforço e dedicação. Tinham maior probabilidade em trapacear em exames e provas, sabiam resolver melhor algumas situações comparados com aqueles com baixos escores em desempenho e desfrutavam de melhor saúde física^(85,86,87).

Assim consideramos que altos escores para a **necessidade desempenho** podem ser considerados como uma condição de proteção e um indicador de alta Resiliência.

Esta afirmação parece sustentar-se na constatação de que médicos residentes das especialidades cirúrgicas obtiveram menor pontuação para *Burnout* e apresentaram escores altos em desempenho (Tab. 9, 22).

As necessidades **afiliação, dominância, denegação** também foram características da Personalidade demonstradas por escores altos (Tab. 19, 20, 21).

A afiliação foi constatada por escores altos e muito altos na maioria do grupo estudado (Quadro 5).

A afiliação também foi uma das características de concentração dos estudos na Teoria de Murray. Ela está relacionada com o desejo de dar e receber afetos, apego e lealdade aos amigos, manter pessoas à sua volta. Costuma aparecer em altos escores em pessoas que se encontram em situações estressantes. Estudos demonstram que em situações de estresse as pessoas ficam mais tranquilas quando podem sentir que existem pessoas próximas^(85,88,89,90).

Um estudo observou 212 crianças e 212 pais em Israel e mostrou que, quando enfrentavam a possibilidade de um ataque de mísseis de guerra, aumentava significativamente a tendência de unirem-se a outras pessoas⁽⁸⁹⁾.

A afiliação é um aspecto que deve ser considerado e desenvolvido naqueles que não a possuem ou que não conseguem ultrapassar as barreiras da alta competitividade que existe durante o treinamento do médico. A alta competitividade é mais intensa, especialmente no primeiro ano, o mais difícil para o médico residente. A busca de apoio no outro pode ser interpretada pelo profissional como fragilidade, dificultando a busca de parceria, ajuda e apoio entre pares.

Entendemos que altos escores em afiliação podem representar uma condição de proteção ao estresse. O estudo realizado nos Estados Unidos com estudantes de Medicina constatou que aspectos ligados ao apoio de parceiros, professores, supervisores e familiares foram considerados fatores promotores de Resiliência⁽²⁾.

Quanto à **dominância**, representada por altos escores na maioria da amostra (Quadro 5), expressa sentimentos de autoconfiança, autocontrole e controle sobre o outro, sedução, persuasão. Esta característica mostra aspectos da Personalidade, importantes para o residente em Medicina. A autoconfiança e o autocontrole conduzem a uma melhor autoestima. Estudos têm demonstrado que atitudes que ferem a autoestima do residente têm sido promotores de desgaste, depressão e uso abusivo de bebidas alcoólicas^(2,3,44); alta autoestima pode ser um potente amenizador do desgaste do profissional.

Além disso, a nosso ver, o autocontrole evita conflitos que podem prejudicar a tarefa diária, impede confronto na relação médico-paciente, entre pares e entre médicos residentes e superiores. A autoconfiança motiva o crescimento e a expansão do conhecimento.

Portanto, o autocontrole também pode ser considerado condição de proteção.

A necessidade **denegação** refere-se à resignação; tendência a submeter-se passivamente à força externa, a aceitar desaforo, castigo e culpa, a admitir erro, fracasso e inferioridade, a confessar desejo de autodestruição. Escores altos e muito altos foram representados por quase metade do grupo de estudos, embora não

pareça significativo em termos e números, por trazer consequências negativas para o indivíduo, apontando para a fragilidade da Personalidade desses médicos residentes. Pode ser entendido como condição de risco ao estresse. Trata-se de uma característica oposta à dominância e parece estar relacionada com a pressão do ambiente, herdada desde a formação. A literatura mostra a hostilidade presente nas relações interpessoais entre professores e alunos nas escolas médicas e, mais tarde, entre supervisores/chefes e médicos residentes^(43,44,90,91).

O abuso e maus tratos durante a formação médica têm sido descritos como evidência de assédio psicológico aos estudantes. A prevalência de casos relatados de assédio é alta e essa experiência é fator de risco para sérios distúrbios psicopatológicos, podendo levar a insatisfação, alcoolismo, *Burnout* e suicídio. Os autores reforçam que estes fatos não chegam a ter implicações policiais, principalmente diante da dificuldade de avaliar psicopatologias pré-existentes e desencadeadas por assédio^(3,31). No entanto, consideramos evidente o dano psicológico que promovem na vida do estudante, com repercussões no início de sua carreira profissional, especialmente porque ampliarão situações geradoras de estresse no primeiro ano de residência.

Portanto, a denegação em altos escores foi considerada como uma condição de risco.

Todas as outras características: ***assistência, intracepção, afago, deferência, exibição, agressão, ordem, persistência, mudança, autonomia e heterossexualidade*** foram representadas por escores dentro da média, ao considerar a média dos escores apresentados (Tab. 15, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29). Como exceção, foram os escores apresentados pelas mulheres em relação à *agressão*, classificados como muito baixos e estatisticamente significantes comparados aos dos homens (Tab. 24).

Escores muito baixos em *agressão* representam baixas reações de raiva, irritação e ódio, baixo potencial para brigar, atacar, injuriar outros. Estas características podem explicar o maior estresse das mulheres, referido na literatura, e também parece ser uma característica que contribui para vulnerabilidade emocional, uma vez que elas não se dispõem a brigar e lutar para defender seus

interesses. Em algumas especialidades cirúrgicas, este aspecto pode ser considerado fator de risco, por ser característica necessária para uma rápida e precisa tomada de decisões.

A *assistência* mostra sentimento de solidariedade, de compaixão, suporte emocional e consolo diante de doenças e infortúnios. O resultado esteve dentro da média dos escores; no entanto, escores altos foram verificados em quase metade de médicos residentes (Quadro 5).

A *assistência* parece importante característica de Personalidade para o médico, no entanto, entendemos que escore muito alto conduziria à vulnerabilidade emocional devido ao intenso contato com o paciente, que a literatura já aponta com fator de estresse⁽²⁰⁾; enquanto escore muito baixo contribuiria para afastamento emocional na relação com o paciente, chegando à despersonalização, um dos domínios considerados na avaliação de *Burnout*. Na média dos escores, não foi característica acentuada dos médicos residentes do nosso estudo; portanto, pode ser considerada condição de proteção. No caso daqueles que apresentaram escore muito alto, consideramos a *assistência* como uma condição de risco.

Com relação à *intracepção*, a média dos escores também esteve na faixa média, indicando leve tendência a deixar-se conduzir por sentimentos e inclinações difusas. Os indivíduos são discretamente dominados pela procura de felicidade, fantasia e imaginação, conceitualizando fatos da vida interior e fazendo julgamentos, às vezes, sem dar atenção aos fatos concretos. Embora os homens tenham apresentado média de escores mais altos, não foi estatisticamente significativa e também não houve diferença entre as especialidades (Tab. 16).

A *intracepção* em altos escores é considerada fator de risco uma vez que conduz o indivíduo a um julgamento irreal da realidade, com consequências negativas no comportamento.

A média dos escores apresentados para *afago* revelou uma tendência leve à busca de apoio e proteção. Esses médicos residentes podem esperar ter seus desejos satisfeitos por pessoas queridas ou amigas. Anseiam por afago, apoio, proteção, amor, orientação, perdão e consolo. Podem precisar constantemente de

alguém que os entenda e os proteja e sofrem por sentimentos de ansiedade, abandono, insegurança e desespero. Os escores mais elevados foram apresentados pelos médicos residentes da Pediatria, a diferença foi estatisticamente significativa (Tab. 17).

O *afago* em altos escores pode ser considerado uma condição de proteção, porém, especialmente no caso dos médicos das especialidades pediátricas, é percebido como condição de risco, uma vez que entendemos que, especialmente na Pediatria, o médico precisa oferecer afago e não necessitar dele. Talvez este seja um dos motivos do maior desgaste dos médicos residentes da Pediatria, constatados neste estudo (Tab. 9). Compreendemos, também, que os indivíduos com alto escore em *afago* tenham maior facilidade para a afiliação e se sobressaiam em situações de grande competitividade.

A média dos escores para *deferência* foi detectada dentro da média, revelando características como respeito, admiração e reverência por seus superiores. Escores altos e muito altos foram constatados em quase metade do grupo (Quadro 5).

A *deferência* parece ser uma característica protetora em relação ao modelo de formação do residente, que deve manter comportamento de reverência e admiração por seus superiores. Porém, se elevada, conduz a uma resignação excessiva e consequentes prejuízos na autoestima.

Quanto à *exibição*, a média dos escores revelou uma tendência leve para a vaidade, desejo de impressionar, ser ouvido e visto. Apresentaram discreto desejo de fascinar as pessoas e até mesmo chocá-las; gostam de dramatizar os fatos para impressionar e entreter. Escores altos e muito altos foram representados por metade dos médicos residentes (Quadro 5).

A *exibição* pode ser considerada uma condição de proteção, pois conduz o indivíduo a chamar a atenção para si, conquistando reconhecimento ao expor suas qualidades, características e competências. Se, com isso, obtiver o reconhecimento de que necessita, conseguirá minimizar o estresse.

Quanto à característica *ordem*, a média dos escores dos médicos residentes demonstrou discretos comportamentos relacionados a ordem, limpeza, organização, equilíbrio e precisão.

A *ordem* foi uma característica identificada como uma fraca condição de proteção, quando considerada a média dos escores. O indivíduo com altos escores para esta característica desenvolve comportamentos que também podem conduzir a um reconhecimento por parte dos superiores. A ordem também propicia melhor organização, característica importante para a prática profissional de sucesso. O indivíduo organizado consegue realizar um planejamento das atividades e alcançar melhores resultados, aumento de segurança e autoconfiança.

A *persistência* indica finalizar qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que pareça. Obsessão por ver o resultado de um trabalho, esquecendo o repouso necessário, resultando em queixas de pouco tempo, cansaço e preocupações. A média dos escores constatada indicou variação entre as especialidades, demonstrada por escore médio-baixo apresentado pelo grupo das especialidades clínicas, escore médio apresentado pelo grupo de especialidades pediátricas e escores altos pelas especialidades cirúrgicas, com diferenças estatisticamente significantes. Escore alto e muito alto foram verificados em quase metade da amostra.

A *persistência* pode ser considerada uma condição de proteção porque conduz o indivíduo a conquistar seus objetivos, elevando sua autoestima e autoconfiança; porém, se acentuada, pode se tornar condição de risco, uma vez que o indivíduo perde a dimensão do cuidado com sua saúde. Portanto, para o grupo das especialidades clínicas, a baixa persistência apareceu como condição de proteção, enquanto para o grupo das especialidades cirúrgicas pode indicar condição de risco.

A *mudança* indica desejo de afastar-se de tudo o que é rotineiro e fixo, gosto por novidade, aventura, lugares, objetos ou pessoas, hábitos, lugares e comidas. O escore médio constatado foi classificado dentro da média.

A mudança pode ser considerada condição de proteção se analisada sob o aspecto do pensamento, ou seja, ela pode conduzir o indivíduo a mudar o que não o satisfaz, por exemplo, a rotina que o leva ao tédio. E, desta forma, melhorar sua Qualidade de vida e outros aspectos da vida pessoal e profissional. No entanto, se analisada sob o aspecto ambiente, como propõe Henry Murray, pode ser compreendida como condição de risco para aqueles que apresentaram escore alto, porque mais uma vez o indivíduo perde a dimensão do cuidado com seu corpo e suas emoções, expondo-se a aventuras, alimentação e hábitos diferenciados, sem preocupar-se em manter vínculos nas interações pessoais.

Com relação à *Autonomia*, relaciona-se com a necessidade de o indivíduo sentir-se livre, sair do confinamento, resistir à coerção e à oposição. Tende a executar tarefas impostas pela autoridade, pois tem pouca necessidade de agir independente e livremente, seguindo seus impulsos. Pode desafiar convenções.

A *autonomia* é característica da Personalidade protetora para o desgaste profissional. Trabalhos^(81,92,93,94,95) sobre *Burnout* revelam o quanto esta característica reduz o desgaste profissional. Na amostra, os resultados podem ser preocupantes e responsáveis pelo nível de *Burnout* registrado neste estudo. Entendemos que, para a maioria destes médicos residentes, ela se apresentou como condição de risco, uma vez que escores médios indicam tendência à submissão em relação às decisões de outros.

A autonomia promove sensação de liberdade que pode aumentar a autoconfiança e a autoestima, importantes aspectos promotores de Resiliência.

Os médicos residentes apresentaram a média dos escores dentro de uma faixa média para *heterossexualidade*, indicando leve desejo de manter relações sexuais e românticas com indivíduos do sexo oposto, discreto fascínio pelo sexo e assuntos afins. Quando comparadas as médias entre sexo, constatou-se que as mulheres apresentam escores mais baixos estatisticamente significantes em relação aos homens. Neste sentido, a heterossexualidade para este grupo representa condição de risco, visto que o relacionamento sexual é fonte de alívio de tensões e um dos pilares da Qualidade de vida.

Resumindo, em termos de características de Personalidade, a amostra estudada apresentou como média dos escores: muito alto para desempenho; alto para afiliação, dominância, denegação; e escore médio para assistência, intracepção, afago, deferência, exibição, ordem, persistência, mudança, autonomia e heterossexualidade.

Das 15 necessidades avaliadas, o grupo estudado apresentou 7 características potencialmente protetoras: desempenho; afiliação; dominância; assistência, deferência, exibição, mudança. Quatro parcialmente consideradas protetoras para esta amostra: agressão (no caso dos médicos residentes homens), intracepção (para a metade da amostra), afago (para os médicos residentes das especialidades clínicas e cirúrgicas), persistência (para os médicos residentes das especialidades clínicas). Quanto às características potenciais de risco, consideramos: denegação, autonomia e heterossexualidade. Parcialmente consideradas de risco foram: agressão (para as mulheres), intracepção (para a metade do grupo), afago (para os médicos residentes da Pediatria), persistência (para os médicos residentes da Cirurgia).

Embora as condições de proteção tenham imperado, elas não livraram estes médicos residentes de *Burnout*, mas os protegeram, uma vez que foram constatadas de forma moderada, quando a literatura aponta para altos índices de *Burnout* em médicos residentes de primeiro ano.

Como ponto forte do nosso estudo, acreditamos que demos um passo a mais na busca de compreensão de algumas questões pessoais ligadas à Resiliência e a *Burnout*.

Conforme constatado, *Burnout* é condição de adoecimento altamente limitante que vai marcar o treinamento do médico acometido por ele. Por outro lado, mesmo para aqueles que não chegam a apresentar sintomatologia que caracteriza a síndrome de *Burnout*, o primeiro ano da Residência Médica tem sido observado como período marcante na formação do profissional. Tudo o que for vivenciado, enfrentado, assimilado ou não, cunhará o comportamento profissional desses médicos ao longo da carreira profissional.

Os nossos achados ainda não permitem generalizações, mas podem ser estimulantes para que futuras pesquisas trilhem caminhos mais aprofundados em torno da proposta abaixo, fruto dos resultados obtidos neste estudo.

Propomos um modelo de avaliação e identificação de características de Personalidade que se associem a áreas da Resiliência. Baseamos-nos na Teoria da Personologia, de Henry Murray⁽⁵⁷⁾; a Teoria Cognitiva, de Beck, Alford⁽⁶²⁾ e os Modelos de Crenças Determinantes de Resiliência, de Barbosa⁽⁷⁷⁾.

Barbosa⁽⁷⁷⁾, como já salientamos, considera oito modelos de crenças que se destacam na literatura especializada e, por isso, são identificados como determinantes. São denominados Modelos de Crenças Determinantes (MCDs) e organizam a Resiliência no indivíduo. Os oito MCDs foram selecionados por serem concretos, de possível mensuração, ensinados e melhorados. Assim, compreendemos que avaliar a Resiliência baseada em modelos de crenças evidencia os pontos fortes e os pontos vulneráveis. A partir deste conhecimento, poderemos trabalhar com os indivíduos com o objetivo de melhorar a capacidade de Resiliência diante das adversidades da vida.

A Resiliência tem sido compreendida como atributos ou pré-disposições do indivíduo e, como tal, pode ser desenvolvida. Assim, nossa proposta foi fazer uma associação entre Resiliência constatada no grupo de médicos residentes, a partir dos Modelos de Crenças Determinantes (MCDs) com as características de Personalidade que Murray chamou de necessidades.

Retomando os conceitos, Murray⁽⁵⁷⁾ em sua teoria explica que as necessidades apresentadas pelo indivíduo são resultados de experiências assimiladas por meio das relações parentais e do ambiente. Para ele, o conceito de necessidade é um construto que representa uma força na região cerebral que organiza a percepção, a apercepção, a inteligência, a conexão e a ação, de modo a transformar, em certa direção, uma situação insatisfatória existente. Uma necessidade é, muitas vezes, provocada diretamente por certos processos internos, porém, mais frequentemente, pela ocorrência de uma das poucas pressões comumente efetivas – forças do meio. A necessidade leva o organismo a evitar o choque de responder a certas pressões. Independentemente de como se apresenta e sua durabilidade, ela se transforma em

comportamento manifesto que muda a circunstância inicial, promovendo a pacificação para o organismo.

Para o autor, grande parte da personalidade é determinada pelas necessidades (processos pessoais internos) e pelo ambiente. As necessidades organizam a percepção provocada por esses processos internos e pelas forças do meio, conduzindo o indivíduo a um comportamento. A personalidade revela como ele se comporta diante dos fatos da vida. Murray deixa claro em sua teoria que a personalidade não é fixa, nem estática, ela se desenvolve e se modifica ao longo da vida.

Algumas propostas psicoterapêuticas se ocupam de modificar aspectos da personalidade do indivíduo por meio de conceitos e técnicas psicoterápicas.

Aaron Beck⁽⁶¹⁾ desenvolveu a Terapia Cognitiva visando a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais, descreveu crenças que o indivíduo constrói ao longo da vida.

Segundo Beck, Alford⁽⁶²⁾, as crenças surgem na infância à medida que a criança interage com pessoas significativas e encontra uma série de situações que confirmam essas ideias. As crenças surgem a partir da tentativa de o indivíduo extrair sentido de seu ambiente, desde os primeiros estágios do desenvolvimento. É uma forma de organizar e adaptar sua experiência de modo coerente. O modelo cognitivo entende que emoções e comportamentos das pessoas são influenciados pela percepção dos eventos. Portanto, não é a situação em si que determina o sentimento do indivíduo, mas o modo como ele interpreta a situação.

Barbosa⁽¹⁸⁾, baseado na Teoria Cognitiva, considera que a Resiliência tem sua origem em sistemas específicos de crenças que interagem com as adversidades da vida e conduzem o indivíduo a utilizar habilidades específicas na resolução de problemas e conflitos⁽¹⁸⁾. O autor argumentou que a interação de crenças a respeito de um mesmo domínio possibilitou a estruturação dos modelos de crenças que interagem de forma determinante e oferecem sustentação cognitiva e emocional para a Resiliência⁽⁷⁷⁾.

Como já descritos, os Modelos de Crenças Determinantes de Resiliência-MCDs cobrem oito áreas cognitivas: autocontrole, autoconfiança, leitura corporal, análise do contexto, otimismo para a vida, empatia, conquistar e manter pessoas e sentido de vida.

Ao mapearmos as características de Personalidade por meio do IFP, construímos as associações com os MCDs (Quadro 5).

Relacionamos o MCD *autocontrole* com a dominância, denegação, autonomia e agressão. Características de personalidade como: autoconfiança, desejo de controlar os outros, submissão, resignação, tendência a realizar tarefas independentemente se assemelham ao MCD *autocontrole* que representa o equilíbrio para lidar com as adversidades relacionadas ao controle emocional, fortes conflitos e situações de elevada tensão⁽⁷⁹⁾. Os médicos residentes mostraram como característica mais forte a dominância, porém o grupo feminino apresenta de forma muito intensificada a baixa agressão que vai para além de um autocontrole, podendo gerar muita passividade e ser considerada uma característica negativa.

O MCD *autoconfiança* foi relacionado à dominância, desempenho, persistência e autonomia. Características de personalidade como autoconfiança, desejo de controlar os outros, empenho em realizar e vencer obstáculos, alto padrão de realização, investimento em levar até o fim qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que possa parecer, e realizar tarefas independentemente se assemelham ao MCD *autoconfiança*, que representa a crença em resolver problemas e conflitos a partir das próprias habilidades⁽⁷⁹⁾. Os médicos residentes demonstraram estar muito bem em relação à autoconfiança.

O MCD *análise do contexto* foi relacionado com a ordem e a intracepção. Características de personalidade como ordem, limpeza, organização, equilíbrio e precisão se assemelham ao MCD *análise do contexto* e foram consideradas positivas. No entanto, Características relacionadas à intracepção, embora se assemelhem ao MCD *análise do contexto*, em função dos altos escores apresentados pela maioria, foram consideradas negativas, pois implicam procura de felicidade, fantasia e imaginação, conceitualizando fatos da vida interior e fazendo julgamentos, às vezes, sem dar atenção aos fatos concretos. A Resiliência ligada à

análise do contexto significa identificar as causas, as relações e as implicações dos problemas, dos conflitos e das adversidades presentes no ambiente⁽⁷⁹⁾.

Relacionamos ao MCD *empatia* às características de Personalidade ligadas a assistência, deferência, afiliação e denegação. Características de personalidade como desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura, necessidade de prestar solidariedade às pessoas desamparadas, indefesas respeito, admiração e reverência, desejo de dar e receber afetos, lealdade, amor e afeto se assemelham ao MCD *empatia* e foram positivas. No entanto, quanto às características ligadas à denegação, embora se assemelhem ao MCD *empatia*, os altos escores apresentados foram considerados negativos uma vez que são acentuadas as características de submissão e resignação. A *empatia*, no se refere ao bom-humor, capacidade de emitir mensagens que promovem a interação, aproximação, conectividade e reciprocidade entre as pessoas, favorece a liderança⁽⁷⁹⁾.

O MCD *otimismo para a vida* foi relacionado às características de desempenho, persistência e denegação. Características de personalidade como o empenho em realizar, vencer obstáculos, manter alto padrão de realização, levar até o fim qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que possa parecer, submissão e resignação foram consideradas positivas para a composição do MCD *otimismo para a vida* que evidencia a crença de que as coisas podem mudar para melhor. Revela o investimento contínuo no entusiasmo e convicção da capacidade de controlar o destino dos eventos, mesmo quando o poder decisão estiver fora das mãos⁽⁷⁹⁾.

Foram relacionadas ao MCD *leitura corporal* as características heterossexualidade e mudança. Os traços de personalidade relacionados são o desejo de manter relações sexuais e românticas com indivíduos do sexo oposto, desejo pelo sexo e assuntos afins, desejo de afastar-se de tudo o que é rotineiro e fixo, gosto pela novidade, aventura, mudança de hábitos, lugares e comidas se assemelham ao MCD *leitura corporal* e revelam a observação corporal que o indivíduo faz de seu corpo e de outro num contexto de situações adversas, de conflito e de elevado estresse, porém os médicos residentes deste estudo mostraram fragilidade neste aspecto da Resiliência.

O MCD *conquistar e manter pessoas* foi relacionado ao afago, intracepção, agressão, autonomia e exibição. Características como buscar apoio e proteção, satisfação dos desejos por pessoas queridas ou amigas, procurar felicidade pela fantasia e imaginação, superar-se com vigor, lutar, realizar tarefas de maneira independente, sentir-se livre e fazer-se notado assemelham-se ao MCD *conquistar e manter pessoas*, que representa a capacidade de conquistar e se vincular a outras, conectando-se para a formação de fortes redes de apoio e proteção, sem receios, sem medo do fracasso e demasiadas forças em suas iniciativas⁽⁷⁹⁾.

Por fim, relacionamos o MCD *sentido de vida* com o desempenho, persistência e mudança. Características de personalidade como empenho em realizar, vencer obstáculos, manter alto padrão de realização, levar até o fim qualquer trabalho iniciado, por mais difícil que possa parecer, desejo de afastar-se de tudo o que é rotineiro e fixo, gosto pela novidade e pela aventura se assemelham ao MCD *sentido de vida*, que se refere ao modo de acreditar num sentido maior para a vida, nos recursos transcendentais que o ser humano tem face a seus limites, promove fortalecimento e capacidade para preservar a vida, evitando situações de risco, buscando áreas que possam beneficiá-lo em condições de proteção⁽⁷⁹⁾.

Portanto, foi possível verificar que a alta Resiliência constatada em 64,9% dos médicos residentes deste estudo esteve relacionada aos MCDs *autocontrole*, *autoconfiança*, *empatia*, *otimismo para a vida* e *sentido da vida*. No entanto, quanto aos MCDs *análise do contexto* e *conquistar e manter pessoas*, eles apresentam fragilidade, necessitando de um trabalho de constatação e mudanças das crenças ligadas a esses domínios. Por fim, apresentam grandes dificuldades relacionadas ao MCD *leitura corporal*, necessitando de especial atenção.

Diante destes dados, verificamos que a Resiliência como uma pré-disposição multideterminada pode ser associada às características de Personalidade descritas em Murray⁽⁵⁷⁾. A descrição das características de Personalidade baseadas em Murray muito se assemelhou com os Modelos de Crenças Determinantes de Resiliência encontrados em Barbosa⁽⁷⁷⁾.

O estudo da Resiliência e sua associação às características de Personalidade pode ser uma grande contribuição para o desenvolvimento de estratégias de intervenção a grupos de profissionais em situações adversas, como os médicos.

Conhecer as características de personalidade que se assemelham aos domínios ligados à Resiliência e a realização de um trabalho baseado na Teoria Cognitiva com proposta de desenvolver e modificar as crenças ligadas à Resiliência pode resultar em grandes benefícios aos profissionais da Medicina.

Burnout, como descrito, é um sério problema de saúde e tem sido impeditivo do desenvolvimento saudável do profissional. Portanto, desenvolver a Resiliência nesses profissionais incide na proteção contra o adoecimento e pode evitar a necessidade de desenvolver mecanismos de defesa desadaptativos.

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

- Como características de Personalidade, constatamos que a amostra estudada apresentou por meio da média dos escores:

- ✓ **Muito alto:** *desempenho.*
- ✓ **Alto:** *afiliação, dominância, denegação.*
- ✓ **Médio:** *assistência, intracepção, afago, deferência, exibição, ordem, persistência, mudança, autonomia e heterossexualidade.*

Foi constatada a alta capacidade de Resiliência na maioria da amostra, relacionada aos MCDs *autocontrole, autoconfiança, empatia, otimismo para a vida e sentido da vida*. No entanto, quanto aos MCDs *análise do contexto e conquistar e manter pessoas*, eles apresentaram fragilidade, necessitando de um trabalho de constatação e mudança das crenças ligadas a estes domínios. Por fim apresentaram grandes dificuldades relacionadas ao MCD *leitura corporal*, necessitando de especial atenção.

- A Qualidade de vida avaliada revelou prejuízo nos quatro domínios, com piora no final do primeiro ano.
- O *Burnout* foi identificado de forma moderada na dimensão Exaustão Emocional, leve na dimensão Despersonalização e grave na dimensão reduzida Realização Profissional. Apresentando piora da Despersonalização e melhora da reduzida Realização Profissional, no final do primeiro ano.
- Foi possível relacionar as características de Personalidade com a Resiliência.
- A Resiliência pode ter sido um motivo da baixa incidência de *Burnout* neste grupo.
- Houve associação entre Resiliência e Qualidade de vida.

Anexo 1
ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: _____ anos

2. Sexo:

- 1. Masculino
- 2. Feminino

3. Profissão:

- 1. Médico
- 2. Médico Residente

4. Tempo de exercício profissional: _____

5. Unidade em que trabalha: _____

6. Tempo de trabalho na Unidade: _____

7. Turno de trabalho:

- 1. Matutino
- 2. Vespertino
- 3. Noturno
- 4. Integral
- 5. Plantão
- 6. Mais de um

8. Escolheu trabalhar nesta área?

- 1. Sim
- 2. Não

9. Você sente que o seu trabalho é reconhecido?

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. Parcialmente

10. Cor da pele:

- 1. Branco
- 2. Negro
- 3. Amarelo
- 4. Mulato
- 5. Outra

11. Naturalidade: Cidade: _____ Estado: _____

12. Tempo de residência em São Paulo: _____ anos

13. Estado Civil:

- 1. Solteiro
- 2. Casado
- 3. Convivente/relação estável
- 4. Divorciado/separado
- 5. Viúvo

14. Tem filhos:

1. Sim
2. Não

15. Quantos filhos: _____**16. Sua escolaridade:**

1. Pós-graduação incompleta
2. Pós-graduação completa () Especialização Lato Sensu () Mestrado () Doutorado

17. Tem outro emprego:

1. Sim
2. Não

18. Renda mensal familiar:

1. Até 2 salários mínimos
2. De 2 a 6 salários mínimos
3. De 6 a 10 salários mínimos
4. De 10 a 14 salários mínimos
5. De 14 a 18 salários mínimos
6. Acima de 18 salários mínimos

19. Já esteve em licença médica?

1. Sim
2. Não

20. Apresenta alguma doença física?

1. Sim
2. Não

21. Toma alguma medicação?


1. Sim
2. Não

22. De um modo geral você se sente apoiado pela sua família?

1. Satisfatoriamente
2. Insatisfatoriamente

Anexo 2

IFP - INVENTÁRIO FATORIAL DE PERSONALIDADE



**INVENTÁRIO
FATORIAL
DE PERSONALIDADE**

Luiz Pasquali
Maria Mazzarello Azevedo
Ivânia Ghesti
Instituto de Psicologia, UnB

QUESTIONÁRIO

INSTRUÇÕES

Este questionário constitui-se de 155 afirmações sobre coisas que você pode gostar ou não, sobre sentimentos que você pode experimentar ou não e jeitos de ser que você pode ter ou não.

Você deve ler atentamente cada afirmação e dizer quanto do que ela afirma caracteriza você. Para tanto, escreva na **FOLHA DE RESPOSTAS** um número de 1 a 7 para cada afirmação identificada pelo número de ordem correspondente, conforme a seguinte escala:

- 7 = Totalmente característico
- 6 = Muito característico
- 5 = Característico
- 4 = Indiferente
- 3 = Pouco característico
- 2 = Muito pouco característico
- 1 = Nada característico


Exemplo:

		QUADRO DE RESPOSTAS			
		1	2	3	...
1.	Gosto de falar de mim mesmo				
2.	Detesto trabalhar à noite				
3.	(...)				

Nesse exemplo, o respondente escreveu "6" para a questão 1 ("Gosto de falar de mim mesmo") porque achou que ela afirmava algo muito característico dele; ao passo que escreveu "3" para a questão 2 ("Detesto trabalhar à noite") porque achou que ela afirmava algo pouco característico dele.

Este não é um teste ou uma prova. Não há respostas certas ou erradas. A resposta simplesmente descreve como você se sente, o que pensa ou o que gosta. Suas escolhas, portanto, devem ser feitas em função de seus gostos, preferências e sentimentos, pessoais e atuais; e não em função do passado ou das impressões que os outros têm de você.

Procure responder sequencialmente a todas as questões.



© 2005, Casa do Psicólogo® Editora Ltda.
Rua Mauro Gnetto, 1069 - 05617-011 - São Paulo SP - Tel: (11) 3034-0830
e-mail: testes@casadopsicologo.com.br site: www.casadopsicologo.com.br

- 01 – Gosto que meus amigos me apoiem quando fracasso.
- 02 – Gosto de fazer coisas que outras pessoas consideram fora do comum.
- 03 – Gostaria de realizar um grande feito ou grande obra na minha vida.
- 04 – Gosto de experimentar novidades e mudanças em meu dia-a-dia.
- 05 – Gosto de sair com pessoas atraentes do sexo oposto.
- 06 – Se me pedissem para levantar um peso de 10 toneladas, eu o faria.
- 07 – Parece-me mais importante avaliar as pessoas por suas intenções que por suas ações.
- 08 – Não gosto de situações em que se exige que eu me comporte de determinada maneira.
- 09 – Sinto-me deprimido(a) diante de minha incapacidade em lidar com várias situações.
- 10 – Se eu tiver que viajar, gosto de ter as coisas planejadas com antecedência.
- 11 – Minha moral está acima de qualquer crítica.
- 12 – Prefiro arranjar trabalhos novos e diferentes a continuar fazendo sempre a mesma coisa.
- 13 – Gosto de dizer o que eu penso a respeito das coisas.
- 14 – Gosto de saber o que grandes personalidades disseram sobre os problemas pelos quais eu me interesso.
- 15 – Gostó de ser capaz de fazer as coisas melhor do que as outras pessoas,
- 16 – Gosto de concluir qualquer trabalho ou tarefa que tenha começado.
- 17 – Gosto de ajudar meus amigos quando eles estão com problemas.
- 18 – Não costumo abandonar um quebra-cabeça ou problema antes que consiga resolvê-lo.
- 19 – Gosto de dizer aos outros como fazer seus trabalhos.
- 20 – Gostaria de ser considerado(a) uma autoridade em algum trabalho, profissão ou campo de especialização.
- 21 – Gosto que meus amigos sintam pena de mim quando estou doente.
- 22 – Gosto de experimentar e provar coisas novas.
- 23 – Já fiz coisas de natureza sexual que a sociedade não aprova.
- 24 – Quando acordo de manhã, meu coração está batendo.
- 25 – Quando tenho alguma tarefa para fazer, gosto de começar logo e permanecer trabalhando até completá-la.
- 26 – Aceito com prazer a liderança das pessoas que admiro.
- 27 – Acho que o sofrimento me faz mais bem do que mal.
- 28 – Gosto de ficar sexualmente excitado.
- 29 – Gosto de trabalhar horas a fio sem ser interrompido(a).
- 30 – Gosto que meus amigos me dêem muita atenção quando estou sofrendo ou doente.
- 31 – Costumo analisar minhas intenções e sentimentos.
- 32 – Sinto-me melhor quando desisto e evito uma briga do que quando tento fazer as coisas de minha maneira.
- 33 – Gosto de fazer com carinho pequenos favores a meus amigos.
- 34 – Sinto-me inferior aos outros na maioria dos aspectos.
- 35 – Minhas maneiras à mesa quando estou em casa são exatamente as mesmas quando sou convidado(a) para jantar fora.

- 36 - Gosto de ficar acordado(a) até tarde para terminar um trabalho.
- 37 - Não tenho medo de dizer às pessoas que não gosto delas.
- 38 - Gosto de andar pelo país e viver em lugares diferentes.
- 39 - Gosto de analisar os sentimentos e intenções dos outros.
- 40 - Gosto de atacar pontos de vista contrários aos meus.

- 41 - Gosto de fazer gozação com pessoas que fazem coisas que eu considero estúpidas.
- 42 - Se o mundo fosse acabar amanhã, continuaria vivendo como vivi até agora.
- 43 - Tenho vontade de me vingar quando alguém me insulta.
- 44 - Gosto de pensar sobre o caráter dos meus amigos e tentar descobrir o que os faz serem como são.
- 45 - Sou leal aos meus amigos.

- 46 - Gosto de levar um trabalho ou tarefa até o fim antes de começar outro.
- 47 - Como demais.
- 48 - Gosto de dizer aos meus superiores que eles fizeram um bom trabalho, quando acredito nisso.
- 49 - Gosto de me colocar no lugar de alguém e imaginar como eu me sentiria na mesma situação.
- 50 - Gosto que meus amigos sejam solidários comigo e me animem quando estou deprimido(a).

- 51 - Antes de começar um trabalho, gosto de organizá-lo e planejá-lo.
- 52 - Não gosto de ser interrompido enquanto trabalho.
- 53 - Gosto que meus amigos demonstrem muito afeto por mim.
- 54 - Gosto de realizar tarefas que, na opinião dos outros, exigem habilidade e esforço.
- 55 - Gosto de ser chamado(a) para resolver brigas e disputas entre outras pessoas.

- 56 - Gosto de ser bem-sucedido nas coisas que faço.
- 57 - Gosto de fazer amizades.
- 58 - Gosto de ser considerado(a) um(a) líder pelos outros.
- 59 - Dou todo o dinheiro que posso para a caridade.
- 60 - Gosto de realizar com afinco (sem descanso) qualquer trabalho que faço.

- 61 - Vez por outra, em minha vida, eu senti medo.
- 62 - Gosto de participar de grupos cujos membros se tratam com afeto e amizade.
- 63 - Sinto-me satisfeito(a) quando realizo bem um trabalho difícil.
- 64 - Tenho vontade de mandar os outros calarem a boca quando discordo deles.
- 65 - Gosto de fazer coisas do meu jeito sem me importar com o que os outros possam pensar.

- 66 - Gosto de ser considerado(a) fisicamente atraente pelas pessoas do sexo oposto.
- 67 - Gosto de viajar e conhecer o país.
- 68 - Não admito que meu ponto de vista seja atacado pelos outros.
- 69 - Gosto de me fixar em um trabalho ou problema mesmo quando a solução parece extremamente difícil.
- 70 - Gosto de participar de discussões sobre sexo e atividades sexuais.

- 71 - Uma vez ou outra em minha vida, roubei alguma coisa.
- 72 - Gosto de ouvir ou contar piadas em que o sexo é o assunto principal.
- 73 - Gosto de conhecer novas pessoas.
- 74 - Gosto de dividir coisas com os outros.
- 75 - Sinto-me satisfeito(a) quando consigo convencer e influenciar os outros.
- 76 - Gosto de demonstrar muita afeição por meus amigos.
- 77 - Gosto de prestar favores aos outros.
- 78 - Gosto de seguir instruções e fazer o que é esperado de mim.
- 79 - Acredito que meu corpo viverá para sempre.
- 80 - Gosto de elogiar alguém que admiro.
- 81 - Quando planejo alguma coisa, procuro sugestões de pessoas que respeito.
- 82 - Gosto de manter minhas coisas limpas e ordenadas em minha escrivaninha ou em meu local de trabalho.
- 83 - Se a ficha de um telefone público é devolvida depois de eu ter falado, eu a reponho no telefone.
- 84 - Perco a confiança em mim mesmo(a) na presença de pessoas que considero meus superiores.
- 85 - Gosto de manter fortes laços de amizade.
- 86 - Gosto que meus amigos me ajudem quando estou com problema.
- 87 - Gosto que meus amigos mostrem boa vontade em me prestar pequenos favores.
- 88 - Sinto-me culpado quando faço alguma coisa que sei que está errada.
- 89 - Gosto de estar apaixonado por alguém do sexo oposto.
- 90 - Gosto de manter minhas cartas, contas e outros papéis bem arrumados e arquivados de acordo com algum sistema.
- 91 - Gosto que meus amigos sejam solidários e compreensivos quando tenho problemas.
- 92 - Gosto de participar de atividades sociais com pessoas do sexo oposto.
- 93 - Prefiro fazer coisas com meus amigos a fazer sozinha.
- 94 - Gosto de tratar outras pessoas com bondade e compaixão.
- 95 - Gosto de comer em restaurantes novos e exóticos (diferentes).
- 96 - Minto se for conveniente para mim.
- 97 - Procuro entender como meus amigos se sentem a respeito de problemas que eles enfrentam.
- 98 - Gosto de ser o centro das atenções em um grupo.
- 99 - Existem coisas que eu não entendo.
- 100 - Gosto de ser um dos líderes nas organizações e grupos aos quais pertencço.
- 101 - Gosto de ser independente dos outros para decidir o que quero fazer.
- 102 - Gosto de me manter em contato com meus amigos.
- 103 - Se faço alguma coisa errada, sinto que deveria ser punido.
- 104 - Quando participo de uma comissão (reunião), gosto de ser indicado ou eleito presidente.
- 105 - Gosto de fazer tantos amigos quanto possível.

- 106 – Gosto de observar como uma outra pessoa se sente numa determinada situação.
- 107 – Gosto de acompanhar a moda e estilos novos.
- 108 – Quando estou em um grupo, aceito com prazer a liderança de outra pessoa para decidir o que o grupo fará.
- 109 – Não gosto de me sentir pressionado(a) por responsabilidades e deveres.
- 110 – Na escolha de meus amigos, ignoro coisas como raça, religião e convicções políticas.
- 111 – Às vezes, fico tão irritado(a) que sinto vontade de jogar e quebrar coisas.
- 112 – Gosto de fazer perguntas que ninguém será capaz de responder.
- 113 – Gosto de ter minha vida arrumada de tal modo que ela passe tranquilamente sem muitas mudanças em meus planos.
- 114 – Às vezes, gosto de fazer coisas simplesmente para ver o efeito que terão sobre os outros.
- 115 – Sou solidário com meus amigos quando machucados ou doentes.
- 116 – Não tenho medo de criticar pessoas que ocupam posições de autoridade.
- 117 – Gosto de fiscalizar e dirigir os atos dos outros sempre que posso.
- 118 – Acredito ser a única pessoa da terra com quem Deus falou pessoalmente.
- 119 – Culpo os outros quando as coisas dão errado comigo.
- 120 – Gosto que as pessoas me façam confidências e me contem seus problemas.
- 121 – Gosto de ajudar pessoas que têm menos sorte do que eu.
- 122 – Gosto de planejar e organizar, em todos os detalhes, qualquer trabalho que eu faça.
- 123 – Na escola coleci algumas vezes.
- 124 – Gosto de fazer coisas novas e diferentes.
- 125 – Gosto de ler livros e assistir a peças em que o sexo seja o tema principal.
- 126 – Gostaria de realizar com sucesso alguma coisa de grande importância.
- 127 – Quando estou com um grupo de pessoas, gosto de decidir sobre o que vamos fazer.
- 128 – Interesse-me em conhecer a vida de grandes personalidades.
- 129 – Procuro me adaptar ao modo de ser das pessoas que admiro.
- 130 – Quando as coisas dão erradas comigo, sinto-me mais responsável do que os outros por isso.
- 131 – Gosto de resolver quebra-cabeças e problemas com os quais outras pessoas têm dificuldades.
- 132 – Gosto de falar sobre os meus sucessos.
- 133 – Gosto de beijar pessoas atraentes do sexo oposto.
- 134 – Gosto de dar o melhor de mim em tudo que faço.
- 135 – Gosto de estudar e analisar o comportamento dos outros.
- 136 – Em tudo que faço, tento realmente fazer o melhor possível.
- 137 – Gosto de contar aos outros aventuras e coisas estranhas que acontecem comigo.
- 138 – Existem algumas pessoas no mundo que não conheço pessoalmente.
- 139 – Sinto que devo confessar coisas que faço e considero erradas.
- 140 – Perdoo as pessoas que às vezes possam me magoar.

- 141 – Gosto de prever (entender) como meus amigos irão agir em diferentes situações.
- 142 – Não tenho medo de criticar alguém em público quando ele merece.
- 143 – Gosto de me sentir livre para fazer o que quero.
- 144 – Gosto de me sentir livre para ir e vir quando quiser.
- 145 – Gosto de usar palavras cujo significado as outras pessoas desconhecem.

- 146 – Gosto de planejar antes de iniciar algo difícil.
- 147 – Qualquer trabalho escrito que faço, gosto que seja preciso, limpo e bem-organizado.
- 148 – Gosto que as pessoas notem e comentem a minha aparência quando estou em público.
- 149 – Gosto de ler ou assistir manchetes sobre assassinatos ou outras formas de violência.
- 150 – Agi covardemente em certos momentos de minha vida.

- 151 – Gosto que meus amigos me tratem com delicadeza.
- 152 – Gosto de ser generoso(a) com os outros.
- 153 – Gosto de ter minhas refeições organizadas e um horário definido para comer.
- 154 – Gosto de contar histórias e piadas engraçadas em festas.
- 155 – Gosto de dizer coisas que os outros consideram engraçadas e inteligentes.

Anexo 3

MBI – PESQUISA EM SERVIÇOS HUMANOS

O objetivo desta avaliação é verificar como os indivíduos em serviços humanos ou de profissões de ajuda vêm seu trabalho e as pessoas com as quais trabalham diretamente. Como pessoas de uma variedade ampla de ocupações irão responder a esta pesquisa, usaremos o termo **recebedor** para nos referir aos indivíduos aos quais você presta o seu serviço, cuidado, tratamento ou orientação. Quando você for responder a esta pesquisa, por favor, pense nas pessoas que recebem o seu serviço como recebedores, mesmo que você use outro termo em sua área.

No texto abaixo, você encontrará 22 afirmações de sentimentos relacionados ao trabalho. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se você alguma vez já se sentiu assim *sobre seu trabalho*. Se você *nunca* se sentiu assim, assinale “Nunca”. Se você já se sentiu assim, assinale a casa que melhor descreve *com que frequência* você se sente dessa forma.

Um exemplo é mostrado abaixo:

Eu me sinto deprimido(a) no trabalho

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

Se você nunca se sente deprimido no trabalho você deve assinalar “Nunca”. Se você raramente se sente deprimido no trabalho (poucas vezes ao ano ou menos) você deve assinalar “Poucas vezes ao ano”. Se os seus sentimentos de depressão são nitidamente frequentes (algumas vezes na semana, mas não diariamente) você deve assinalar “Algumas vezes na semana”.

1. Eu me sinto emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

2. Eu me sinto exausto(a) no fim de um dia de trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

3. Eu me sinto cansado(a) quando acordo de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

4. Eu posso entender facilmente como os recebedores do meu trabalho se sentem sobre as coisas.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

5. Eu sinto que trato alguns recebedores do meu trabalho como se eles fossem objetos impessoais.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

6. Trabalhar com pessoas o dia todo é realmente um esforço para mim.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

7. Eu lido de forma bastante eficiente com os problemas dos recebedores do meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

8. Eu me sinto consumido(a) pelo meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

9. Eu sinto que estou influenciando positivamente na vida das pessoas através do meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

10. Eu tenho me tornado mais endurecido com as pessoas desde que comecei este trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

11. Eu me preocupo com o fato de que este trabalho esteja me calejando emocionalmente.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

12. Eu me sinto com muita energia.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

13. Eu me sinto frustrado(a) pelo meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

14. Eu sinto que estou trabalhando muito duro no meu local de trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

15. Eu realmente não me importo com o que acontece com alguns recebedores do meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

16. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado(a).

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

17. Eu consigo facilmente criar um clima tranquilo com os recebedores do meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

18. Eu me sinto alegre depois de trabalhar proximo aos recebedores do meu trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

19. Eu tenho realizado muitas coisas que valem a pena neste trabalho.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

20. Eu me sinto como se estivesse no fim da linha.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

21. No meu trabalho, eu lido com problemas emocionais com muita calma.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

22. Eu sinto que os recebedores do meu trabalho me culpam por alguns de seus problemas.

Com que frequência sente isso?

Nunca	Poucas vezes ao ano	Uma vez ao mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Diariamente

Anexo 4

ESCALA DE RESILIÊNCIA

Por favor, para cada afirmativa circule o número que indica o quanto você discorda ou concorda, utilizando uma escala de 1 a 7 onde,

1 = discordo totalmente, e 7 = concordo totalmente.

1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

8. Eu sou amigo de mim mesmo.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

10. Eu sou determinado.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

14. Eu sou disciplinado.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

15. Eu mantenho interesse nas coisas.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

21. Minha vida tem sentido.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

1		2		3		4		5		6		7
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

Anexo 5**WHOQOL-bref****WHOQOL - ABREVIADO**

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 6
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 Rua Santa Isabel, 305 - 4º andar Santa Cecília CEP: 01221-010 São Paulo - SP
 PABX: 21767000 Ramal: 8061 - Telefax: 33370188 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

São Paulo, **16 de dezembro** de **2009**.

Projeto nº 419/09
 Informe este número para
 identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a) Sr.(a)

Psc. Rosana Trindade Santos Rodrigues

Serviço de Psicologia Hospitalar

O Comitê de Ética e Pesquisa da ISCMSP, em reunião ordinária, dia **16/12/2009** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa **"Associação de traços de personalidade, resiliência e qualidade de vida com o desgaste emocional de residentes de Medicina"** emitiu parecer enquadrando-o na seguinte categoria:

- ☒ **Aprovado (inclusive TCLE).**
- ☐ **Com pendências** há modificações ou informações relevantes a serem atendidas em até 60 dias, (enviar as alterações em **duas cópias**);
- ☐ **Retirado**, (por não ser reapresentado no prazo determinado);
- ☐ **Não aprovado:** e
- ☐ **Aprovado (inclusive TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)**, e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - MS - CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias.
- Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**



Prof. Dr. Nelson Keiske Ono

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - ISCMSP

Anexo 7

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisadora *Rosana Trindade Santos Rodrigues*, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Chiavone, está realizando uma pesquisa, que não inclui medicamentos ou qualquer outra forma de intervenção sobre os participantes, denominada: “*Resiliência e Características de Personalidade de médicos residentes como proteção para o Burnout e Qualidade de vida*” que tem como objetivo avaliar a associação de traços de personalidade, capacidade de resiliência, qualidade de vida com o desgaste emocional de médicos durante o primeiro ano de Residência, em dois momentos, no início e ao final de 1 ano.

Ao aceitar participar deste estudo, os participantes serão orientados pela pesquisadora sobre como responder aos instrumentos (questionários de avaliação), que constam de itens que não implicam em risco, e que podem ser respondidos em cerca de 60 minutos.

Os participantes têm a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e abandonar o estudo, sem que isto lhes traga qualquer prejuízo quanto a sua atuação profissional na Instituição.

Os dados obtidos serão mantidos em lugar seguro, codificados e a identificação só será realizada pela pesquisadora. Caso o material venha a ser utilizado para publicação científica ou atividades didáticas, não serão utilizados nomes que possam vir a identificá-los, estando garantidos a confidencialidade, o sigilo e a privacidade conforme a Resolução N.º 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

As pessoas que aceitarem participar da pesquisa podem receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos assuntos a ela relacionados. A pesquisadora estará à disposição no telefone 3337-0905, no Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa, situado à Rua Santa Isabel, 305, 7º andar, Bairro de Santa Cecília, São Paulo ou no celular 9730 1085.

Declaro que li as informações e recebi todos os esclarecimentos necessários junto à pesquisadora e concordo em participar do estudo. Recebi uma via deste documento, que ficará em meu poder.

Data: São Paulo, de de 2010.

Nome do participante: _____

Documento de identificação: (RG): _____

Assinatura: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. Rev Assoc Med Bras. 1998; 44(1):28-34.
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. Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. Rev Bras Edu. Med. 2009; 33(3):493-504.
4. Nogueira-Martins LA. Consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do hospital. São Paulo. Revista ABP-APAL. 1989; 11(4):160-4.
5. Nogueira-Martins LA. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. Bol Psiquiatr. 1989/90; 22/23:9-15.
6. Nogueira-Martins LA. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. Psychiatry On Line Brazil. 1996; [citado 1996 jul 1]. Disponível em: <http://priory.com/psych/saudment.htm>
7. Nogueira-Martins LA, Botega MR. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. Revista ABP-APAL. 1998; 20(3):105-11.
8. Nogueira-Martins LA. Humanização na saúde. Revista Ser Médico. 2002; 18:27-9.
9. Telles H, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. Saúde e Sociedade. 2009; 18(3):467-78.
10. Lima FD, Buunk BP, Araújo BMJ, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. Rev Bras Educ Med. 2007; 31(2):137-46.
11. Benevides-Pereira AM. (Org.) Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. 282p.
12. Barros DS, Tironi MOS, Nascimento Sobrinho CL, Neves FS, Bitencourt AGV, Almeida AM, et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de Burnout. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20(3):235-40.
13. 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.
14. Rout U. Estrés laboralen professionals de la salud. In: Buendia Vidal J, Ramos F. (Coord.). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p.93-106.

15. 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. p. 15-29.
16. Farias M, Monteiro N. Reflexões sobre pró-socialidade, resiliência e psicologia positiva. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2006; 2(2):39-46.
17. Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British of Psychiatry*. 1985; 147:598-611.
18. 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”. Tese (Doutorado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
19. Dell’Aglio D, Bianchini D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Revista Paidéia*. 2006; 16(35):427-36.
20. Nogueira Martins LA. Residência médica – estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. 200p.
21. Foucault M. O nascimento da clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994. 252p.
22. De Marco MA (org.). A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
23. Scliar M. A paixão transformada: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
24. Michel GLM, Lopes Junior A, Santos RA, Oliveira RAB, Rebellato JR, Nunes MPT, Residência médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. *Cadernos da ABEM*. 2011; 7:13-27.
25. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive symptoms in medical students: a multischool study. *Acad Med*. 2009; 84(2):236-41.
26. 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.
27. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnout out residents prospective cohort study. *BMJ*. 2008; 336(7642):448-91.

28. 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.
29. Katz ED, Aharp L, Ferguson E. Depression among emergency medicine residents over an academic year. *Acad Emerg Med*. 2006; 13(3):284-7.
30. Fagnani NR, 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):152-7.
31. Benevides-Pereira AM, Gonçalves MB. Transtornos mentais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(1):10-23.
32. De Marco OLN, Rossi E, Millan LR. Considerações acerca do “erro médico” e de suas implicações psicológicas. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. *O universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.143-8.
33. Rossi E, De Marco OLN, Millan LR. Reflexões sobre o suicídio entre estudantes de medicina. *Rev Med São Paulo*. 1991; 70(1/2):28-30.
34. Mosley Jr. TH, Perri SG, Neral SM, Dubbert PM, Grothues CG, Pinto BM. Stress coping, and well-being among third-year medical students. *Acad Med*. 1994; 69(9):765-7.
35. Burstein AG, Loucks S, Kobos J, Johnson G, Talbert RL, Stanton B. A longitudinal study of personality characteristics of medical students. *J Med Educ*. 1980; 55:786-7.
36. Smith JW, Denny WJ, Witzke DB. Emotional impairment in internal medicine house staff-results of a national survey. *JAMA*. 1986; 255:1155-8.
37. Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ*. 2002; 36(1):66-72.
38. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*. 2002; 287:3143-6.
39. Gabriel SA, Izar LC, Tristão CK, Toledo JCF, Ribeiro DJ, Pina SEM. Rastreamento epidemiológico da sintomatologia depressiva em residentes e estudantes de medicina. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba*. 2005; 7(3):15-9.
40. Demir F, Ay P, Erbas M, Ozdil M, Yasar E. The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007. 18(1):31-7.

41. Pires DBP. Incidência de sintomas depressivos em médicos residentes de primeiro ano e sua relação com características ocupacionais. Tese (Mestrado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2009.
42. Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Millan MPB, Arruda PVC. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: Millan LR, De Maco OLN, Rossi E, Arruda PVC (org.). O universo psicológico do futuro médico, vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 75-82.
43. Wolf TM, Randal HM, Von Almen K, Tynes LL. Perceived mistreatment an attitude change by graduating medical students: a retrospective study. *Med Educ*. 1991; 25:182-90.
44. Richmam JA, Flaherty JA, Rospenda KM, Christensen ML. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *JAMA*. 1992; 267(5):692-4.
45. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20(2):1-14.
46. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.
47. Garrat A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *Br Med J*. 2002; 324:1417-9.
48. Gill TF. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA*. 1994; 272:619-26.
49. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Cienc Saude Coletiva*. 2000; 5(1):33-8.
50. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(1):81-91.
51. Macedo PCM, Citero VA, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(2):119-24.
52. Oliveira Filho GR, Sturm EJH, Sartorato AE. Compliance with common program requirements in Brazil: its effects on resident's perception of quality of life and the educational environment. *Acad Med*. 2005; 80:98-102.
53. Girard DE, Hicmam DM, Gordon GH, Robison RO. A prospective study of internal medicine residents emotions and attitudes throughout their training. *Academic Medicine*. 1986; 66(2):111-4.

-
54. Dalgalarrrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. 271p.
55. Tavares H. Personalidade, temperamento e caráter. In: Busatto Filho G. Fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos. São Paulo: Atheneu; 2006. p.191-205.
56. Hall-Lindzey CS. Teorias da personalidade. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1984. 591p.
57. Schultz DP, Schultz SE. Teorias da personalidade. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2011. 528p.
58. Bastos CL. Manual do exame psíquico. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
59. Cloninger SC. Teorias da personalidade. São Paulo: Martins Fontes; 2003. 625p.
60. Araújo RM. Análise da estrutura fatorial do inventário fatorial de personalidade –IFP. Univ Ci Saúde Brasília. 2004; 2(1):1-151.
61. Beck, AT. O poder integrador da terapia cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. 173p.
62. Beck AT, Alford BA. Depressão: causas e tratamentos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 343p.
63. Beck JS. As crenças centrais. In: Beck J. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997. p.174-199.
64. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(Supl. II):54-64.
65. Yunes M. Psicologia positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In: Dell'Aglio D, Koller S, Yunes M (Orgs.). Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco a proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 45-68.
66. Cervency C, Souza M. Resiliência psicológica: revisão de literatura e análise da produção científica. Revista Interamericana de Psicologia. 2006; 40(1):119-26.
67. Oliveira MA, Reis VL, Zanelato LS, Neme CMB. Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. Psicol Cien Prof. 2008; 28(4):754-67.
68. Pesce RP. Family violence and aggressive and oppositional behavior in childhood: a literature review. Ciên Saúde Colet. 2009; 14(2):507-18.
69. 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.

-
70. Koller S, Poletto M. Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In: Dell'Aglio D, Koller S, Yunes M (Orgs.). Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco a proteção. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p.19-44.
71. Elsen I, Lacharité C, Silva M. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. Revista Paidéia. 2003; 13(26):147-56.
72. Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Revista Estudos de Psicologia. 2008; 25(3):405-16.
73. Vergara S. A resiliência de profissionais angolanos. Revista de Administração Pública. 2008; 42(4):701-18.
74. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsychiatry. 1987; 57:316-31.
75. Yunes MAM, Szymansky H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J. Resiliência e educação. São Paulo: Cortes; 2001. p. 13-42.
76. Cyrulik B. Resiliência – esta inaudita capacidade de construção humana. São Paulo: Instituto Piaget; 2001.
77. Barbosa G. 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.
78. Reivich K, Shattè A. The resilience factor. 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. New York –USA: Broadway Books – Random House; 2002.
79. Barbosa GS. A Psicologia no processo de formação do atleta. In: III Congresso ABRAPESP e SIPD (Sociedad Iberoamericana de Psicologia del Deporte), 2011; São Paulo. Apresentação oral. São Paulo: Escola de Educação Física – Universidade de São Paulo; 2011.
80. Pasquali L, Azevedo M, Ghesti I. Inventário fatorial de personalidade: manual técnico e de aplicação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
81. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout inventory. 2ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1985.
82. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinson V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100). Rev Saúde Pública. 1999; 33(2):198-205.
83. Norusis MJ. SPSS for Windows. Professional Statistics. Realease 13.0. Chicago, 2004.

-
84. Carneiro MB, Gouveia VV, Conselho Federal de Medicina. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2004.
85. McClelland DC. Characteristics of successful entrepreneurs. *Journal of Creative Behavior*. 1987; 3:219-33.
86. Piedmont RL. The relationship between achievement motivation, anxiety and situational characteristics on performance on a cognitive task. *Journal of Research in Personality*. 1988; 22:177-87.
87. Tuerlinckx F, De Boeck P, Lens W. Measuring needs with the thematic apperception test: a psychometric study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002; 82:448-61.
88. Strumpfer D. Fear and affiliation during a disaster. *Journal of Social Psychology*. 1970; 82:263-8.
89. Rofe Y. Affiliation tendencies on the eve of the Iraq war: a utility theory perspective. *Journal of Applied Social Psychology*. 2006; 36:1781-9.
90. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 2005; 5(1):21.
91. Uhari M, Kokkonen J, Nuutinen M, Vainionpää L, Rantala H, Lautala P, Vayrynen M. Medical student abuse: an international phenomenon. *JAMA*. 1994; 271(13):1049-51.
92. Carlotto M, Câmara S. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Revista Psicologia em Estudo*. 2004; 9(3):499-505.
93. Cherniss C. Career stability in public service professionals: a longitudinal investigation based on biographical interview. *American Journal of Community Psychology*. 2002; 117(4):399-421.
94. Dolan N. The relationship between Burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 12:3-12.
95. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52:397-422.

Rodrigues RTS. Resiliência e características de personalidade de médicos residentes como proteção para o *Burnout* e qualidade de vida. Tese (Doutorado); 2012.

Introdução: Burnout é uma síndrome que resulta do estresse profissional e está associada à dificuldade de enfrentar adversidades tanto ambientais quanto pessoais. Em médicos residentes, Burnout tem se manifestado especialmente durante o primeiro ano do treinamento. Os estudos mostram que alguns indivíduos enfrentam as adversidades de forma saudável e conseguem evitar adoecimento. Características de Personalidade e Resiliência explicam o fenômeno. **Objetivo:** verificar a associação entre características de Personalidade e Resiliência e a influência positiva de *Burnout* e Qualidade de Vida em médicos residentes durante o primeiro ano de Residência Médica. **Método:** estudo de seguimento (T1= início do primeiro ano e T2=final do primeiro ano) que avaliou 121 médicos residentes por meio de uma ficha com dados sociodemográficos; Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), Escala de Resiliência de Wagnild & Young, Maslach Burnout *Inventory* (MBI) e WHOQOL-bref. **Resultados:** constatou-se a presença de Burnout nos domínios 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) ($p=0,001$); Prejuízo da Qualidade de Vida nos quatro domínios, com piora em T2 nos domínios físico ($p<0,001$) e psicológico ($p<0,001$). Verificou-se forte Resiliência entre 63,6% da amostra estudada. Os médicos residentes com forte Resiliência apresentaram menor índice de Burnout e melhor Qualidade de Vida. Características de personalidade puderam ser associadas à Resiliência. **Discussão:** o primeiro ano da Residência Médica é um marco na formação do médico e deve receber a atenção dos profissionais de saúde mental no estudo e desenvolvimento de técnicas que ajudem sua proteção, uma vez que Burnout pode gerar danos pessoais e profissionais. A Resiliência compreendida como uma característica multideterminada pode ser desenvolvida em médicos residentes como forma de proteção para Burnout. **Conclusão:** comportamento resiliente protegeu o médico residente contra Burnout, neste estudo.

Palavras-chave: Burnout, Características de Personalidade, Resiliência, Residência Médica.

Rodrigues RTS. *Resident doctors' resilience and personality traits as protection against Burnout and quality of life. Doctor Thesis; 2012.*

Introduction: Burnout is a disorder that results from professional stress and is associated with the difficulty of facing both personal and environmental difficulties. Resident doctors have presented Burnout especially during their first year of training. Studies have confirmed that some individuals react to these stressors in a healthy way and can avoid the illness. Personality characteristics and Resilience explain the phenomenon. Objective: to verify the association of Personality traits and Resilience and the positive influence of Burnout and Quality of Life in resident doctors during their first year of Medical Training. Method: a follow-up study (T1= beginning of first year and T2= end of first year) that evaluated 121 resident doctors, using a form with social-demographic data; Factorial Personality Inventory (FPI), Wagnild & Young Resilience Scale, the Maslach Burnout Inventory (MBI) and WHOQOL-brief. Results: the presence of Burnout was confirmed in the depersonalization domains in T1 (12,1) and T2 (13,9) ($p=0,004$); Emotional Exhaustion in T1 (26) and T2 (22,5) ($p=0,624$) and Low Professional Achievement in T1 (38,1) and T2 (35,5) ($p=0,001$); Loss in Quality of Life in the four domains, with a deterioration in T2 in the physical ($p<0,001$) and psychological ($p<0,001$) domains. Strong Resilience was seen in 63,6% of the sample studied. The resident doctors with strong Resilience presented a lower level of Burnout and better Quality of Life. Personality traits were associated to Resilience. Discussion: the first year of Medical Residency is crucial in the formation of a doctor and should receive the attention of mental health professionals in the study and development of protection techniques, since Burnout may cause personal and professional damages. Resilience, when considered a multidetermining characteristic, may be developed in resident doctors as a way to protect against Burnout. Conclusion: In this study, Resilient behaviour protected the resident doctor from Burnout.

Key words: Burnout, Personality characteristics, Resilience, Resident doctor.