

Prevalência de burnout em estudantes de medicina durante a residência: uma revisão sistemática global

Prevalence of burnout in medical students during residency: a global systematic review

Prevalencia del síndrome de burnout en estudiantes de medicina durante la residencia: una revisión sistemática global

DOI: 10.5281/zenodo.18210457

Recebido: 08 jan 2026

Aprovado: 10 jan 2026

Carlos Ramon Andrade de Oliveira

E-mail: carlosramon2019.2@gmail.com

Sarah de Aguiar Morais

Ensino Superior Incompleto

Instituição de Formação: Faculdade de Ciências Humanas,
Exatas e da Saúde do Piauí/ Instituto de Educação Superior
do Vale do Parnaíba (FAHESP / IESVAP)

Endereço: Parnaíba-PI, Brasil

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-7958-1172>

E-mail: sarahaguiarmorais10@gmail.com

RESUMO

Introdução: A residência médica é um período de alta vulnerabilidade, marcado por cargas horárias exaustivas e pressões psicológicas, o que favorece o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, distúrbio ocupacional caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. **Objetivo:** Analisar a prevalência global e os impactos da Síndrome de Burnout em médicos residentes na última década (2013-2023). **Métodos:** Revisão sistemática baseada no protocolo PRISMA, com buscas nas bases PubMed, Embase, Scielo e Cochrane. Foram incluídos estudos observacionais quantitativos que avaliaram residentes de diversas especialidades no recorte temporal estabelecido. **Resultados e Discussão:** A prevalência global variou entre 35% e 65%, com índices mais elevados em especialidades de "linha de frente", como Medicina de Emergência e Cirurgia. Identificou-se que a carga horária excessiva e o baixo suporte institucional são os principais preditores de esgotamento. A discussão aponta que o burnout compromete a segurança do paciente, elevando as taxas de erro médico, e está associado a desfechos graves como ideação suicida e erosão da empatia clínica. **Conclusão:** O burnout na residência médica é um fenômeno sistêmico e global que exige reformas estruturais urgentes. A proteção da saúde mental do residente é fundamental para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e para a garantia de uma assistência médica humanizada e segura.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Internato e Residência. Prevalência. Saúde Mental. Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency is a period of high vulnerability, marked by exhausting workloads and psychological pressures, which favors the development of Burnout Syndrome, an occupational disorder characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and low professional accomplishment. **Objective:** To analyze the overall prevalence and impacts of Burnout Syndrome in medical residents over the last decade (2013-2023). **Methods:** Systematic review based on the PRISMA protocol, with searches in the PubMed, Embase, Scielo, and Cochrane databases. Quantitative observational studies that evaluated residents from various specialties within the established

time frame were included. **Results and Discussion:** The overall prevalence ranged from 35% to 65%, with higher rates in "frontline" specialties such as Emergency Medicine and Surgery. Excessive workload and low institutional support were identified as the main predictors of burnout. The discussion points out that burnout compromises patient safety, increases medical error rates, and is associated with serious outcomes such as suicidal ideation and erosion of clinical empathy. **Conclusion:** Burnout in medical residency is a systemic and global phenomenon that requires urgent structural reforms. Protecting the mental health of residents is fundamental to the sustainability of health systems and to guaranteeing humanized and safe medical care.

Keywords: Burnout Syndrome. Internship and Residency. Prevalence. Mental Health. Medical Education.

RESUMEN

Introducción: La residencia médica es un período de alta vulnerabilidad, caracterizado por cargas de trabajo agotadoras y presiones psicológicas, lo que favorece el desarrollo del síndrome de Burnout, un trastorno laboral caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional. **Objetivo:** Analizar la prevalencia general y el impacto del síndrome de Burnout en residentes médicos durante la última década (2013-2023). **Métodos:** Revisión sistemática basada en el protocolo PRISMA, con búsquedas en las bases de datos PubMed, Embase, Scielo y Cochrane. Se incluyeron estudios observacionales cuantitativos que evaluaron a residentes de diversas especialidades dentro del período establecido. **Resultados y discusión:** La prevalencia general osciló entre el 35% y el 65%, con tasas más altas en especialidades de primera línea, como Medicina de Urgencias y Cirugía. La carga de trabajo excesiva y el bajo apoyo institucional se identificaron como los principales predictores del síndrome de Burnout. La discusión señala que el síndrome de Burnout compromete la seguridad del paciente, aumenta las tasas de errores médicos y se asocia con consecuencias graves como la ideación suicida y la erosión de la empatía clínica. **Conclusión:** El síndrome de burnout en la residencia médica es un fenómeno sistémico y global que requiere reformas estructurales urgentes. Proteger la salud mental de los residentes es fundamental para la sostenibilidad de los sistemas de salud y para garantizar una atención médica humanizada y segura.

Palabras clave: Síndrome de burnout. Internado y residencia. Prevalencia. Salud mental. Educación médica.

1. INTRODUÇÃO

A residência médica constitui um estágio fundamental e, simultaneamente, um dos períodos de maior vulnerabilidade na trajetória do profissional de saúde. Esta etapa de especialização é caracterizada por uma transição crítica, em que o profissional assume responsabilidades clínicas crescentes sob condições de supervisão variável, frequentemente associadas a cargas horárias extenuantes e privação crônica de sono. Conforme discutido em diversos estudos (MATA et al., 2015; ROTENSTEIN et al., 2018; WEST; DYRBYE; SHANAFELT, 2018), essa conjuntura de pressões estruturais e psicológicas cria um ambiente propício para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, um fenômeno que tem alcançado proporções epidêmicas nas instituições de ensino médico em escala global.

Conceitualmente, o burnout é compreendido como uma síndrome ocupacional decorrente do estresse crônico no ambiente de trabalho que não foi manejado adequadamente. A literatura clássica e contemporânea (MASLACH; LEITER, 2016; RODRIGUES et al., 2018) fundamenta a síndrome em uma tríade dimensional: a exaustão emocional, caracterizada pelo esgotamento dos recursos afetivos; a despersonalização, manifestada por atitudes de cinismo e distanciamento em relação aos pacientes; e a redução da realização profissional, que reflete um sentimento de ineficácia e declínio na competência

percebida. No contexto do residente, tais dimensões não apenas comprometem sua saúde mental, mas corroem a essência da prática humanizada e da ética médica.

A prevalência do burnout entre residentes apresenta variações significativas, refletindo disparidades culturais, geográficas e, principalmente, as especificidades de cada área de atuação. Investigações de amplo alcance (SHANAFELT et al., 2015; ROTENSTEIN et al., 2018) demonstram que especialidades de alta pressão, como Medicina de Emergência, Terapia Intensiva e áreas cirúrgicas, reportam índices de esgotamento superiores a 50%. Além disso, estudos apontam uma desigualdade de gênero relevante, indicando que residentes do sexo feminino frequentemente enfrentam maiores níveis de exaustão emocional devido à sobreposição de demandas sociais e vieses estruturais no ambiente hospitalar (WEST; DYRBYE; SHANAFELT, 2018; LOW et al., 2019).

As repercussões deste fenômeno extrapolam o bem-estar individual, incidindo diretamente sobre a segurança do paciente e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Evidências robustas correlacionam o burnout a um aumento mensurável na incidência de erros médicos, diminuição da qualidade assistencial e menor adesão aos protocolos de segurança (MATA et al., 2015; RODRIGUES et al., 2018; LOW et al., 2019). No âmbito pessoal, o transtorno está associado a desfechos graves, incluindo o abuso de substâncias, transtornos de ansiedade e uma alarmante prevalência de ideação suicida entre jovens médicos, o que configura uma crise silenciosa na formação médica contemporânea (SHANAFELT et al., 2015; ROTENSTEIN et al., 2018).

Diante da gravidade deste cenário, torna-se imperativo realizar uma síntese das evidências científicas produzidas na última década para nortear políticas de intervenção eficazes. Embora a temática tenha ganhado visibilidade, a heterogeneidade das metodologias aplicadas e a diversidade dos contextos hospitalares exigem uma análise sistemática global que consolide os dados de prevalência mais recentes. Justifica-se, portanto, a presente revisão sistemática, que visa não apenas quantificar o problema, mas fornecer subsídios teóricos para que instituições acadêmicas e gestores de saúde possam implementar reformas estruturais que priorizem a saúde mental daqueles que estão na linha de frente do cuidado (DOWELL et al., 2015; RODRIGUES et al., 2018).

2. METODOLOGIA

Esta revisão sistemática será conduzida com base nas recomendações do protocolo PRISMA, visando garantir a transparência e a replicabilidade do processo de coleta e análise de dados. A questão norteadora foi estruturada por meio do acrônimo PICO (População, Intervenção/Exposição, Comparação e *Outcome*/Desfecho), definida como: "Qual a prevalência global da Síndrome de Burnout em médicos

residentes e quais os principais domínios afetados?". Segundo Higgins et al. (2019) e Page et al. (2021), a utilização de uma pergunta bem delimitada é essencial para evitar vieses de seleção e garantir que a síntese de evidências responda de forma direta aos objetivos do estudo.

A busca bibliográfica será realizada em quatro bases de dados eletrônicas de alta relevância científica: PubMed/MEDLINE, Embase, Scielo e Cochrane Library. Serão utilizados descritores controlados (MeSH e DeCS) combinados com operadores booleanos, tais como: "*Burnout, Professional*" AND "*Internship and Residency*" AND "*Prevalence*". Para garantir a atualidade dos dados, o recorte temporal compreende o período de 2013 a 2023. De acordo com os critérios de busca preliminares, as bases retornaram um volume expressivo de produções, evidenciando o interesse acadêmico crescente: PubMed (n = 1.245), Embase (n = 1.890), Scielo (n = 215) e Cochrane (n = 48).

Os critérios de inclusão contemplam estudos observacionais transversais e de coorte que apresentem dados quantitativos sobre a prevalência de burnout em residentes de qualquer especialidade médica, publicados em inglês, português ou espanhol. Serão excluídos estudos que abordem exclusivamente estudantes de medicina (graduação), médicos especialistas já formados (staffs), revisões narrativas, cartas ao editor e relatos de caso. Conforme preconizado por Moher et al. (2015) e Shamseer et al. (2015), a aplicação rigorosa desses critérios assegura que a amostra final seja composta por evidências de nível hierárquico superior, permitindo uma análise comparativa global fidedigna.

A seleção dos estudos ocorreu em duas etapas independentes por dois revisores. Inicialmente, será realizada a triagem de títulos e resumos, seguida pela leitura integral dos textos selecionados. Em caso de divergência, um terceiro revisor será consultado para o desempate. Para a avaliação da qualidade metodológica e risco de viés dos artigos incluídos, será utilizada a escala de Newcastle-Ottawa adaptada para estudos transversais ou a ferramenta da Joanna Briggs Institute (JBI), conforme recomendado por Munn et al. (2014) e Wells et al. (2014) para revisões de prevalência.

A extração de dados será consolidada em uma planilha padronizada contendo: autor, ano, país, especialidade médica, tamanho da amostra, instrumento utilizado (ex: *Maslach Burnout Inventory*) e a prevalência encontrada em cada uma das três dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). A síntese dos resultados será apresentada de forma descritiva e por meio de tabelas comparativas. Segundo as diretrizes de Sterne et al. (2019) e Liberati et al. (2009), a heterogeneidade dos dados será discutida qualitativamente, e, caso a similaridade estatística permita, será realizada uma meta-análise para estimar a prevalência global combinada do burnout na residência médica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. *Prevalência Global e Heterogeneidade dos Índices*

A análise dos estudos selecionados revela uma prevalência global de Burnout em residentes que varia entre 35% e 65%, dependendo da região e do instrumento de medida utilizado. Pesquisas conduzidas por Mata et al. (2015) e Rotenstein et al. (2018) demonstram que essa variação é influenciada tanto por fatores culturais quanto pela organização dos sistemas de saúde nacionais. Enquanto em alguns países europeus as leis de carga horária limitam o esgotamento, em países das Américas e da Ásia os índices tendem a ser sistematicamente mais elevados devido à maior demanda assistencial.

A importância desta revisão reside na necessidade de padronizar a interpretação desses dados heterogêneos. Segundo Rodrigues et al. (2018) e Low et al. (2019), o uso de diferentes pontos de corte no *Maslach Burnout Inventory* (MBI) dificulta a comparação direta entre os programas de residência. Consolidar esses dados permite identificar se o aumento das taxas de burnout nos últimos dez anos é um reflexo de uma piora nas condições de trabalho ou de uma maior sensibilidade dos instrumentos de diagnóstico e notificação acadêmica.

Além disso, a distribuição entre as dimensões da síndrome mostra que a exaustão emocional é, invariavelmente, o componente mais prevalente. Estudos indicam que o residente muitas vezes mantém sua realização profissional, mas à custa de um esgotamento severo e de uma despersonalização progressiva (MASLACH; LEITER, 2016; WEST; DYRBYE; SHANAFELT, 2018). Esta revisão justifica-se, portanto, para mapear quais dessas dimensões são mais impactadas pelas políticas educacionais vigentes em diferentes continentes.

3.2. *O Impacto da Especialidade Médica na Saúde Mental*

A especialidade escolhida atua como um dos principais determinantes da saúde mental do residente. Trabalhos de Rotenstein et al. (2018) e Shanafelt et al. (2015) apontam que especialidades com alta carga de urgência e emergência apresentam riscos significativamente maiores de burnout. Médicos em treinamento na Cirurgia Geral, Medicina Interna e Ginecologia e Obstetrícia figuram no topo das estatísticas de esgotamento, contrastando com áreas de menor pressão imediata, como a Radiologia e a Dermatologia.

Esta diferenciação justifica a pesquisa ao evidenciar que intervenções generalistas podem não ser eficazes. Conforme discutido por West, Dyrbye e Shanafelt (2018) e Low et al. (2019), cada especialidade possui "estressores de nicho" que exigem estratégias de suporte customizadas. Entender essas nuances é

crucial para que os conselhos de especialidades possam reformular seus currículos e exigências de plantão, visando a sustentabilidade da carreira do jovem médico desde o início de sua formação especializada.

Ademais, a literatura sugere que a despersonalização é mais acentuada em especialidades que lidam com pacientes crônicos ou terminais. Estudos de Mata et al. (2015) e Rodrigues et al. (2018) reforçam que o contato contínuo com a morte e o sofrimento, sem o devido suporte psicológico institucional, acelera o distanciamento afetivo do residente. Esta revisão sistematiza tais achados, fornecendo um panorama claro sobre quais áreas necessitam de intervenção prioritária.

3.3. Carga Horária e Privação de Sono como Preditores

A carga horária excessiva permanece como o preditor mais robusto para o desenvolvimento do burnout. Estudos robustos indicam que residentes que ultrapassam as 60 horas semanais apresentam um risco duas vezes maior de atingir níveis críticos de exaustão emocional (ROTENSTEIN et al., 2018; WEST; DYRBYE; SHANAFELT, 2018). A privação crônica de sono não afeta apenas o humor, mas compromete a função cognitiva, criando um ciclo vicioso onde o cansaço gera insegurança, e a insegurança gera estresse adicional.

A importância deste tópico nesta revisão é ratificar a necessidade de limites regulatórios estritos. Segundo Shanafelt et al. (2015) e Rodrigues et al. (2018), mesmo em países com legislações protetivas, o "trabalho invisível" (preenchimento de prontuários e estudos extracurriculares) frequentemente eleva a carga horária real para níveis insustentáveis. Sistematizar essas informações permite confrontar a cultura do "sacrifício médico" com dados científicos que demonstram a ineficiência desse modelo para a formação técnica.

Outrossim, a literatura de Low et al. (2019) e Mata et al. (2015) destaca que a fadiga acumulada prejudica a capacidade de aprendizado, que é o objetivo central da residência. Quando o residente está exausto, a absorção de conhecimento teórico-prático é reduzida, o que justifica a urgência desta pesquisa em apontar que o burnout não é apenas um problema de bem-estar, mas uma falha pedagógica estrutural que compromete a formação da próxima geração de especialistas.

3.4. Relação entre Burnout e Segurança do Paciente

A ocorrência de erros médicos é uma das consequências mais dramáticas do burnout na residência. Estudos conduzidos por Mata et al. (2015) e Low et al. (2019) encontraram uma associação estatística significativa entre altos escores de despersonalização e a frequência de erros evitáveis em prescrições e

procedimentos. O residente esgotado perde a capacidade de atenção seletiva, tornando-se mais propenso a falhas de julgamento clínico que podem custar vidas.

Justificar esta revisão passa necessariamente pela questão ética da segurança do paciente. Conforme observado por West, Dyrbye e Shanafelt (2018) e Rodrigues et al. (2018), hospitais que negligenciam a saúde mental de seus residentes estão, indiretamente, aumentando o risco assistencial. Esta síntese global é fundamental para que gestores hospitalares compreendam que investir na saúde do médico em treinamento é uma estratégia de gestão de risco e de melhoria da qualidade hospitalar.

A literatura também aponta que o erro médico retroalimenta o burnout, criando o fenômeno da "segunda vítima". Segundo Shanafelt et al. (2015) e Rotenstein et al. (2018), após cometer um erro, o residente sente culpa e isolamento, o que aprofunda sua exaustão e sentimento de incompetência. Compilar esses estudos permite vislumbrar a necessidade de sistemas de suporte pós-erro, que hoje são praticamente inexistentes na maioria dos programas de residência mundiais.

3.5. Determinantes de Gênero e Desigualdades Estruturais

A análise das disparidades de gênero na prevalência de burnout revela que as mulheres residentes sofrem taxas mais elevadas de exaustão emocional. Estudos sugerem que essa diferença não decorre de uma vulnerabilidade biológica, mas de fatores sociais como a dupla jornada, o assédio moral e o "teto de vidro" em especialidades tradicionalmente masculinas (WEST; DYRBYE; SHANAFELT, 2018; LOW et al., 2019). O desequilíbrio entre vida pessoal e profissional é sentido de forma mais aguda por residentes que planejam a maternidade durante este período.

A inclusão deste tópico justifica-se pela necessidade de humanizar os programas de residência. De acordo com Mata et al. (2015) e Rodrigues et al. (2018), políticas que ignoram as particularidades de gênero tendem a perpetuar um ambiente hostil para médicas. Esta revisão é essencial para evidenciar que a igualdade de condições de trabalho é um pilar para a redução do burnout e que as instituições devem oferecer suporte específico, como creches e flexibilidade em casos de licença médica e parental.

Além disso, estudos de Shanafelt et al. (2015) e Rotenstein et al. (2018) indicam que o ambiente de treinamento médico ainda é permeado por microagressões que afetam a saúde mental das mulheres. Sistematizar essas evidências auxilia na desconstrução de estigmas e na promoção de um ambiente de trabalho mais diverso e acolhedor, o que, comprovadamente, reduz os níveis globais de estresse ocupacional e melhora a coesão das equipes multidisciplinares.

3.6. *Ideação Suicida e Desfechos Psiquiátricos Graves*

O burnout na residência médica está intrinsecamente ligado a desfechos de saúde mental graves, sendo a ideação suicida o mais alarmante. Pesquisas de Mata et al. (2015) e Rotenstein et al. (2018) revelam que a prevalência de sintomas depressivos e pensamentos autolíticos é significativamente maior em residentes com burnout do que na população geral da mesma faixa etária. A síndrome funciona como um catalisador para transtornos mentais que, se não tratados, podem levar à saída prematura da profissão ou à morte.

Este tópico justifica a pesquisa sob a ótica da preservação da vida do profissional. Segundo Rodrigues et al. (2018) e Low et al. (2019), o estigma em torno da saúde mental na medicina impede que muitos residentes busquem ajuda, temendo represálias acadêmicas ou o questionamento de sua capacidade profissional. Esta revisão é um passo político e acadêmico necessário para quebrar esse silêncio e demonstrar, com dados robustos, que o sofrimento psíquico não é uma falha de caráter, mas uma resposta a um sistema patogênico.

Estudos de West, Dyrbye e Shanafelt (2018) também demonstram o uso de substâncias como mecanismo de enfrentamento ineficaz. O abuso de álcool e medicamentos de prescrição é comum entre residentes que tentam lidar com a ansiedade e a insônia geradas pelo trabalho. Sistematizar essas informações justifica a implementação de programas de assistência à saúde do médico que sejam externos à instituição de ensino, garantindo o sigilo e a eficácia do tratamento (SHANAFELT et al., 2015).

3.7. *Erosão da Empatia e Humanização do Cuidado*

A despersonalização, um dos pilares do burnout, leva a uma erosão progressiva da empatia clínica. Estudos de Maslach e Leiter (2016) e Low et al. (2019) mostram que residentes com altos índices de burnout tendem a tratar os pacientes como objetos ou "tarefas", perdendo a capacidade de oferecer um cuidado integral e compassivo. Essa desumanização é um mecanismo de defesa psíquica para evitar o sofrimento, mas compromete seriamente a relação médico-paciente.

A justificativa para esta revisão reside no impacto social do médico que o sistema está produzindo. De acordo com West, Dyrbye e Shanafelt (2018) e Rodrigues et al. (2018), a empatia é uma competência clínica tão importante quanto o conhecimento técnico, e sua perda é um sinal de alerta para a falência do modelo educacional. Compilar os estudos sobre essa perda empática permite argumentar que a saúde do médico é, em última análise, o que sustenta a humanidade do sistema de saúde.

Além disso, Shanafelt et al. (2015) e Mata et al. (2015) apontam que a falta de modelos de papel (*role models*) positivos no hospital contribui para esse cenário. Residentes que observam seus preceptores

também esgotados e clínicos acabam replicando esse comportamento. Esta revisão evidencia a necessidade de reformas que envolvam todo o corpo clínico, e não apenas intervenções pontuais voltadas exclusivamente para os residentes.

3.8. Fatores Protetivos e a Importância da Resiliência

Embora o foco seja a prevalência da síndrome, identificar fatores protetivos é crucial para a solução do problema. Estudos recentes apontam que suporte social, relacionamentos familiares sólidos e a prática de atividades físicas são moderadores importantes do estresse (RODRIGUES et al., 2018; LOW et al., 2019). No entanto, há um consenso acadêmico de que a resiliência individual tem limites e não deve ser usada como desculpa pelas instituições para não reformar o ambiente de trabalho.

Esta pesquisa justifica-se por equilibrar a discussão entre o "eu" e o "sistema". Conforme Shanafelt et al. (2015) e West, Dyrbye e Shanafelt (2018), as intervenções baseadas apenas em treinamentos de resiliência ou *mindfulness* para residentes têm efeitos limitados e de curto prazo. A revisão sistemática é vital para mostrar que as intervenções mais eficazes são aquelas organizacionais, que alteram a escala de trabalho e aumentam a autonomia do médico em treinamento.

Estudos de Rotenstein et al. (2018) e Mata et al. (2015) também sugerem que o senso de propósito e o reconhecimento profissional atuam como barreiras contra a baixa realização pessoal. Quando o residente sente que seu trabalho é valorizado e que ele está evoluindo tecnicamente, os riscos de burnout diminuem. Portanto, sistematizar essas evidências ajuda a desenhar programas de treinamento que foquem no *feedback* positivo e no crescimento estruturado da carreira.

3.9. Impacto Econômico e Rotatividade Profissional

O burnout gera um custo econômico elevado para os sistemas de saúde e para as instituições de ensino. Estudos indicam que o esgotamento profissional está associado a altas taxas de absenteísmo, rotatividade (atrito) e abandono da residência (SHANAFELT et al., 2015; WEST; DYRBYE; SHANAFELT, 2018). Substituir um residente que abandona o programa ou lidar com licenças médicas prolongadas gera custos operacionais e sobrecarrega o restante da equipe, criando um efeito dominó de estresse.

A justificativa econômica é um argumento poderoso para mudanças institucionais. De acordo com Rodrigues et al. (2018) e Rotenstein et al. (2018), prevenir o burnout é financeiramente mais vantajoso do que tratar as suas consequências. Esta revisão sistematiza os dados de perda de produtividade e abandono

de carreira, fornecendo aos gestores métricas claras sobre o prejuízo que a negligência com a saúde mental dos médicos pode causar ao orçamento hospitalar.

Ademais, Low et al. (2019) e Mata et al. (2015) ressaltam que o médico que sofre burnout na residência tem maior probabilidade de manter esse padrão de sofrimento ao longo da vida profissional. Isso representa uma perda de capital intelectual e humano para a sociedade, que investe pesadamente na formação desses profissionais. Documentar essa trajetória é essencial para justificar políticas públicas de preservação da força de trabalho médica a longo prazo.

3.10. A Necessidade de Reformas Estruturais nas Instituições

Por fim, a literatura dos últimos 10 anos converge para a ideia de que o burnout é um sintoma de um sistema doente. Estudos de Maslach e Leiter (2016), Rotenstein et al. (2018) e Shanafelt et al. (2015) são unânimes em afirmar que intervenções individuais são insuficientes se o ambiente de trabalho permanecer tóxico, sobrecarregado e sem suporte. A residência médica precisa deixar de ser um rito de passagem baseado no sofrimento para se tornar um ambiente de crescimento saudável.

Esta revisão é importante porque serve como um documento de advocacia pela reforma do ensino médico. Conforme defendido por West, Dyrbye e Shanafelt (2018) e Rodrigues et al. (2018), a mudança deve envolver limites reais de carga horária, canais de denúncia contra abusos e a criação de uma cultura de cuidado mútuo. Sistematizar a prevalência global é a prova factual necessária para pressionar órgãos reguladores a exigir padrões mínimos de bem-estar para o credenciamento de novos programas de residência.

Em última análise, como apontam Mata et al. (2015) e Low et al. (2019), o sucesso da medicina moderna depende da integridade física e mental de seus praticantes. Esta revisão sistemática cumpre o papel de organizar o conhecimento científico para que a saúde do médico residente deixe de ser uma preocupação secundária e passe a ser o pilar central da excelência médica. Sem dados claros e consolidados, o problema permanece invisível e as soluções continuam sendo paliativas.

4. CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática global permitiu evidenciar que a prevalência da Síndrome de Burnout entre médicos residentes atingiu níveis críticos na última década, consolidando-se como um dos principais desafios para a educação médica contemporânea. Os dados analisados demonstram que o esgotamento profissional não é um evento isolado, mas uma resposta persistente a um modelo de formação que, globalmente, ainda negligencia a saúde mental do profissional em prol de uma produtividade hospitalar

exaustiva. Como observado ao longo dos resultados, a variação das taxas entre 35% e 65% (MATA et al., 2015; ROTENSTEIN et al., 2018) reflete tanto a severidade das cargas horárias quanto a ausência de mecanismos institucionais de suporte eficazes.

As evidências discutidas reforçam que a exaustão emocional e a despersonalização são as dimensões mais impactadas, com consequências diretas na segurança do paciente e no aumento de erros médicos evitáveis (LOW et al., 2019; RODRIGUES et al., 2018). Conclui-se que a manutenção deste cenário compromete a sustentabilidade do sistema de saúde, uma vez que o burnout na residência atua como um preditor de doenças psiquiátricas graves, ideação suicida e abandono precoce da carreira. Portanto, a importância desta revisão reside na comprovação de que o burnout deixou de ser uma questão de "resiliência individual" para se tornar uma métrica de qualidade das instituições de ensino.

Para o futuro, é imperativo que as intervenções deixem de focar apenas em estratégias de *coping* individuais, como treinamentos de relaxamento, e passem a abordar reformas estruturais. De acordo com as recomendações de West, Dyrbye e Shanafelt (2018), a redução real da jornada de trabalho, a implementação de protocolos de acolhimento ao residente e a democratização das relações de poder nos hospitais escola são as únicas vias para a mitigação sustentável da síndrome. Sugere-se que novos estudos foquem em análises longitudinais para avaliar o impacto dessas reformas organizacionais na prevalência do burnout a longo prazo.

Em suma, a proteção da saúde mental do médico residente é uma condição *sine qua non* para a excelência da prática clínica e para a humanização do cuidado. Esta revisão sistemática serve como um chamado à ação para que órgãos reguladores e gestores acadêmicos reconheçam a gravidade do fenômeno e implementem mudanças urgentes. Somente através de uma reestruturação do ambiente de aprendizado será possível garantir que a residência médica cumpra o seu papel de formar especialistas competentes, éticos e, sobretudo, saudáveis.

REFERÊNCIAS

- DOWELL, A. C. et al. The epidemiology of burnout and depression in medical students and residents. **Medical Education**, [s. l.], v. 49, n. 11, p. 1063-1065, 2015.
- HIGGINS, J. P. T. et al. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. 2. ed. London: Wiley-Blackwell, 2019.
- LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 6, n. 7, e1000100, 2009.

LOW, Z. X. et al. Prevalence of Burnout among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 21, p. 4143, 2019.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. **World Psychiatry**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 103-111, 2016.

MATA, D. A. et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA**, [s. l.], v. 314, n. 22, p. 2373-2383, 2015.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Systematic Reviews**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 1-9, 2015.

MUNN, Z. et al. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 5-12, 2014.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, [s. l.], v. 372, n. 71, 2021.

RODRIGUES, H. et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. **PloS One**, [s. l.], v. 13, n. 11, e0206840, 2018.

ROTENSTEIN, L. S. et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. **JAMA**, [s. l.], v. 320, n. 11, p. 1131-1150, 2018.

SHAMSEER, L. et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. **BMJ**, [s. l.], v. 349, g7647, 2015.

SHANAFELT, T. D. et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. **Mayo Clinic Proceedings**, [s. l.], v. 90, n. 12, p. 1600-1613, 2015.

STERNE, J. A. et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **BMJ**, [s. l.], v. 366, l4898, 2019.

WELLS, G. A. et al. **The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses**. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute, 2014.

WEST, C. P.; DYRBYE, L. N.; SHANAFELT, T. D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. **Journal of Internal Medicine**, [s. l.], v. 283, n. 6, p. 516-529, 2018.