



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FLÁVIA FRAGA SILVEIRA

**Síndrome de *Burnout* e Socialização Organizacional: Residentes de Medicina**

Belo Horizonte  
2017

FLÁVIA FRAGA SILVEIRA

**Síndrome de *Burnout* e Socialização Organizacional: Residentes de Medicina**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social.  
Linha de Pesquisa: Trabalho, Sociabilidade e Saúde.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Livia de Oliveira Borges.

Belo Horizonte  
2017

150 Silveira, Flávia Fraga  
S587s Síndrome de Burnout e socialização organizacional:  
2017 residentes de medicina [manuscrito] / Flávia Fraga Silveira. -  
2017.  
106 f.  
Orientadora: Livia de Oliveira Borges.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia

1.Psicologia – Teses. 2. Burnout (Psicologia) - Teses.  
3.Socialização - Teses. 4.Residentes (Medicina) - Teses. I. Borges, Livia de Oliveira, 1960-. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Síndrome de Burnout e Socialização Organizacional: Residentes de Medicina**

**FLÁVIA FRAGA SILVEIRA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2017, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Livia de Oliveira Borges - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Virginia Donizete de Carvalho  
Universidade Federal de Alfenas

  
Prof(a). João Leite Ferreira Neto  
PUC-Minas

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2017.

Dedico esse trabalho a minha mãe que me ensinou o valor e a importância da busca pelo conhecimento.

## **Agradecimentos**

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela oportunidade de realizar o meu sonho de cursar o mestrado e por ter colocado pessoas tão boas no meu caminho ao longo dos dois anos que eu fiquei em Belo Horizonte.

Agradeço aos meus pais, por sempre acreditarem na minha capacidade e por me apoiarem todas as vezes que me senti insegura. Obrigada por sempre desejarem o melhor para mim, por sempre me orientarem e pelo esforço que tiveram para que eu pudesse permanecer em Belo Horizonte e, principalmente, por terem me dado o alicerce necessário para que eu pudesse conquistar uma graduação e poder almejar um mestrado.

Agradeço ao meu irmão, o meu melhor amigo, por ter me recebido de braços abertos em sua casa, por todas as caronas que me concedeu, pela sua companhia única e sempre revigorante. Obrigada pelo seu apoio, por seus conselhos e sua eterna amizade. Nunca esquecerei o que você fez por mim ao longo dos dois anos que fiquei em Belo Horizonte.

Agradeço a minha orientadora, Livia, por seu apoio, dedicação, generosidade, por sempre acreditar no meu potencial, por estar sempre disponível e disposta a me ajudar. Com você aprendi não apenas a pesquisar, eu pude ver e aprender como trabalha uma professora que se preocupa com a aprendizagem de seus alunos e não mede esforços para apoiá-los.

Agradeço a minha professora da graduação, Marisa, por ter me mostrado os primeiros passos da pesquisa científica.

Agradeço a todos os professores do programa de pós-graduação em Psicologia da UFMG que contribuíram para minha formação.

Agradeço à Mara, minha amiga, que eu tive o prazer de conhecer e conviver no campus da UFMG. Eu sou grata pela oportunidade de termos trabalhado juntas nas aulas e no laboratório de pesquisa que participamos, pelas trocas de experiência com relação ao andamento das nossas pesquisas e por ter me ajudado com a análise de conteúdo.

Agradeço as minhas amigas por sempre terem me apoiado, incentivado e acreditado que eu seria capaz de entrar em um programa de pós-graduação em Psicologia.

Agradeço aos membros do 'Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Sociabilidade e Saúde', em especial, à Sabrina, Georgina, Camila, Silvino, Geraldo, Valéria e Bárbara Katherine por terem me feito sentir em casa desde a primeira reunião, pela companhia em todas as segundas-feiras, pela troca de conhecimentos e experiências que contribuíram para o meu crescimento como pesquisadora.

Agradeço ao Dr. Alexandre, Gerente de Ensino e Pesquisa Hospital das Clínicas da UFMG, por ter me orientado quanto aos procedimentos necessários para que eu pudesse pesquisar no hospital e por ter me apoiado. Agradeço às Dra. Marilene e Dra. Fabiana, coordenadora e vice coordenadora do COREME, que me forneceram os contatos necessários para a realização da minha pesquisa e por terem me apoiado. Também sou grata às secretárias do COREME, Maria de Fátima e Hérica, por todas as vezes que me receberam e me auxiliaram.

Agradeço aos coordenadores dos programas de residência médica que me receberam nas reuniões clínicas.

Eu agradeço, especialmente, a todos os médicos residentes que participaram da minha pesquisa.

## Resumo

A síndrome de *burnout* é concebida como uma resposta ao estresse ocupacional crônico que acomete endemicamente profissionais de ocupações de ajuda, entre os quais estão os profissionais de saúde. Dentre eles, os médicos residentes que são profissionais em processo de qualificação profissional. A socialização organizacional se refere ao conteúdo e ao processo de aprendizagem pelo qual o indivíduo desenvolve as atitudes, comportamentos e conhecimentos necessários, de modo a tornar-se membro da organização. Objetivei identificar a prevalência da síndrome de *burnout* e avaliar se o processo de socialização organizacional dos médicos residentes está relacionado a tal prevalência. Nas atividades de campo, 273 médicos residentes responderam uma ficha sociodemográfica e de perfil ocupacional, o MBI-General Survey e o Inventário de Socialização Organizacional (ISO). Entrevistei 13 deles. Submeti as respostas dos questionários à análise estatística e, as das entrevistas, à análise de conteúdo. Encontrei alta exaustão emocional (68,1%), moderado ou alto cinismo (41,7%) e moderada ou alta ineficácia profissional (40,6%). Identifiquei a presença de síndrome de *burnout* em 25,64% dos médicos residentes e a presença da mesma em diferentes estágios de desenvolvimento em 26,74% dos participantes. Os resultados do ISO indicam que os médicos residentes do HC-UFMG apresentaram predominantemente escores moderados em seis fatores de socialização organizacional e baixo em não integração à organização. Os participantes apresentaram escores baixos (31,25%) ou moderados (68,75%) no fator integração às pessoas, o que sinaliza dificuldades nesse domínio. A síndrome de *burnout* e a socialização organizacional apresentaram relações de baixo poder explicativo com fatores sociodemográficos e de perfil ocupacional. Encontrei relação entre a síndrome de *burnout* e a socialização organizacional, na qual os participantes que apresentaram melhor escore no ISO tem menor incidência da síndrome. Concluo que investimentos organizacionais na socialização contribuiriam para prevenir a síndrome de *burnout*.

**Palavras-chave:** síndrome de *burnout*, socialização organizacional, residência médica, médicos residentes, hospital universitário.



## **Abstract**

Burnout syndrome is conceived as a response to chronic occupational stress that endemically affects help occupations professionals, including health professionals. Among them are the junior doctors who are professionals in the process of professional qualification. Organizational socialization refers to the content and learning process by which the individual develops the necessary attitudes, behaviors and knowledge in order to become a member of the organization. I aimed to identify the prevalence of burnout syndrome and to assess whether the process of organizational socialization of junior doctors is related to such prevalence. In the field activities, 273 resident physicians answered a socio-demographic and occupational profile, the MBI-General Survey and the Organizational Socialization Inventory (ISO). 13 of whom were interviewed. I submitted the answers of questionnaires to statistical analysis and those of interviews to content analysis. I found high emotional exhaustion (68.1%), moderate or high cynicism (41.7%) and moderate or high professional ineffectiveness (40.6%) among the participants. I identified the presence of burnout syndrome in 25.64% of junior doctors, as well as its presence in different stages of development in 26.74% of the participants. The ISO results indicate that HC-UFGM junior doctors had predominantly moderate scores on six factors of organizational socialization and low on non-integration with the organization. The participants presented low (31.25%) or moderate (68.75%) scores on the integration factor to the people, which indicates that there are difficulties in this area. Burnout syndrome and organizational socialization presented low explanatory power relations with sociodemographic and occupational profile factors. I found a relationship between burnout syndrome and organizational socialization, in which the participants who presented the best ISO score had a lower incidence of burnout syndrome. I conclude that organizational investments in socialization would contribute to the prevention of burnout syndrome.

**Keywords:** organizational socialization, burnout syndrome, junior doctors, university hospital.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	<b>10</b>
<b>2. Residência Médica, Síndrome de <i>Burnout</i> e Socialização Organizacional</b>	<b>13</b>
<b>3. Método</b>	<b>18</b>
<b>4. Resultados</b>	<b>19</b>
4.1. Artigo 1	20
4.2. Artigo 2	58
<b>5. Considerações finais</b>	<b>88</b>
<b>6. Referências</b>	<b>90</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>95</b>
7.1. Anexo 1	96
7.2. Anexo 2	97
7.3. Anexo 3	99
<b>8. Apêndices</b>	<b>102</b>
8.1. Apêndice 1	103
8.2. Apêndice 2	104
8.3. Apêndice 3	105
8.4. Apêndice 4	106

## 1. Introdução

Início a minha dissertação esclarecendo o porquê do meu interesse pela síndrome de *burnout* dentre os médicos residentes. A ideia para minha pesquisa surgiu no período em que estava fazendo estágio em Psicologia Hospitalar, período em que pude acompanhar o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde. A partir da minha observação, percebi que dentre esses profissionais, os mais estressados eram os médicos residentes. Ao pesquisar sobre os médicos residentes para tentar entender o que estava acontecendo, encontrei artigos que avaliavam a síndrome de *burnout* e o estresse ocupacional em médicos residentes (p. ex., Alves, Chor, Faerstein, Lopes, & Weneck, 2004; Álvarez- Hernández, Medécigo-Vite & Ibarra-Garcia, 2010; Guido, Silva, Goulart, Bolzan, & Lopes, 2012; Katsuaryama et al., 2011; Soares et al., 2012). Desses artigos, surgiu a ideia do projeto que submeti ao processo de seleção do mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Ainda como estagiária de Psicologia, pude observar, diariamente, nos corredores ou nos leitos do hospital, a relação dos médicos residentes com seus preceptores; a qual percebi que é permeada por hierarquia: o preceptor anda a frente dos médicos residentes e os repreende no corredor ou até mesmo durante as visitas ao paciente. Logo, dependendo do preceptor, essa relação é construída na base do medo. Temendo represálias, o médico residente não procura ajuda da preceptoría quando se vê diante de algum problema, tentando resolvê-lo sozinho ou com ajuda de outro médico residente. Ao conversar com a minha atual orientadora, descobri que queria entender não só apenas a relação interpessoal dos médicos residentes com seus preceptores, mas, também, o processo de aprendizagem dos médicos residentes. A partir daí, conheci a socialização organizacional.

A minha dissertação surgiu, portanto, da minha vivência como estagiária que me fez questionar o ambiente de trabalho e de aprendizagem dos médicos residentes. Então, esta pesquisa objetiva identificar a prevalência da síndrome de *burnout* e avaliar se o processo de

socialização organizacional dos médicos residentes está relacionado a tal prevalência. Para alcançar esses objetivos, eu tive a oportunidade, no programa de pós-graduação em Psicologia da UFMG, de fazer a minha dissertação no formato de dois artigos que foram submetidos a duas revistas. Essa opção permitiu que eu organizasse melhor os dados que foram coletados no Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG).

No primeiro artigo, procurei identificar se há prevalência da síndrome de *burnout* dentre os médicos residentes do HC-UFMG e explorei a sua relação com aspectos sociodemográficos e ocupacionais. Para atingir esses objetivos, inicialmente, apresentei uma revisão de literatura sobre o tema, bem como uma contextualização acerca da atual conjuntura política e econômica do país. Posteriormente, apresentei o método (em que é descrito os participantes, instrumentos e procedimentos) e resultados em que busquei responder: há prevalência de síndrome de *burnout* entre os médicos residentes do HC-UFMG? Há relação entre os fatores da síndrome de *burnout* e as características sociodemográficas? Há relação entre os fatores da síndrome de *burnout* e o perfil ocupacional?

No segundo artigo busquei identificar o nível de socialização organizacional dos médicos residentes do HC-UFMG e explorar a relação entre a socialização organizacional e a síndrome de *burnout* dentre os residentes de Medicina. Para alcançar esses objetivos, primeiramente, apresento uma síntese da revisão de literatura sobre os temas abordados. Posteriormente, apresento o método (descrevemos os participantes, instrumentos e procedimentos) e resultados em que buscamos responder: qual é o nível de socialização organizacional dos participantes? Características sociodemográficas e do perfil ocupacional influenciam no processo de socialização organizacional? Há relação entre síndrome de *burnout* e socialização organizacional?

Após responder as perguntas propostas em cada artigo, discuti os dados quantitativos encontrados com a análise de conteúdo das entrevistas, realizando, assim, triangulação metodológica. Por fim, ao término de cada artigo, apresento as considerações finais, nas quais realizei uma breve reflexão sobre os mesmos e fiz sugestões para novas pesquisas.

A preparação dos artigos foi enriquecedora para o desenvolvimento dessa dissertação, porque me exigiu avançar não só em competências teórico-metodológicas, mas, também, em aspectos técnico-normativos, familiarizando-me com as características da linguagem científica em Psicologia. Esse trabalho foi realizado no contexto da orientação de forma que a autoria de cada um é minha e de minha orientadora. Por isso, eles estão escritos na primeira pessoa do plural, diferenciando-se, neste aspecto, das demais partes desta dissertação.

Adotado o formato de dissertação com dois artigos, meu texto está organizado de forma que, neste primeiro capítulo, eu apresento a minha motivação para a realização da pesquisa e os objetivos da mesma. No segundo capítulo, intitulado “Residência Médica, Síndrome de *Burnout* e Socialização Organizacional”, conceituo a residência médica, bem como a síndrome de *burnout* dentro desse contexto e a socialização organizacional. No terceiro, “Método”, explico como foi realizada a minha pesquisa.

No quarto capítulo, “Resultados”, constam os dois artigos que compõem a minha dissertação: o primeiro artigo intitulado “Prevalência da Síndrome de Burnout dentre os Médicos Residentes” e o segundo denominado “Relação entre síndrome de burnout e socialização organizacional: residentes de Medicina”. Em cada artigo constam: revisão de literatura sobre os temas abordados, método, resultados, discussão dos resultados e considerações finais. No quinto capítulo, denominado “Considerações Finais”, são apresentadas: a relevância da minha pesquisa e o benefício de ter optado pela triangulação metodológica; a vantagem e a desvantagem pela escolha do modelo de dissertação através de artigos; e sugestões para o HC-UFMG.

## 2. Residência Médica, Síndrome de *Burnout* e Socialização Organizacional

A residência médica tornou-se a melhor forma de aprimoramento profissional e de especialização em Medicina. Sua característica básica de treinamento em serviço sob supervisão sedimenta o aprendizado cognitivo, mas de modo especial permite o desenvolvimento de habilidades e a vivência de atitudes, características essenciais da atividade médica (Bacheschi, 1998, p. 369).

Mucci (2011) credita à Halsted a criação do primeiro programa de residência médica no Hospital Johns Hopkins (Baltimore, Estados Unidos), no ano de 1889. A experiência de ensino formal de pós-graduação tal como conhecemos hoje foi idealizada por Halsted devido às suas experiências em Viena. Ao assumir suas funções de cirurgião interino, Halsted iniciou o treinamento médico na pós-graduação com quatro ex-internos para trabalharem com ele durante um período de 4 a 6 anos prolongáveis, no qual eles residiam no hospital e assumiam responsabilidades progressivas nos cuidados pré e pós-operatórios e na execução de cirurgias (Mucci, 2011). O sucesso desse programa possibilitou a difusão do mesmo, inicialmente nos Estados Unidos e, posteriormente, no mundo (Bacheschi, 1998; Mucci, 2011).

De acordo com Gonçalves (1998 a) e Mucci (2011), a residência médica no Brasil segue o modelo estadunidense, sendo inicialmente implantada no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 1945/46 e no Hospital dos Servidores-IPASE/ Rio de Janeiro em 1947/48. Segundo Mucci, a residência médica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) foi inicialmente implantada e formalizada no período de 1959 a 1971. Atualmente, há 41 programas de residência médica no HC-UFMG, que são identificados no meu primeiro artigo. Para Gonçalves (1998 b), a busca pelos programas de residência médica é em decorrência da convicção dos recém-formados de que a sua formação profissional apresenta muitas lacunas e que, ao fazer a residência, eles irão saná-las. Além disso, para esse autor, a Medicina exige que os recém-formados busquem uma especialização e aperfeiçoamento, pois ela está em constante desenvolvimento tecnológico-científico. Logo,

para exercer plenamente sua profissão, o graduado em Medicina precisa ingressar na residência médica.

Segundo Borus (1997), a residência médica é um momento de transição profissional e pessoal. No campo profissional, o residente tem que se mover da sua posição de estudante para uma de profissional responsável. Muitas vezes, ele se verá em situações limítrofes entre a vida e a morte em que, sozinho, deverá: tomar decisões; lidar com a insegurança ao perceber que apesar de ter sido um bom aluno na graduação, poderá ter problemas ao executar a sua atividade profissional; assumir uma carga excessiva de trabalho; sentir privação do sono, medo constante de processos por erro médico, temor em contrair HIV, hepatite e outras doenças no exercício da sua profissão. Além disso, Borus destacou que há muita pressão ambiental nos residentes, pois eles são demandados a atenderem rapidamente seus pacientes, transferindo-os para dentro e fora do hospital, produzindo sempre e com alta qualidade, pois o erro é “inaceitável”.

No que diz respeito ao campo pessoal, muitos residentes saem das suas cidades de origem para uma nova morada, afastando-se de seus familiares e amigos (Borus, 1997). A demanda de uma dedicação exclusiva dificulta, por sua vez, a construção de novas relações sociais fora do hospital. Para Borus, há ainda residentes que precisam aumentar a sua renda, incluindo em sua rotina plantões nos serviços de urgência e emergência, e, inclusive, trabalhando fora do hospital. Para Associação Médica Americana, segundo Silva, Koch, Souza, Gasparetto e Buys (2010), os residentes representam um grupo de risco para distúrbios comportamentais e emocionais, a saber: privação do sono, depressão, ansiedade e estresse. E, para Milling (2005), há, ainda, o risco de abuso de álcool e drogas.

Aach, Cooney e Girard (1988) observaram que o estresse é frequente na residência médica e pode ser agrupado em três categorias: 1) estresse situacional, que emerge das características do programa de residência, tendo como fonte de estresse a demanda de tempo

excessiva e inflexível, fadiga, privação do sono, sobrecarga de trabalho, responsabilidades burocráticas e administrativas pesadas, equipe de saúde insuficiente, pacientes de difícil cuidado e ambiente de aprendizagem inadequado; 2) estresse pessoal, que emerge das tarefas que o residente deve desenvolver sozinho, tendo como fonte de estresse os problemas familiares, problemas financeiros, dificuldade de realocar-se, falta de tempo para lazer, problemas psicossociais e habilidades de enfrentamento inadequadas; e 3) estresse profissional, que emerge do resultado do processo de profissionalização e o papel do médico na sociedade, tendo como fonte de estresse a responsabilidade pelo cuidado do paciente, supervisão de estudantes e outros residentes, pacientes difíceis, sobrecarga de informação e planejamento da carreira.

Diante de tal contexto teórico-empírico, levantei bibliografia no Portal CAPES por meio da busca por indexadores (APA, Scopus e BVS) e fiz buscas mais detalhadas em três revistas especializadas (European Journal of Work Psychology, rPOT, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones), considerando o período de 2008 a 2015, e como descritores “*burnout* e residentes de Medicina”, “estresse ocupacional e residentes de Medicina”. “*burnout and medical residents*”, “*occupational stress and medical residents*”, “*occupational stress and medical interns*”, “*burnout and medical interns*” e “*burnout and young physicians*”. Adotamos como critérios de inclusão a disponibilidade do texto completo, ser da língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa e ser uma pesquisa empírica.

Assim, foram selecionados 22 artigos que avaliaram a síndrome de *burnout* dentre os médicos residentes (1 da África Subsaariana, 1 da Argentina, 2 da Austrália, 6 do Brasil, 1 da Colômbia, 1 da Coreia do Sul, 3 dos Estados Unidos, 1 da França, 1 da Holanda, 1 da Irlanda, 2 do México e 2 do Peru). A partir desses estudos (Apêndice 1), diferenciei, no primeiro artigo, os aspectos situacionais e individuais que contribuem para o desenvolvimento da



síndrome de *burnout* dentre os residentes de Medicina, bem como as consequências dessa síndrome. Enfatizo que, nessa revisão, não foi identificado um estudo que avaliasse a síndrome de *burnout* e a socialização organizacional.

A síndrome de *burnout* tem sido concebida como uma resposta ao estresse ocupacional crônico, que, apesar de poder desenvolver-se em qualquer profissional, ela ocorre, na maioria das vezes, naqueles que possuem ocupações de ajuda nas quais lidam, diariamente e diretamente, com outras pessoas (Gil-Monte, 2002; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). A socialização organizacional se refere ao conteúdo e ao processo de aprendizagem pelo qual o indivíduo desenvolve as atitudes, comportamentos e conhecimentos necessários, de modo a tornar-se membro da organização (Van Maanen & Schein, 1979; Chao, O’Leary-Kelly, Wolf, Klein, & Gardner, 1994; Bauer, Bodner, Erdogan, Truxillo, & Tucker, 2007; Lapointe, Vandenberghe, & Boudrias, 2014).

Levantei bibliografia no Portal CAPES por meio da busca por indexadores (APA, Scopus e BVS) e fizemos buscas mais detalhadas em três revistas especializadas (European Journal of Work Psychology, rPOT, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones), considerando o período de 2008 a 2015 e como descritores “Socialização Organizacional” e “Organizational Socialization”. Adotei como critérios de inclusão a disponibilidade do texto completo, ser da língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa e ser uma pesquisa empírica. Assim, selecionei 29 artigos (1 do Brasil, 4 do Canadá, 9 da China, 9 dos Estados Unidos, 3 da França, 1 da Índia e 1 da Noruega) que possibilitaram a construção da tabela ‘Táticas pró-ativas do sujeito socializante’, na qual adaptei a tabela de Borges e Albuquerque (2014). Destaco que, nessa revisão (Apêndice 2), não foi encontrado um estudo que avaliasse a socialização organizacional e a síndrome de *burnout*.

Encontrei apenas um estudo ao usar como descritor “*burnout and organizational socialization*” no Google Acadêmico. Nesse estudo, realizado com 397 profissionais de

organizações chinesas, Liang e Hsieh (2008) observaram que a socialização organizacional foi significativamente relacionada com os três componentes da síndrome de *burnout*. Nessa relação, segundo os pesquisadores, a socialização organizacional foi negativamente relacionada com a exaustão emocional e a despersonalização; e positivamente relacionada com a realização profissional. Logo, o sucesso da socialização organizacional reduz a síndrome de *burnout* nos trabalhadores.

A residência médica é um momento de aprendizado, bem como de inserção profissional no mercado de trabalho, logo, o médico residente se vê diante de duas identidades: a de estudante e de profissional médico, bem como está diante de estressores relacionados ao ensino e ao exercício profissional. É provável que isso torne os médicos residentes mais vulneráveis a desenvolverem a síndrome de *burnout*, pois além de serem profissionais de saúde, que, segundo pesquisadores (p. ex., Dias, Queirós, & Carlotto, 2010; Franco, Barros, Nogueira-Martins, & Zeitoun, 2011), são mais suscetíveis a desenvolverem essa síndrome, eles precisam lidar com a insegurança de serem profissionais recém-formados que estão em processo de aprendizagem de seu trabalho. Por isso, planejei a presente pesquisa objetivando identificar a prevalência da síndrome de *burnout* e o nível de socialização organizacional dos médicos residentes, de modo a avaliar se o processo de socialização organizacional dos médicos residentes está relacionado a tal prevalência. Também, avaliar se a síndrome de *burnout* e a socialização organizacional sofrem influências de fatores sociodemográficos e ocupacionais.

### 3. Método

Iniciei a pesquisa após a sua aprovação pelo comitê de ética (Anexo 1). Empreguei a triangulação metodológica, na qual usei: a aplicação de inventários validados para avaliarmos a síndrome de *burnout* (Inventário de Burnout de Maslach, MBI-General Survey, Anexo 2) e a socialização organizacional (Inventário de Socialização Organizacional, ISO, Anexo 3); uma ficha sociodemográfica e ocupacional (Apêndice 3), na qual busquei entender as relações de variáveis sociodemográficas e ocupacionais quanto à síndrome de *burnout* e a socialização organizacional; e realizei entrevistas através de um roteiro semiestruturado (Apêndice 4) que possibilitaram uma melhor análise dos resultados encontrados através dos inventários e da ficha sociodemográfica e ocupacional. Dialoguei os resultados encontrados através das análises estatísticas com o que encontramos através da análise de conteúdo das entrevistas. Reafirmo que em cada artigo expliquei o método e descrevi os instrumentos que foram aplicados.

## **4. Resultados**

#### **4.1. Artigo 1: “Prevalência da Síndrome de *Burnout* dentre os Médicos Residentes”**

## Prevalência da Síndrome de *Burnout* dentre os Médicos Residentes

### Resumo

A literatura tem assinalado que os profissionais de saúde estão entre os mais propensos a desenvolverem a síndrome de *burnout*. Dentre eles, os médicos residentes estão expostos aos estressores relacionados ao ensino e ao exercício profissional. Objetivamos identificar se há prevalência da síndrome de *burnout* dentre os médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e exploramos a sua relação com aspectos sociodemográficos e ocupacionais. Nas atividades de campo, 273 médicos residentes responderam uma ficha sociodemográfica e ocupacional e o Inventário de *Burnout* de Maslach e, dentre eles, 13 foram entrevistados. Submetemos as respostas dos questionários à análise estatística e as entrevistas à análise de conteúdo. Encontramos alta exaustão emocional (68,1%), moderado ou alto cinismo (41,7%) e moderada ou alta ineficácia profissional (40,6%) dentre os participantes. Identificamos a presença de síndrome de *burnout* em 25,64% dos médicos residentes, bem como a presença da mesma em diferentes estágios de desenvolvimento em 26,74% dos participantes. Encontramos relações de baixo poder explicativo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Os participantes que não são das residências cirúrgicas apresentaram médias superiores nos três fatores da síndrome de *burnout*. Os resultados das entrevistas corroboraram e tornaram mais claros os achados das análises estatísticas. No geral, os resultados fortaleceram a necessidade de questionarmos as condições de trabalho dos médicos residentes, bem como o papel das variáveis sociodemográficas e ocupacionais, da graduação de Medicina e do processo de socialização organizacional no desenvolvimento da síndrome de *burnout* pelos médicos residentes.

Palavras-chave: síndrome de *burnout*, médico residente, residência médica.

### **Abstract**

The literature has pointed out that health professionals are among them propense to develop burnout syndrome. Among them, junior doctors are exposed to stressors related to education and professional practice. We aimed to identify if there is prevalence of burnout syndrome among the junior doctors of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Minas Gerais and we explore its relationship with sociodemographic and occupational aspects. In the field activities, 273 junior doctors answered a sociodemographic and occupational record and the Maslach Burnout Inventory, 13 of whom were interviewed. We submitted the answers of questionnaires to statistical analysis and those of interviews to content analysis. We found high emotional exhaustion (68.1%), moderate or high cynicism (41.7%) and moderate or high professional ineffectiveness (40.6%) among the participants. We identified the presence of burnout syndrome in 25.64% of junior doctors, as well as its presence in different stages of development in 26.74% of the participants. We found low explanatory power relations by sociodemographic and occupational variables. Non-surgical participants presented higher means in the three factors of the burnout syndrome. The results of interviews corroborated and clarified the findings of statistical analysis. In sum, the results strengthen the need to question the working conditions of junior doctors, as well as raise questions about the role of sociodemographic and occupational variables, medical graduation and the process of organizational socialization in the development of burnout syndrome for junior doctors.

**Keywords:** burnout syndrome, junior doctor, medical residency.

## Resumen

La literatura ha señalado que los profesionales de la salud están entre aquellos más propensos a desarrollar el síndrome de quemarse. Entre ellos, los médicos residentes están expuestos a factores de estrés relacionados con la educación y la práctica profesional. El objetivo de la investigación fue identificar si existe prevalencia del síndrome de quemarse en médicos residentes en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais y explorar su relación con aspectos sociodemográficos y ocupacionales. En las actividades de campo, 273 médicos residentes respondieron un registro sociodemográfico y laboral y el Maslach Burnout Inventory, entre ellos entrevistamos a 13 participantes. Sometemos las respuestas a los cuestionarios a análisis estadístico y de las entrevistas a análisis de contenido. Encontramos alto agotamiento emocional (68,1%), moderado o alto cinismo (41,7%) y moderada o alta ineficacia profesional (40,6%) entre los participantes. Identificamos la presencia del síndrome de quemarse en 25,64% de los médicos residentes, así como la presencia de la misma en diferentes etapas de desarrollo en el 26,74% de los participantes. Encontramos relaciones de bajo poder explicativo con las variables sociodemográficas y ocupacionales. Los participantes de especialidades no quirúrgicas tuvieron promedios más altos en los tres factores del síndrome de quemarse. Los resultados de las entrevistas corroboraron e hicieron más claros los hallazgos de los análisis estadísticos. In general, los resultados reforzaron la necesidad de cuestionar las condiciones de trabajo de los médicos residentes, y plantearon preguntas sobre el papel de las variables sociodemográficas y ocupacionales, de la graduación de Medicina y del proceso de socialización organizacional en el desarrollo del síndrome de quemarse por médicos residentes.

Palabras clave: síndrome de *burnout*, médico residente, residencia médica.



Médicos residentes estão expostos aos estressores relacionados ao ensino e ao exercício profissional, ou seja, estão sob a confluência de duas instituições: a saúde e a educação. Assim, dois ministérios federais (da educação e da saúde) e entidades profissionais têm discutido o aperfeiçoamento e ampliação dos programas de residência, pretendendo atender demandas sociais de melhoria dos serviços de saúde de atendimento à população e dos médicos recém-formados (Aach, Cooney, & Girard, 1988; Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira, 2012; Guido, Silva, Goulart, Bolzan, & Lopes, 2012; Martins, 2005). Por consequência, o residente se vê diante de duas identidades, a de aprendiz e a de profissional médico.

Adicionalmente, a atual conjuntura política e econômica tem impactado nos repasses de verbas pelos governos federal e estadual à educação e à saúde (Cruz, 2015; Oliveira, 2015). Os médicos residentes estão expostos às consequências da redução de investimento nessas duas áreas. Esse conjunto de aspectos permite compreender a residência médica como uma situação de crise para os sujeitos implicados nela; e a literatura (p. ex., Dias, Queirós, & Carlotto, 2010, Olivares-Faúndez, Gil-Monte, Mena, Jélvez-Wilke, & Figueiredo-Ferraz, 2014) tem assinalado a prevalência da síndrome de *burnout* como reação às experiências de estresse ocupacional crônico entre profissionais de saúde. Definimos, então, como objetivo geral da presente pesquisa identificar se há a prevalência da síndrome de *burnout* dentre os médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Também exploraremos se há relação entre a síndrome de *burnout* e os aspectos sociodemográficos e ocupacionais.

Na perspectiva interacionista, Guido, Goulart et al. (2012) e Guido, Silva, Goulart, Bolzan et al. (2012) definiram o estresse pela relação entre o indivíduo e o meio, na qual o estresse pode extrapolar ou não as fontes de adaptação. Nesse processo, o indivíduo ou grupo realiza uma avaliação primária, que consiste em identificar as demandas do meio e definir o

significado do evento. Caso ele avalie o estressor como uma ameaça, ocorre a reação de estresse e o indivíduo fará a avaliação secundária acerca das estratégias de enfrentamento e/ou adaptação ao estressor. Contudo, caso as estratégias não sejam eficazes e o estímulo permaneça, o estresse se mantém e pode ocorrer a síndrome de *burnout* (Guido, Goulart et al., 2012; Guido, Silva, Goulart, Bolzan et al., 2012; Guido, Silva, Goulart, Kleinübing et al., 2012).

No estilo de vida atual, Schmidt, Dantas, Marziale e Laus (2009) situaram o estresse ocupacional como um dos fatores de risco mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Dessa forma, para tais autoras, o estresse relacionado ao trabalho coloca em risco a saúde dos membros da organização e tem como consequência o baixo desempenho, baixo moral e absenteísmo. Maslach e Jackson (1981), em texto seminal, descreveram a síndrome de *burnout* por meio de três fatores inter-relacionados: exaustão emocional (falta de energia e entusiasmo, sensação de esgotamento de recursos); despersonalização (insensibilidade emocional que faz com que o trabalhador trate os clientes e demais colegas de modo desumanizado); e diminuição da realização profissional (tendência à autoavaliação negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito com a profissão). Autores (por ex., Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009; McLaurine, 2008), mais recentemente, tenderam a designar os fatores por exaustão emocional, cinismo e ineficácia profissional. Essa redefinição ocorreu para que os pesquisadores pudessem estudar a síndrome de *burnout* nos diferentes contextos de trabalho, não apenas dentre os profissionais que lidam diretamente com outras pessoas no trabalho (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Salanova et al., 2005; Schaufeli & Taris, 2005; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009; Borgogni, Consiglio, Alessandri, & Schaufeli, 2012).

Maslach et al. (2001) e Maslach e Leiter (1999) conceituaram a síndrome de *burnout* como uma experiência individual que se desenvolve processualmente influenciada por múltiplos aspectos do trabalho e das condições em que se realiza. Então, essa síndrome

apresenta, pois, fatores situacionais e individuais. Os fatores situacionais que são considerados primordiais pelos autores são: 1) características do trabalho, como exigência de produtividade (muito trabalho em pouco tempo), excesso de trabalho (sobrecarga, aumento de complexidade, etc.), exigência de qualidade (atender demandas conflitantes e falta de informação adequada para fazer um bom trabalho), falta de recursos (falta de suporte social e *feedback*) e baixa autonomia (falta de controle do trabalhador sobre o que faz); 2) características ocupacionais, como contato com as pessoas, trabalhar intensivamente com outras pessoas, colapso da união (conflitos e fragmentações das relações interpessoais, falência das equipes), exigência de exibir ou reprimir emoções no trabalho e ser empático; 3) características organizacionais, como ausência de equidade (p. ex., descompasso entre as responsabilidades requeridas e os recursos técnicos, materiais, distribuição do espaço e sociais disponíveis, remuneração insuficiente, inadequadas políticas organizacionais, hierarquia etc.), conflitos de valores (p. ex., contradição entre as prioridades axiológicas dos trabalhadores e as demandas da organização).

Os fatores individuais, segundo Maslach et al. (2001), representam as características pessoais dos trabalhadores, que afetam suas relações com a organização: 1) características demográficas, como idade, sexo, estado civil e nível educacional; 2) características da personalidade, como baixo nível de resistência, alto *locus* de controle externo (atribuir eventos e realizações à um outro poderoso ou acaso), baixa autoestima, *coping* de esquiva, ser propenso ao distresse, comportamento Tipo-A (competitivo, hostilidade, necessidade de controle, estilo de vida pressionado pelo tempo); 3) expectativas das pessoas em relação à natureza do trabalho (p. ex., ser excitante, desafiador, divertido) e de alcançar o sucesso (p. ex., ser promovido, curar pacientes). Gil-Monte e Peiró (1997), Maslach et al. (2001) e Gil-Monte (2005) esclareceram que os fatores situacionais e individuais não são entidades

independentes, mas, na realidade, a síndrome de *burnout* resulta da combinação desses fatores.

Essa síndrome tem sido concebida como uma resposta ao estresse ocupacional crônico que, apesar de poder desenvolver-se em qualquer profissional, ocorre, frequentemente, em profissionais de ocupações de ajuda que lidam direta e diariamente com outras pessoas (Gil-Monte, 2002; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). Pesquisadores (p. ex., Dias et al., 2010; Franco, Barros, Nogueira-Martins, & Zeitoun, 2011; Gil-Monte, 2004; Gil-Monte, García-Juevas, & Hernández, 2008; Olivares-Faúndez et al., 2014) têm mostrado que os profissionais da área da saúde estão entre os mais suscetíveis.

Entre tais estudos, Tamayo, Argolo e Borges (2005) avaliaram a prevalência da síndrome de *burnout* em profissionais de saúde (auxiliar de enfermagem, médico, odontólogo, enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo) de unidades básicas de saúde em Natal, comparando os fatores da síndrome de *burnout* (exaustão emocional, cinismo e ineficácia profissional) por profissões. Os resultados corroboraram a prevalência da síndrome de *burnout* dentre os profissionais de saúde: os médicos tenderam a apresentar escores mais elevado de cinismo, seguido pelo auxiliar de enfermagem, odontólogo e enfermeiro. Os citados autores concluíram que a saúde mental e o bem-estar sofrem influência das expectativas do trabalhador, de como o trabalho é na realidade, dos significados do trabalho na vida do profissional e da sua motivação.

Dentre os profissionais de saúde, situam-se os residentes de Medicina que são profissionais que estão em processo de qualificação profissional. A residência é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pelo exercício profissional sob a orientação e supervisão de profissionais capacitados, desenvolvendo-se em instituições de saúde e com dedicação exclusiva (Drago, Salum, Andrade, Medeiros, & Marinho, 2013). Essa fase representa um período muito estressante da formação do profissional, pois o

residente está sob pressão, apresentando cansaço, fadiga e receio de cometer erros, bem como sob exigências de mudança no estilo de vida (Asaiag, Perotta, Martins, & Tempski, 2010).

A síndrome de *burnout* dentre os médicos residentes decorre da presença de um ou mais fatores situacionais, como: longa jornada de trabalho; incerteza do mercado profissional; pacientes com mais necessidade de cuidado; clima educacional negativo; plantão; tarefas administrativas; ser requerido, durante o plantão, a atender tarefas não urgentes e não relacionadas à Medicina; excesso de trabalho; pouco suporte da chefia, hierarquia; conflito com os colegas de trabalho; conflito com o papel desempenhado; falta de tempo livre e recursos do trabalho (Antiel et al., 2013; Asaiag et al., 2010; Cervantes, Gregori, & Guiño, 2012; Gunasingam, Burns, Edwards, Dinh, & Walton, 2015; Llera & Durante, 2014; Nason, Liddy, Murphy, & Doherty, 2013; Ogundipe, Olagunju, Lasebikan, & Coker, 2014; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008; Toral-Villanueva, Aguilar-Madrid, & Juárez-Pérez, 2009; Schaufeli, Bakker, van der Heijden, & Prins, 2009).

Os aspectos individuais dos médicos residentes que têm contribuído para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* são: saúde física e psicológica; insatisfação com a Medicina; baixa qualidade de vida; sonolência diurna; tempo na residência médica; incapacidade de comunicar a morte; depressão; distresse; tendência ao trabalho compulsivo; insatisfação no trabalho; incerteza da carreira; fadiga; conflito trabalho-casa; e baixa resiliência (Antiel et al., 2013; Asaiag et al., 2010; Cervantes et al., 2012; Clayton et al., 2013; Esquivel, Nogueira-Martins, & Yazigi, 2009; Grebot, Berjot, Lesage, & Dovero, 2011; Gunasingam et al., 2015; Kang, Lihm, & Kong, 2013; Katsurayama et al., 2011; Mariños, Otero, Málaga, & Tomateo, 2011; Martins et al., 2011; Nason et al., 2013; Ogundipe et al., 2014; Ortiz-Acosta, & Beltrán-Jiménez, 2011; Pantaleoni, Augustine, Sourkes, & Bachrach, 2014; Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008; Toral-Villanueva et al., 2009; Rodrigues, Barbosa, & Chiavone, 2013; Schaufeli, Bakker et al., 2009). As consequências da síndrome de

*burnout*, dentre essa classe específica, são: consumo de bebida alcoólica e drogas; erro médico; pensamento suicida; e práticas de cuidado com o paciente abaixo do ideal (Gunasingam et al., 2015; Kang et al., 2013; Toral-Villanueva et al., 2009; Soares et al., 2012).

A síndrome de *burnout* nos médicos residentes tem consequências para a sua saúde física e psicológica, bem como impactos nos cuidados com o paciente. Portanto, há necessidade de mais estudos que propiciem um maior entendimento dos fatores situacionais e individuais dos médicos residentes que contribuem para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, bem como é relevante observar o fenômeno no hospital em foco na presente pesquisa.

## Método

### Participantes

O HC-UFMG é um hospital universitário, localizado na região centro-sul de Belo Horizonte, que possui 41 programas de residência médica, distribuídos nas áreas clínica, cirúrgica e propedêutica, com duração mínima de dois anos e máxima de seis anos; dependendo da especialidade (Tabela 1). Além do processo seletivo, algumas residências têm como requisito apenas a graduação em Medicina e outras são cursadas como uma segunda etapa da residência.

Participaram da pesquisa 273 médicos residentes (51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino), com idades entre 23 e 39 anos ( $M=28,04$ ;  $s=2,5$ ) e sem filhos (94,5%). Do total, 39,2% eram solteiros e os demais têm relação afetiva estável com um parceiro (37,4% estavam namorando e 23,4% eram casados ou residem com um parceiro). A maioria dos médicos residentes tem religião (82,1%), desses 73,7% são católicos. No tocante aos eventos religiosos (rituais, missas, cultos, celebrações), constatamos que: 20,1% dos médicos

residentes participavam menos de uma vez por mês; 19,2%, nunca; 18,8%, apenas nas datas comemorativas; e 17,4%, uma vez por semana. Os participantes variavam entre moderadamente religiosos (42,9%) e pouco religiosos (33,5%).

Tabela 1

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

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

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

Em relação à residência da família de origem, a maioria dos participantes (67%) relatou que os pais não residem em Belo Horizonte (BH). Uma porcentagem (60,1%) dos

participantes residia na região centro sul de BH. Relativo às residências com familiares, 21,6% dos participantes moravam com pelo menos um dos pais; 32,2%, com outro familiar (tios, primos, irmãos, cônjuge, dentre outros); 36,6%, sozinhos, com amigos ou colegas, dentre outros e 9,6% não informaram.

No que se refere ao tempo em que o participante está fazendo residência médica, variou entre 0,06 e 72 meses ( $M=22,42$ ;  $s=16,16$ ). A jornada de trabalho na residência médica variou entre 25 e 96 horas por semana ( $M=62,5$ ;  $s=10,33$ ), sendo observado que: 61,2% cumpriam 60 horas semanais; 26,7%, mais de 60 horas semanais e 12,1%, menos de 60 horas semanais. O número mensal de plantões cumpridos na residência médica variou entre 0 e 24 plantões ( $M=4,73$ ;  $s=4,88$ ), sendo que: 19,8% dos participantes não faziam plantão; 39,6% cumpriam de 1 a 4 plantões; 25,3%, de 5 a 8 plantões; 8,8%, de 9 a 12 plantões; 2,6%, de 13 a 16 plantões; 2,9%, de 17 a 20 plantões e 1,1%, de 21 a 24 plantões. Dos participantes, 47,6% trabalham apenas na residência médica e 52,4% têm outro trabalho, sendo 24,5%, em outro hospital. A jornada de trabalho fora da residência médica variou entre 2 e 70 horas por semana ( $M=16,12$ ;  $s=9,44$ ).

Entrevistamos individualmente 13 médicos residentes (7 do sexo feminino e 6 do sexo masculino), com idades entre 23 e 34 anos ( $M=27,31$ ;  $s=3,4$ ), todos não têm filhos, doze têm religião e a jornada de trabalho variou entre 40 e 96 horas ( $M=63,08$ ;  $s=15,03$ ), sendo que sete entrevistados realizam mais de 60 horas semanais. Entre eles, três cursavam Clínica Médica; três cursavam Ginecologia e Obstetrícia; um cursava Pediatria; dois cursavam Pneumologia; dois cursavam Cirurgia Geral; um cursava Coloproctologia; e um cursava Cancerologia. O tempo fazendo residência médica variou de 1 a 38 meses ( $M=13,11$ ;  $s=13,76$ ) e o número de plantões por mês variou de nenhum a 16 plantões ( $M=5,85$ ;  $s=4,50$ ). A maioria dos entrevistados é solteiro ( $n=7$ ), católico ( $n=8$ ), muito religioso ( $n=6$ ), não tem outro trabalho ( $n=9$ ), a família de origem não reside em BH ( $n=7$ ) e reside na região centro-



sul (n=7). Três entrevistados participam de serviços religiosos uma vez por semana, dois algumas vezes no mês e dois entrevistados frequentam uma vez por mês. Quatro entrevistados residem com a família nuclear.

### **Instrumentos**

**Ficha sociodemográfica e ocupacional.** Abrangeu itens que permitiram a descrição dos participantes conforme fizemos na seção referente aos participantes.

**Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI – General Survey).** No Brasil, Lautert (1995), Tamayo (1997) e Papp (2007) traduziram e adaptaram esse inventário. É um questionário de autoavaliação com 16 itens que deve ser respondido por meio de uma escala do tipo Likert de sete pontos, variando de 0 a 6 pontos. Esse instrumento contém seis questões que se referem à ineficácia profissional (IP), seis, à exaustão emocional (EE) e quatro, ao cinismo (C). Uma pessoa é considerada com síndrome de *burnout* quando apresenta altas pontuações nos três fatores.

**Roteiro de entrevista semi-estruturado.** Foram abordados tópicos referentes às suas vivências na residência médica.

### **Procedimentos**

Para desenvolvermos o trabalho de campo, preliminarmente obtivemos a autorização do hospital. Contatamos os 41 coordenadores dos programas de residência médica, por e-mail e/ou por telefone, com o propósito de apresentar o projeto sucintamente e marcar um dia durante a reunião clínica para a aplicação dos instrumentos e convidar os médicos residentes do HC-UFGM a participar da pesquisa. Dos 41 programas de residência médica, 38 aderiram à participação. Os participantes responderam antes, após a reunião clínica, ou marcaram encontro em outro dia para devolução dos instrumentos.

Os integrantes das reuniões clínicas da Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Pneumologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo foram convidados a participar das

entrevistas. Essas reuniões clínicas foram escolhidas aleatoriamente. Uma médica residente da Cancerologia foi entrevistada por alegar estar com síndrome de *burnout*.

Registramos as respostas dos participantes na forma de banco de dados do SPSS (Statistical Package for Social Science) *for Windows*, permitindo, posteriormente, desenvolver as análises estatísticas. Também aplicamos triangulação metodológica, na qual buscamos pôr os resultados dos questionários a dialogar com as falas dos médicos residentes, obtidas nas entrevistas. Analisamos essas falas através de análise de conteúdo. Registramos tais análises usando o programa de informática QDA Miner.

## Resultados

### Há prevalência de síndrome de *burnout* entre os médicos residentes do HC-UFMG?

Estimamos os escores nos três fatores da síndrome de *burnout* a partir da média aritmética dos pontos atribuídos aos itens que compõem cada fator (Tabela 2). Para classificar os escores em três níveis (baixo, moderado e alto), utilizamos os percentis de Maslach, Jackson e Leiter (1996), que dividem cada distribuição em três partes. Descobrimos que a tendência predominante dos indivíduos da amostra é apresentar alta exaustão emocional, baixo cinismo e baixa ineficácia profissional.

Tabela 2

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

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

\* Escala de 0 a 6 pontos

A presença de alta exaustão emocional em 68,1% dos médicos residentes indica que esses profissionais apresentaram elevado estresse ocupacional. Além disso, observamos

(Tabela 2) que 41,7% dos médicos residentes apresentaram cinismo moderado ou alto e 40,6%, moderada ou alta ineficácia profissional. A distribuição dos participantes por escores em cada fator não é suficiente para avaliarmos a prevalência ou não da síndrome de *burnout*, porque ela se caracteriza pelos três fatores conjuntamente. Por isso, levantamos as 27 combinações dos escores dos fatores segundo os três níveis em que os classificamos.

Dessas combinações, houve sete com escores nos três fatores variando entre altos ou moderados (Tabela 3), indicando a síndrome de *burnout* em avançado desenvolvimento para 25,64% (f=70) dos participantes. Nas configurações 1 a 3, houve 15,01% (f=41) deles que se aproximam de um nível extremado da síndrome, sendo que os participantes da configuração 1 (6,22%) estavam no nível máximo da síndrome de *burnout*. Nas demais configurações, há 29 participantes (10,62%) que, entre as 7 configurações avançadas, apresentaram a síndrome de *burnout* menos estabelecida.

Tabela 3  
*Configurações dos três fatores em 25,64% da amostra*

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

Encontramos 11 combinações com dois fatores altos ou moderados, mas escore baixo em um terceiro (Tabela 4). Nas combinações 1 a 3, observamos baixa exaustão emocional, acompanhada de alto ou moderado cinismo e ineficácia profissional. Essas combinações em três participantes sinalizaram que esses profissionais, apesar de não apresentarem estresse ocupacional elevado, estavam insatisfeitos no ambiente de trabalho e relacionaram-se de um modo frio e impessoal com os pacientes e colegas de trabalho. Nas combinações 4 a 7, houve 30 participantes (10,98%) com baixo cinismo, acompanhado de alta ou moderada exaustão emocional e ineficácia profissional, indicando que esses profissionais apresentaram elevado

estresse ocupacional e estavam insatisfeitos no ambiente de trabalho. Nas combinações 8 a 11, houve 40 participantes (14,65%) com baixa ineficácia profissional acompanhada de alta ou moderada exaustão emocional e cinismo, sinalizando que esses profissionais, apesar de se perceberem com eficácia profissional, apresentaram elevado estresse ocupacional e relacionavam-se de um modo frio e impessoal com os pacientes e colegas de trabalho.

Tabela 4  
*Combinações dos três fatores em 26,74% da amostra*

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

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

Tabela 5  
*Combinações dos três fatores em 47,62% da amostra*

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

Os resultados da Tabela 3 mostraram a presença de síndrome de *burnout* entre os médicos residentes do HC-UFMG. A Tabela 4 sinaliza diferentes desenvolvimentos da síndrome de *burnout*, uma vez que ela não apresenta uma única sequência de desenvolvimento, devido aos diferentes fatores que a influenciam (Gil-Monte & Peiró, 1997). Outra possibilidade de compreensão é que algumas daquelas configurações (Tabela 4) podem refletir outras alterações psíquicas. A Tabela 5 expõe os participantes que não apresentaram a síndrome de *burnout*.

### **Há relação entre os fatores da síndrome de *burnout* e as características sociodemográficas?**

Os escores em exaustão emocional apresentaram normalidade aceitável (skewness= -0,52; kurtosis=-0,24), enquanto em cinismo (skewness=1,08; kurtosis=0,73) e em ineficácia profissional (skewness=1,53; kurtosis=3,82), não. Realizamos o teste MANOVA, no qual identificamos os seguintes efeitos das variáveis sociodemográficas:

- Se os participantes têm relação afetiva estável com um parceiro ( $F=6,54$ ;  $p=0,01$ ; *partial eta squared*=0,04) e não moram na região centro-sul de BH ( $F=4,53$ ;  $p=0,04$ ; *partial eta squared*=0,03), tendem a apresentar escores de cinismo mais elevados;
- Para aqueles que residem na região centro-sul de BH, quanto mais religioso, menor a tendência de alta no fator cinismo; para os que não residem na região centro-sul, a religiosidade moderada tende a ser mais protetora do desenvolvimento do cinismo ( $F=4,07$ ;  $p=0,008$ ; *partial eta squared*=0,07);
- Ser homem e ser muito religioso, bem como ser mulher e moderadamente religiosa, contribuem para o escore de ineficácia profissional ser menor ( $F=3,17$ ;  $p=0,03$ ; *partial eta squared*=0,06);

- Residir com outro familiar tende a diminuir o escore de ineficácia profissional, sendo mais forte esse efeito para os homens ( $F=2,86$ ;  $p=0,04$ ;  $partial\ eta\ squared=0,05$ );

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

A idade é uma variável contínua e, por isso, exploramos a sua relação com os fatores de *burnout* separadamente. Encontramos (Figura 1) relações tendencialmente curvilíneas, de modo que não identificamos correlações estatisticamente significativas. Além disso, a definição da população da pesquisa (médicos residentes) estabelece um intervalo limitado.

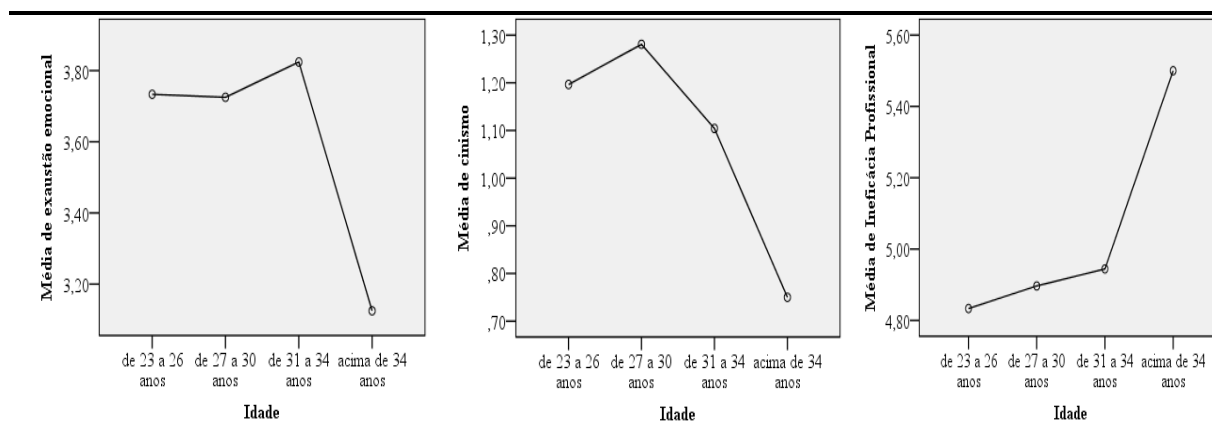


Figura 1

*Idade e três fatores de síndrome de burnout (n=273)*

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

Exploramos a variância dos fatores da síndrome de *burnout* pelas características ocupacionais nominais (residência cirúrgica ou não, jornada de trabalho e ter ou não outro

trabalho), aplicando MANOVA. Esclarecemos que estamos designando como residências cirúrgicas a residência de neurocirurgia, cirurgia geral e todas as demais que adotam essa, exclusivamente, como pré-requisito. Os participantes que não são das residências cirúrgicas apresentam médias superiores nos três fatores da síndrome de *burnout* (Tabela 6). O poder explicativo da análise é pequeno, na medida em que os modelos encontrados para os fatores exaustão emocional ( $R^2= 0,06$ ;  $R^2$  ajustado= $0,035$ ) e ineficácia profissional ( $R^2=0,03$ ;  $R^2$  ajustado= $0,004$ ) também apresentaram baixo poder explicativo. Não encontramos diferenças significativas, conforme as demais variáveis (jornada de trabalho e ter ou não outro trabalho).

Tabela 6

*Ser ou não da cirurgia*

<b>Ser ou Não da cirurgia</b>	<b>Partici- Pantes</b>	<b>Exaustão Emocional</b>		<b>Cinismo</b>		<b>Ineficácia Profissional</b>	
		Média	Desvio- padrão	Média	Desvio- padrão	Média	Desvio- padrão
Ser da cirurgia	54	3,30	1,23	1,02	1,05	0,92	0,84
Não ser da cirurgia	219	3,83	1,18	1,27	1,23	1,15	0,82
Coeficientes		F=9,81; p=0,002		F=3,51; p=0,06		F=5,42; p=0,021	
Partial Eta Squared		0,03		0,01		0,02	

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

Os participantes com até 5 meses na residência médica apresentaram alta ou moderada exaustão emocional (Figura 2). A tendência de ter moderada ou alta exaustão emocional perdura até os 72 meses na residência médica. Os participantes com até 2 meses na residência apresentaram baixo cinismo, sendo observado um pico entre 2 e 2,5 meses em que se observa alto cinismo, havendo posteriormente uma queda até os 5 meses, em que houve baixo

cinismo. Após os 5 meses, observamos uma variação entre baixo e moderado cinismo até os 30 meses. A partir dos 30 meses, houve uma variação entre moderado e alto cinismo até os 51 meses quando os escores diminuem, alcançando níveis baixos de cinismo de 60 até 72 meses. Os escores de ineficácia profissional são predominantemente baixos, havendo apenas um pico entre 2 e 2,5 meses, quando os participantes apresentaram um crescimento na ineficácia profissional.

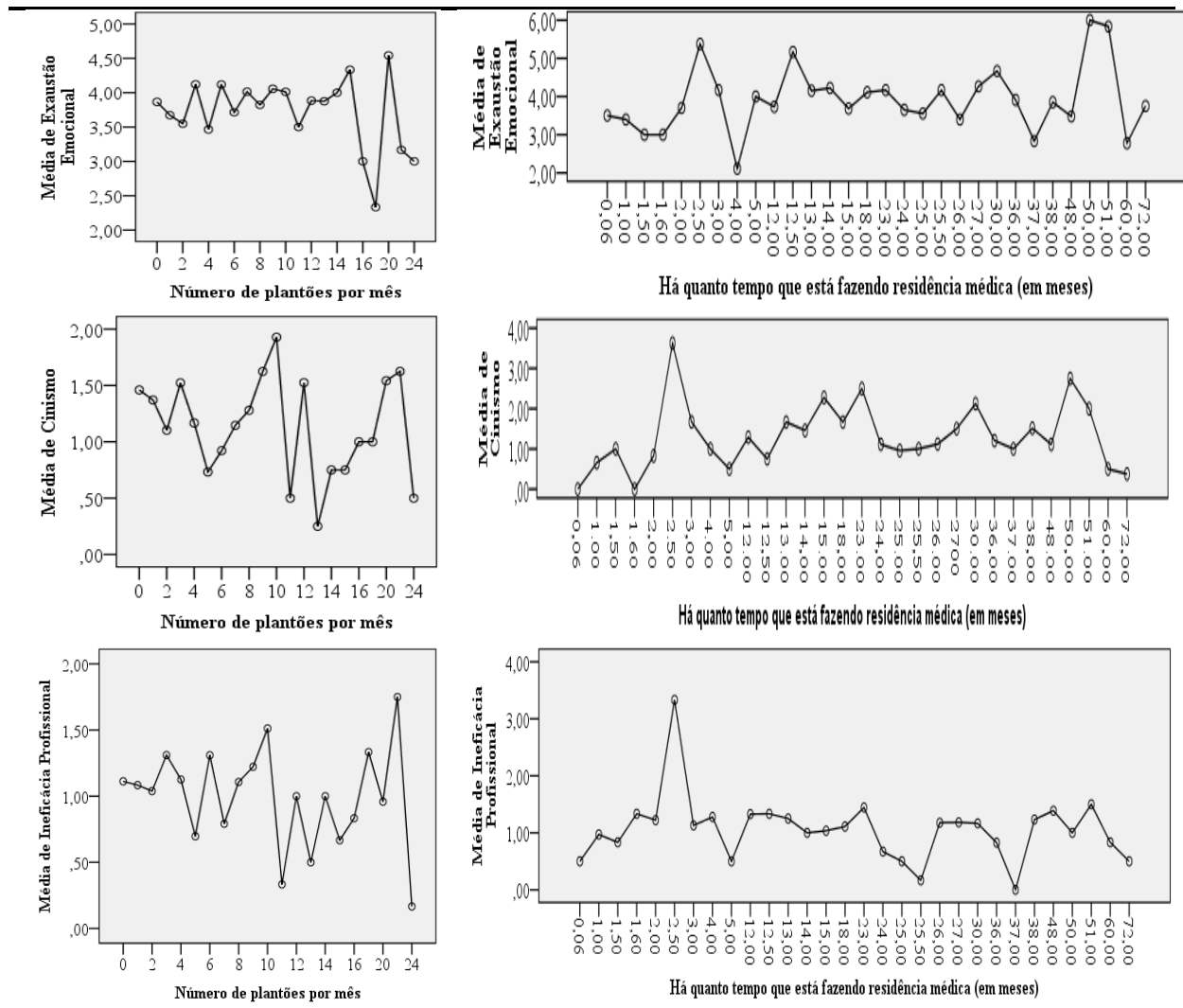


Figura 2

*Variáveis ocupacionais contínuas e fatores de burnout (n=273)*



Observamos (Figura 2) os escores dos fatores de *burnout* conforme o número de plantões por mês. A exaustão emocional é predominantemente alta; o cinismo varia entre moderado e baixo; e a ineficácia profissional é predominantemente baixa.

### **Análise das Entrevistas, Triangulação dos Resultados e Discussão**

Os resultados referentes à prevalência da síndrome de *burnout* indicaram que os médicos residentes apresentaram alta exaustão emocional, revelando a presença de um elevado estresse ocupacional. Identificamos essa presença também nas falas de sete entrevistados que relataram cansaço contínuo, dificuldade para dormir, estresse e sentir-se esgotados, em frases como: “[...] Eu fico muito cansada e acabo não conseguindo estudar. O tempo que eu tenho, eu acabo só dormindo[...]”. Quatro entrevistados expressaram sentir uma sobrecarga emocional por terem que lidar com eventos adversos como a morte e pacientes graves, cujo quadro clínico evoluiu mal, e por não conseguirem se desligar dos problemas do hospital (p. ex., “[...] eu fico muito cansada emocionalmente da residência [...].”

Encontramos a presença de síndrome de *burnout* em 25,64% dos médicos residentes do HC-UFMG. Essa prevalência foi distinta em estudos nacionais e internacionais (Tabela 7), sendo superior à encontrada por Soares et al. (2012) e inferior à encontrada por Martins et al. (2011). A nossa prevalência, se comparada com estudos internacionais, foi superior à encontrada por Paredes e Sanabria-Ferrad (2008) e inferior à encontrada por: Gunasingam et al. (2015), Llera e Durante (2014), Mariños et al. (2011) e Toral-Villanueva et al. (2009). Essas diferenças podem ser em decorrência do tamanho da amostra, bem como de suas características, como os programas de residência avaliados, país de origem, ano da residência, dentre outros.

Tabela 7

*Prevalência de síndrome de burnout em estudos nacionais e internacionais*

<b>Autores</b>	<b>Participantes</b>	<b>Prevalência</b>
Gunasingam et al. (2015)	31 médicos residentes australianos de um hospital universitário que estão no primeiro ano	68%
Llera e Durante (2014)	92 médicos residentes argentinos	19,6%
Mariños et al. (2011)	84 médicos residentes peruanos	54,9%
Martins et al. (2011)	74 médicos residentes de Pediatria brasileiros	66%
Paredes e Sanabria-Ferrand (2008)	138 médicos residentes colombianos de um hospital universitário	12,6%
Toral-Villanueva et al. (2009)	312 médicos residentes mexicanos	40%
Soares et al. (2012)	72 médicos residentes brasileiros do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	18,05%

Seguimos nas análises das entrevistas nos questionando quais seriam as possíveis fontes de estresse ocupacional dos médicos residentes. Segundo Cooper, Cooper e Eaker (1988), há cinco agrupamentos básicos das fontes de pressão no trabalho, a saber: 1) os fatores intrínsecos ao trabalho (condições gerais do trabalho como o ambiente físico, exigências físicas do trabalhador, turno de trabalho e carga horária); 2) o papel na organização (ambiguidade de papéis que consiste em responsabilidades e atribuições mal definidas em decorrência de informações incompletas/imperfeitas e falhas na comunicação; conflito de papéis devido ao choque entre os valores individuais e a tarefa; e responsabilidade por pessoas ou coisa); 3) o relacionamento interpessoal (relações interpessoais conflituosas no ambiente de trabalho); 4) desenvolvimento da carreira (falta de segurança profissional, impossibilidade de progressão na carreira, medo de ser avaliado negativamente quanto ao desempenho no trabalho, dentre outros); e 5) o clima e estrutura organizacional (falta de autonomia, entre outros). Esses agrupamentos foram adequados para categorizarmos as respostas e podem ser exemplificados nas falas dos médicos residentes:

- 1- Primeiro: 11 médicos residentes relataram terem uma carga horária pesada, na qual têm muito trabalho; não têm tempo para comer direito e estudar; e não têm final de

semana (p. ex., “[...] o difícil é você conseguir conciliar o tanto que você tem que estudar com a carga horária que você tem”).

- 2- Segundo: 12 médicos residentes relataram terem mais responsabilidades do que tinham quando eram acadêmicos, pois, como residentes, eles que são os responsáveis pelo paciente e podem responder legalmente por isso (p. ex., “Ah, é ter o paciente para você, saber lidar com os eventos adversos, né, com a morte. É o seu paciente agora, não é mais o paciente que você acompanha como acadêmico [...]”); cinco médicos residentes consideram que são explorados por seus superiores (p. ex., “[...] os preceptores, não sei por qual motivo, mas alguns não vê residente como colega de trabalho, né? Vê como alguém para trabalhar por eles, então alguns preceptores, [...] acabam explorando o trabalho do residente [...]”); e nove médicos residentes acreditam que realizam muita atividade burocrática (p. ex., “Às vezes, a gente contabiliza que a maior parte do tempo a gente está resolvendo problema burocrático [...]”).
- 3- Terceiro: Três médicos residentes possuem dificuldades para interagir com alguns preceptores que são mais ríspidos (p. ex., “[...] tem, as vezes, preceptor que é grosso, te dá uma má resposta sem você estar esperando, [...]”).
- 4- Quarto: Quatro médicos residentes têm medo de cometer erros e dois têm medo de não atender as expectativas da preceptoria, plantonistas e as próprias expectativas de ser um bom profissional (p. ex., “Ah, não saber, as mortes dos pacientes [...]. Ver o paciente muito grave, não saber às vezes corresponder às expectativas do preceptor, do plantonista, das próprias expectativas, a expectativa de ser um bom profissional, [...]”); e quatro médicos residentes consideram que têm muita cobrança por desempenho e dedicação (p. ex., “[...] a gente sempre imagina que a gente vai ter que

se dedicar muito, mas eu não imaginava que a dedicação tivesse que chegar nesse nível.”).

- 5- Quinto: Um médico residente tem medo de nunca conquistar autonomia: “[...] parece que [...] a gente nunca vai saber nada, [...] nunca vai conseguir tomar alguma atitude sozinho[...].” Outro que trabalhou antes de entrar na residência sentiu que perdeu a sua autonomia profissional: “[...] E virei residente e é um pouco desse processo de frustração, você enquanto trabalhador, você tinha um cuidado com a sua carga horária, [...]”.

Os cinco agrupamentos de Cooper et al. (1988) nos fazem refletir acerca da importância do processo de socialização organizacional que se refere ao conteúdo e ao processo de aprendizagem pelo qual o indivíduo desenvolve as atitudes, comportamentos e conhecimentos necessários, de modo a tornar-se membro da organização (Van Maanen & Schein, 1979; Chao, O’Leary-Kelly, Wolf, Klein, & Gardner, 1994; Bauer, Bodner, Erdogan, Truxillo, & Tucker, 2007; Lapointe, Vandenberghe, & Boudrias, 2014). A socialização organizacional abrange, dentre outros fatores, o acesso às informações, a integração na equipe, participação na tomada de decisão e a identificação com os objetivos e valores organizacionais. Tendo em vista que o médico residente é um profissional que está numa fase crítica do processo de socialização organizacional e ocupacional, questionamos se a elevada exaustão emocional é em decorrência das dificuldades encontradas por esses profissionais nesse processo.

Maslach et al. (2001) e Pereira (2010) relataram encontrar uma maior incidência de síndrome de *burnout* dentre os profissionais mais jovens (com idades inferiores aos 30 anos). Essa diferença é explicada devido à menor experiência profissional e às dificuldades de socialização organizacional. Observamos que tal consideração se expressa na seguinte fala:

Assim, eu sabia que ia ser muito difícil, sabe? Porque a carga horária é muito pesada e que a gente entra sem saber muita coisa, que a gente sofre muito no início mesmo, que a gente entra na residência como acadêmico e não como médico. [...] Estou achando tudo muito pior do que eu imaginava. É muito ruim, parece que [...] a gente não vai aprender nada, [...] que a gente nunca vai conseguir tomar alguma atitude sozinho [...], que as pessoas já esperam que você faça errado e, as vezes, elas nem deixam você tentar, porque já sabem que você vai errar, ou elas deixam você tentar por um período irrisório de tempo e fala 'ah tá, depois você aprende' [...].

Corroborando, Gil-Monte e Peiró (1997) e Gil-Monte (2005) consideraram que, com o passar dos anos, a incidência de síndrome de *burnout* ou as suas pontuações em alguns fatores do MBI reduzem, devido à maior experiência profissional, à estabilização na carreira e o aprendizado de estratégias para lidar com o estresse ocupacional.

Gil-Monte e Peiró (1997), Maslach et al. (2001) e Gil-Monte (2005) entenderam que as variáveis sociodemográficas podem atuar como facilitadoras da síndrome de *burnout*. Com relação à variável sexo, esses autores consideram que há diferenças significativas com relação ao cinismo em que os homens apresentam maiores pontuações. Contudo, esses autores ressaltam que, nas dimensões exaustão emocional e ineficácia profissional, os dados não são conclusivos, uma vez que variam de acordo com as características da amostra do estudo. Doolittle e Windish (2015), em um estudo com médicos residentes de um hospital universitário, encontraram que aqueles que empregavam estratégias *coping* e detinham religiosidade apresentaram menor síndrome de *burnout*, sendo que o escore total de religiosidade associou-se com maior eficácia profissional.

Logo, o nosso estudo converge com o de Doolittle e Windish (2015), uma vez que encontramos que, para os homens, ser mais religioso reduz a ineficácia profissional, enquanto que, para as mulheres, ser moderadamente religiosa reduz esse fator. Identificamos, ainda,

que os médicos residentes que moram na região centro-sul, quanto mais religiosos, menores serão o escore de cinismo; enquanto que, para os que não residem na região centro-sul, é a religiosidade moderada que tende a reduzir o escore de cinismo. Logo, percebemos a necessidade de mais estudos que abarquem a religiosidade e a síndrome de *burnout*, de modo a compreender mais a interação entre esses dois fenômenos.

Gil-Monte e Peiró (1997), Maslach et al. (2001), Gil-Monte (2005) e Pereira (2010) consideram que estar em um relacionamento afetivo estável contribui para uma menor propensão à síndrome de *burnout*. Os dados do presente estudo convergem com esses autores, pois identificamos que não ter uma relação afetiva estável com um parceiro contribui para maiores índices de cinismo. Também encontramos que os médicos residentes que não moram na região centro-sul apresentam maior cinismo. Logo, sugerimos que morar próximo do local de trabalho contribui para menores índices da síndrome, além disso, a proximidade com o local de trabalho é percebida como um ganho de qualidade de vida por um dos entrevistados (p. ex., “[...]. É, estou morando em um local tranquilo, [...] próximo do hospital que também permite uma qualidade de vida melhor [...]”).

Identificamos que residir com outro familiar (tios, irmãos, cônjuge, dentre outros) tende a reduzir a ineficácia profissional, sendo mais forte esse efeito para os homens. Assim, sugerimos a necessidade de estudos que abranjam as relações familiares e a síndrome de *burnout*, de modo a compreendermos o papel da família nessa síndrome.

O nosso estudo revela, ainda, que os participantes que não são das residências cirúrgicas apresentaram médias superiores nos três fatores da síndrome de *burnout*. Acreditamos que esses dados são em decorrência da redução de leitos e cancelamento das cirurgias por falta de material, apontados por Cruz (2015); e retratados pelos médicos residentes de cirurgia nas entrevistas (p. ex., “[...] Os recursos estão muito escassos hoje em

dia pra tudo, materiais, número de cirurgias, [...] vagas tanto de leito de enfermagem quanto como leito de UTI, isso realmente também compromete a gente”).

Identificamos (Figura 2) que os médicos residentes que estão até 5 meses na residência médica apresentaram alta ou moderada exaustão emocional. Esses resultados apontam para um elevado estresse ocupacional dentre os médicos residentes no início de suas atividades, que pode ser em decorrência de um estresse ocupacional oriundo da graduação de Medicina, como vemos na fala:

A parte difícil, eu acho que é essa questão do tempo, sempre a Medicina demanda muito tempo. Não tem tempo para a nossa família, o que é ruim, porque a gente não pode estar sempre com a nossa família, participar das reuniões de família, datas importantes, as vezes ter plantão nesse momento. Então, isso é difícil.

Ou pode originar-se no processo de socialização organizacional no HC-UFMG, como vemos na fala:

Olha, na primeira semana, me senti 100% perdido. Não sabia mexer no sistema, nunca tinha tido experiência com ele, não conhecia os preceptores, estava aqui e me sentia totalmente perdido. [...] Eu não sabia assim: esse quem é, o que pode falar, como que tem que falar, o que eu tenho que fazer, como o que eu tenho que fazer [...]. Sobre os pontos positivos; realmente deu, depois para fazer um vínculo melhor, deu para ter muito aprendizado [...].

Fortalecendo essa possibilidade explicativa, observamos que, em algumas especialidades, não há um treinamento ou reunião com os novos residentes, exemplificado na fala:

Não, nunca teve. Foi realmente jogado. A sorte é que no primeiro estágio, tinha um R2 comigo e com ele, ele me apresentava às pessoas. Mas, se não, eu estaria muito mais perdido. Como por exemplo, aqui, nesse módulo, eu chego nos dias das

reuniões, esse eu conheço, esse eu nunca vi, tenho que chegar aqui perguntando, ‘ah, você que é o preceptor da cirurgia? Tu é que vai estar aqui comigo hoje? Eu sou o fulano, eu estou aqui’ [...]. É meio perdido mesmo.

Verificamos que 26,7% dos médicos residentes cumprem mais de 60 horas semanais e 40,7% fazem de 5 até 24 plantões por mês. Esses resultados revelam uma carga horária superior à estipulada pela Lei nº 6.932/1981 e Lei nº 12.514/2011, que dispõem sobre as atividades dos médicos residentes e estabelecem uma carga horária de 60 horas semanais, incluídas as 24 horas de plantões. Entre os entrevistados, há discordância sobre tal carga, por exemplo:

Eles exigem [...] um volume de trabalho que não precisaria ser dessa forma. Eu não acredito que para o residente ser bem formado ele precisa ficar 60 horas dentro do hospital, 60 horas, diga-se, a gente passa um pouco dessa carga horária.

Essa carga horária tem impacto tanto na saúde quanto na vida pessoal do médico residente, segundo suas afirmações, por exemplo:

Eu trabalho, já tem 20, eu contei tipo, 25 dias que eu acordo assim, antes das 7 horas e trabalho todos os dias, todos os finais de semana, todos os feriados, semana santa eu trabalhei. A minha vida pessoal está bem ruim. Não tenho atividade de lazer, não consigo ir na academia, não consigo comer direito, passo muita raiva, então não está sendo fácil.

Observamos ainda que o médico residente diante de duas identidades, a de aprendiz e a de profissional, ele pode se sentir mais estudante (7 entrevistados) ou mais médico (11 entrevistados), ou se identificar com ambas (5 entrevistados). Percebemos que, dentre aqueles que se sentem mais estudantes, há uma frustração quanto às oportunidades de aprender na prática (fazendo o procedimento) e não apenas observando a atuação do preceptor ou plantonista. Isso é observado na seguinte fala:



[...] Pra mim não mudou muita coisa, eu continuo não sabendo quase nada e com essa sensação que não estou aprendendo também. E assim, as pessoas te tratam como estudante também. É assim, a gente acabou de formar, a gente é inexperiente [...]. Residente, [...] então é aquela pessoa que faz as coisas que ninguém quer fazer, igual acadêmico [...], agora um pouco mais explorado, porque o residente pode fazer qualquer coisa, qualquer coisa de ruim, admitir um paciente de madrugada é a gente [...]. Agora assim, [...] uma pulsão [...], ‘ah não, outro dia você aprende, hoje eu vou fazer aqui mais rápido, tá? Aí você aprende olhando’[...].

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

### Considerações finais

A presente pesquisa objetivou identificar se havia a prevalência da síndrome de *burnout* dentre os médicos residentes do HC-UFMG, bem como avaliar se havia diferenças de prevalência quando consideramos os aspectos sociodemográficos e ocupacionais. Acreditamos que os objetivos foram alcançados, uma vez que foi identificada tal prevalência e identificadas relações entre alguns fatores sociodemográficos e ocupacionais. Contudo, essas relações apresentaram baixo poder explicativo. Consideramos, então, que o desenvolvimento da síndrome de *burnout* é processual e que, provavelmente, os aspectos intrínsecos ao trabalho, como a natureza do serviço, a gestão e o ambiente organizacional sejam mais importantes na etiologia da síndrome (Maslach et al., 2001; Ruiz & Ríos, 2004; Carlotto & Câmara, 2008). Isso significa que a prevenção da síndrome deve se voltar para os aspectos de organização dos programas de residência e do próprio hospital.

Consideramos relevante o fato de termos encontrado a presença de síndrome de *burnout* em 25,64% dos médicos residentes do HC-UFMG, bem como a presença de diferentes estágios de desenvolvimento da mesma em 26,74% dos participantes, pois isso fortalece a necessidade de questionarmos as condições de trabalho dos médicos residentes. Essa indagação é necessária para encontrarmos indicadores que possam esclarecer os aspectos da natureza do trabalho e do ambiente organizacional que ameaçam o bem-estar dos médicos residentes e prejudicam a sua atuação profissional.

O presente estudo levanta questionamentos acerca da graduação de Medicina e do processo de socialização organizacional no desenvolvimento da síndrome de *burnout* em médicos residentes. Portanto, sugerimos a realização de novos estudos que abordem esses aspectos.

### Referências

- Aach, R. D., Cooney, T. G., & Girard, D. E. (1988). Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. *Annals of Internal Medicine*, 109(2),154-61.
- Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. A., & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422-9.
- Antiel, R. M., Reed, D. A., Van Arendonk, K. J., Wightman, S. C., Hall, D. E., Porterfield, J. R., Horvath, K. D., Terhune, K. P., Tarpley, J. L., & Farley, D. R. (2013). Effects of duty hour restrictions on core competencies, education, quality of life, and burnout among general surgery interns. *JAMA Surgery*, 148(5), 448-455.
- Bauer, T. N., Bodner, T., Erdogan, B., Truxillo, D. M., & Tucker, J. S. (2007). Newcomer adjustment during organizational socialization: a meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. *Journal of Applied Psychology*, 92(3), 707-721.
- Borgogni, L., Consiglio, C., Alessandri, G., & Schaufeli, W. B. (2012). “Don't throw the baby out with the bathwater!” Interpersonal strain at work and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21(6), 875-898.
- Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de Julho de 1981.
- Brasil. Lei nº 12.514, de 28 de Outubro de 2011.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, 39(2).
- Cervantes, A. A., Gregori, P. A., & Guiño, E. Y. (2012). Síndrome de Burnout entre asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel Carrión, setiembre 2011. *Actas Peruanas de Anestesiología*, 20(1), 13-20.

- Chao, G. T., O'Leary-Kelly, A. M., Wolf, S., Klein, H. J., & Gardner, P. D. (1994). Organizational socialization: Its content and consequences. *Journal of Applied psychology*, 79(5), 730-743.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Waters, A., Laidsaar-Powell, R. C., O'Brien, A., Boyle, F., Back, A. L., Arnold, R. M., Tulskey, J. A., & Tattersall, M. H. (2013). Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctors' confidence and skills in end-of-life communication. *Palliative medicine*, 27(3), 236-243.
- Cruz, L. (2015). Risoleta Neves e Hospital das Clínicas reduzem leitos e cancelam cirurgias por falta de material. *Estado de Minas*. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/01/21/interna\\_gerais,610151/risolta-neves-e-hospital-das-clinicas-reduzem-leitos-e-cancelam-cirurg.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/01/21/interna_gerais,610151/risolta-neves-e-hospital-das-clinicas-reduzem-leitos-e-cancelam-cirurg.shtml)>.
- Cooper, C. L., Cooper, R. D. & Eaker, L. H. (1988). *Living with stress*. London: Penguin Books.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Drago, L. C., Salum, R. L., Andrade, S. R., Medeiros, M., & Marinho, M. M. (2013). A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios. *Cogitare Enfermagem*, 18(1), 95-101.
- Doolittle, B. R., & Windish, D. M. (2015.) Correlation of burnout syndrome with specific coping strategies, behaviors, and spiritual attitudes among interns at Yale University, New Haven, USA. *Journal of educational evaluation for health professions*, 12 (41).
- Esquivel, D. A., Nogueira-Martins, L. A., & Yazigi, L. (2009). Seria a Residência Médica emocionalmente prejudicial? Um estudo sobre *burnout* e características de personalidade de residentes do primeiro ano de ortopedia. *Psico-USF*, 14(3), 261-74.

- Franco, G. P., Barros, A. L. B. L., Nogueira-Martins, L. A., & Zeitoun, S. S. (2011). Burnout em residentes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 12-18.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P. R. (2004). Resenha: Cuidando de quem cuida. *Psicologia em estudo*, 9(1), 137-138.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., García-Juevas, J. A., & Hernández, M. C. (2008). Influencia de la Sobrecarga Laboral y la Autoeficacia sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en Profesionales de Enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*, 42 (1), 113-118.
- Grebot, E., Berjot, S., Lesage, F. X., & Dovero, M. (2011). Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(2), 43-52.
- Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira (2012). Estresse e *burnout* entre residentes multiprofissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1064-1071.
- Guido, L. A., Silva, R. M., Goulart, C. T., Bolzan, M. E. O., & Lopes, L. F. D. (2012). Síndrome de *burnout* em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1477-1483.

- Guido, L. D. A., Silva, R. M. D., Goulart, C. T., Kleinübing, R. E., & Umann, J. (2012). Estresse e  *coping*  entre enfermeiros de unidade cirúrgica de hospital universitário. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(2), 428-436.
- Gunasingam, N., Burns, K., Edwards, J., Dinh, M., & Walton, M. (2015). Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgraduate medical journal*, 91(1074), 182-187.
- Kang, E. K., Lihm, H. S., & Kong, E. H. (2013). Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean journal of family medicine*, 34(1), 36-42.
- Katsurayama, M., Gomes, N. M., Becker, M. A. D. A., Santos, M. C. D., Makimoto, F. H., & Santana, L. L. O. (2011). Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. *Psicologia Hospitalar*, 9(1), 75-96.
- Lapointe, É., Vandenberghe, C., & Boudrias, J. S. (2014). Organizational socialization tactics and newcomer adjustment: The mediating role of role clarity and affect-based trust relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(3), 599-624.
- Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro*. (Tese de doutorado, Universidade Pontifícia de Salamanca).
- Llera, J., & Durante, E. (2014). Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(1), 6-11.
- Mariños, A., Otero, M., Málaga, G., & Tomateo, J. (2011). Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Medica Herediana*, 22(4), 159-160.
- Martins, L. A. N. (2005). *Residência médica: estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Martins, A. E., Davenport, M. C., Del Valle, M. D. L. P., Di Lalla, S., Domínguez, P., Ormando, L., Ingratta, A., Gambarini, H., & Ferrero, F. (2011). Impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents. *Jornal de pediatria*, 87(6), 493-498.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2 (2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1999). *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas: Papirus.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McLaurine, W. D. (2008). *A Correlational Study of Job Burnout and Organizational Commitment Among Correctional Officers*. United States: ProQuest.
- Nason, G. J., Liddy, S., Murphy, T., & Doherty, E. M. (2013). A cross-sectional observation of burnout in a sample of Irish junior doctors. *Irish Journal of Medical Science*, 182(4), 595-599.
- Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O., & Coker, A. O. (2014). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27-32.
- Olivares-Faúndez, V. E., Gil-Monte, P. R., Mena, L., Jélvez-Wilke, C. & Figueiredo-Ferraz, H. (2014). Relationships between burnout and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Terapia Psicológica*, 32(2), 111-120.
- Oliveira, J. (2015). Prejudicadas por corte de verbas, universidades federais em Minas sofrem para fechar as contas. *Estado de Minas*. Disponível em:

[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/03/08/interna\\_gerais,625230/federais-tem-sua-pior-prova-de-economia.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/03/08/interna_gerais,625230/federais-tem-sua-pior-prova-de-economia.shtml)>.

- Ortiz-Acosta, R., & Beltrán-Jiménez, B. E. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación médica, 14*(1), 49-55.
- Paredes, O. L., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Médica, 16*(1), 25-32.
- Pantaleoni, J. L., Augustine, E. M., Sourkes, B. M., & Bachrach, L. K. (2014). Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. *Academic pediatrics, 14*(2), 167-172.
- Papp, H. (2007). *Adaptação para o português do Maslach Burnout Inventory - General Survey*. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina.
- Pereira, A. M. T. B. (2010). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, S. M., T., C. M., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(3), 55-64.
- Tamayo, R. M. (1997). *Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília).
- Tamayo, M. R., Argolo, J. C. T., & Borges, L. O. (2005). *Burnout* entre profissionais de saúde. In L. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 223-246). São Paulo: Casa do psicólogo.



- Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G., & Juárez-Pérez, C. A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine*, 59(1), 8-13.
- Rodrigues, R. T. S., Barbosa, G. S., & Chiavone, P. A. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o *burnout* em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 245-253.
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-60.
- Salanova, M., Llorens, S., García-Renedo, M., Burriel, R., Bresó, E., & Schaufeli, W. B. (2005). Towards a four-dimensional model of burnout: A multigroup factor-analytic study including depersonalization and cynicism. *Educational and Psychological Measurement*, 65(5), 807-819.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F. M. M. A., & Prins, J. T. Workaholism among Medical Residents: It is the Combination of Working Excessively and Compulsively that Counts. *International Journal of Stress Management*, 16 (4), 249-272.
- Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256-262.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart The views expressed in Work & Stress Commentaries are those of the author (s), and do not necessarily represent those of any other person or organization, or of the journal. *Work & Stress*, 19(3), 256-262.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., Marziale, M. H. P., & Laus, A. M. (2009). Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(2), 330-7.

Soares, L. R., Lopes, T. M. D. O., Silva, M. A. O., Ribeiro, M. V. A., Júnior, A., Silva, R. A., Alves, R. F., Bueno, T. G. G., Salgado, T. A. & Chen, L. C. (2012). Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 77-82.

**4.2. Artigo 2: “Relação entre síndrome de *burnout* e socialização organizacional: residentes de Medicina”**

**Relação entre síndrome de *burnout* e socialização organizacional: residentes de Medicina****Relation between burnout syndrome and organizational socialization: junior doctors**

Síndrome de *burnout* e socialização organizacional

**Resumo**

A síndrome de *burnout* é uma resposta ao estresse ocupacional crônico que acomete, endemicamente, os profissionais de ajuda, entre os quais estão os médicos residentes. Socialização organizacional consiste no processo pelo qual o indivíduo torna-se membro da organização. Objetivamos explorar a relação entre a socialização organizacional e a síndrome de *burnout* dentre médicos residentes de um hospital universitário. Aplicamos uma ficha sociodemográfica e de perfil ocupacional, o MBI e o ISO em 273 médicos residentes. Entrevistamos 13 deles. Submetemos as respostas dos questionários à análise estatística e as entrevistas à análise de conteúdo. Os participantes que apresentaram melhor escore no ISO têm menor incidência de síndrome de *burnout*. Concluimos que investimentos organizacionais na socialização contribuiriam para prevenir a síndrome de *burnout*.

Palavras-Chave: socialização organizacional, síndrome de *burnout*, médicos residentes, hospital universitário.

**Abstract**

Burnout syndrome is a response to chronic occupational stress that endemically affects health care professionals, such as junior doctors. Organizational socialization consists in the process by which the individual becomes a member of the organization. We aimed to explore the relationship between organizational socialization and burnout syndrome among junior doctors in a university hospital. Then, we applied a socio-demographic and occupational profile form, MBI, and ISO in 273 junior doctors. We interviewed 13 of them. We submit the answers of the questionnaires to the statistical analysis and of the interviews, to the content analysis. Participants who presented the best ISO score had a lower incidence of burnout syndrome. We concluded that organizational investments would contribute to prevent the syndrome of burnout.

Keywords: organizational socialization, burnout syndrome, junior doctors, university hospital.

A síndrome de *burnout* tem sido compreendida como uma reação ao estresse ocupacional crônico (Gil-Monte, 2002; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). Segundo Liang e Hsieh (2008) e Pereira (2010), essa síndrome tem consequências indesejadas para os trabalhadores (p. ex., depressão, cefaleia, distúrbios do sono, baixa autoestima, irritabilidade e baixo comprometimento) e para as organizações (p. ex., baixa produtividade, aumento da rotatividade e absenteísmo). Assim, para Liang e Hsieh, a prevenção da síndrome de *burnout* é um recurso para as organizações. Na mesma linha, Tamayo, Argolo e Borges (2005) consideraram a potencialidade das pesquisas sobre o assunto para questionar as condições de trabalho e identificar ameaças ao bem-estar individual, à atuação profissional e ao desempenho organizacional.

Autores (p. ex., Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach et al., 2001, Gil-Monte, 2005; Schaufeli et al., 2009) têm considerado que os profissionais ligados às ocupações de ajuda (por ex. profissionais de saúde e professores), que estão em contato direto com outras pessoas, são mais suscetíveis à síndrome de *burnout*. Para Liang e Hsieh (2008), Pereira (2010) e Maslach et al. (2001), a síndrome de *burnout* tem maior incidência dentre os profissionais mais jovens (mais frequentemente abaixo dos 30 anos). O choque de realidade entre as expectativas do novo membro e o dia a dia do trabalho contribui para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Cherniss, 1980, como citado por Liang & Hsieh, 2008). Corroborando, outros autores (p. ex. Gunasingam, Burns, Edwards, Dinh, & Walton, 2015; Martins et al., 2011; Pantaleoni, Augustine, Sourkes, & Bachrach, 2014) têm encontrado elevada incidência entre os médicos residentes.

Pesquisa recente que desenvolvemos com a mesma amostra da atual (Silveira & Borges, submetido) revelou o desenvolvimento da síndrome em nível avançado para 25,64% dos participantes. Tal pesquisa ocorreu em hospital universitário federal que atrai médicos de diferentes regiões e/ou origens. Os hospitais universitários são conhecidos pela ambiguidade

de serem instituições de saúde e, ao mesmo tempo, de educação. Além disso, o hospital vivencia mudanças na gestão em decorrência da adesão do hospital à proposta da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e, concomitantemente, sofre os impactos da atual conjuntura, com variações nos repasses de verbas pelos diferentes níveis de governo (Cruz, 2015; Oliveira, 2015). Essas situações provavelmente têm ampliado a complexidade e/ou ambiguidades das relações entre orientadores, preceptores, médicos residentes, demais profissionais e usuários do hospital. Compete, então, indagar: médicos residentes, jovens profissionais, enfrentam dificuldades para desenvolver sua socialização organizacional (processo de tornar membro de uma organização) neste ambiente?

Chen e Klimoski (2003) destacaram a importância da socialização organizacional para o bem-estar individual e para a produtividade organizacional. Künzel e Schulte (1986, como citados por Pereira, 2010), por sua vez, argumentaram que a síndrome de *burnout* pode ocorrer devido às dificuldades encontradas pelos novos membros no processo de socialização organizacional. Recentemente, em um estudo com 397 profissionais de organizações chinesas, Liang e Hsieh (2008) observaram que a socialização organizacional foi significativamente relacionada com os três componentes da síndrome de *burnout*. Em outras palavras, seus resultados significaram que o sucesso da socialização organizacional reduz a síndrome de *burnout* nos trabalhadores.

Diante de todas essas considerações, planejamos a presente pesquisa para explorar a relação entre a socialização organizacional e a síndrome de *burnout* dentre médicos residentes de um hospital universitário.

### **A síndrome de *burnout***

Segundo Maslach e Jackson (1981), a síndrome de *burnout* é composta por três fatores: exaustão emocional (vivência de encontrar-se sempre esgotado), despersonalização

(sentimento negativo quanto às pessoas com quem se trabalha) e baixa realização profissional (sentimento negativo quanto ao papel desempenhado no trabalho). Esses três fatores passaram a ser designados, respectivamente, por exaustão emocional, cinismo e ineficácia profissional para atenderem os diversos contextos de trabalho (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009; Borgogni, Consiglio, Alessandri, & Schaufeli, 2012).

Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), a síndrome de *burnout* desenvolve-se processualmente e é influenciada por fatores individuais (características demográficas, personalidade e expectativas que as pessoas trazem para o trabalho) e situacionais (características do trabalho, ocupacionais e organizacionais).

Para Delbrouck (2006), os médicos estão sujeitos a fatores externos e internos para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. As sete principais causas externas são: 1) volume de trabalho; 2) falta de sono; 3) solicitações para o ensino e a investigação; 4) excesso de responsabilidades; 5) confrontação com a sua impotência e com a morte; 6) aumento das expectativas do público; e 7) falta de suporte no trabalho. E os fatores internos são aspectos, como: a ansiedade, o desejo de agradar a todos, uma autocrítica demasiadamente severa, o querer fazer tudo e mentalidade de salvador (o prazer de viver depende do bem-estar e satisfação que proporciona ao outro).

### **Socialização Organizacional**

Socialização organizacional se refere ao processo dinâmico, interativo, contínuo e de aprendizagem, no qual o novo membro em interação com a organização adquire as atitudes, comportamentos e conhecimentos necessários para atender às expectativas e necessidades organizacionais, ao mesmo tempo em que busca alcançar os seus objetivos pessoais e obter satisfação (Van Maanen & Schein, 1979; Chao, O'Leary-Kelly, Wolf, Klein, & Gardner,

1994; Bauer, Bodner, Erdogan, Truxillo, & Tucker, 2007; Lapointe, Vandenberghe, & Boudrias, 2014).

O processo de socialização organizacional, segundo Chao et al. (1994), envolve seis dimensões que abrangem as capacidades de: 1) aprender as tarefas do seu trabalho para desempenhá-lo com proficiência; 2) estabelecer relacionamentos saudáveis e satisfatórios com os membros da organização; 3) obter informações através das relações formais e informais de trabalho, ou seja, o indivíduo aprende a trabalhar dentro da cultura organizacional, reconhece o comportamento da sua equipe e lida proficientemente com a dimensão política dessas relações; 4) conhecer a linguagem técnica, acrônimos, gírias e jargões da organização de modo a compreender as informações do outro e comunicar-se adequadamente; 5) aprender os valores e objetivos da organização, assim como as regras tácitas, normas e redes informais de trabalho; 6) conhecer as tradições, costumes, mitos e rituais da organização para aprender quais são os comportamentos adequados e inadequados para interações e circunstâncias específicas. Essas dimensões estão intimamente relacionadas com a cultura organizacional, que envolve um conjunto de regras, valores, linguagem, normas sociais (como relacionar com os colegas, subordinados e superiores) e comportamentais, costumes e rituais (Van Maanen & Schein, 1979).

À medida que o novo membro aprende as seis dimensões de Chao et al. (1994), ele passa a ser visto pelos seus colegas como um membro efetivo da organização (Van Maanen & Schein, 1979); ele mesmo se assume como parte do grupo, ou seja, ele começa a compartilhar alguns modos de pensar com os demais (Percheron, 1950, como citado por Dubar, 1998). Assim, aquelas dimensões podem também ser compreendidas como critérios para definir quanto alguém está socializado. Desse modo, nosso primeiro objetivo específico foi identificar o nível de socialização organizacional dos médicos residentes.



O indivíduo é entendido como sujeito ou agente pró-ativo, sendo, pois, o personagem principal do processo, que absorve costumes e valores sociais do contexto socio-histórico, intermediados pelos diferentes grupos sociais e, ao mesmo tempo, constrói suas identidades e atua sobre o ambiente (Dubar, 1998; Berger & Luckman, 2005). O processo de socialização pressupõe, portanto, uma transação entre socializando e socializadores que implica em uma renegociação permanente (Percheron, 1974, como citado por Dubar, 1998). Assim, o sujeito socializante pode usar táticas pró-ativas para adquirir o conhecimento e as habilidades necessárias para assumir o seu papel organizacional. Vários autores (p. ex., Borges & Albuquerque, 2014; Cooper-Tomas, Anderson & Cash, 2012, Harrison, Sluss, & Asforth, 2011; Tang, Liu, Oh, & Weitz, 2014; Kammeyer-Mueller, Livingston, & Liao, 2011) têm abordado e identificado às táticas pró-ativas. Borges e Albuquerque (2014) compilaram-nas e nós adaptamos a síntese elaborada por esses autores na Tabela 1.

Tabela 1

*Táticas pró-ativas sujeito socializante*

TÁTICAS PRÓ-ATIVAS/DESCRIÇÃO	OBJETIVOS
<p><b>Busca de informação e feedback</b> Exige habilidades de aquisição de informação do sujeito.</p>	<p>Obter informação e feedback com colegas de trabalho e/ou supervisores para ter controle do meio e da atividade, clareza do papel social demandado pelo cargo ocupado, integração social no grupo de trabalho, satisfação no emprego, melhora no desempenho e redução na probabilidade de deixar a organização e do estresse.</p>
<p><b>Construção de relacionamentos/ Networking</b> Esforço deliberado do iniciante para estabelecer relações e vínculos com companheiros e supervisores.</p>	<p>Obter apoio, redução de estresse, instruções sobre desenvolvimento de habilidades e de papéis sociais.</p>
<p><b>Tutorização Informal</b> Tutorização não estabelecida pela instituição, mas buscada pelo iniciante.</p>	<p>Obter apoio, domínio das tarefas e crescimento na carreira.</p>
<p><b>Negociação de mudanças no posto de serviço</b> Tentativa de mudar seus próprios deveres, maneiras de execução das atividades.</p>	<p>Ajustar-se, alcançar satisfação e comprometimento.</p>
<p><b>Estruturação positiva</b> Forma de autogerenciamento cognitivo ou de autorregulação positiva.</p>	<p>Manter a autoconfiança e autoeficácia.</p>
<p><b>Envolvimento em atividades associadas</b> Desenvolvimento de atividades associadas ou demandas de seu cargo, mas que tem um caráter extraordinário (evento sociais, convites para seminários, etc.).</p>	<p>Obter crescimento do desempenho, aceitação, comprometimento e redução da ambiguidade do papel social atribuído ao cargo.</p>
<p><b>Autogerenciamento</b> Estabelecer por si mesmo, objetivos, prazos, autorreforçamento e auto-observação (autoavaliação).</p>	<p>Reduzir a ansiedade e estresse nos primeiros meses de ingresso em uma organização; melhorar o desempenho seis meses mais tarde e ter mais satisfação no trabalho.</p>
<p><b>Modelação/observação</b> Observação dos outros que representam modelos apropriados.</p>	<p>Acelerar a aprendizagem e aumentar o desempenho.</p>
<p><b>Desenvolvimento de carreira</b> Estratégia de desenvolvimento de carreira através do seu planejamento, aconselhamento especializado e comunicação de objetivos e aspirações.</p>	<p>Obter o apoio dos colegas e supervisores, inovação no conteúdo do trabalho e valorização de sua natureza.</p>
<p><b>Autodeterminação</b> Minimizar o tempo de aprendizagem, provando as suas capacidades, dando informação e modelando o papel através do comportamento dos colegas.</p>	<p>Facilitar a performance, demonstrar as suas habilidades e fornecer informações para os colegas.</p>
<p><b>Abertura às oportunidades</b> Contar com colegas ou recursos organizacionais como fontes de aprendizagem. Estar aberto às novas informações e feedback. Fazer perguntas diretas. Obter um bom guia que forneça conselhos. Participar de eventos, treinamento e reuniões de equipe. Ler manuais, pesquisas, web sites, guias e documentos.</p>	<p>Buscar informações e feedback. Aprender ou modificar-se.</p>
<p><b>Desenvolvimento mútuo em conjunto com outros novos membros</b> Ser amigável; trabalhar em equipe; saber trocar, lisonjear, negociar, perguntar e socializar.</p>	<p>Ser considerado um membro da equipe o mais rápido possível, estabelecer relações sociais e obter suporte social.</p>

Fonte: adaptação da tabela de Borges e Albuquerque (2014).

Tang et al. (2014) observaram que o uso de tais táticas exerce um papel importante na adaptação ao novo ambiente e no desenvolvimento de comprometimento organizacional. Harrison et al. (2011) mostrou que a curiosidade atua como antecedente à adaptação do novo membro, uma vez que estimula a busca por informação e de problemas em seu contexto, de modo a alterá-lo e torná-lo mais interessante.

Kammeyer-Mueller et al. (2011) observaram que, quando os novos membros se percebem como similares à equipe de trabalho no que diz respeito ao nível educacional e ao sexo, há um aumento do uso de táticas pró-ativas de socialização organizacional. Esse aumento também ocorre quando há diversidade de idade dentro da equipe, o que é atribuído ao fato dos membros mais experientes serem vistos como uma fonte de conhecimento e de suporte. Em contrapartida, os mais jovens são vistos como fonte de nova informação. Há, assim, uma complementaridade dentro da equipe, em que todos se beneficiam com a diversidade etária. Questionamos, então, se os aspectos sociodemográficos (p. ex., idade) e de perfil ocupacional seriam capazes de diferenciar os níveis da socialização organizacional para os médicos residentes. Responder essa questão foi nosso segundo objetivo específico na presente pesquisa.

Chao et al. (1994) e Griffin, Colella e Goparaju (2000) têm sublinhado o papel das relações interpessoais no trabalho para o desenvolvimento da socialização. As relações interpessoais podem favorecer a obtenção de informações, as negociações acerca das tarefas, a construção de vínculos, além de darem abertura para o surgimento de tutores informais e possibilitarem o aprendizado da linguagem organizacional. Estudos recentes (Bae, 2012; Hart, 2012; Korte & Li, 2015; Korte & Lin, 2013; Nifadkar & Bauer, 2015) corroboraram Chao et al. (1994) e Griffin et al. (2000), que perceberam que a qualidade dos relacionamentos que os novos membros constroem com os seus pares e supervisores é

fundamental para a socialização organizacional, redução da intenção de rotatividade e é a fonte primária de informação acerca das pessoas e políticas organizacionais.

### **Método**

Tendo em vista a consecução dos objetivos já citados, desenvolvemos pesquisa de campo no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), que é localizado na região centro-sul de Belo Horizonte, aplicando questionários estruturados e entrevistas.

### **Participantes**

Dos 450 médicos residentes no hospital universitário (campo da pesquisa), 273 participaram da pesquisa (51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino). Eles têm idades entre 23 e 39 anos ( $M=28,04$ ;  $s=2,5$ ) e não têm filhos (94,5%). A maioria dos participantes (60,8%) tem um relacionamento estável com um parceiro, tem religião (82,1%) e são católicos (61,2%). Os participantes variavam entre moderadamente religiosos (42,9%) e pouco religiosos (33,5%). Em relação à moradia da família de origem, a maioria (67%) relatou que os pais não moram em Belo Horizonte (BH). Morar na região centro-sul de BH foi predominante dentre os participantes (60,1%). Em relação à moradia com familiares: 21,6% dos participantes moram com pelo menos um dos pais; 32,2%, com outro familiar (tios, primos, irmãos, cônjuge, dentre outros); 36,6%, sozinhos ou com amigos, colegas, dentre outros e 9,6% não informou.

No que se refere ao tempo em que o participante está fazendo residência médica, variou entre 0,06 e 72 meses ( $M=22,42$ ;  $s=16,16$ ). A jornada de trabalho na residência médica variou entre 25 e 96 horas por semana ( $M=62,5$ ;  $s=10,33$ ), sendo observado que 61,2% cumprem 60 horas semanais, 26,7%, mais de 60 horas semanais e 12,1%, menos de 60 horas semanais. O número de plantões cumpridos na residência médica variou entre 0 e 24 plantões

por mês ( $M=4,73$ ;  $s=4,88$ ). Dos participantes, 47,6% trabalham apenas na residência médica e 52,4% têm outro trabalho.

Entrevistamos individualmente 13 médicos residentes (7 do sexo feminino e 6 do sexo masculino) dos seguintes programas de residência médica: Clínica Médica ( $n=3$ ), Ginecologia e Obstetrícia ( $n=3$ ), Pediatria ( $n=1$ ), Pneumologia ( $n=2$ ), Cirurgia Geral ( $n=2$ ), Coloproctologia ( $n=1$ ) e Cancerologia ( $n=1$ ). Todos sem filhos, sete solteiros, doze religiosos: oito são católicos e seis são muito religiosos. Entre 23 e 34 anos ( $M=27,31$ ;  $s=3,4$ ), cumprem uma jornada de trabalho entre 40 e 96 horas ( $M=63,08$ ;  $s=15,03$ ). Sete realizam mais de 60 horas semanais ( $n=7$ ). O tempo realizando residência médica variou de 1 a 38 meses ( $M=13,11$ ;  $s=13,76$ ) e o número de plantões por mês variou de nenhum a 16 plantões ( $M=5,85$ ;  $s=4,50$ ). A maioria ( $n=9$ ) dos entrevistados não tem outro trabalho e moram na região centro-sul ( $n=7$ ). Quatro entrevistados moram com a família nuclear.

### **Instrumentos**

- a) Ficha sociodemográfica e de perfil ocupacional. Abrange perguntas sobre o perfil dos participantes, cujas respostas foram utilizadas para descrever os integrantes na seção anterior e para explorar variâncias conjuntas com a socialização organizacional.
- b) Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI – General Survey). Traduzido e adaptado no Brasil por Lautert (1995), por Tamayo (1997) e por Papp (2007). É um questionário de autoavaliação com 16 itens a ser respondido por meio de uma escala do tipo Likert, variando de 0 a 6 pontos. Seis questões se referem à ineficácia profissional (RP), seis, à exaustão emocional (EE) e quatro, ao cinismo (C). Uma pessoa é considerada com síndrome de *burnout* quando apresenta altas pontuações nos três fatores.
- c) Inventário de Socialização Organizacional (ISO). De autoria de Borges, Silva, Melo, Oliveira e Roazzi (2010): esse instrumento tem 45 itens aos quais os participantes respondem, segundo uma escala que varia de -2 (forte discordância) e +2 (forte

concordância), passando por -1 (discordância), 0 (neutro) e 1 (concordância). O ISO mensura sete fatores, a saber: 1) acesso às informações; 2) competência e proatividade; 3) integração às pessoas; 4) não integração à organização; 5) qualificação profissional; 6) objetivos e valores organizacionais; e 7) linguagem e tradição. O ISO é uma adaptação e atualização do questionário de Chao et al. (1994) que media aquelas seis dimensões que descrevemos anteriormente.

d) Roteiro de entrevista semiestruturado sobre as vivências dos médicos residentes.

### **Procedimentos de coleta e análise dos dados**

Preliminarmente, contatamos por e-mail ou por telefone os 41 coordenadores dos programas de residência médica com o objetivo de explicar sucintamente a pesquisa e marcar um horário durante a reunião clínica para a aplicação conjunta da ficha sociodemográfica e perfil ocupacional, do MBI- *General Survey* e do ISO. Do total, 38 programas aderiram à proposta de pesquisa.

Durante as reuniões clínicas, apresentávamos brevemente a pesquisa e convidávamos os médicos residentes do HC-UFMG a participar da pesquisa. A aplicação dos instrumentos durou de 7 a 15 minutos. Os participantes responderam antes ou após a reunião clínica ou devolveram os instrumentos respondidos posteriormente.

Convidamos os médicos residentes que estavam nas reuniões clínicas da Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Pneumologia e Cirurgia do Aparelho Digestivo para participarem de entrevistas individuais. Essas reuniões clínicas foram escolhidas de forma aleatória. Entrevistamos ainda uma médica residente da Cancerologia que alegou ter síndrome de *burnout*.

Com o auxílio do programa estatístico *IBM SPSS Statistics 20*, desenvolvemos análises estatísticas (descritiva e inferencial) das respostas aos questionários. Aplicamos o teste MANOVA para verificar se as variáveis sociodemográficas e perfil ocupacional (VI)

diferenciavam os escores nos fatores da socialização organizacional (VD). Realizamos a ANOVA para verificarmos se há relação entre síndrome de *burnout* e socialização organizacional. Utilizamos triangulação metodológica com o objetivo estabelecer diálogo entre os resultados das análises estatísticas e as falas dos médicos residentes obtidas através das entrevistas. Submetemos essas à análise de conteúdo categórica (Bardin, 2008; Minayo, 2008). A categorização foi iluminada pelos próprios itens do roteiro de entrevista, pela literatura (especialmente no que diz respeito aos tipos de táticas pró-ativas) e na leitura repetida e reflexiva das entrevistas. Para apoiar o registro da análise de conteúdo e aplicar análise de frequência nos códigos aplicados, utilizamos o programa de informática QDA Miner.

## **Resultados**

### **Qual é o nível de socialização organizacional dos participantes?**

Exploramos a normalidade dos escores nos fatores de socialização organizacional, aplicamos o teste Kolmogorov-Smirnov, que rejeitou a normalidade das distribuições de todos os fatores. No entanto, examinando os coeficientes Skewness e Kurtosis, constatamos que esses coeficientes só são maiores no fator Qualificação Profissional, contudo, mantêm-se em limites aceitáveis (Tabela 2).

Tabela 2

*Teste de Normalidade (participantes=273)*

Fatores de Socialização organizacional	Média	Desvio-padrão	Skewness	Kurtosis	% por Intervalos		
					$X < 3$	$3 \leq X < 4$	$X \geq 4$
Acesso à Informação	3,50	0,65	-0,45	0,25	16,56	<b>63,23</b>	15,80
Competência e Pró-atividade	<b>3,93</b>	0,55	-0,82	2,26	4,78	<b>54,41</b>	40,81
Integração às Pessoas	3,05	0,35	-0,58	0,80	31,25	<b>68,75</b>	--
Não Integração à Organização	2,19	0,74	0,47	0,18	<b>84,98</b>	13,91	1,11
Qualificação Profissional	<b>4,03</b>	0,67	-1,04	2,06	5,49	<b>49,81</b>	44,70
Objetivos e Valores Organizacionais	3,59	0,68	-0,52	0,53	16,48	<b>61,17</b>	22,35
Linguagem e Tradição	3,65	0,52	-0,45	0,42	9,19	<b>68,01</b>	22,80

Para a análise dos escores de socialização organizacional, transformamos as pontuações de -2 a +2 para 1 a 5. Consideramos que aquelas menores do que três são baixas; maiores ou iguais a três e menores ou igual a quatro são moderadas (ou tendentes a neutras); e maiores do que quatro são altas. Desse modo, encontramos que as médias predominantes possuem magnitudes moderadas com exceção de Não Integração à Organização que apresentou escore baixo e Qualificação Profissional que apresentou pontuação levemente alta (Tabela 2).

Ao dividirmos os escores dos participantes de cada fator em três intervalos (baixo, moderado e alto) encontramos as proporções de participantes por intervalos de escores da Tabela 2. Essas proporções por intervalo reforçam o predomínio dos médicos residentes dentre os escores moderados, menos para o fator Não Integração à Organização, que foi majoritariamente baixo. Além disso, podemos observar que a Integração às Pessoas apresentou apenas escores baixos e moderados. Nos dois fatores com as médias mais elevadas – Acesso à Informação e Qualificação Profissional –, as modas estão nos intervalos de escores moderados, mas há proporções mais amplas de participantes no intervalo alto (40,81% e 44,70% respectivamente) do que nos demais fatores.



### **Características sociodemográficas e o perfil ocupacional influenciam no processo de socialização organizacional?**

Exploramos a relação dos escores dos fatores de socialização organizacional com as características sociodemográficas e de perfil ocupacional, aplicando MANOVA, e encontramos modelos que explicam a partir de 10% da variância de três fatores, a saber: Não Integração à Organização ( $R^2=0,47$ ;  $R^2$  ajustado=0,1), Objetivos e Valores Organizacionais ( $R^2=0,47$ ;  $R^2$  ajustado=0,1) e Linguagem e Tradição ( $R^2=0,52$ ;  $R^2$  ajustado=0,2). Encontramos que, quando o participante é mulher ( $F=4,71$ ;  $p=0,03$ ), não reside na região centro-sul ( $F=4,11$ ;  $p=0,02$ ), bem como é mulher e nem um pouco religiosa ( $F=2,60$ ;  $p=0,05$ ), é mulher, nem um pouco religiosa e solteira ( $F=2,90$ ;  $p=0,04$ ), nem um pouco religioso, solteiro e residindo com um dos pais ( $F=4,66$ ;  $p=0,01$ ) ou não residindo na região centro-sul ( $F=5,60$ ;  $p=0,02$ ) os escores no primeiro fator citado tendem a ser mais elevados.

Quando o participante é homem e pouco religioso ( $F=3,60$ ;  $p=0,01$ ), tem religião, mas não reside na região centro-sul ( $F=3,91$ ;  $p=0,05$ ), pouco religioso e solteiro ( $F=2,66$ ;  $p=0,05$ ), pouco religioso e não reside na região centro-sul ( $F=3,37$ ;  $p=0,01$ ), é homem, solteiro e mora com pelo menos um dos pais ( $F=4,28$ ;  $p=0,01$ ), é homem, solteiro e não reside na região centro-sul ( $F=9,64$ ;  $p=0,02$ ), é pouco religioso, solteiro e não reside na região centro-sul ( $F=5,40$ ;  $p=0,02$ ) tendem a apresentar os escores mais elevados em objetivos e valores organizacionais. Quando o participante é homem ( $F=10,66$ ;  $p=0,001$ ), reside na região centro-sul ( $F=3,30$ ;  $p=0,004$ ), é homem e reside na região centro-sul ( $F=3,02$ ;  $p=0,05$ ), é pouco religioso ( $F=4,52$ ;  $p=0,04$ ), é homem, tem relacionamento estável e reside no centro-sul ( $F=5,12$ ;  $p=0,02$ ), é pouco religioso, reside com outro familiar e na região centro-sul ( $F=2,64$ ;  $p=0,04$ ) tendem a apresentar escores mais elevados em linguagem e tradição.

A idade é uma variável contínua e, por isso, exploramos a sua relação com os fatores de socialização organizacional separadamente. Encontramos (Figura 1) que há um pico crescente no intervalo de 34 a 38 anos nos fatores Competência e Pró-atividade, Qualificação Profissional, Objetivos e Valores Organizacionais, e Linguagem e Tradição; sendo que os dois últimos apresentam uma distribuição geral por idade similares (observar que as linhas quase se sobrepõem). Há um pico crescente de Acesso à Informação no intervalo de 33 a 38 anos. Integração às Pessoas apresenta um pico decrescente no intervalo de 33 a 36 anos e Não Integração à Organização apresenta um pico decrescente no intervalo de 34 a 38 anos.

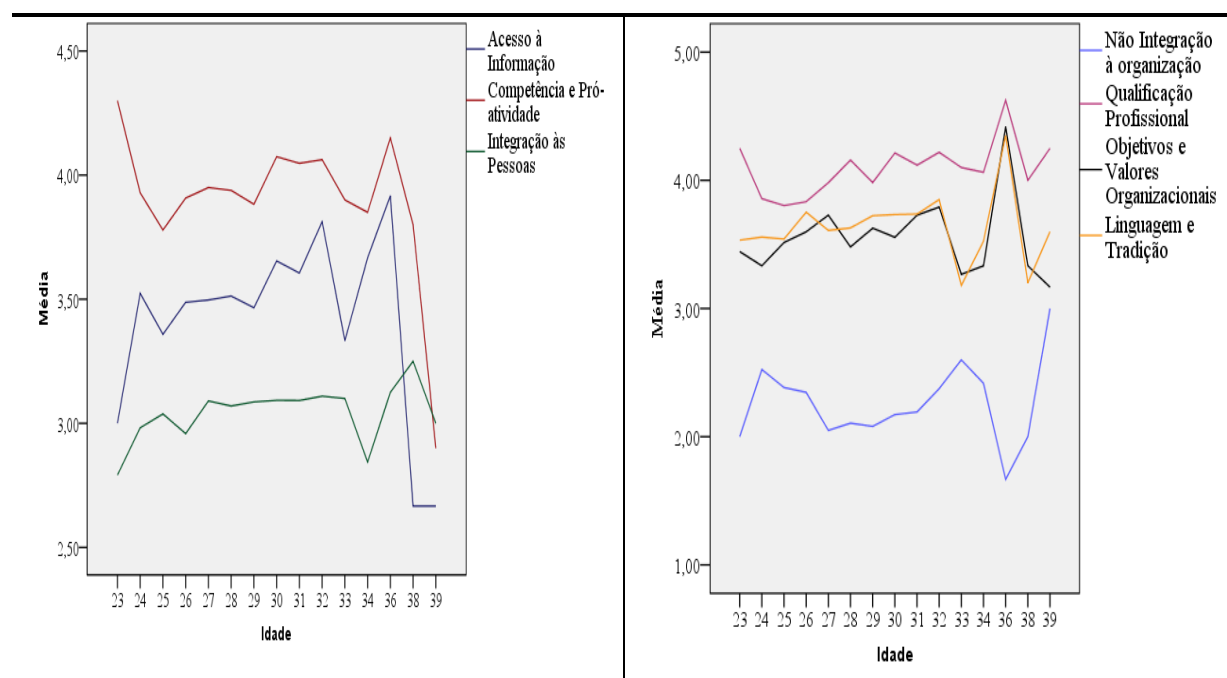


Figura 1

### *Idade e Socialização Organizacional*

No que concerne aos aspectos do perfil ocupacional nominal (residência cirúrgica ou não, jornada de trabalho e ter ou não outro trabalho) aplicamos MANOVA; e identificamos que todos os modelos em que os fatores de socialização organizacional são variáveis dependentes apresentaram baixo poder explicativo ( $R^2$  ajustado  $\leq 0,06$ ), por isso não consideramos essas relações na seção subsequente.

Analisamos graficamente a relação das variáveis do perfil ocupacional contínua (há quanto tempo está na residência médica e número de plantões cumprido mensalmente) e percebemos não haver linearidade. Identificamos (Figura 2), entretanto, que os escores em Não Integração à Organização tendem a se reduzirem ao longo do tempo, apesar de ter dois picos crescentes: um aos 2,5 meses e outro aos 12,5 meses; enquanto que a Qualificação Profissional apresenta uma queda até os 2,5 meses de residência, mas tende a crescer com o tempo. Foram observadas quedas acentuadas nos escores nos fatores entre o primeiro e o segundo ano exceto em Linguagem e Tradição e Qualificação Profissional.

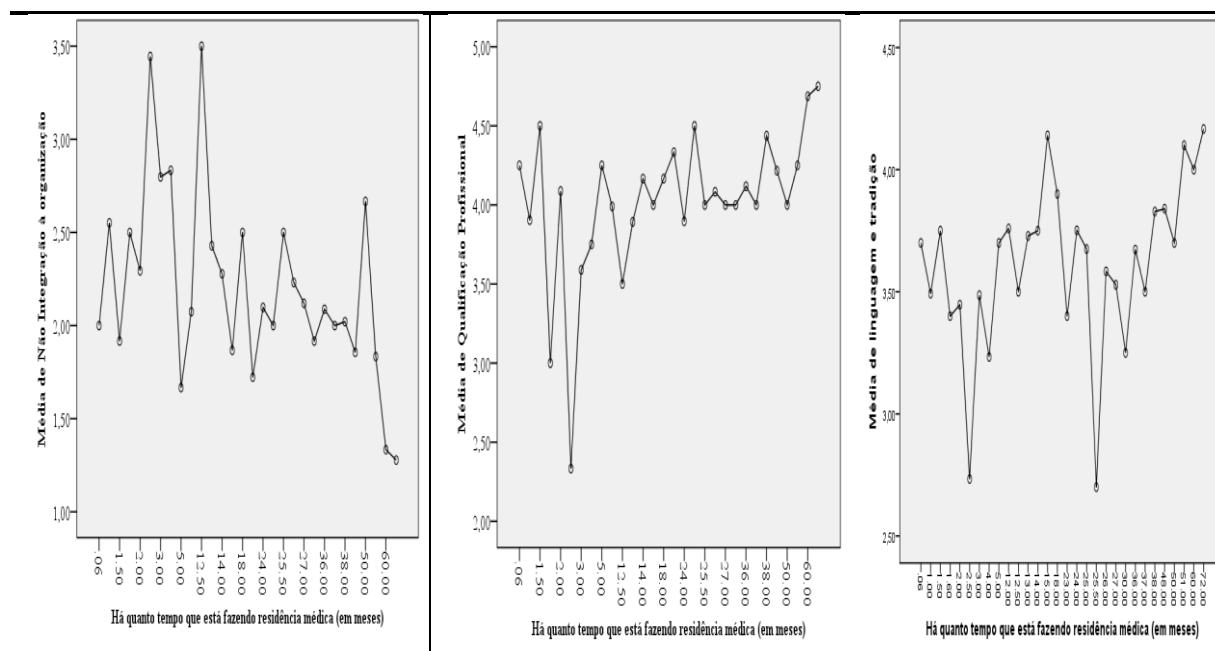


Figura 2

### Tempo na residência médica e fatores de socialização organizacional

#### Há relação entre síndrome de burnout e socialização organizacional?

Consideramos com síndrome de *burnout* os participantes que apresentaram pontuações altas ou moderadas nos três fatores mencionados. Assim, identificamos 70 médicos residentes que apresentaram síndrome de *burnout* e 203 médicos residentes que não apresentaram. Para verificarmos se há relação entre a síndrome e socialização organizacional,

realizamos a ANOVA (Tabela 3). Encontramos que todos os fatores de socialização organizacional diferem significativamente se os indivíduos têm ou não síndrome de *burnout*. Identificamos que, quem tem síndrome de *burnout*, apresenta menor Acesso à Informação, Competência e Pró-atividade, Integração às Pessoas, Qualificação Profissional, Objetivos e Valores Organizacionais e Linguagem e Tradição; e maior Não Integração à Organização.

Tabela 3

*Síndrome de burnout e fatores de socialização organizacional (n=273)*

Fatores de Socialização Organizacional	Com burnout				Anova	R <sup>2</sup>
	Não		Sim			
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Acesso à Informação	3,62	0,59	3,16	0,72	F=27,78; p<0,001	0,10
Competência e Pró-atividade	4,07	0,44	3,55	0,66	F=54,96; p<0,001	0,16
Integração às Pessoas	3,11	0,32	2,90	0,40	F=20,55; p<0,001	0,07
Não Integração à Organização	2,02	0,67	2,68	0,75	F=47,06; p<0,001	0,15
Qualificação Profissional	4,17	0,55	3,64	0,84	F=35,07; p<0,001	0,11
Objetivos e Valores Organizacionais	3,72	0,61	3,21	0,74	F=33,83; p<0,001	0,11
Linguagem e Tradição	3,72	0,50	3,47	0,54	F=12,63; p<0,001	0,05

No caso dos fatores Não Integração à Organização, Objetivos e Valores Organizacionais, e Linguagem e Tradição que mostraram nas análises anteriores que aspectos sociodemográficos podiam diferenciar seus escores, repetimos essas ANOVA's, acrescentando como covariantes o sexo, ter religião, religiosidade, estado civil, residir na região centro e residir com familiar. Observamos que essas variáveis, quando no modelo junto com ter ou não síndrome de *burnout*, não diferenciam mais os escores dos citados fatores de socialização organizacional, apenas a síndrome de *burnout*.

### **Análise das Entrevistas, Triangulação dos Resultados e Discussão**

Desenvolvemos a pesquisa utilizando duas estratégias – questionários estruturados e entrevistas – de autorrelato. Portanto, nos questionários, os pontos atribuídos aos itens, com base nos quais estimamos os escores nos fatores, são autorreferendados, ou seja, dependem das expectativas, valores e outras idiossincrasias dos participantes e/ou inserções culturais, construídas em suas trajetórias humanas e de preparação para serem residentes. Os resultados referentes aos escores de socialização organizacional indicaram que os médicos residentes do HC-UFMG apresentaram predominantemente escores moderados, com exceção de Não Integração à Organização. Esses escores não correspondem ao ideal. Indicam um sucesso moderado do processo de socialização, mas também que há muito espaço de insatisfações e/ou de não correspondência às suas idiossincrasias. A análise da proporção de participantes por intervalos no fator de Integração às Pessoas sinaliza para mais dificuldades nesse domínio, uma vez que os participantes apresentaram escores baixos (31,25%) ou moderados (68,75%). Faz-se necessário perguntar: o que está ocorrendo nas relações interpessoais que não corresponde ao esperado? Nas entrevistas, cinco médicos residentes relataram uma ausência de suporte da preceptoria que é retratada pela falta de suporte técnico (“[...] eles não estão tão preocupados, às vezes, com a nossa formação [...]”) e emocional (“[...] Eu acho que na própria especialidade, a gente deveria ter mais suporte emocional [...]”), bem como a percepção de que não são ouvidos (“[...] a gente tem pouca voz [...], esse distanciamento do residente para o preceptor. São pontos bem negativos”). Embora problemas de socialização fossem previsíveis (Künzel & Schulte, 1986, citados por Pereira, 2010), compete indagar: Que políticas da gestão estão por trás dessas situações? Essas dificuldades com os preceptores estão atravessadas pelas mudanças no contexto hospitalar que mencionamos anteriormente (p. ex., adesão a EBSEH)?

Pesquisadores (Allen & Shanock , 2013; Akremi et al., 2015; Benson, et al., 2015; Commeiras et al., 2013; Filstad, 2011; Scott et al., 2014; Song et al., 2015) identificaram que a presença de táticas organizacionais institucionalizadas (por ex., apresentação formal da empresa e do time, apresentação do local de trabalho e do posicionamento de trainee, dispositivos de treinamento específicos e treinamento no trabalho, treinamento formal, calendário de desenvolvimento de carreira, oferecer apoio e oportunidade de participar das atividades de trabalho) contribuem para o processo de aprendizagem e de comprometimento organizacional; conduzem a um aumento de sentimentos organizacionais positivos, o que eleva a confiança na organização, comprometimento e satisfação no trabalho, além de reduzir a rotatividade. Para Benson et al. (2015), a natureza primária das táticas de socialização organizacional é esclarecer ao novo membro o papel que ele desempenhará na equipe.

Tais considerações corroboram que as médias mais altas em Competência e Pró-atividade e em Qualificação Profissional devam espelhar adequadamente prioridades da universidade e/ou o seu estilo, mesmo que exista uma margem larga de necessidade de melhoria inclusive nestes aspectos, já que há 4,78% (Competência e Pró-atividade) e 5,49% (Qualificação Profissional) de participantes nos intervalos de baixos escores e 54,41% (Competência e Pró-atividade) e 49,81% (Qualificação Profissional) nos moderados. Entretanto, consideramos que os escores em Acesso à Informação, apesar de predominantemente moderados, contrastam com uma organização pública em que se espera um compromisso efetivo com transparência. A presença de escores médios (54,41%) e altos (40,81%) de competência e pró-atividade confirma a presença de táticas pró-ativas de socialização organizacional em todos os 13 entrevistados.

Percebemos que todos os participantes das entrevistas fizeram uso de táticas pró-ativas de socialização organizacional: todos os entrevistados usaram busca de informação e feedback, cinco fizeram uso de abertura às oportunidades, sete fizeram uso do

desenvolvimento mútuo em conjunto com outros novos membros e um fez uso da autodeterminação. Categorizamos as táticas aplicadas pelos participantes conforme nomenclatura e definições da Tabela 1. A presença dessas táticas demonstra a interatividade e o dinamismo do processo de socialização organizacional, no qual os novos membros buscam alcançar o conhecimento e as habilidades necessárias para assumirem o seu papel organizacional (Dubar, 1998; Cooper-Tomas et al., 2012; Lapointe et al., 2014).

As táticas pró-ativas de socialização organizacional podem ser favorecidas pela presença de relações interpessoais positivas com a equipe (outros residentes, preceptores, plantonistas e outros profissionais de saúde) que foi descrita por nove entrevistados (“Ah, principalmente, eu chamo de colegas, mas eles são amigos de verdade. Os amigos da residência. Eu já ouvi relatos de outras turmas que o pessoal era muito separado, e assim o que eu percebo da minha turma é que é exatamente o contrário”); ou podem encontrar entraves devido às dificuldades existentes nas relações interpessoais com a equipe, uma vez que três retrataram dificuldades com alguns preceptores (“[...] A gente leva uns tapas na cara assim, mas os preceptores também ajudam muito, então você vê que uns são mais grossos, outros são mais educados, mas no geral todos têm muita boa vontade de ensinar, né? Você vê que eles fazem porque gostam, tem paixão, você vê que às vezes são grossos com a gente, mas eu nunca vi nenhum tratando mal uma paciente, nunca [...]”). Commeiras et al. (2013) observaram que a qualidade das relações interpessoais no trabalho tende a favorecer o sucesso da socialização organizacional, concordando, assim, com Bae (2012), Hart (2012), Korte e Li (2015) e Korte e Lin (2013).

A qualificação profissional que apresentou escores médios (49,81%) e altos (44,78%) indicou que os médicos residentes tendem a se perceberem qualificados profissionalmente. Provavelmente esses escores têm a ver tanto com o esforço para ser admitido na residência médica da UFMG quanto com a imagem da UFMG. Entretanto, a distribuição dos escores

deixa às vistas a existência de queixas em relação a contribuição da residência para promover tal qualificação, o que está explícito na fala de alguns entrevistados:

- Sete relataram ter poucas oportunidades de aprendizado, sendo um exemplo: “Eu acho que a gente deveria ter um suporte teórico melhor. A gente entra, todo mundo acha que a gente sabe, ninguém ensina nada, a gente sai com o conhecimento que a gente adquiriu com o trabalho, que eu acho que não é uma proposta para uma residência.”

Os resultados das análises indicaram que as características sociodemográficas exercem uma influência nos fatores de socialização organizacional, contudo as relações identificadas no presente estudo são de baixo poder explicativo. No que tange ao período na residência, quanto maior o tempo, maior o contato com o conhecimento necessário para realizar a tarefa e com a linguagem profissional; bem como terá mais conhecimento acerca dos processos organizacionais e da cultura organizacional e maior experiência profissional, contribuindo para o crescimento da qualificação profissional e maior integração na organização. As quedas observadas em todos os fatores, exceto Linguagem e Tradição, e Qualificação Profissional entre o primeiro e o segundo ano de residência, refletem um provável momento de transição nesse período dentre os programas de residência médica. Compete à organização refletir como essa transição ocorre e o que pode ser feito para amenizar a crise vivida em tal período.

Identificamos diferenças quanto à primeira semana de trabalho no HC dentre os entrevistados:

- Dois classificaram a primeira semana como horrível;
- Quatro classificaram a primeira semana como positiva;
- Dois disseram que foi impactante (“A primeira semana foi meio assustadora, no sentido de que não conhecia nada [...]”);



- Quatro relataram que ficaram perdidos (“Eu fiquei um pouco perdido, um pouco sem saber para onde ir, mas com a ajuda dos colegas, dos R2 principalmente, pega a dinâmica do serviço com tranquilidade e resolve as coisas todas”);
- Um teve receio de não dar conta (“Na primeira semana, eu mantive as malas feitas. Achando que eu não conseguiria dar conta do ritmo de trabalho”);
- Cinco relataram terem sido bem recebidos pelos residentes acima e preceptores (“Falo até mais na questão de relacionamento interpessoal, eu me senti muito bem recebida, muito bem acolhida e isso facilitou demais, porque, na primeira semana, é quando você toma aquele primeiro choque de realidade. Eu acho que isso contribuiu muito, porque com as outras coisas, você se acostuma ao longo do tempo, mas quando você não se sente bem recebido, porque as pessoas não gostam de você, eu acho que isso dificulta. Aqui não. Eu me senti super bem acolhida, as meninas me elogiaram, então fiquei ‘então não tô fazendo tudo errado’, sabe? Então, foi mais positivo do que negativo”);
- Cinco tiveram um momento destinado a ajudá-los a aprender e integrar-se nos novos postos de trabalho (“Sim, a gente teve uma reunião, é, foi entregue um material impresso explicando tudo o que ia ser feito durante o ano. Então a programação, a gente já tem a programação normal”);
- Quatro não tiveram um momento destinado a ajudá-los a aprender e integrar-se nos novos postos de trabalho, para conhecer o hospital, seus objetivos e burocracia (“Não, nunca teve. Foi realmente jogado. A sorte é que, no primeiro estágio, tinha um R2 comigo e com ele, ele me apresentava às pessoas. Mas, se não, eu estaria muito mais perdido [...]).

Identificamos que há relação entre a síndrome de *burnout* e a socialização organizacional, na qual os participantes que apresentaram melhor escore no ISO tem menor

incidência de síndrome de *burnout*. Esses participantes obtiveram maior Acesso à Informação, Competência e Pró-atividade, Integração às Pessoas, Qualificação Profissional, Objetivos e Valores Organizacionais e Linguagem e Tradição; e menor Não Integração à Organização. Assim, consideramos recomendável um maior investimento institucional para favorecer e apoiar o residente neste processo.

Tendo em vista que a síndrome de *burnout* ocorre em decorrência da natureza do trabalho e do ambiente organizacional em que o profissional está inserido (Tamayo et al., 2005), questionamos se a presença da mesma teve influência das dificuldades encontradas pelos médicos residentes no processo de socialização organizacional como: ausência de táticas organizacionais institucionalizadas no HC-UFMG, dificuldades de relacionamento interpessoal com a preceptoria, pouca oportunidade de aprendizado e ausência de suporte da preceptoria.

Portanto, as entrevistas demonstram que o processo de socialização organizacional ocorre de formas distintas dentre os programas de residência médica do HC-UFMG, uma vez que os médicos residentes retratam diferentes contextos. Concluímos que os resultados corroboram a expectativa de que as dificuldades encontradas pelos médicos residentes no processo de socialização organizacional podem contribuir para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Liang & Hsieh, 2008).

### Considerações Finais

A presente pesquisa objetivou identificar se há relação entre síndrome de *burnout* e socialização organizacional. O objetivo foi alcançado uma vez que identificamos que os participantes que apresentaram melhor escore no ISO têm menor incidência de síndrome de *burnout*. Observamos a influência do tempo na residência na socialização organizacional. Também foram identificadas relações entre os fatores sociodemográficos e do perfil ocupacional quanto aos fatores de socialização organizacional, contudo, as relações identificadas foram de baixo poder explicativo. De qualquer forma, o incentivo à residir próximo, o respeito às demandas familiares dos residentes e suas diferenças de religiosidade importam para favorecer a socialização e proteger os participantes do desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

Entendemos que a relação entre a síndrome de *burnout* e a socialização organizacional é complexa, pois esses dois fenômenos envolvem a interação entre variáveis individuais e contextuais do ambiente de trabalho que refletem no bem-estar do trabalhador. Além disso, como exploramos exclusivamente o caso de um hospital, variáveis, como exigências relativas à jornada de trabalho, ficaram controladas, de modo que torna seu efeito invisível. Logo, sugerimos a realização de novos estudos em que a socialização organizacional seja considerada dentro de um leque maior de variáveis e seja possível comparar organizações hospitalares.

### Referências

- Akremiti, A. E., Nasr, M. I., & Richebé, N. (2015). Les antécédents relationnels, organisationnels et individuels de la socialisation des nouvelles recrues. *M@n@gement*, 17(5), 317-345.
- Allen, D. G., & Shanock, L. R. (2013). Perceived organizational support and embeddedness as key mechanisms connecting socialization tactics to commitment and turnover among new employees. *Journal of Organizational Behavior*, 34(3), 350-369.
- Bae, S. H. (2012). Organizational socialization of international nurses in the New York metropolitan area. *International Nursing Review*, 59(1), 81-87.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bauer, T. N., Bodner, T., Erdogan, B., Truxillo, D. M., & Tucker, J. S. (2007). Newcomer adjustment during organizational socialization: a meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. *Journal of Applied Psychology*, 92(3), 707-721.
- Benson, A. J., Evans, M. B., & Eys, M. A. (2015). Organizational socialization in team sport environments. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*.
- Berger, P. L., Luckmann, T. (2005). *Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem moderno*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Borges, L. O., & Albuquerque, F. J. B. (2014). Socialização Organizacional. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.). *Psicologia, Organização e Trabalho no Brasil*, 2<sup>a</sup> ed. (p. 331-356). Porto Alegre: Artmed.
- Borges, L. O., Silva, F. H. V. C., Melo, S. L., & Oliveira, A. S. (2010). Reconstrução e Validação de um Inventário de Socialização Organizacional. *Revista de Administração Mackenzie*, 11(4), 4-37.
- Borgogni, L., Consiglio, C., Alessandri, G., & Schaufeli, W. B. (2012): "Don't throw the baby out with the bathwater!" Interpersonal strain at work and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21 (6), 875-898.

- Chao, G. T., O'Leary-Kelly, A. M., Wolf, S., Klein, H. J., & Gardner, P. D. (1994). Organizational socialization: Its content and consequences. *Journal of Applied psychology*, 79(5), 730-743.
- Cooper-Thomas, H., Anderson, N., & Cash, M. (2011). Investigating organizational socialization: A fresh look at newcomer adjustment strategies. *Personnel review*, 41(1), 41-55.
- Commeiras, N., Loubes, A., & Bories-Azeau, I. (2013). Identification of organizational socialization tactics: The case of sales and marketing trainees in higher education. *European Management Journal*, 31(2), 164-178.
- Cruz, L. (2015). Risoleta Neves e Hospital das Clínicas reduzem leitos e cancelam cirurgias por falta de material. *Estado de Minas*. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/01/21/interna\\_gerais,610151/risolta-neves-e-hospital-das-clinicas-reduzem-leitos-e-cancelam-cirurg.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/01/21/interna_gerais,610151/risolta-neves-e-hospital-das-clinicas-reduzem-leitos-e-cancelam-cirurg.shtml)>.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dubar, C. (1998). *La socialization: construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
- Filstad, C. (2011). Organizational commitment through organizational socialization tactics. *Journal of Workplace Learning*, 23(6), 376-390.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo*, 7(1), 3-10.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo: Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

- Griffin, A. E., Colella, A., & Goparaju, S. (2000). Newcomer and organizational socialization tactics: An interactionist perspective. *Human Resource Management Review, 10*(4), 453-474.
- Gunasingam, N., Burns, K., Edwards, J., Dinh, M., & Walton, M. (2015). Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgraduate medical journal, 91*(1074), 182-187.
- Harrison, S. H., Sluss, D. M., & Ashforth, B. E. (2011). Curiosity adapted the cat: the role of trait curiosity in newcomer adaptation. *Journal of Applied Psychology, 96*(1), 211.
- Hart, Z. P. (2012). Message content and sources during organizational socialization. *Journal of Business Communication, 49*(3), 191-209.
- Kammeyer-Mueller, J. D., Livingston, B. A., & Liao, H. (2011). Perceived similarity, proactive adjustment, and organizational socialization. *Journal of Vocational Behavior, 78*(2), 225-236.
- Chen, G., & Klimoski, R. J. (2003). The impact of expectations on newcomer performance in teams as mediated by work characteristics, social exchanges, and empowerment. *Academy of Management Journal, 46*(5), 591-607.
- Korte, R., & Li, J. (2015). Exploring the organizational socialization of engineers in Taiwan. *Journal of Chinese Human Resource Management, 6*(1), 33-51.
- Korte, R., & Lin, S. (2013). Getting on board: Organizational socialization and the contribution of social capital. *Human relations, 66*(3), 407-428.
- Lapointe, É., Vandenberghe, C., & Boudrias, J. S. (2014). Organizational socialization tactics and newcomer adjustment: The mediating role of role clarity and affect-based trust relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 87*(3), 599-624.
- Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro*. (Tese de doutorado, Universidade Pontifícia de Salamanca).

- Liang, S. C., & Hsieh, A. T. (2008). The role of organizational socialization in burnout: A Taiwanese example. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(2), 197-216.
- Lu, S. C., & Tjosvold, D. (2013). Socialization tactics: Antecedents for goal interdependence and newcomer adjustment and retention. *Journal of Vocational Behavior*, 83(3), 245-254.
- Martins, A. E., Davenport, M. C., Del Valle, M. D. L. P., Di Lalla, S., Domínguez, P., Ormando, L., Ingratta, A., Gambarini, H., & Ferrero, F. (2011). Impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents. *Jornal de pediatria*, 87(6), 493-498.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2 (2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Minayo, M. C. S. (2008). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
- Nifadkar, S. S., & Bauer, T. N. (2015). Breach of Belongingness: Newcomer Relationship Conflict, Information, and Task-Related Outcomes During Organizational Socialization. *Journal of Applied Psychology*, 1-13.
- Pantaleoni, J. L., Augustine, E. M., Sourkes, B. M., & Bachrach, L. K. (2014). Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. *Academic pediatrics*, 14(2), 167-172.
- Papp, H. (2007). *Adaptação para o português do Maslach Burnout Inventory - General Survey*. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina.
- Pereira, A. M. T. B. (2010). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Oliveira, J. (2015). Prejudicadas por corte de verbas, universidades federais em Minas sofrem para fechar as contas. *Estado de Minas*. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/03/08/interna\\_gerais,625230/federais-tem-sua-pior-prova-de-economia.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2015/03/08/interna_gerais,625230/federais-tem-sua-pior-prova-de-economia.shtml)>.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Carrer Development International*, 14(3), 204-220.
- Scott, K. A., Montes, S. D., & Irving, P. G. (2015). Examining the impact of socialization through trust. *Journal of Personnel Psychology*, 11(4), 191-198.
- Silveira, F. F., & Borges, L. O. (submetido). Prevalência da Síndrome de *Burnout* dentre os Médicos Residentes.
- Song, Z., Chon, K., Ding, G., & Gu, C. (2015). Impact of organizational socialization tactics on newcomer job satisfaction and engagement: Core self-evaluations as moderators. *International Journal of Hospitality Management*, 46, 180-189.
- Tamayo, R. M. (1997). *Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília).
- Tamayo, M. R., Argolo, J. C. T., & Borges, L. O. (2005). Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. In. Borges, L. O. *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (p. 223-246). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tang, C., Liu, Y., Oh, H., & Weitz, B. (2014). Socialization tactics of new retail employees: a pathway to organizational commitment. *Journal of Retailing*, 90(1), 62-73.
- Van Maanen, J., & Schein, E. H. (1979). Toward a theory of organizational socialization. In Barry M. Staw and L. L. Cummings (eds.). *Research in Organizational Behavior*. (p. 209-264). Greenwich: JAI Press



## 5. Considerações finais

A dissertação explorou a relação entre síndrome de *burnout* e socialização organizacional, para tanto utilizei a triangulação metodológica, pois eu acreditava que não seria possível compreender realmente esses dois fenômenos se eu apenas me limitasse à aplicação dos inventários. Considerei importante escutar os médicos residentes e essa escuta verbal foi fundamental para que eu entrasse em contato com as suas vivências e a partir delas fazer uma releitura dos meus dados que não se limitasse a uma leitura puramente estatística.

Acredito que a opção pela triangulação metodológica possibilitou que eu conseguisse cumprir o meu objetivo, pois encontrei que quem tem síndrome de *burnout* tendeu a apresentar menor escore no ISO. A partir das entrevistas pude identificar diferentes contextos de socialização organizacional dentro dos programas de residência médica do HC-UFMG, dentre os quais relatos que revelaram a ausência de táticas de socialização organizacional institucionalizada, dificuldades de relacionamento interpessoal com a preceptoria e poucas oportunidades de aprendizagem. Esses relatos me possibilitaram questionar se a presença de síndrome de *burnout* sofreu influência das dificuldades encontradas pelos médicos residentes no processo de socialização organizacional, uma vez que Liang e Hsieh (2008) encontraram que o êxito na socialização organizacional contribui para a redução da síndrome de *burnout* nos trabalhadores.

A opção do formato da dissertação em dois artigos possibilitou que eu explorasse de forma organizada os dados acerca da prevalência da síndrome de *burnout* (Artigo 1) e da relação da mesma com a socialização organizacional (Artigo 2), pois fiz recortes específicos para cada artigo. Contudo, essa escolha foi limitadora dos dados encontrados nas entrevistas que abordaram as vivências na residência médica, bem como na graduação de Medicina, por isso será feito um terceiro artigo para explorar esses dados.

As entrevistas revelaram que a primeira semana de trabalho pode ser traumática para o médico residente por diferentes razões: o local de trabalho que ele está (por ex. centro de tratamento intensivo que possui pacientes graves), ausência de táticas de socialização organizacional institucionalizada e por não se sentir preparado. Diante disso, vejo a necessidade do HC-UFMG criar um momento de acolhimento na primeira semana no hospital em que os médicos residentes se familiarizem com a burocracia e com o hospital; e os programas de residência médica se reúnam com os médicos residentes de modo que a equipe seja apresentada, o que é esperado deles e um cronograma com as aulas teóricas e suas atividades.

Ressalvo que um dos entrevistados relatou que a primeira semana foi organizada, pois ocorreu uma reunião na qual foi explicado o serviço e o que eles iam fazer, além de um material impresso com a programação ao longo do ano, esse entrevistado também relatou que eles têm uma manhã livre que é dedicada aos estudos da residência. Percebi nas entrevistas que os médicos residentes sentem falta de aulas teóricas, de oportunidades para aprenderem fazendo (não ficarem apenas observando a atuação de outro profissional) e terem tempo para estudar. Os programas de residência médica deveriam se ater a essas necessidades, uma vez que se propõem a formar especialistas, logo possuem um compromisso com o ensino.

O primeiro artigo contribuiu para revelar dados epidemiológicos acerca da síndrome *burnout* em médicos residentes, pois ao identificar a prevalência da síndrome de *burnout* dentre os médicos residentes, aponto para a necessidade de mais pesquisas que possam esclarecer o porquê dessa síndrome estar presente dentre esses profissionais. O segundo artigo foi importante ao evidenciar a relação entre síndrome *burnout* e socialização organizacional, na qual os participantes que apresentaram melhor escore no ISO têm menor incidência de síndrome de *burnout*; esse achado abre possibilidades de estudos que abranjam esses dois fenômenos, de modo que possam esclarecer o porquê dessa relação.

## 6. Referências

Aach, R. D., Cooney, T. G., & Girard, D. E. (1988). Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. *Annals of Internal Medicine*, 109(2), 154-61.

Álvarez-Hernández, G., Medécigo-Vite, S., & Ibarra-García, C. (2010). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en el Estado de Sonora. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 67(1), 44-51.

Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. S. & Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da "Job Stress Scale": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública*, 38, 164-171.

Antiel, R. M., Reed, D. A., Van Arendonk, K. J., Wightman, S. C., Hall, D. E., Porterfield, J. R., Horvath, K. D., Terhune, K. P., Tarpley, J. L., & Farley, D. R. (2013). Effects of duty hour restrictions on core competencies, education, quality of life, and burnout among general surgery interns. *JAMA Surgery*, 148(5), 448-455.

Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. A., & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422-9.

Bacheschi, L. A. (1998). A Residência Médica. In E. Marcondes, & E. L. Gonçalves (Orgs.). *Educação Médica*, p. 369-373. São Paulo: Sarvier.

Bauer, T. N., Bodner, T., Erdogan, B., Truxillo, D. M., & Tucker, J. S. (2007). Newcomer adjustment during organizational socialization: a meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. *Journal of Applied Psychology*, 92(3), 707-721.

Borges, L. O., & Albuquerque, F. J. B. (2014). Socialização Organizacional. In J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade, & A. V. B. Bastos (Orgs.). *Psicologia, Organização e Trabalho no Brasil*, 2<sup>a</sup> ed. (p. 331-356). Porto Alegre: Artmed.

Borus, J. F. (1997). Recognizing and managing residents' problems and problem residents. *Academic radiology*, 4(7), 527-533.

Cervantes, A. A., Gregori, P. A., & Guíño, E. Y. (2012). Síndrome de Burnout entre asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel Carrión, setiembre 2011. *Actas Peruanas de Anestesiología*, 20(1), 13-20.

Chao, G. T., O'Leary-Kelly, A. M., Wolf, S., Klein, H. J., & Gardner, P. D. (1994). Organizational socialization: Its content and consequences. *Journal of Applied psychology*, 79(5), 730-743.

Clayton, J. M., Butow, P. N., Waters, A., Laidsaar-Powell, R. C., O'Brien, A., Boyle, F., Back, A. L., Arnold, R. M., Tulskey, J. A., & Tattersall, M. H. (2013). Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctors' confidence and skills in end-of-life communication. *Palliative medicine*, 27(3), 236-243.

Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo. *Aletheia*, 32, 4-21.

Esquivel, D. A., Nogueira-Martins, L. A., & Yazigi, L. (2009). Seria a Residência Médica emocionalmente prejudicial? Um estudo sobre burnout e características de personalidade de residentes do primeiro ano de ortopedia. *Psico-USF*, 14(3), 261-74.

Franco, G. P., Barros, A. L. B. L., Nogueira-Martins, L. A., & Zeitoun, S. S. (2011). Burnout em residentes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 12-18.

Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo*, 7(1), 3-10.

Gonçalves, E. L. (1998 a). Três Escolas Médicas Numa Escola. . In. E. Marcondes, & E. L. Gonçalves (Orgs.). *Educação Médica*, p. 355-368. São Paulo: Sarvier.

Gonçalves, E. L. (1998 b). De Ingressantes na Faculdade a Médico Especialista: Uma Longa Trajetória. . In. E. Marcondes, & E. L. Gonçalves (Orgs.). *Educação Médica*, p. 325-339. São Paulo: Sarvier.

Grebot, E., Berjot, S., Lesage, F. X., & Dovero, M. (2011). Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(2), 43-52.

Guido, L. A., Silva, R. M., Goulart, C. T., Bolzan, M. E. O., & Lopes, L. F. D. (2012). Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1477-1483.

Gunasingam, N., Burns, K., Edwards, J., Dinh, M., & Walton, M. (2015). Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. *Postgraduate medical journal*, 91(1074), 182-187.

Kang, E. K., Lihm, H. S., & Kong, E. H. (2013). Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean journal of family medicine*, 34(1), 36-42.

Katsurayama, M., Gomes, N. M., Becker, M. A. D. A., Santos, M. C. D., Makimoto, F. H., & Santana, L. L. O. (2011). Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. *Psicologia Hospitalar*, 9(1), 75-96.

Lapointe, É., Vandenberghe, C., & Boudrias, J. S. (2014). Organizational socialization tactics and newcomer adjustment: The mediating role of role clarity and affect-based trust relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(3), 599-624.

Liang, S. C., & Hsieh, A. T. (2008). The role of organizational socialization in burnout: A Taiwanese example. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 36(2), 197-216.

Llera, J., & Durante, E. (2014). Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(1), 6-11.

Mariños, A., Otero, M., Málaga, G., & Tomateo, J. (2011). Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Medica Herediana*, 22(4), 159-160.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Milling, T. J. (2005). Drug and alcohol use in emergency medicine residency: an impaired resident's perspective. *Annals of emergency medicine*, 46(2), 148-151.

Mucci, N. E. (2011). *O Início da Residência Médica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Nason, G. J., Liddy, S., Murphy, T., & Doherty, E. M. (2013). A cross-sectional observation of burnout in a sample of Irish junior doctors. *Irish journal of medical science*, 182(4), 595-599.

Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O., & Coker, A. O. (2014). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian journal of psychiatry*, 10, 27-32.

Ortiz-Acosta, R., & Beltrán-Jiménez, B. E. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación médica*, 14(1), 49-55.

Pantaleoni, J. L., Augustine, E. M., Sourkes, B. M., & Bachrach, L. K. (2014). Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. *Academic pediatrics*, 14(2), 167-172.

Paredes, O. L., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Médica, 16*(1), 25-32.

Rodrigues, R. T. S., Barbosa, G. S., & Chiavone, P. A. (2013). Personalidade e resiliência como proteção contra o *burnout* em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica, 37*(2), 245-253.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Carrer Development International, 14*(3), 204-220.

Silva, G. C. C., Koch, H. A., Sousa I, E. G., GasparettoI, E., & Buys, R. C. (2010). Ansiedade e depressão em residentes em radiologia e diagnóstico por imagem. *Revista Brasileira de Educação Médica, 34*(2), 199-206.

Soares, L. R., Lopes, T. M. D. O., Silva, M. A. O., Ribeiro, M. V. A., Júnior, A., Silva, R. A., Alves, R. F., Bueno, T. G. G., Salgado, T. A., & Chen Chen, L. (2012). Burnout e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica, 36*(1), 77-82.

Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G., & Juárez-Pérez, C. A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine, 59*(1), 8-13.

Van Maanen, J., & Schein, E. H. (1979). Toward a theory of organizational socialization. In Barry M. Staw and L. L. Cummings (eds.). *Research in Organizational Behavior*. (p. 209-264). Greenwich: JAI Press.

## **7. Anexos**



**Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 51571815.7.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Livia de Oliveira Borges**  
Departamento de Psicologia  
FAFICH- UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de dezembro de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Síndrome de Burnout e Socialização Organizacional: Residentes de Medicina"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Telma Campos Medeiros Lorentz', is written over the typed name.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG

## Anexo 2: MBI – General Survey

O objetivo deste levantamento é saber como os membros da equipe percebem e reagem ao seu trabalho. Na página seguinte, constam 16 afirmações sobre sentimentos em relação ao trabalho. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e pense se você se sente deste modo em seu emprego. Se você nunca se sentiu assim assinale “0” (zero) no espaço a direita da afirmativa. Se você tem este sentimento indique a frequência assinalando um número (de 1 a 6) que melhor descreva este sentimento. Um exemplo é mostrado abaixo:

Exemplo

Frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Poucas vezes em um ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Poucas vezes em um mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Todos os dias

<b>Frequência</b> <b>0 – 6</b>	<b>Afirmativa</b>
-----------------------------------	-------------------

I. \_\_\_\_\_ Sinto-me deprimido no trabalho.

Se você nunca se sentiu deprimido no trabalho, assinale o número “0” (zero) na coluna à direita “Frequência”. Se você raramente se sente deprimido no trabalho (poucas vezes em um ano ou menos), você pode assinalar o número “1”.

Se seus sentimentos depressivos são bastante frequentes (poucas vezes na semana, mas não diariamente) você deve assinalar o número “5”.

### MBI – General Survey

Frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Poucas vezes em um ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Poucas vezes em um mês	Uma vez por semana	Algumas vezes na semana	Todos os dias

<b>Frequência 0 – 6</b>	<b>Afirmativa</b>
-----------------------------	-------------------

1. \_\_\_\_\_ Meu trabalho me deixa emocionalmente esgotado.
2. \_\_\_\_\_ Sinto-me acabado depois de um dia de trabalho.
3. \_\_\_\_\_ Sinto-me cansado quando acordo e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.
4. \_\_\_\_\_ Trabalhar o dia inteiro é muito pesado para mim.
5. \_\_\_\_\_ Posso resolver de modo eficaz os problemas que surgem no meu trabalho.
6. \_\_\_\_\_ Sinto-me esgotado pelo meu trabalho.
7. \_\_\_\_\_ Sinto que estou contribuindo de modo eficaz para o que esta organização faz.
8. \_\_\_\_\_ Tornei-me menos interessado no meu trabalho desde que comecei neste emprego.
9. \_\_\_\_\_ Estou perdendo o entusiasmo pelo meu trabalho.
10. \_\_\_\_\_ Em minha opinião, faço um bom trabalho nesta empresa.
11. \_\_\_\_\_ Sinto-me realizado quando termino alguma coisa no trabalho.
12. \_\_\_\_\_ Tenho realizado várias coisas que valem à pena neste emprego.
13. \_\_\_\_\_ Quero apenas fazer o meu trabalho sem ser incomodado.
14. \_\_\_\_\_ Acho que meu trabalho não contribua para nada.
15. \_\_\_\_\_ Duvido que meu trabalho tenha alguma importância
16. \_\_\_\_\_ Sinto-me confiante de que deixo as coisas eficientemente prontas no meu trabalho.

### Anexo 3: Inventário de Socialização Organizacional

**INSTRUÇÕES:** O Inventário de Socialização Organizacional contém 45 afirmativas relacionadas à sua autopercepção sobre o Hospital das Clínicas- UFMG. Sua tarefa consiste em ler cada afirmativa cuidadosamente e concordar em maior ou menor grau sobre o que ocorre no seu ambiente de trabalho atual. Para responder, escolha o ponto da escala abaixo que melhor descreve a situação e escreva o número sobre a linha que aparece à esquerda de cada frase.

<b>Forte Discordância</b>	<b>Discordância</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordância</b>	<b>Forte Concordância</b>
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

- 01) \_\_\_\_\_ Eu conheço muito pouco sobre a história anterior do meu setor de trabalho.
- 02) \_\_\_\_\_ Eu não considero nenhum colega de trabalho meu amigo.
- 03) \_\_\_\_\_ Eu ainda não aprendi a essência de meu emprego.
- 04) \_\_\_\_\_ Eu não domino as palavras específicas usadas em meu trabalho.
- 05) \_\_\_\_\_ Eu sei quem são as pessoas mais influentes nas decisões desta organização.
- 06) \_\_\_\_\_ Eu não estou familiarizado com os costumes e hábitos da minha organização.
- 07) \_\_\_\_\_ Eu sou usualmente excluído dos grupos sociais do dia a dia da organização pelas outras pessoas.
- 08) \_\_\_\_\_ Eu sou competente para fortalecer minha unidade de trabalho.
- 09) \_\_\_\_\_ Eu tenho objetivos que coincidem com os objetivos desta organização.
- 10) \_\_\_\_\_ Eu já domino as siglas, abreviações e termos utilizados pelos membros da organização para denominar setores, processos ou tecnologias de trabalho.
- 11) \_\_\_\_\_ Em meu grupo de trabalho, eu me sinto identificado como um membro da equipe.
- 12) \_\_\_\_\_ Eu conheço as tradições enraizadas da organização.
- 13) \_\_\_\_\_ Eu acredito que estou sintonizado às prioridades desta organização.
- 14) \_\_\_\_\_ Eu compreendo o específico significado das palavras e termos de minha profissão.
- 15) \_\_\_\_\_ Eu tenho dominado as tarefas requeridas pelo meu emprego.
- 16) \_\_\_\_\_ Eu sei quais são os objetivos desta organização.

<b>Forte Discordância</b>	<b>Discordância</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordância</b>	<b>Forte Concordância</b>
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

- 17) \_\_\_\_\_ Eu sou competente para inovar no meu trabalho.
- 18) \_\_\_\_\_ Eu sou capaz de contar alguns aspectos da história de vida dos colegas com quem trabalho junto na organização.
- 19) \_\_\_\_\_ Eu não tenho um completo desenvolvimento das habilidades necessárias para o bom desempenho no meu emprego.
- 20) \_\_\_\_\_ Eu não tenho uma boa compreensão das normas, intenções e formas de procedimento desta organização.
- 21) \_\_\_\_\_ Eu não estou preparado para atingir um melhor desempenho no meu emprego.
- 22) \_\_\_\_\_ Eu poderia ser um bom exemplo de um empregado que representa o que organização valoriza.
- 23) \_\_\_\_\_ Eu sou frequentemente colocado de fora nos grupos de amizade das pessoas desta organização.
- 24) \_\_\_\_\_ Eu sou familiarizado com a história de minha organização.
- 25) \_\_\_\_\_ Eu compreendo o significado da maioria das siglas, abreviações e apelidos usados no meu trabalho.
- 26) \_\_\_\_\_ Eu sou conhecido por muita gente na organização.
- 27) \_\_\_\_\_ Eu sou capaz de identificar as pessoas mais importantes para garantir que o trabalho seja feito nesta organização.
- 28) \_\_\_\_\_ Eu sinto confiança na maioria dos colegas de trabalho.
- 29) \_\_\_\_\_ Eu apoio os objetivos que são estabelecidos pela organização.
- 30) \_\_\_\_\_ Eu tenho me saído bem na execução das tarefas que me são destinadas.
- 31) \_\_\_\_\_ Minha experiência anterior me ajudou na adaptação ao meu cargo.
- 32) \_\_\_\_\_ Meus conhecimentos profissionais me ajudaram na adaptação ao meu cargo.
- 33) \_\_\_\_\_ Eu me sinto aceito e acolhido pelos colegas do meu setor de trabalho.
- 34) \_\_\_\_\_ Eu me sinto integrado à organização.

<b>Forte Discordância</b>	<b>Discordância</b>	<b>Neutro</b>	<b>Concordância</b>	<b>Forte Concordância</b>
<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

- 35) \_\_\_\_\_ Eu sei a quem procurar quando preciso de informações na maioria das situações.
- 36) \_\_\_\_\_ Eu sei os critérios que influenciam as decisões tomadas na organização
- 37) \_\_\_\_\_ Eu tenho estabelecido metas, objetivos e prazos para mim mesmo.
- 38) \_\_\_\_\_ Eu tenho tomado conhecimento das tarefas através de minha iniciativa, observando e fazendo.
- 39) \_\_\_\_\_ Eu tenho possibilidade de identificar os trâmites burocráticos necessários ao desempenho das minhas tarefas.
- 40) \_\_\_\_\_ Eu tenho acesso às informações sobre todos os serviços oferecidos pela organização.
- 41) \_\_\_\_\_ Eu participo das decisões do meu setor de trabalho.
- 42) \_\_\_\_\_ Eu sou competente para fazer unidade de trabalho ser eficaz e produtiva.
- 43) \_\_\_\_\_ Eu realizo meu trabalho com a qualidade adequada.
- 44) \_\_\_\_\_ Eu me esforço para obter as informações de que preciso.
- 45) \_\_\_\_\_ Eu sei quais as datas que são especialmente significativas e comemoradas tradicionalmente por esta organização.

## **8. Apêndices**

**Apêndice 1: Lista dos artigos sobre síndrome de *burnout***

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Título</b>
Antiel et al.	2013	Effects of Duty Hour Restrictions on Core Competencies, Education, Quality of Life, and Burnout Among General Surgery Interns.
Asaiag, Perotta, Martins e Tempski	2010	Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes.
Beckman, Reed, Shanafelt e West	2012	Resident Physician Well-Being and Assessments of Their Knowledge and Clinical Performance
Cervantes, Gregori e Guiño	2012	Síndrome de burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Setiembre 2011.
Clayton et al.	2013	Evaluation of a novel individualised communication-skills training intervention to improve doctors' confidence and skills in end-of-life communication.
Dyrbye et al.	2010	Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population.
Esquivel, Nogueira-Martins e Yazigi	2009	Seria a Residência Médica emocionalmente prejudicial? Um estudo sobre burnout e características de personalidade de residentes do primeiro ano de ortopedia.
Grebot, Berjot, Lesage e Dovero	2011	Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine.
Gunasingam, Burns, Edwards, Dinh e Walton	2015	Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions.
Kang, Lihm e Kong	2013	Association of Intern and Resident Burnout with Self-Reported Medical Errors.
Katsurayama et al.	2011	Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários.
Llera e Durante	2014	Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario.
Mariños, Otero, Tomateo e Málaga	2011	Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima.
Martins et al.	2011	Impacto de uma intervenção breve nos níveis de burnout de residentes pediátricos.
Nason, Liddy, Murphy e Doherty	2013	A cross-sectional observation of burnout in a sample of Irish junior doctors.
Ogundipe, Olagunju, Lasebikan e Coker	2014	Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital.
Ortiz-Acosta e Beltrán-Jiménez	2011	Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado.
Pantaleoni, Augustine, Sourkes e Bachrach	2014	Burnout in Pediatric Residents Over a 2-Year Period: A Longitudinal Study.
Rodrigues, Barbosa e Chiavone	2013	Personalidade e Resiliência como Proteção contra o Burnout em Médicos Residentes.
Schaufeli, Bakker, van der Heijden e Prins	2009	Workaholism Among Medical Residents: It Is the Combination of Working Excessively and Compulsively That Counts.
Soares et al.	2012	Burnout e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário.
Toral-Villanueva, Aguilar-Madrid e Juárez-Pérez	2009	Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City.



**Apêndice 2: Lista dos artigos sobre socialização organizacional**

<b>Autores</b>	<b>Ano</b>	<b>Título</b>
Allen e Shanock	2013	Perceived organizational support and embeddedness as key mechanisms connecting socialization tactics to commitment and turnover among new employees.
Akremiti, Nasr e Richebé	2015	Les antécédents relationnels, organisationnels et individuels de la socialisation des nouvelles recrues.
Bae	2012	Organizational socialization of international nurses in the New York metropolitan area.
Benson, Evans e Eys	2015	Organizational socialization in team sport environments.
Brooks e Bosk	2012	Remaking Surgical Socialization: Work Hour Restrictions, Rites of Passage, and Occupational Identity.
Commeiras, Loubes e Borjes-Azeau	2013	Identification of organizational socialization tactics: The case of sales and marketing trainees in higher education.
Cooper-Tomas, Anderson e Cash	2012	Investigating organizational socialization: a fresh look at newcomer adjustment strategies.
Filstad	2011	Organizational commitment through organizational socialization tactics.
Godlewski e Kline	2012	A Model of Voluntary Turnover in Male Canadian Forces Recruits.
Hart	2012	Message Content and Sources During Organizational Socialization.
Harrison, Sluss e Ashforth	2011	Curiosity Adapted the Cat: The Role of Trait Curiosity in Newcomer Adaptation.
Kammeyer-Mueller, Livingston e Liao	2011	Perceived similarity, proactive adjustment, and organizational socialization.
Kane e Rink	2015	How Newcomers Influence Group Utilization of Their Knowledge: Integrating Versus Differentiating Strategies.
Korte e Li	2015	Exploring the organizational socialization of engineers in Taiwan.
Korte e Lin	2013	Getting on board: Organizational socialization and the contribution of social capital.
Korte, Brunhaver e Sheppard	2015	(Mis)Interpretations of Organizational Socialization: The Expectations and Experiences of Newcomers and Managers.
Lapointe, Vandenberghe e Boudrias	2014	Organizational socialization tactics and newcomer adjustment: The mediating role of role clarity and affect-based trust relationships.
Li, Harris, Boswell e Xie	2011	The Role of Organizational Insiders' Developmental Feedback and Proactive Personality on Newcomers' Performance: An Interactionist Perspective.
Nifadkar e Bauer	2015	Breach of Belongingness: Newcomer Relationship Conflict, Information, and Task-Related Outcomes During Organizational Socialization.
Oliveira et al.	2008	A socialização organizacional dos servidores da UFRN, segundo grupo ocupacional e tempo de serviço.
Perrot et al.	2014	Organizational Socialization Tactics and Newcomer Adjustment: The Moderating Role of Perceived Organizational Support.
Ping-qing, Wei-zheng e Li-xing	2013	Study on the Influence of Organizational Socialization on Work Performance of New Employees With Person-organization Fit as Mediating Variable.
Scott, Montes e Irving	2012	Examining the Impact of Socialization Through Trust An Exploratory Study.
Song, Chon, Ding e Gu	2015	Impact of organizational socialization tactics on newcomer job satisfaction and engagement: Core self-evaluations as moderators.
Tang, Liu, Oh e Weitz	2014	Socialization Tactics of New Retail Employees: A Pathway to Organizational Commitment.
Wang, Lin e Yang	2011	Organizational Socialization and Employee Job Performance: An Examination on the Role of the Job Satisfaction and Organizational Commitment
Wang, He e Zeng	2011	An Empirical Study on Interactional Relationship among Psychological Ownership, Organizational Socialization and Employees Performance.
Wei e Taormina	2014	A new multidimensional measure of personal resilience and its use: Chinese nurse resilience, organizational socialization and career success.
Wu, Tang, Dong e Liu	2015	Different identifications cause different types of voice: A role identity approach to the relations between organizational socialization and voice.

**Apêndice 3: Instrumento de caracterização sociodemográfica e ocupacional**

Idade (em anos)					
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino		
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	<input type="checkbox"/> Namorando	<input type="checkbox"/> Reside com um parceiro (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Viúvo (a)
Você tem filhos?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
Se você tem filhos, quantos?					
Você tem religião?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
Se você tem religião, qual?					
Se você tem religião, com que frequência você participa de serviços religiosos (rituais, missas, cultos, celebrações)?	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez ao dia		<input type="checkbox"/> Uma vez no mês		
	<input type="checkbox"/> Uma vez ao dia		<input type="checkbox"/> Menos de uma vez ao mês		
	<input type="checkbox"/> Algumas vezes por semana		<input type="checkbox"/> Apenas nas datas comemorativas		
	<input type="checkbox"/> Uma vez por semana		<input type="checkbox"/> Nunca		
	<input type="checkbox"/> Algumas vezes no mês				
Se você tem religião, até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?	<input type="checkbox"/> Muito religiosa <input type="checkbox"/> Moderadamente religiosa <input type="checkbox"/> Pouco religiosa <input type="checkbox"/> Nem um pouco religiosa				
Programa de Residência Médica					
Tempo na residência médica					
Jornada de trabalho (horas por semana)					
Número de Plantões (por mês)					
Você tem outro trabalho além da residência médica no HC-UFGM?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
Se tem outro trabalho, aonde					
Se tem outro trabalho, qual é a jornada de trabalho (horas por semana)?					
A sua família de origem reside em Belo Horizonte?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
Se a sua família de origem reside em Belo Horizonte, aonde (bairro)?					
Você reside aonde (bairro) e com quem?					

#### Apêndice 4: Roteiro da entrevista

- 1) Por que você escolheu ser médico?
- 2) Quais são seus planos de carreira? O que você planeja ou visualiza para seu futuro?  
Ou para o desenvolvimento de sua carreira como médico?
- 3) Quais foram os pontos positivos da sua graduação? E os negativos?
- 4) Como foi o seu estágio? Quais foram os pontos positivos do seu estágio? E os negativos?  
(Você percebeu alguma diferença de tratamento pelo fato de ser do sexo masculino/feminino?)
- 5) Qual sugestão você daria para o aperfeiçoamento da graduação em Medicina?
- 6) Por que você está fazendo residência médica?
- 7) Por que você optou pelo programa de residência que você está fazendo atualmente?  
(Quais eram as suas expectativas? Elas estão sendo atendidas?)
- 8) Como você avalia a sua passagem de acadêmico para residente? (Houve alguma mudança na sua vida pessoal e profissional?)
- 9) Você se sente mais estudante ou médico? Por quê?
- 10) Como foi a sua primeira semana de trabalho aqui no HC? O que foi positivo? E negativo?
- 11) Como é o seu dia-a-dia de médico residente? (O que você faz? Com quem você fala?)
- 12) Quais são os pontos positivos da sua residência? E os negativos?  
(Você percebeu alguma diferença de tratamento pelo fato de ser do sexo masculino/feminino?)
- 13) Quando você percebe que precisa de ajuda no seu trabalho, quem você procura? Por quê?
- 14) Como você classifica a sua qualidade de vida?
- 15) Qual sugestão você daria para o aperfeiçoamento do programa de residência médica?