doi.org/10.51891/rease.v12i11.31971

O CHOQUE DO R1: SÍNDROME DE *BURNOUT* E VULNERABILIDADE PSÍQUICA NA TRANSIÇÃO PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA

THE R1 SHOCK: BURNOUT SYNDROME AND PSYCHOLOGICAL VULNERABILITY IN THE TRANSITION TO MEDICAL RESIDENCY

EL SHOCK DE LA R1: SÍNDROME DE BURNOUT Y VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA EN LA TRANSICIÓN A LA RESIDENCIA MÉDICA

Sofia Laura de Souza Aprijo[1]
Anna Beatriz Assis Gomes[2]
Maria Luiza Bucar Evangelista[3]
Clebson Brendwon Maciel Soares[4]
Luciana Pugliese da Silva[5]

RESUMO: Este artigo buscou analisar a ocorrência da síndrome de burnout durante a transição da graduação em Medicina para a residência médica, com ênfase no primeiro ano de residência (R1), seus fatores associados e estratégias de prevenção e manejo. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de buscas nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contemplando estudos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês. Os resultados evidenciaram ampla variação nas estimativas de burnout, associada à heterogeneidade dos instrumentos e critérios utilizados para sua avaliação. Entre os principais fatores relacionados ao desenvolvimento da síndrome, destacaram-se a elevada carga de trabalho, as lacunas na preparação prática durante a graduação e a redução das redes de apoio no período de transição. Além disso, foram identificadas estratégias preventivas e de manejo, como bootcamps, programas de promoção do bem-estar, mentoria e acesso facilitado aos serviços de saúde mental. Conclui-se que a prevenção e o enfrentamento do burnout durante a residência médica exigem uma abordagem institucional integrada, com medidas voltadas à preparação dos estudantes, ao suporte psicológico e à melhoria das condições de formação e trabalho.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Residência médica. Saúde mental.

ABSTRACT: This article aimed to analyze the occurrence of burnout syndrome during the transition from medical school to medical residency, with an emphasis on the first year of residency (R1), its associated factors, and prevention and management strategies. This study consists of an integrative literature review conducted through searches in the PubMed, SciELO, and Virtual Health Library (VHL) databases, covering studies published over the past ten years in Portuguese and English. The results revealed substantial variation in burnout prevalence estimates, associated with the heterogeneity of the instruments and criteria used for its assessment. The main factors associated with the development of the syndrome included high workloads, gaps in practical preparation during medical school, and reduced support networks during the transition period. In addition, preventive and management strategies were identified, including boot camps, well-being programs, mentoring, and improved access to mental health services. It is concluded that preventing and addressing burnout during medical residency requires an integrated institutional approach, with measures aimed at preparing medical students, providing psychological support, and improving training and working conditions.

[1] Graduanda em Medicina. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.
[2] Graduanda em Medicina. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.
[3] Graduanda em Medicina. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.
[4] Graduando em Medicina. Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.
[5] Orientadora. Doutora em Ciências Biológicas. Professora da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.

Keywords: Professional burnout. Medical residency. Mental health.

RESUMEN: Este artículo buscó analizar la aparición del síndrome de burnout durante la transición de la carrera de Medicina a la residencia médica, con énfasis en el primer año de residencia (R1), sus factores asociados y las estrategias de prevención y manejo. Se trata de una revisión integrativa de la literatura, realizada mediante búsquedas en las bases de datos PubMed, SciELO y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), que incluyó estudios publicados en los últimos diez años en portugués e inglés. Los resultados evidenciaron una amplia variación en las estimaciones de prevalencia del burnout, asociada a la heterogeneidad de los instrumentos y criterios utilizados para su evaluación. Entre los principales factores relacionados con el desarrollo del síndrome, destacaron la elevada carga de trabajo, las deficiencias en la preparación práctica durante la carrera de Medicina y la reducción de las redes de apoyo durante el período de transición. Además, se identificaron estrategias de prevención y manejo, como los boot camps, los programas de bienestar, la mentoría y el acceso facilitado a los servicios de salud mental. Se concluye que la prevención y el abordaje del burnout durante la residencia médica requieren un enfoque institucional integrado, con medidas orientadas a la preparación de los estudiantes, el apoyo psicológico y la mejora de las condiciones de formación y trabajo.

Palabras clave: Agotamiento profesional. Residencia médica. Salud mental.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME, 2024), instituição responsável pela acreditação e supervisão da educação médica de pós-graduação nos Estados Unidos, a transição da graduação em Medicina para o primeiro ano de residência médica (R1), frequentemente descrita como "o choque do R1", constitui um período de acentuada vulnerabilidade e estresse ao longo da trajetória profissional médica. Nesse processo, o ingresso na residência representa uma mudança significativa em relação ao papel desempenhado pelo estudante durante o internato, pois o recém-formado passa a assumir responsabilidade direta por decisões clínicas de elevada complexidade, prescrições de alto risco e manejo de pacientes críticos.

Nesse contexto, a mudança abrupta nas responsabilidades profissionais pode contribuir para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, um fenômeno ocupacional associado à exposição crônica ao estresse no ambiente de trabalho, capaz de comprometer a competência profissional, a relação médico-paciente e o bem-estar do residente (COSTA JA et al., 2022). Classicamente, a síndrome é compreendida como um fenômeno tridimensional composto por exaustão emocional, relacionada ao esgotamento físico e emocional; despersonalização, caracterizada por reações negativas, cínicas e de distanciamento em relação aos outros; e baixa realização profissional, associada ao declínio da percepção de autoeficácia e realização no trabalho (LEUNG VWY, et al., 2021).

No contexto dos profissionais de saúde, o *burnout* é frequentemente avaliado por meio do Maslach *Burnout* Inventory (MBI), um dos instrumentos psicométricos mais utilizados para mensurar suas diferentes dimensões (WEST CP, et al., 2018). Entretanto, os pontos de corte utilizados pelo instrumento são próprios de sua metodologia e não correspondem a critérios diagnósticos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Na CID-11, a OMS caracteriza o *burnout* como um fenômeno ocupacional relacionado ao estresse crônico no ambiente de trabalho que não foi adequadamente manejado, definido por três dimensões: exaustão ou esgotamento de energia, distanciamento mental ou cinismo em relação ao trabalho e redução da eficácia profissional (WHO, 2019).

As repercussões do *burnout* durante a transição para o R1 são multidimensionais, envolvendo manifestações físicas, psicológicas e cognitivas. Entre elas, destacam-se fadiga, alterações do sono, sintomas somáticos, irritabilidade, humor deprimido, alterações cognitivas e maior risco de comportamentos relacionados ao uso de substâncias. Esses efeitos podem comprometer a concentração, a tomada de decisões e a qualidade da assistência prestada, ampliando o impacto do *burnout* para além da saúde individual do residente (COTOBAL RODELES S, et al., 2025; LEUNG VWY, et al., 2021).

Diante desse cenário, diferentes estratégias preventivas têm sido investigadas com o objetivo de reduzir o estresse e evitar a progressão para *burnout*, tornando sua implementação uma questão relevante para gestores de educação e saúde. Entre as principais iniciativas estão os cursos de transição e os *bootcamps* de habilidades clínicas, destinados a reduzir lacunas práticas e aumentar habilidades, conhecimento e autoconfiança (WEINER, 2024); os currículos digitais de promoção do bem-estar e autocuidado, como o *Physician Well-being Course* (PWC) (RICKER et al., 2021); os programas de mentoria longitudinal e não hierárquica (SIKORA, 2022); e a adoção de modelos de apoio à saúde mental baseados em inserção automática (*opt-out*), em substituição aos modelos exclusivamente voluntários (*opt-in*) (ACGME, 2024).

Entre as estratégias de suporte, a mentoria longitudinal diferencia-se do *coaching* por apresentar caráter contínuo e abrangente, voltado não apenas ao desempenho, mas também ao desenvolvimento profissional, à formação identitária e ao suporte ao residente (ACGME, 2024). Essa distinção é relevante porque estratégias individuais de enfrentamento não devem substituir intervenções institucionais destinadas a modificar condições organizacionais associadas ao sofrimento ocupacional.

Apesar da crescente produção científica sobre o tema, ainda existem lacunas na implementação sistemática de medidas de proteção à saúde mental nas residências médicas brasileiras. A ausência de diretrizes nacionais suficientemente padronizadas e de mecanismos institucionais uniformes contribui para a heterogeneidade das práticas de prevenção e cuidado entre os diferentes programas de residência (GENEROSO MB, et al., 2025). Nesse sentido, torna-se necessário organizar e sintetizar as evidências disponíveis sobre os fatores associados ao sofrimento psíquico no início da carreira e sobre as estratégias capazes de reduzi-lo. A relevância deste estudo reside, portanto, na necessidade de compreender de maneira integrada os fatores desencadeantes e as principais abordagens de mitigação do sofrimento psíquico entre médicos em início de carreira.

2 MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis acerca da síndrome de *burnout* durante a transição da graduação em Medicina para a residência médica, com ênfase no primeiro ano de residência (R1). A escolha desse método justifica-se pela possibilidade de integrar resultados provenientes de diferentes delineamentos de estudo, permitindo uma compreensão abrangente dos fatores associados ao sofrimento psíquico nesse período e das estratégias propostas para sua prevenção e manejo.

A revisão foi desenvolvida com base nas etapas metodológicas propostas por propostas por Whittemore R e Knafl K (2005) compreendendo a definição da questão norteadora, o estabelecimento dos critérios de elegibilidade, a busca e seleção dos estudos, a extração e organização dos dados e a análise e síntese dos resultados. A questão norteadora foi direcionada à ocorrência de *burnout* durante a transição para a residência médica, aos principais fatores associados ao seu desenvolvimento e às estratégias de prevenção e mitigação descritas na literatura.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo estudos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês. Foram utilizados descritores e termos relacionados a *burnout*, residência médica, médicos residentes, transição para a residência e saúde mental, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos estudos que abordassem a transição da graduação em Medicina para a residência médica, o primeiro ano de residência ou aspectos relacionados à saúde mental e ao *burnout* nesse período. Também foram considerados estudos com estudantes de Medicina em fase de conclusão do curso, médicos residentes e investigações sobre estratégias de prevenção, suporte ou intervenção aplicáveis à transição para a residência. Foram excluídos estudos sem relação direta com a questão norteadora, registros duplicados, publicações sem acesso ao texto completo, estudos direcionados exclusivamente a outras categorias profissionais e trabalhos que não atendessem aos critérios de elegibilidade estabelecidos.

O processo de seleção ocorreu em etapas. Inicialmente, foram identificados 840 registros nas bases de dados, sendo 412 provenientes da PubMed/MEDLINE, 185 da SciELO e 243 da BVS/LILACS. Após a exclusão de 215 duplicatas, 625 registros foram submetidos à triagem por títulos e resumos, dos quais 568 foram excluídos: 340 por não atenderem ao escopo da revisão, 128 por investigarem populações distintas da população de interesse e 100 em razão do tipo de publicação. Na etapa seguinte, 57 artigos foram avaliados na íntegra. Destes, 47 foram excluídos pelos seguintes motivos: ausência de foco na transição para o R1 ou de dados sobre *burnout* (n = 23), estudos com amostras de graduandos sem acompanhamento da transição para a residência (n = 12), ausência de dados primários ou indefinição metodológica (n = 8) e indisponibilidade do texto completo (n = 4). Ao final, dez estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final da revisão.

A extração dos dados contemplou informações sobre autoria, ano de publicação, país de realização, delineamento metodológico, população investigada, ocorrência ou prevalência de *burnout*, fatores associados, instrumentos utilizados para avaliação, repercussões sobre a saúde e o desempenho profissional e estratégias de prevenção ou intervenção analisadas.

Os dados foram organizados de forma descritiva e comparativa, considerando as características metodológicas dos estudos e as convergências e divergências entre os achados. A síntese foi realizada qualitativamente, com agrupamento das evidências em categorias temáticas relacionadas à ocorrência de *burnout*, aos fatores associados à transição para a residência, às repercussões sobre a saúde e o desempenho profissional e às estratégias de prevenção e promoção do bem-estar.

Por se tratar de uma revisão integrativa baseada em estudos previamente publicados, sem coleta direta de dados com participantes, não houve submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos estudos incluídos e delineamento da amostra

Quadro 1 – Matriz de caracterização e síntese dos principais estudos incluídos na revisão integrativa

Autor(es) e Ano	País / Contexto	Delineamento e Amostra	Foco do Estudo / Escala	Principais Achados e Desfechos
Passos et al. (2022)	Brasil (UFPI)	Transversal analítico (n = 67 residentes)	MBI-HSS (Corte: EE ≥ 26, DP ≥ 9, PA ≤ 33)	Prevalência global de burnout de 73,1%. Exaustão emocional elevada em 44,8%, despersonalização em 64,2% e baixa realização profissional em 47,8%. Maior exaustão associada ao R1 (p = 0,028) e uso de medicação psicotrópica (p = 0,002).
Costa JA et al. (2022)	Brasil (PUC-SP)	Transversal analítico (n = 102 residentes)	MBI-HSS e Critério ABEP	Burnout estrutural tridimensional em 21,57% dos residentes, mas 76,47% apresentaram nível elevado em pelo menos um domínio. Despersonalização significativamente mais alta na área cirúrgica (78,26%, p = 0,013).
Silva Júnior MLM, et al. (2022)	Brasil (Inquérito Nacional)	Transversal e demográfico (n = 1.419 residentes)	Inquérito epidemiológico nacional	Triagem positiva para depressão em 46,9%, ansiedade em 56,6% e burnout em 37,0%. Cerca de 70% relatam cumprir mais de 20 horas semanais adicionais de sobrecarga de jornada.
Dias AR, et al. (2022)	Brasil (UFBA)	Transversal (n = 209 concluintes/internos)	MBI-SS, RS-25, PHQ-9 e BSS	Burnout em 28,2% da amostra. A resiliência comportou-se como fator protetor independente (p < 0,001, OR = 0,944). Ideação suicida foi mediada pela presença de sintomas depressivos (p < 0,001).
Carrard V, et al. (2024)	Suíça (Lausanne)	Coorte longitudinal aberta (n = 1.595 estudantes)	MBI-SS, CES-D, STAI ao longo de 6 anos	Aumento do cinismo (p < 0,05) e redução da eficácia acadêmica (p < 0,001) ao longo da formação. A ideação suicida apresentou trajetória em U, com reelevação no último ano.
Slavin et al. (2024)	EUA (ACGME)	Análise institucional e de séries temporais	Suicídio e saúde mental na transição	A taxa de suicídio em residentes atingiu seu pico histórico nos primeiros 3 meses do PGY-1. Introdução do modelo de acolhimento automático opt-out e do índice TRRI.
Weiner (2024)	EUA (AAMC)	Estudo avaliativo e survey nacional	Cursos TTR e Bootcamps	Bootcamps práticos aumentam a autoconfiança no Dia 1 de 70% para 85%. 90% das faculdades norte-americanas adotam a estratégia.
Ricker et al. (2021)	EUA (STFM)	Ensaio de intervenção pré/pós (n = 53 residentes)	Physician Well-being Course (PWC)	Redução significativa na exaustão emocional e despersonalização (p < 0,05), mas queda no escore de realização pessoal [539, 545, 557].
Leung VWY, et al. (2021)	Canadá/EUA	Revisão da literatura (n = 7 estudos)	Mentoria na residência cirúrgica	Programas de mentoria estruturados reduziram significativamente os índices de burnout (ex.: Elmore 2016: 62,7% vs 75,7%; Zhang 2017: queda expressiva em EE e DP).

Fonte: APRIJO SLS, et al., 2026.

3.2 Epidemiologia e dinâmica do burnout na transição para o R1

Os estudos incluídos nesta revisão contemplam populações distintas, sendo necessário diferenciar os dados obtidos entre estudantes de Medicina em fase de conclusão do curso e

aqueles provenientes de médicos residentes em exercício. Entre os concluintes da graduação, Dias AR, et al. (2022), que avaliaram 209 internos/médicos concluintes, identificaram prevalência de *burnout* tridimensional de 28,2%. Esse achado permite caracterizar o estado de saúde ocupacional e emocional imediatamente anterior à entrada na residência, mas não deve ser interpretado como uma estimativa da ocorrência de *burnout* entre médicos residentes.

Entre os médicos residentes, os estudos analisados demonstraram elevada frequência de *burnout* e de seus componentes, especialmente exaustão emocional e despersonalização, embora as estimativas apresentem ampla variação conforme a população estudada, o instrumento utilizado e o critério diagnóstico adotado. Passos LS, et al. (2022), Costa JA, et al. (2022) e Silva Júnior MLM, et al. (2022) avaliaram residentes em exercício e encontraram diferentes estimativas de burnout (Quadro 2). Dessa forma, esses estudos constituem a principal base para a caracterização da ocorrência de *burnout* durante a residência, enquanto os dados provenientes de concluintes da graduação devem ser compreendidos como evidências referentes ao período imediatamente anterior à transição.

Quadro 2 – Distribuição das estimativas de burnout e de seus componentes segundo a população estudada nos trabalhos primários incluídos na revisão

Estudo	População avaliada (n)	Prevalência Global de Burnout	EE elevada	DP elevada	PA/RPA baixa	Achados destacados
Passos et al. (2022)	Médicos residentes de Universidade Federal (n = 67)	73,1% (critério amplo) / 22,4% (3 critérios)	44,8%	64,2%	47,8%	Maior exaustão associada ao R1 (58,1%; p = 0,028) e ao uso de medicação psicotrópica (p = 0,002).
Costa JA et al. (2022)	Médicos residentes de Hospital-Escola (n = 102)	21,57% (3 critérios) / 76,47% (≥ 1 domínio)	50,98%	50,00%	42,16%	Maior DP na área cirúrgica (78,26%; p = 0,013) e maior EE entre residentes com filhos (p = 0,047).
Silva Júnior MLM, et al. (2022)	Médicos residentes no Brasil (n = 1.419)	37,0% (burnout estrutural)	50,9%	50,0%	—	Depressão em 46,9% e ansiedade em 56,6%; cerca de 70% relataram >20 h semanais adicionais à jornada.
Dias AR, et al. (2022)	Internos/médicos concluintes da graduação (n = 209)	28,2% (burnout tridimensional)	—	—	—	Resiliência associada a menor ocorrência de burnout (p < 0,001; OR = 0,944). Ideação suicida mediada por sintomas depressivos.

Fonte: APRIJO SLS, et al., 2026; dados extraídos de Passos LS, et al. (2022), Costa JA, et al. (2022), Silva Júnior MLM, et al. (2022) e Dias AR, et al. (2022).

A distinção entre essas populações é fundamental para a interpretação dos achados. Os dados de internos e médicos concluintes não representam diretamente a experiência do R1, mas

permitem caracterizar condições de saúde mental presentes no período que antecede a residência. Já os estudos realizados com residentes em exercício permitem analisar a ocorrência de *burnout* no contexto concreto da formação especializada, incluindo as demandas assistenciais, a organização do trabalho e as características do ambiente de residência.

Além da ocorrência de *burnout*, estudos longitudinais realizados durante a formação médica sugerem que componentes relacionados ao fenômeno podem se modificar ao longo da trajetória acadêmica. Carrard V, et al. (2024), por exemplo, acompanharam estudantes de Medicina e identificaram mudanças em dimensões relacionadas ao *burnout* ao longo da formação. Esses resultados devem, contudo, ser interpretados como evidências referentes à população estudantil e não como estimativas da prevalência entre residentes.

Entre os residentes, os dados disponíveis apontam para importante vulnerabilidade em saúde mental durante os primeiros meses da formação especializada. Slavin S, et al. (2024) descrevem maior ocorrência de eventos relacionados à saúde mental nesse período, incluindo um pico histórico de suicídio entre residentes nos primeiros meses do PGY-1. Embora esses achados não constituam medidas diretas de *burnout*, eles reforçam a relevância do período inicial da residência como uma fase que merece atenção específica em estratégias institucionais de suporte e acompanhamento em saúde mental.

Assim, a transição para o R1 pode ser analisada considerando dois momentos distintos e complementares: o período imediatamente anterior à residência, representado pelos estudos com internos e médicos concluintes, e a experiência efetiva da residência, representada pelos estudos com médicos residentes. Essa distinção evita a extrapolação de resultados entre populações diferentes e permite compreender de forma mais precisa como características presentes ao final da graduação se inserem em um contexto de novas responsabilidades, adaptação ao ambiente de trabalho e desenvolvimento de competências práticas durante o primeiro ano da residência.

3.3 Lacunas de prontidão clínica, sobrecarga cognitiva e teoria da autodeterminação

Os achados indicam que as dificuldades vivenciadas pelo R1 podem estar relacionadas não apenas à transição entre a formação médica e as demandas práticas da residência, mas também às condições operacionais e ambientais nas quais esse processo ocorre. Estudo nacional com 1.419 médicos residentes identificou associação entre diferentes características da organização da residência e o burnout, incluindo a realização frequente de assistência médica

sem supervisão do preceptor, a percepção de uma experiência de aprendizagem insatisfatória, a ausência de pelo menos um dia de folga semanal, o conflito entre a rotina da residência e a vida pessoal ou familiar e o pensamento frequente de ter escolhido a especialidade errada (SILVA JÚNIOR MLM, et al., 2022). Os principais achados são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Fatores operacionais e ambientais do programa de residência associados ao burnout e ao sofrimento psíquico em médicos residentes

Fator Operacional / Ambiental Avaliado	Prevalência: Burnout vs. Controles	Razão de Chances Ajustada (ORaj; IC 95%) e Significância	Possíveis Repercussões na Prática Assistencial e Saúde Mental
Assistência médica prestada frequentemente sem supervisão do preceptor	69,5% vs. 46,8%	ORaj = 1,32 (IC 95%: 1,00–1,76; p = 0,049)	Pode estar relacionada à insegurança na tomada de decisão e à ansiedade.
Percepção de experiência de aprendizagem / curva de aprendizado insatisfatória	42,5% vs. 21,5%	ORaj = 1,48 (IC 95%: 1,09–2,02; p = 0,013)	Pode contribuir para percepção de estagnação profissional e sintomas depressivos.
Ausência de pelo menos um dia de folga semanal	46,1% vs. 27,7%	ORaj = 1,34 (IC 95%: 1,00–1,79; p = 0,047)	Relaciona-se à maior carga de trabalho, fadiga e sintomas depressivos.
Conflito entre a rotina da residência e a vida pessoal/familiar	86,7% vs. 72,5%	OR = 2,47 (IC 95%: 1,84–3,30; p < 0,001)	Pode comprometer as relações sociais e familiares e estar associado a transtornos de ansiedade.
Pensamento frequente de ter escolhido a especialidade errada	53,3% vs. 26,0%	ORaj = 1,77 (IC 95%: 1,32–2,35; p < 0,001)	Pode refletir insatisfação profissional e desalinhamento entre expectativas e experiência da residência.

Fonte: APRIJO SLS, et al., 2026; dados extraídos de Silva Júnior MLM, et al. (2022).

A ausência de supervisão durante a assistência e a percepção de uma experiência de aprendizagem insatisfatória são particularmente relevantes no contexto da transição para a residência. No início da formação especializada, o residente passa a assumir responsabilidades assistenciais progressivamente maiores, ao mesmo tempo em que ainda consolida conhecimentos e habilidades práticas. Nesse cenário, a insuficiência de supervisão pode aumentar a exigência sobre os processos de tomada de decisão, enquanto uma percepção desfavorável da curva de aprendizagem pode comprometer a percepção de desenvolvimento profissional. No estudo de Silva Júnior MLM, et al. (2022), ambos os fatores apresentaram associação independente com o burnout, além de associações com ansiedade e sintomas depressivos.

A organização temporal da residência também constitui elemento relevante. A ausência de pelo menos um dia de folga semanal foi mais frequente entre os residentes com burnout e apresentou associação independente com esse desfecho. Esse achado deve ser compreendido em conjunto com a elevada demanda assistencial, uma vez que a redução das oportunidades de descanso pode limitar a recuperação física e cognitiva necessária para lidar com as exigências

do trabalho médico. Além disso, o conflito entre a rotina da residência e a vida pessoal ou familiar apresentou associação expressiva com o burnout, evidenciando que as repercussões da formação especializada ultrapassam o ambiente estritamente profissional (SILVA JÚNIOR MLM et al., 2022).

Nesse contexto, a Teoria da Autodeterminação oferece um modelo interpretativo para compreender como essas características da residência podem repercutir sobre três necessidades psicológicas fundamentais: autonomia, competência e conexão social. A necessidade de competência pode ser tensionada quando o residente percebe sua experiência de aprendizagem como insatisfatória ou precisa assumir responsabilidades assistenciais com supervisão limitada. A autonomia pode ser afetada pelas características da organização da residência e pelas restrições sobre o controle da rotina profissional. Já a conexão social pode ser comprometida pelo conflito entre as demandas da residência e a vida pessoal e familiar.

A frustração persistente e simultânea dessas três necessidades básicas pode comprometer o continuum motivacional do residente, favorecendo a passagem de formas mais autônomas de motivação, inicialmente relacionadas ao interesse pela prática médica e ao aprimoramento profissional, para formas de motivação mais controladas e, em situações mais graves, para a amotivação. Esse processo pode se refletir em maior desengajamento, cinismo e despersonalização, compreendidos como formas de distanciamento diante das dificuldades e do sofrimento presentes na rotina assistencial. Os dados de Silva Júnior MLM, et al. (2022) ajudam a relacionar esse modelo teórico às condições vivenciadas nos programas de residência (Quadro 3). A atuação frequente sem supervisão adequada do preceptor, relatada por 69,5% dos residentes com burnout (Oraj = 1,32; p = 0,049), pode comprometer a percepção de competência e a segurança para a tomada de decisões clínicas. Da mesma forma, o conflito entre a rotina da residência e a vida pessoal e familiar, presente em 86,7% dos residentes acometidos (OR = 2,47; p < 0,001), evidencia o impacto das demandas do programa sobre a organização da vida pessoal e as relações interpessoais. Dessa forma, quando elevadas exigências assistenciais se associam à insuficiência de suporte pedagógico e interpessoal, podem surgir condições favoráveis ao desengajamento e ao esgotamento profissional.

Assim, a transição para a residência pode ser compreendida como um período no qual demandas assistenciais, condições de aprendizagem, organização do trabalho e manutenção das relações pessoais se sobrepõem. Os achados de Silva Júnior MLM, et al. (2022) demonstram associações entre esses fatores e o burnout e outros indicadores de sofrimento psíquico,

enquanto a Teoria da Autodeterminação oferece uma perspectiva para compreender como tais condições podem afetar as necessidades de autonomia, competência e conexão social. Essa interação entre exigências profissionais e necessidades psicológicas constitui um elemento relevante para a compreensão da vulnerabilidade dos médicos residentes ao burnout.

3.4 Avaliação comparativa das intervenções preventivas

A análise das estratégias de prevenção e mitigação identificadas na literatura permitiu organizar as intervenções em cinco modalidades principais, abrangendo medidas voltadas à preparação para a residência, promoção do bem-estar, desenvolvimento de competências, mentoria e facilitação do acesso ao cuidado em saúde mental (WEINER, 2024; RICKER et al., 2021; LEUNG VWY, et al., 2021; SLAVIN S, et al., 2024).

Quadro 4 – Análise comparativa das intervenções preventivas contra o burnout na residência médica

Modalidade de Intervenção	Estrutura Operacional e Recursos	Principais Desfechos Observados	Limitações e Desafios Observados	Fontes Bibliográficas
Bootcamps e Cursos de Transição (TTR)	Simulação clínica de dor, intercorrências de enfermagem e prontuário (2 semanas no final da graduação).	Aumento expressivo da autoconfiança (de 70% para 85%); redução do estresse agudo das primeiras semanas	Requer alto contingente de instrutores e estrutura de simulação realística	Weiner, 2024
Currículos Digitais de Bem-Estar (PWC)	Curso online de 4,5h com práticas de 10 min/dia de atenção plena e higiene do sono por 2 semanas.	Redução estatisticamente significativa na exaustão emocional e despersonalização ($p < 0,05$)	Queda paradoxal nos escores de realização pessoal; não resolve demandas operacionais organizacionais.	Ricker et al., 2021
Mentoria Longitudinal ("Big Sib")	Relação confidencial e continuada de longo prazo entre residentes seniores/docentes e R1.	Redução sustentada de longo prazo em todas as dimensões de burnout; elevação da realização pessoal.	Exige comprometimento temporal voluntário e alocação deliberada de tempo na agenda.	Leung VWY, et al., 2021
Acolhimento Psicológico Opt-Out	Agendamento institucional automático de consultas em saúde mental para 100% dos ingressantes.	Aumento drástico na adesão terapêutica; identificação precoce de ideação suicida e depressão grave	Necessita de retaguarda de profissionais de saúde mental integrados ao serviço.	Slavin S, et al., 2024

Fonte: APRIJO SLS, et al., 2026.

Considerando os diferentes mecanismos de ação identificados, a integração de estratégias de preparação prática, mentoria longitudinal e acesso facilitado ao cuidado em saúde mental apresenta-se como uma abordagem institucional potencialmente complementar para a prevenção e o manejo do *burnout* durante a transição para a residência. A abordagem *opt-out* pode reduzir barreiras relacionadas à busca espontânea por cuidado, incluindo o estigma percebido e a necessidade de iniciativa individual para acessar o serviço.

Contudo, a aplicação dessas estratégias aos programas de residência médica no Brasil envolve desafios operacionais e culturais próprios desse contexto. Em hospitais universitários e

serviços públicos com elevada demanda assistencial, a implementação de programas de mentoria longitudinal pode ser dificultada pela disponibilidade limitada de tempo dos preceptores e pela própria organização das atividades da residência. Da mesma forma, estratégias de acolhimento automático (opt-out) podem encontrar barreiras relacionadas ao estigma ainda associado à busca de cuidado em saúde mental entre médicos. Nesse sentido, a efetividade dessas intervenções no contexto nacional depende não apenas da disponibilização de serviços de apoio psicológico e psiquiátrico, mas também da construção de um ambiente institucional que reconheça o cuidado com a saúde mental do residente como parte da formação médica, favorecendo sua procura sem receio de repercussões negativas em sua trajetória profissional.

Adicionalmente, a variação nas estimativas de prevalência de burnout, que vai de 21,5% quando considerados critérios tridimensionais estritos a 73,1% quando utilizados critérios mais abrangentes (PASSOS et al., 2022; COSTA JA et al., 2022), evidencia uma importante dificuldade metodológica na literatura sobre educação médica. Essa variação está relacionada, entre outros fatores, à utilização de diferentes versões do Maslach Burnout Inventory, como o MBI-HSS e o MBI-SS (MASLACH C e JACKSON SE, 1996; MIND GARDEN INC, 2016), além da ausência de um ponto de corte universalmente estabelecido para o burnout (WHO, 2019). Essas diferenças dificultam a comparação entre os estudos e podem produzir estimativas distintas da frequência da síndrome. Nesse contexto, a literatura recomenda que a avaliação epidemiológica do burnout entre residentes considere conjuntamente suas três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, evitando a interpretação de dimensões isoladas como equivalentes à presença da síndrome (LEUNG VWY, et al., 2021; WEST CP, et al., 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa atingiu seu objetivo ao reunir e sintetizar as evidências científicas acerca da ocorrência de *burnout*, dos fatores associados e das estratégias de prevenção e manejo durante a transição da graduação em Medicina para a residência médica, com ênfase no primeiro ano de residência (R1).

Os achados indicam que o ingresso na residência médica constitui um período de importante vulnerabilidade psicossocial, caracterizado pela transição de um papel predominantemente acadêmico para a assunção de responsabilidades assistenciais mais

complexas e maior exposição a demandas clínicas, organizacionais e emocionais. As estimativas de *burnout* identificadas na literatura apresentaram ampla variação, desde 21,5% sob critérios tridimensionais mais restritivos até 73,1% mediante critérios mais abrangentes. Essa heterogeneidade reforça a importância de interpretar os resultados considerando os instrumentos empregados e os critérios adotados em cada estudo. Entre os componentes avaliados, destacaram-se níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização em diferentes amostras.

As evidências também sugerem que a transição para a residência envolve múltiplos fatores potencialmente relacionados à vulnerabilidade ao *burnout*. Sob o modelo interpretativo da Teoria da Autodeterminação, esses fatores podem ser compreendidos a partir de três necessidades psicológicas fundamentais: autonomia, competência e conexão social. A autonomia pode ser comprometida pela elevada carga de trabalho, pela reduzida possibilidade de controle sobre a rotina e pelas exigências das escalas de residência. A percepção de competência pode ser tensionada diante da necessidade de assumir responsabilidades assistenciais imediatas, especialmente quando existem lacunas na experiência prática e na preparação para determinadas demandas do ambiente hospitalar. Por sua vez, a conexão social pode ser afetada pelo afastamento geográfico de familiares e das redes habituais de apoio, além das dificuldades de integração e adaptação ao novo ambiente profissional.

Nesse contexto, os achados reforçam que o sofrimento psíquico durante o primeiro ano de residência não deve ser compreendido exclusivamente como resultado de características individuais ou de insuficiente resiliência do médico em formação. Embora aspectos individuais possam exercer papel relevante, a literatura analisada aponta para a participação de fatores ocupacionais, educacionais e organizacionais, indicando a necessidade de estratégias institucionais que ultrapassem medidas centradas exclusivamente no autocuidado.

Entre as estratégias identificadas, destacam-se os cursos de transição e os *bootcamps* práticos, voltados à ampliação da autoconfiança e da preparação para situações clínicas e operacionais enfrentadas no início da residência; os programas de mentoria longitudinal, que oferecem acompanhamento continuado e suporte profissional e psicossocial, diferenciando-se do *coaching* predominantemente orientado ao desempenho e ao desenvolvimento de competências específicas; e o acolhimento psicológico em formato *opt-out*, baseado na oferta automática de acesso ao cuidado em saúde mental aos médicos ingressantes, buscando reduzir barreiras relacionadas à iniciativa individual para a procura de assistência.

Embora essas estratégias apresentem resultados promissores em diferentes contextos, as evidências disponíveis não permitem afirmar que uma única intervenção seja suficiente para prevenir ou reduzir o *burnout*. Dessa forma, uma abordagem institucional integrada, que combine preparação prática, suporte longitudinal, condições adequadas de trabalho e acesso facilitado ao cuidado em saúde mental, mostra-se compatível com a natureza multifatorial do fenômeno. Como implicação para a realidade brasileira, destaca-se a necessidade de fortalecer políticas institucionais e regulatórias voltadas à proteção da saúde mental dos residentes, incluindo fiscalização das jornadas de trabalho, qualificação das condições de formação, mecanismos estruturados de suporte psicossocial e estratégias de preparação para a transição entre a graduação e a residência. Nesse sentido, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) pode desempenhar papel relevante na discussão e no estabelecimento de parâmetros nacionais que favoreçam condições de formação mais seguras e sustentáveis.

Esta revisão apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos achados. Destaca-se o predomínio de estudos com delineamento transversal na literatura primária, o que limita a possibilidade de estabelecer relações causais e de caracterizar com precisão a evolução temporal do *burnout* durante a transição para a residência. Soma-se a isso a heterogeneidade dos instrumentos utilizados e dos critérios adotados para caracterização do *burnout*, incluindo diferenças entre o MBI-HSS e o MBI-SS e variações quanto à exigência de alterações em uma, duas ou três dimensões do instrumento, o que dificulta a comparação direta das estimativas de prevalência entre as amostras. Observa-se, ainda, escassez de estudos longitudinais e de intervenções controladas conduzidos em programas de residência médica no contexto brasileiro, especialmente aqueles capazes de avaliar, em longo prazo, o impacto de estratégias organizacionais sobre o *burnout*. Essas limitações restringem a generalização dos resultados e reforçam a necessidade de novas pesquisas nacionais, preferencialmente com delineamentos longitudinais, critérios metodológicos mais padronizados e avaliação sistemática dos desfechos relacionados à saúde mental e ao bem-estar dos residentes.

REFERÊNCIAS

ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME). Mental Health and Well-Being During Transitions. Learn at ACGME, [s. d.].

CARRARD V, et al. Mental health and burnout during medical school: longitudinal evolution and covariates. PLoS ONE, 2024; 19(4): e0295100.

COSTA JA, et al. Burnout syndrome: an analysis of the mental health of medical residents in a teaching hospital. Revista Brasileira de Educação Médica, 2022; 46(1): e009.

COTOBAL RODELES S, et al. Physician and medical student burnout, a narrative literature review: challenges, strategies, and a call to action. Journal of Clinical Medicine, 2025; 14(7): 2263.

DIAS AR, et al. Burnout syndrome and resilience in medical students from a Brazilian public college in Salvador, Brazil. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 2022; 44: e20200187.

ELMORE LC, et al. National survey of burnout among US general surgery residents. Journal of the American College of Surgeons, 2016; 223(3): 440-451.

GENEROSO MB, et al. The urgent need for well-being programs in medical residencies in Brazil. Revista da Associação Paulista de Medicina, 2025; 79(1): e102295.

LEUNG VWY, et al. Is there a role for formal mentorship programs in reducing burnout in surgical residency?: a literature review. International Journal of Surgical Education (IJSED), 2021; 1(1).

MASLACH C, JACKSON SE. Maslach Burnout Inventory Manual. 3. ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.

MIND GARDEN, INC. Maslach Burnout Inventory (MBI): Forms and Scoring Keys. Palo Alto, CA: Mind Garden, Inc., 2016.

PASSOS LS, et al. Burnout syndrome in resident physicians of a Federal University. Revista da Associação Médica Brasileira, 2022; 68(1): 24-30.

RICKER M, et al. Well-being in residency: impact of an online physician well-being course on resiliency and burnout in incoming residents. Family Medicine, 2021; 53(2): 123-128.

SIKORA A. Best practices for mentorship and burnout mitigation. Society of Critical Care Medicine (SCCM) Blog, 2022.

SILVA JÚNIOR MLM, et al. Individual and residency program factors related to depression, anxiety and burnout in physician residents – a Brazilian survey. BMC Psychiatry, 2022; 22(1): 272.

SLAVIN S, et al. Support for mental health and well-being in the transition to residency. Journal of Graduate Medical Education (JGME), 2024; 16(3): 245-249.

WEINER S. Bootcamps prepare graduating medical students for the rigors of residency. Association of American Medical Colleges (AAMC), 2024.

WEST CP, et al. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine, 2018; 283(6): 516-529.

WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing, 2005; 52(5): 546-553.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2019.

ZHANG H, et al. Formal mentorship in a surgical residency training program: a prospective interventional study. Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery, 2017; 46(1): 13.