

Indicadores de Saúde Mental e Qualidade de Vida de Médicos Residentes

Mental Health and Quality of Life Indicators of Medical Residents

Indicadores de Salud Mental y Calidad de Vida de los Médicos Residentes

Elizabeth Masotti(1); Cássia Ferrazza Alves(2); Joice Cadore Sonego(3)

1 FSG - Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS, Brasil.

E-mail: liza.masotti@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8210-3462>

2 FSG - Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS, Brasil.

E-mail: cassiaferrazza@gmail.com | ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0022-6467>

3 FSG - Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS, Brasil.

E-mail: joicesonego@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6785-1921>

Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 14, n. 2, p. 37-52, julho-dezembro, 2022 - ISSN 2175-5027

[Submetido: 24 set. 2023; Revisão1: 20 dez. 2022; Aceito: 8 mar. 2023; Publicado: 21 jun. 2023]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2022.v14i2.4599>

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*
Editora-chefe: Márcia Fortes Wagner

Como citar este artigo / To cite this article: [clique aqui!/click here!](#)

Resumo

A residência médica pode estar associada a fatores de estresse elevado, sendo capaz de influenciar na qualidade de vida e na saúde mental destes profissionais. Este estudo visou analisar indicadores de qualidade de vida e de saúde mental de médicos residentes através de uma pesquisa quantitativa com coleta de dados *online*. Para o recrutamento dos participantes, utilizou-se o método *snowball*. Participaram 141 médicos residentes de diversas regiões do Brasil, que responderam um questionário de dados sociodemográficos, a *Depression, Anxiety and Stress Scale* - DASS-21 e o *The World Health Organization Quality of Life* - WHOQOL-bref. Os participantes apresentaram sintomas moderados de estresse e depressão, mas mínimos de ansiedade. Entre o WHOQOL-bref e a DASS-21, o estresse possuiu correlação negativa moderada com os domínios físico, psicológico e social, evidenciando que os residentes com menores níveis de estresse possuem maior equilíbrio emocional, físico e social. A depressão apresentou correlação negativa forte com o domínio físico e psicológico, indicando que quanto menos sintomas de depressão maior bem-estar físico e psicológico. Os resultados obtidos podem servir para propiciar reflexões e intervenções futuras diante da problemática.

Palavras-chave: qualidade de vida; saúde mental; ansiedade; depressão; residência médica.

Abstract

Medical residency can be associated with high stress factors, being able to influence the quality of life and mental health of these professionals. This study aimed to analyze quality of life and mental health indicators of medical residents through a quantitative survey with online data collection. The snowball method was used for the recruitment of participants. A total of 141 medical residents from different regions of Brazil participated, who answered a questionnaire with sociodemographic data, the Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS-21 and The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref. The participants had moderate symptoms of stress and depression, but minimal of anxiety. Between the WHOQOL-bref and DASS-21, stress had a moderate negative correlation with the physical, psychological and social domains, showing that residents with lower levels of stress have greater emotional, physical and social balance. Depression showed a strong negative correlation with the physical and psychological domain, indicating that the fewer symptoms of depression the better physical and psychological well-being. The results can serve to propitiate reflections and future interventions in face of the problem.

Keywords: quality of life; mental health; anxiety; depression; medical residency.

Resumen

La residencia médica puede estar asociada a factores de alto estrés, que pueden influir en la calidad de vida y la salud mental de estos profesionales. Este estudio tiene como objetivo analizar los indicadores de calidad de vida y salud mental de los médicos residentes a través de una encuesta cuantitativa con recolección de datos en línea. Para reclutar participantes se utilizó el método de bola de nieve. Un total de 141 médicos residentes en diferentes regiones de Brasil respondieron el Cuestionario de Datos Sociodemográficos, Escala de Depresión, de Ansiedad y Estrés - DASS-21 y Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - WHOQOL-bref. Entre el WHOQOL-bref y el DASS-21, el estrés presentó una correlación negativa moderada con los dominios físico, psicológico y social, mostrando que los residentes con menores niveles de estrés tienen mayor equilibrio emocional, físico y social. La depresión mostró una fuerte correlación negativa con el dominio físico y psicológico, indicando que cuantos menos síntomas de depresión, mejor bienestar físico y psicológico. Los resultados obtenidos pueden servir para aportar reflexiones e intervenciones futuras sobre el tema.

Palabras clave: calidad de vida; salud mental; ansiedad; depresión; residencia medica.

Introdução

A medicina, por si só, é uma profissão popularmente conhecida por seus altos índices de exigência. Dentro da formação médica está a residência, que é constituída por momentos de aprendizado que, muitas vezes, são associados a fatores com carga de estresse elevado. A residência é considerada de grande valor para a formação de especialistas médicos (Bond *et al.*, 2018).

Visando o aprimoramento de habilidades profissionais e científicas, a residência reforça os conhecimentos adquiridos ao longo da graduação e possibilita o desenvolvimento de habilidades práticas da área de especialização (Rotta *et al.*, 2016). Ao ingressar no programa de residência médica, a vida pessoal e profissional passa por diversos processos de mudanças. As modificações vão desde alterações no estilo de vida, no ambiente de trabalho, no suporte emocional e nas relações interpessoais, podendo contribuir para o aparecimento de consequências negativas na saúde mental destes profissionais (Anagnostopoulos *et al.*, 2015).

Diversas pesquisas mencionam que estudantes de medicina e residentes apresentam sofrimento emocional, com presença de ansiedade, depressão e esgotamento (Pokhrel, Khadayat, & Tulachan, 2020). No entanto, essa questão ainda foi pouco explorada no contexto brasileiro, pois muitos dos estudos se limitam a um pequeno número amostral e a uma única área de especialização ou ano de treinamento (Pasqualucci *et al.*, 2019).

Os profissionais da saúde estão inseridos em situações onde há maior risco de estresse ocupacional, levando em conta que prestam atendimentos considerados essenciais para a manutenção da vida humana. No Brasil, uma pesquisa realizada por Pasqualucci e colaboradores (2019), com médicos residentes, identificou sintomas de depressão em 19% dos participantes, sintomas de ansiedade em 16% e sintomas de estresse em 17,7%. Ademais, os pesquisadores também identificaram escore condizente com exaustão emocional em 63% da amostra.

A exaustão de médicos pode acarretar em atendimentos de má qualidade, frequente necessidade de substituição da equipe e diminuição da qualidade dos serviços de saúde como um todo. Os médicos residentes de especialidades como cirurgia geral, urologia, emergência e neurologia aparecem como os que apresentam maiores níveis de desgaste emocional. Entretanto, não importa qual a especialidade, altos escores de ansiedade e baixos níveis de empatia apareceram ao longo da graduação de medicina e esses vêm sendo associados com a incidência da síndrome de *burnout* durante a residência (Dyrbye *et al.*, 2018).

O esgotamento dos médicos residentes pode impactar nas relações dos profissionais no ambiente familiar, inferindo na saúde mental e, consequentemente, ocasionando sofrimento psicológico. Fatores como poucas oportunidades de

desenvolvimento profissional e baixo suporte dos preceptores aparecem relacionados indiretamente como preditores de exaustão no trabalho, interferindo no bem-estar e na saúde mental dos profissionais (Anagnostopoulos *et al.*, 2015).

A ansiedade é algo comum, mas frequentemente ela não é identificada e tratada adequadamente. A nível internacional, um a cada três estudantes de medicina apresentam maior prevalência de características de ansiedade quando comparado com os demais indivíduos. A prevalência de ansiedade na população em geral é de 3% a 25%, dependendo da escala utilizada para avaliação. Já em acadêmicos de medicina, as porcentagens variam de 29,2% a 38,7% (Quek *et al.*, 2019).

Há várias décadas, a literatura menciona que os médicos são indivíduos mais propensos ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e suicídio, quando comparados com o restante da população (Ventriglio, Watson, & Bhugra, 2020). Uma pesquisa de revisão sistemática internacional menciona a prevalência de sintomas depressivos de 28,8 % em médicos residentes, variando entre 20,9% e 43,2%, dependendo do método e do período avaliado (Mata *et al.*, 2015).

Independente do estudo ser transversal ou longitudinal, a literatura traz constantemente que os níveis de estresse em médicos e em outros profissionais da saúde giram em torno de 28%, enquanto nos trabalhadores em geral a média fica em 18% (Firth-Couzens, 2003). Os médicos que possuem maior carga horária de trabalho estão mais propensos ao desenvolvimento de problemas mentais. O ambiente em que estes profissionais estudam e exercem a sua atividade laboral influencia na saúde mental deles. Por conta disso, é necessário que os médicos tenham conhecimento e acesso aos serviços de apoio à saúde mental (Bhugra *et al.*, 2019).

A qualidade de vida (QV) pode ser vista como algo amplo, influenciado por crenças pessoais, saúde psicológica e física, rede psicossocial, meio e nível de independência de cada sujeito. Resumidamente, qualidade de vida é o entendimento que o indivíduo tem sobre sua colocação na vida, cultura e sistema de valores, além de suas expectativas, metas, padrões e aflições (Teoli & Bhardwaj, 2021).

Fatores como saúde, trabalho, lazer, moradia e satisfação influenciam na QV e na saúde mental dos residentes. Avaliar a qualidade de vida deles possibilita a análise de aspectos que interferem no bem-estar e, conseqüentemente, na eficácia dos atendimentos prestados por eles à comunidade (Moreira *et al.*, 2016). Sendo assim, o objetivo geral deste estudo foi analisar os indicadores de qualidade de vida e saúde mental de médicos residentes. Como objetivos específicos, visou-se descrever a amostra e correlacionar os resultados dos instrumentos utilizados.

A criação de estratégias que contribuam para um ambiente de trabalho saudável pode ser um elemento fundamental para a promoção e proteção à saúde, à segurança e ao bem-estar dos profissionais. Para isso, independentemente da situação, a Organização Mundial de Saúde incentiva a promoção da saúde mental com a inserção

de pontos positivos no ambiente de trabalho e a abordagem de temas sobre a saúde mental dentro das instituições (World Health Organization, 2017).

Método

Participantes

Trata-se de uma pesquisa transversal de caráter quantitativo. O público-alvo foi uma amostra de médicos residentes de diversas especialidades atuantes no Brasil. Ao total, responderam ao questionário, de forma completa, 141 médicos residentes com idades entre 23 e 39 anos ($M = 29,18$, $DP = 3,11$), sendo 85 participantes (60,3%) do sexo feminino e 56 participantes (39,7%) do sexo masculino.

Como critério de inclusão, foi necessário consentir e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser graduado (a) em medicina, estar cursando residência médica a partir do segundo semestre, ter idade superior a 21 anos, residir no Brasil e ter domínio do português. Excluiu-se da pesquisa participantes que não concluíram o preenchimento do formulário ou que estivessem realizando alguma pós-graduação, sem estarem vinculados a uma residência médica.

Instrumentos

Questionário de informações sociodemográficas.

Este questionário foi desenvolvido pelas pesquisadoras, especialmente para a presente pesquisa e teve por objetivo levantar dados sobre idade, sexo, estado civil, tipo de moradia (própria, alugada ou cedida), grupo familiar, renda aproximada da família (em salários mínimos), renda extra além da residência médica (sim x não), carga horária de trabalho, momentos de lazer, naturalidade e estado de moradia. Além disso, também se verificou informações referentes ao ingresso na residência médica, ano do curso e especialidade.

Escala de depressão, ansiedade e estresse - DASS-21.

A *Escala de depressão, ansiedade e estresse* (DASS-21), nomeada em inglês como *Depression, Anxiety and Stress Scale*, foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond em 1995, sendo adaptada e validada para o Brasil por Vignola e Tucci, em 2014. Esta escala é composta por 21 itens que avaliam sintomas relacionados à depressão, ansiedade e estresse, divididos em três dimensões (depressão, ansiedade e estresse) contendo sete itens cada. É uma escala *Likert* de quatro pontos (as opções de respostas variam entre não se aplica a mim e se aplica a mim, na maior parte do tempo), com índices

de consistência interna adequados ($\alpha = 0,85$ ansiedade; $\alpha = 0,89$ estresse; $\alpha = 0,91$ depressão). A partir do somatório dos escores para cada subescala, pode ser definido um nível de depressão, ansiedade e estresse em normal, médio, moderado, severo e extremamente severo (Lovibond & Lovibond 1995).

World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-breve.

O instrumento World Health Organization Quality of Life na versão reduzida, também conhecido como WHOQOL-breve ou em inglês como WHOQOL-bref, foi desenvolvido pelo The Whoqol Group (1998) e consiste em uma versão reduzida do Whoqol-100. Visa mensurar a percepção da qualidade de vida de maneira breve e objetiva através de 26 questões que avaliam a QV sob o ponto de vista de quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente, com adequados índices de consistência interna ($\alpha = 0,84$ físico; $\alpha = 0,79$ psicológico; $\alpha = 0,69$ relações sociais; $\alpha = 0,71$ meio ambiente).

Este instrumento foi validado no Brasil por Fleck e colaboradores (2000). É composto por duas questões gerais para avaliar a percepção de qualidade de vida e mais 24 itens que são distribuídos entre os quatro domínios citados anteriormente (World Health Organization, 1996; Fleck et al., 2000).

O domínio 1 (físico) avalia facetas associadas a dor e desconforto, energia ou fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades do cotidiano, dependência de medicamentos ou tratamentos, e capacidade de trabalho; O domínio 2 (psicológico) envolve questões sobre sentimentos positivos, pensamentos, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade e crenças pessoais. O domínio 3 (relações sociais) investiga relacionamentos pessoais, apoio social, e atividade sexual. O domínio 4 verifica segurança física e proteção, ambiente domiciliar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidade de aprender novas habilidades, participação em atividades de lazer, ambiente físico, e meio de transporte.

As opções de resposta mensuram a intensidade em que cada afirmativa melhor se aplica a percepção de cada participante, variando de 1 a 5. Para a análise, os escores obtidos em cada domínio foram transformados em pontuação linear entre 0 e 100, sendo que quanto maior a pontuação maior a QV (World Health Organization, 1996).

Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada via formulário eletrônico através da plataforma Google Forms. Para a divulgação da pesquisa foi utilizada a técnica *snowball sampling* (bola de neve). Essa ferramenta possui esse nome porque o alcance dos participantes aumenta conforme os indivíduos espalham a pesquisa à sua rede de conhecidos (Vinuto, 2014).

A técnica escolhida auxiliou no alcance dos participantes de forma mais abrangente, em todo o território brasileiro.

O convite inicial para a pesquisa foi feito através da divulgação do *link* nas redes sociais por intermédio de indicações para o envio de formulário em grupos privados do público-alvo. Também foi incentivado que os participantes enviassem o formulário para sua rede de conhecidos médicos residentes, no período de setembro a novembro de 2019. De acordo com Vinuto (2014), esta forma facilita o contato com o participante, além de tornar a amostragem mais dinâmica, fazendo uso de uma rede preexistente do indivíduo.

Para responder o estudo, foi necessário o profissional consentir com o TCLE disponível antes do início da pesquisa, bem como concordar em participar de maneira voluntária e anônima clicando em “*next*” (próxima) no canto inferior direito. O projeto foi submetido a um Comitê de Ética e Pesquisa, sob o CAAE: 17771319.1.0000.5668 recebendo aprovação através do parecer de nº 3.523.812.

Análise de dados

A análise dos dados ocorreu através da inserção dos resultados da pesquisa na plataforma *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 26. Os dados foram analisados de forma descritiva, inferencial e correlacional. As variáveis foram apresentadas em média e desvio padrão, frequência e porcentagem, coeficiente de correlação e nível de significância (valor de p). Utilizou-se os testes de frequência e porcentagem, média e desvio padrão, correlação de Spearman, teste t de Student, análise de ANOVA e U de Mann-Whitney. Nas correlações, foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$ e $p < 0,001$. Considerou-se coeficiente de correlação fraco valores abaixo de 0,4, moderado entre 0,4 e 0,6 e forte superior a 0,6 e próximo de 1 (Dancey & Reidy, 2019).

Resultados

A amostra foi composta por 141 médicos residentes com idades entre 23 e 39 anos ($M = 29,18$, $DP = 3,11$), sendo 85 participantes (60,3%) do sexo feminino e 56 participantes (39,7%) do sexo masculino. Destes, mais de 70% ($n = 102$) eram solteiros e mais de 90% ($n = 131$) não tinham filhos. Participaram voluntariamente do estudo residentes de 17 estados brasileiros, não havendo participantes da região norte do país. Houve maior participação dos estados do Rio Grande do Sul (27,7%) e de São Paulo (23,4%).

A renda familiar mensal de 28,4% ($n = 40$) dos participantes consiste em valores entre três e seis salários mínimos (de R\$2.994 até R\$5.988), de 24,8% ($n = 35$) entre seis e nove salários (de R\$5.988 até R\$8.982), de 16,3% ($n = 23$) entre nove e doze salários (de R\$8.982 até R\$11.976). No entanto, 30,5% ($n = 43$) da amostra possui recebimento familiar mensal superior ao valor de R\$11.976.

Dos entrevistados, 70,2% ($n = 99$) ingressaram na residência médica no primeiro ano após o término da graduação e 19,1% ($n = 27$) ingressaram no segundo ano. Apenas 3,5% ($n = 5$) no terceiro ano e 7,1% ($n = 10$) quatro anos ou mais depois do término da faculdade de medicina.

Identificou-se que 83% ($n = 117$) estão realizando a sua primeira residência médica. Boa parte dos participantes está entre o primeiro (32,6%, $n = 46$), segundo (35,5%, $n = 50$) e terceiro ano (24,8%, $n = 35$) de residência, sendo a minoria composta por residentes do quarto (4,3%, $n = 6$) e do quinto ano (2,8%, $n = 4$). Todavia, atenta-se para a questão de que a maior parte das residências possui até três anos de duração.

Tabela 1. Frequência e porcentagem das especialidades médicas

Especialidades Médicas	
Medicina da Família e Comunidade ($n = 25$, 17,7%)	Medicina Intensiva ($n = 2$, 1,4%)
Cirurgia ($n = 20$, 14,2%)	Infectologia ($n = 2$, 1,4%)
Ginecologia e obstetrícia ($n = 15$, 10,6%)	Acupuntura ($n = 1$, ,7%)
Clínica médica ($n = 11$, 7,8%)	Alergia ($n = 1$, ,7%)
Traumatologia e Ortopedia ($n = 8$, 5,7%)	Cirurgia de Cabeça e Pescoço ($n = 1$, ,7%)
Anestesiologia ($n = 7$, 5%)	Cirurgia Vascular ($n = 1$, ,7%)
Pediatria ($n = 7$, 5%)	Emergência ($n = 1$, ,7%)
Neurocirurgia ($n = 6$, 4,3%)	Genética Médica ($n = 1$, ,7%)
Oftalmologia ($n = 6$, 4,3%)	Hematologia ($n = 1$, ,7%)
Cardiologia ($n = 4$, 2,8%)	Nefrologia ($n = 1$, ,7%)
Neurologia ($n = 4$, 2,8%)	Neonatologia ($n = 1$, ,7%)
Dermatologia ($n = 3$, 2,1%)	Oncologia ($n = 1$, ,7%)
Otorrinolaringologia ($n = 3$, 2,1%)	Patologia ($n = 1$, ,7%)
Radiologia e Diagnóstico por imagem ($n = 3$, 2,1%)	Pneumologia ($n = 1$, ,7%)
Geriatria ($n = 2$, 1,4%)	Urologia ($n = 1$, ,7%)

Nota. n – número de participantes de cada especialidade médica seguido pela porcentagem.

Observou-se a participação de residentes de 30 especialidades distintas. A predominância foi do curso de Medicina da Família e Comunidade (17,7%, $n = 25$), seguido por Cirurgia Geral (14,2%, $n = 20$), Ginecologia e Obstetrícia (10,6%, $n = 15$), Clínica Médica (7,8%, $n = 11$) e Traumatologia e Ortopedia (5,7%, $n = 8$).

Constatou-se que, dos 141 participantes, 64,5% ($n = 91$) já pensaram em desistir da residência e 46,1% ($n = 65$) exerciam mais de 60 horas semanais na profissão de médico residente, indicando possível sobrecarga de trabalho. Além disso, observou-se que 62,4% dos médicos ($n = 88$) exerciam outra atividade remunerada além da residência. Quanto a atividades de lazer, 56% ($n = 79$) dos participantes relataram possuir pouco ou nenhum momento de lazer, sendo que, do total de participantes, 24,8% ($n = 35$) afirmam não possuírem momentos de lazer com família ou amigos.

Tabela 2. Médias, desvio padrão e correlação de Spearman entre os dados do WHOQOL-bref e da DASS-21

	M (DP)	Estres.	Depres.	Ansied.	WHOQOL- Fís.	WHOQOL- Psic.	WHOQOL- Soc.	WHOQOL- Amb.
Estresse	20,70 (9,06)	-	,626**	,616**	-,471**	-,543**	-,430**	-,297**
Depressão	15,83 (10,95)	,626**	-	,570**	-,612**	-,636**	-,425**	-,286**
Ansiedade	9,52 (8,21)	,616**	,570**	-	-,525**	-,410**	-,303**	-,186*
WHOQOL- Fís.	59,73 (14,51)	-,471**	-,612**	-,525**	-	,643**	,576**	,539**
WHOQOL- Psic.	50,32 (16,41)	-,543**	-,636**	-,410**	,643**	-	,628**	,491**
WHOQOL- Soc.	48,23 (20,98)	-,430**	-,425**	-,303**	,576**	,628**	-	,548**
WHOQOL- Amb.	56,32 (13,70)	-,297**	-,286**	-,186*	,539**	,491**	,548**	-

Nota. M (DP) – média e desvio padrão; Estres. - estresse; depres. - depressão; ansied. - ansiedade; WHOQOL-Fís. - WHOQOL-Físico; WHOQOL-Psic. - WHOQOL-Psicológico; WHOQOL-Soc. - WHOQOL-Social; WHOQOL-Amb. - WHOQOL-Ambiente; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

A partir da análise de correlação, identificou-se que todas as variáveis avaliadas pela DASS-21 possuem correlação positiva entre si. Ao correlacionar a DASS-21 com a WHOQOL-bref, observou-se que a DASS-21 apresenta correlação negativa com todos os domínios de qualidade de vida.

Tabela 3. Médias e desvio padrão considerando o sexo nas variáveis do WHOQOL-bref e da DASS-21, e a intenção de desistir da residência médica sem distinção de sexo

	Sexo	M (DP)	Intenção de desistir da residência	M (DP)
Estresse	Masculino	17,32 (8,84)	Não	16,68 (8,30)
	Feminino	22,92 (8,54)	Sim	22,90 (8,72)
Depressão	Masculino	14,39 (11,16)	Não	10,32 (7,73)
	Feminino	16,78 (10,78)	Sim	18,86 (11,31)
Ansiedade	Masculino	7,36 (6,88)	Não	6,44 (6,05)
	Feminino	10,94 (8,74)	Sim	11,20 (8,77)
WHOQOL-Fís.	Masculino	62,31 (12,96)	Não	66,14 (13,86)
	Feminino	58,03 (15,29)	Sim	56,20 (13,70)
WHOQOL-Psic.	Masculino	52,77 (15,55)	Não	58,10 (14,56)
	Feminino	48,76 (16,85)	Sim	46,04 (15,86)
WHOQOL-Soc.	Masculino	50,45 (19,36)	Não	54,67 (20,00)
	Feminino	46,76 (21,98)	Sim	44,69 (20,77)

	Sexo	M (DP)	Intenção de desistir da residência	M (DP)
WHOQOL-Amb.	Masculino	55,47 (13,07)	Não	60,44 (13,02)
	Feminino	56,88 (14,13)	Sim	54,05 (13,59)

Nota. M (DP) – média e desvio padrão; WHOQOL-Fís. - WHOQOL-Físico;
WHOQOL-Psic - WHOQOL-Psicológico; WHOQOL-Soc. - WHOQOL-Social;
WHOQOL-Amb. - WHOQOL-Ambiente.

Ao analisar as diferenças nas médias por sexo, percebeu-se que os homens apresentaram pontuações de ansiedade ($p = 0,029$) e estresse ($p < 0,001$) significativamente menores quando comparados às mulheres. Esse resultado pode indicar que os homens tendem a apresentar menores níveis de ansiedade e estresse, quando comparado às mulheres. Já para a depressão, não houve diferença significativa entre os sexos.

Também, foi realizada a análise da DASS-21 e do WHOQOL-bref considerando a intenção dos residentes em desistir da residência. Nesta análise, foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis, sendo que aqueles que já possuíram intenção de desistir apresentaram médias superiores aos que não tinha intenção de desistir nas variáveis avaliadas pelo WHOQOL-bref: físico ($t = 4,09$; $gl = 99,98$; $p < ,001$), psicológico ($t = 4,55$; $gl = 108,53$; $p < ,001$), social ($t = 2,79$; $gl = 104,32$; $p = ,006$) e ambiente ($t = 2,74$; $gl = 104,72$; $p = ,007$), e nas variáveis mensuradas pela DASS-21 estresse ($t = -4,18$; $gl = 139$; $p < ,001$), depressão ($t = -4,78$; $gl = 139$; $p < ,001$) e ansiedade ($t = -3,42$; $gl = 139$; $p < ,001$).

Tabela 4. Médias e desvio padrão considerando a carga horária dedicada na residência médica nas variáveis do WHOQOL-bref e da DASS-21

	Carga horária semanal	M (DP)
Estresse	40 a 50 horas	21,20 (8,11)
	50 a 60 horas	19,63 (9,74)
	Mais de 60 horas	21,20 (9,03)
Depressão	40 a 50 horas	16,67 (11,27)
	50 a 60 horas	15,45 (12,61)
	Mais de 60 horas	15,54 (9,24)
Ansiedade	40 a 50 horas	11,40 (8,85)
	50 a 60 horas	8,45 (8,27)
	Mais de 60 horas	9,29 (7,84)
WHOQOL-Fís.	40 a 50 horas	60,12 (15,70)
	50 a 60 horas	61,04 (15,84)
	Mais de 60 horas	58,35 (13,11)
WHOQOL-Psic.	40 a 50 horas	48,83 (14,24)
	50 a 60 horas	51,02 (16,79)
	Mais de 60 horas	50,54 (17,41)

	Carga horária semanal	M (DP)
WHOQOL-Soc.	40 a 50 horas	49,72 (20,23)
	50 a 60 horas	46,97 (19,61)
	Mais de 60 horas	48,20 (22,60)
WHOQOL-Amb.	40 a 50 horas	59,48 (14,60)
	50 a 60 horas	57,74 (11,33)
	Mais de 60 horas	53,85 (14,53)

Nota. M (DP) – média e desvio padrão; WHOQOL-Fís. - WHOQOL-Físico; WHOQOL-Psic - WHOQOL-Psicológico; WHOQOL-Soc. - WHOQOL-Social; WHOQOL-Amb. - WHOQOL-Ambiente.

Além destas análises, foi realizada Anova a fim de verificar se teria diferença estatisticamente significativa entre carga horária semanal de trabalho na residência, considerando os grupos de 40 a 50 horas; 50 a 60 horas e mais de 60 horas, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas. Este resultado pode sugerir que, independente da carga horária, as médias nas variáveis avaliadas pela DASS-21 e pela WHOQOL-bref se mostraram próximas (Tabela 4).

Discussão

O objetivo geral consistiu em avaliar os indicadores de saúde mental e qualidade de vida em indivíduos inseridos na residência médica. Como objetivos específicos, visou-se descrever a amostra e correlacionar os instrumentos utilizados. O método utilizado para a coleta de dados (*snowball sampling*) pode ter dificultado o alcance de uma amostra maior. Em contrapartida, essa técnica foi escolhida pela dificuldade de os médicos residentes possuírem tempo disponível para o preenchimento do formulário com agendamento prévio e pelo interesse do grupo em disponibilizar a pesquisa a participantes de qualquer região do Brasil.

A residência médica traz um bom crescimento profissional para a formação dos médicos especialistas. No entanto, o período de residência requer dedicação em tempo integral e renúncia de muitos momentos de lazer, acarretando em uma significativa redução da qualidade de vida e maiores índices de estresse nesses profissionais (Abreu-Reis *et al.*, 2019).

Nesta pesquisa, 64,5% dos médicos residentes pontuaram sobre já terem tido desejo de abandonar a residência. Os médicos que não tinham intenção de desistir da residência, apresentaram médias superiores na QV. Aqueles que tiveram o desejo de, em algum momento, desistir da residência, apresentaram mais sintomas de estresse, depressão e ansiedade.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas em carga horária na residência, identifica-se que a excedência do limite de horas

regulamentado para a jornada de trabalho de médicos residentes gera elevados índices de estresse, exaustão e redução da qualidade de vida (Sponholz *et al.*, 2016). Quanto maior a jornada laboral, há maior probabilidade de esgotamento profissional (Bhugra *et al.*, 2019). Os médicos que possuem maior carga horária de trabalho se mostram mais vulneráveis ao desenvolvimento de disfuncionalidades psicológicas (Bhugra *et al.*, 2019). Além disso, a ausência de suporte, como psicoterapia, treinamentos, fortalecimento do trabalho em equipe e educação sobre os erros cometidos, pode afetar negativamente a saúde mental dos profissionais da saúde (Firth-Cozens, 2003).

Com base nos dados da Tabela 2, identificou-se que a sintomatologia de estresse se mostrou mais elevada quando comparada à depressão e à ansiedade. Os achados na análise do estresse e depressão foram superiores aos encontrados por Nakamura, Aoyagi, Dorneles e Barbosa (2020) em uma pesquisa com residentes, podendo sugerir que os médicos residentes possuem mais sintomas de estresse e depressão quando comparados aos residentes da equipe multiprofissional. Entretanto, os resultados da presente pesquisa foram semelhantes aos encontrados em acadêmicos de medicina do último ano de Kumar *et al.* (2019), exceto pela ansiedade, a qual os médicos residentes apresentaram pontuação inferior.

Um estudo que avaliou a qualidade de vida de residentes multiprofissionais (Vieira, Gomes, Deconto, & Moreira, 2019), apresentou resultado inferior no domínio físico quando comparado ao encontrado na presente amostra. Já no domínio psicológico e no social, os médicos residentes deste estudo apresentaram pontuação inferior. Apenas no domínio ambiente os dados foram semelhantes nas duas pesquisas.

Encontrou-se limitações na busca por referências para a discussão dos resultados obtidos nos domínios da escala *Whoqol-bref*. A maioria das pesquisas disponíveis com profissionais da saúde não apresentavam os resultados seguindo a pontuação linear de 0 a 100 sugerida para a interpretação da versão reduzida da *Whoqol*.

No que se refere a diferenças por sexo, neste estudo foi possível verificar que as participantes do sexo feminino apresentaram médias superiores no estresse e na ansiedade. Pesquisas recentes com profissionais da saúde evidenciaram que as mulheres apresentam maiores riscos no desenvolvimento de ansiedade quando comparadas aos homens (Kebede, Anbessie, & Ayano, 2019; Silva *et al.*, 2021).

A ansiedade, o estresse e a depressão podem influenciar negativamente na qualidade de vida e consequentemente, afetar a vida profissional e pessoal (Cavalcanti, Lima, Souza, & Silva, 2018; Nakamura *et al.*, 2020). Em especial, nos profissionais de saúde, o estresse pode estar relacionado com a longa jornada de trabalho, sobrecarga de tarefas ou até mesmo ausência de suporte ao profissional (Bhugra *et al.*, 2019). Atenta-se para a necessidade de mais estudos, bem como a implementação de ações objetivando promover maior saúde mental, qualidade de vida e ensino qualificado aos médicos residentes, para que eles possam ofertar os atendimentos da melhor maneira possível (Abreu-Reis *et al.*, 2019).

Considerações Finais

A maioria dos residentes participantes foram do sexo feminino, solteiros, com renda familiar entre três e seis salários mínimos. Um dado bastante significativo é que 64,5% dos participantes já pensaram em desistir do programa de residência médica em que estão inseridos. Além disso, 56% ($n = 79$) dos participantes relataram possuir pouco ou nenhum momento de lazer.

A pontuação obtida na escala DASS-21 mostrou escore de estresse e depressão moderado. Os domínios da *Whoqol-bref* apresentaram correlações negativas com todas as subescalas da DASS-21, apontando que a saúde mental pode impactar negativamente na qualidade de vida. Posto isso, acredita-se que a promoção da saúde mental e da qualidade de vida dos médicos residentes pode ser benéfica e consequentemente, influenciar na oferta de atendimentos de melhor qualidade às comunidades.

Com relação às limitações deste estudo, identificou-se o pequeno tamanho amostral, influenciando nas possíveis inferências a serem realizadas. Ainda assim, os resultados trazidos nesta pesquisa podem contribuir para o desenvolvimento de futuros trabalhos científicos. Acredita-se que um estudo qualitativo e quantitativo longitudinal possibilitará entender em maior profundidade a experiência vivenciada pelos profissionais ao longo da residência médica. Por fim, propõe-se que sejam desenvolvidas ações que fortaleçam os fatores de proteção à saúde mental e qualidade de vida dos médicos residentes.

Referências

- Abreu-Reis, P., Oldoni, C., Souza, G. A. L. de, Bettega, A. L., Góes, M. N., Sarquis, L. M. Brunello, L. F. S., Tomasich, F. S., Collaço, I. A., & Nasr, A. (2019). Psychological aspects and quality of life in medical residency. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46(1), e2050. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192050>
- Anagnostopoulos, F., Demerouti, E., Sykioti, P., Niakas, D., & Zis, P. (2015). Factors associated with mental health status of medical residents: a model-guided study. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 22(1), 90-109. doi: <https://doi.org/10.1007/s10880-014-9415-2>
- Bhugra, D., Sauerteig, S. O., Bland, D., Lloyd-Kendall, A., Wijesuriya, J., Singh, G., Kochhar, A., Molodynski, A., & Ventriglio, A. (2019). A descriptive study of mental health and wellbeing of doctors and medical students in the UK. *International Review of Psychiatry*, 7-8(31), 563-568. doi: <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1648621>
- Bond, M. M. K., Oliveira, M. S., Bressan, B. J., Bond, M. M. K. b, Silva, A. L. F. A., & Merlo, A.R.C. (2018). Prevalência de *burnout* entre médicos residentes de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(3), 97-107. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170034.r3>
- Cavalcanti, I. L., Lima, F. L. T., Souza, T. A., & Silva, M. J. S. (2018). Burnout e depressão em residentes de um programa multiprofissional em oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(1), 190-198. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1RB20170078>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2019). *Estatística sem matemática para psicologia* (7a ed.; Lori Viali, Trad.). Porto Alegre, RS: Pense.
- Dyrbye, L. N., Burke, S. E., Hardeman, R. R., Herrin, J., Wittlin, N. M., Yeazel, M., Dovidio, J. F., Cunningham, B., White, R. O., Phelan, S. M., Satele, D. V., Shanafelt, T. D., & Van Ryn, M. (2018). Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret smong US resident fhysicians. *JAMA*, 320(11), 1114-1130. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12615>
- Firth-Couzens, J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ*, 326(7391), 670-671. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7391.670>
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Kebede, M. A., Anbessie, B., & Ayano, G. (2019). Prevalence and predictors of depression and anxiety among medical students in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(30). doi: <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0287-6>
- Kumar, B., Shah, M. A. A., Kumari, R., Kumar, A., Kumar, J., & Tahir, A. (2019). Depression, Anxiety, and Stress Among Final-year Medical Students. *Cureus*, 11(3), e4257. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.4257>

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression, anxiety & stress scales* (2th ed). Sidney, NSW: Psychology Foundation.
- Mata, D. A., Ramos M. A., Bansal N., Khan, R., Guille, C., & Di Angelantonio, E. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 314(22): 2373–2383. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
- Moreira, A. P., Patrizzi, L., Accioly, M., Shimano, S., & Walsh, I. (2016). Avaliação da qualidade de vida, sono e síndrome de burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 49(5), 393-402. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i5p393-402>
- Nakamura, L., Aoyagi, G. A., Dorneles, S. F., & Barbosa, S. R. M. (2020). Correlação entre produtividade, depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde. *Brazilian Journal of Development*, 12(6), 96892-96905. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-254>
- Pasqualucci, P. L., Damaso, L. L. M., Danila, A. H., Neto, D. F. F. L., & Koch, V. H. K. (2019). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a brazilian academic health system. *BMC Medical Education*, 19(193). doi:<https://doi.org/10.1186/s12909-019-1621-z>
- Pokhrel, N. B., Khadayat, R., & Tulachan, P. (2020). Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20, 298. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02645-6>
- Quek, T. T., Tam, W. W., Tran, B. X., Zhang, M., Zhang, Z., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2019). The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(15), 2735. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>
- Rotta, D. S., Pinto, M. H., Lourenção, L. C., Teixeira, P. R., Gonzalez, E. G., & Gazeta, C. E. (2016). Níveis de ansiedade e depressão entre residentes multiprofissionais em saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(3), 372-377. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300010>
- Silva, D. F. O., Cobucci, R. N., Soares-Rachetti, V. P., Lima, S. C. V. C., & Andrade, F. B. de. (2021). Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 693-710. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.38732020>
- Sponholz, T. C. H., Sartori, M. T., Marques, A. P. S., Albuquerque, G. S. C. de, Silva, M. J. de S., & Perna, P. de O. (2016). Processo de trabalho na residência médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 67-87. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00025>
- Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2022). *Quality of life*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- The Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF

- quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Ventriglio, A., Watson, C., & Bhugra, D. (2020). Suicide among doctors: a narrative review. *Journal indiano de psiquiatria*, 62(2), 114-120. doi: https://doi.org/10.4103/psychiatry.Indian-JPsychiatry_767_19
- Vieira, A., Gomes, G. de C., Moreira, L. R., & Deconto, J. A. (2019). A qualidade de vida de quem cuida da saúde: a residência multiprofissional em análise. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 8(3) 371-383. doi: <https://doi.org/10.5585/RGSS.v8i3.14419>
- Vignola, R. C. B. & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to brazilian portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. doi: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Mental health in the workplace*. Retrieved from https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/