**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**

**Artigo Empírico**

**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 visa 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 maior nível de estresse do que de depressão e ansiedade. Entretanto, constatou-se que a média de ambas as áreas estão normativas, dentro do esperado para cada categoria do DASS-21. Entre o WHOQOL-*bref* e DASS-21, verificou-se que o estresse apresenta uma correlação negativa moderada com o bem-estar físico e psicológico, evidenciando que os residentes com menores níveis de estresse possuem maior equilíbrio emocional e físico. Os resultados obtidos podem servir para propiciar reflexões e intervenções futuras diante da problemática.

*Palavras-chave:*qualidade de vida; saúde mental; ansiedade; estresse; 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 aims 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 differents 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 showed a higher level of stress than of depression and anxiety. However, it was found that the average of both areas are normative, within the expected for each category of the DASS-21. Between the WHOQOL-bref and DASS-21, it was verified that stress presents a moderate negative correlation with physical and psychological well-being, showing that residents with lower stress levels have better emotional and physical balance. The results can serve to propitiate reflections and future interventions in face of the problem.

*Keywords:*quality of life; mental health; anxiety; stress; 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*. Los participantes mostraron un mayor nivel de estrés que la depresión y la ansiedad. Sin embargo, se encontró que las medias de ambas áreas son normativas, dentro de lo esperado para cada categoría de DASS-21. Entre el WHOQOL-*bref* y el DASS-21, se encontró que el estrés tiene una correlación negativa moderada con el bienestar físico y psicológico, mostrando que los residentes con menores niveles de estrés tienen mayor equilibrio emocional y físico. Los resultados obtenidos pueden servir para aportar reflexiones e intervenciones futuras sobre el tema.

*Palabras clave:* calidad de vida; salud mental; ansiedad; estrés; residencia médica.

**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-Cozens](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Firth-Cozens%2520J%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=12663377), 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, consequentemente, 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.

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**

O público-alvo foi os médicos residentes de diversas especialidades. Levando em conta que no ano da coleta da pesquisa havia uma estimativa de 35.178 residentes médicos no Brasil (Scheffer et al., 2018), foi realizado cálculo amostral com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, que estimava 381 participantes. Tendo em vista a perda amostral, aumentou-se a amostra em aproximadamente 10%, totalizando, então, a estimativa de 420 participantes.

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% dos participantes (*n* = 40) consiste em valores entre três e seis salários mínimos (de R$2.994 até R$5.988), de 24,8% (*n* = 35) mostra-se entre seis e nove salários mínimos (de R$5.988 até R$8.982), de 16,3% (*n* = 23) varia entre nove e doze salários mínimos (de R$8.982 até R$11.976), de 7,8% (*n* = 11) está entre doze e quinze salários mínimos (de R$ 11.976 até R$14.970), sendo 22,7% da amostra (*n* = 32) pessoas com o total da renda familiar superior a R$14.970 mensais.

**Instrumentos**

**Questionário de informações sociodemográficas.**

Este questionário 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.

**Depression, anxiety and stress scale - DASS 21.**

A DASS-21 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 (α = 0,85 ansiedade; α = 0,89 estresse; α = 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 Instruments - WHOQOL-bref.**

O WHOQOL-*bref* foi desenvolvido pelo The Whoqol Group, em 1998. É uma versão reduzida do Whoqol-100 que visa mensurar a percepção da qualidade de vida de maneira breve e objetiva através de 26 questões que avaliam a qualidade de vida sob o ponto de vista de quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente, com adequados índices de consistência interna (α = 0,84 físico; α = 0,79 psicológico; α = 0,69 relações sociais; α = 0,71 meio ambiente).

**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. 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 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que estava 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: XXXXX, recebendo aprovação através do parecer de n° XXXXX.

**Análise de Dados**

A análise dos dados ocorreu através da inserção dos resultados da pesquisa na plataforma SPSS Statistics versão 26. Os dados foram analisados de forma descritiva, inferencial e correlacional.

**Resultados**

A análise identificou que 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.

Do total da amostra, 83% (*n* = 117) estão realizando a sua primeira residência médica. Boa parte da amostra 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.

\*\*\*Inserir Tabela 1 por aqui\*\*\*

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. 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.

\*\*\*Inserir Tabela 2 por aqui\*\*\*

Com base nos dados da Tabela 2, identifica-se que os participantes apresentam maior nível de estresse do que de depressão e ansiedade. O resultado da análise do WHOQOL-*bref* no domínio físico evidencia regularidade, já na dimensão social indica que é preciso melhorar. O domínio psicológico se mostrou limítrofe, atingindo a média mínima para ser caracterizado como regular (Trzimajewski et al., 2020). Mesmo assim, os dados obtidos na presente pesquisa são inferiores aos encontrados na literatura (Nakumura, Aoyagi, Dorneles, & Barbosa, 2020). Apesar disso, a média obtida no meio ambiente se mostrou igual à encontrada por Nakumura e colaboradores (2020).

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

\*\*\*Inserir Tabela 3 por aqui\*\*\*

Ao analisar as diferenças por sexo (Tabela 3), identificou-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis de estresse (*t* = -3,27; *gl* = 115,09; *p* < 0,001) e ansiedade (*t* = -2,71; *gl* = 134,55; *p* = 0,007), sendo que as residentes possuíam médias superiores aos residentes nestas variáveis.

Também, foi realizada a análise da DASS-21 e do WHOQOL-*bref* considerando a intenção dos residentes de desistir da residência. Nesta análise, foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas para todas as variáveis, sendo que aqueles que possuíam intenção de desistir (ou já tinham pensado em desistir) apresentaram médias superiores a quem não tinha intenção de desistir, nas variáveis avaliadas pelo WHOQOL-*bref:* físico (*t* = 4,09; *gl* = 99,98; *p* < 0,001), psicológico (*t* = 4,65; *gl* = 107,25; *p* < 0,001), social (*t* = 2,79; *gl* = 104,32; *p* = 0,006) e ambiente (*t* = 2,74; *gl* = 104,72; *p* = 0,007), e nas variáveis mensuradas pela DASS-21 estresse (*t* = -4,18; *gl* = 105,38; *p* < 0,001), depressão (*t* = -4,76; *gl* = 132,33; *p* < 0,001) e ansiedade (*t* = -3,80; *gl* = 131,78; *p* < 0,001).

\*\*\*Inserir Tabela 4 por aqui\*\*\*

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. Isso pode sugerir que, independente desta carga horária, as médias nas variáveis avaliadas pela DASS-21 e pelo WHOQOL-*bref são* próximas (Tabela 4).

**Discussão**

O objetivo geral desta pesquisa consistiu avaliar indicadores de saúde mental e qualidade de vida dos indivíduos inseridos em programas de residência médica, bem como analisar a relação entre qualidade de vida e saúde mental destes profissionais. Esperava-se encontrar altos níveis de ansiedade e estresse, bem como avaliar se os indivíduos com maior desequilíbrio na saúde mental possuíam maior carga horária de trabalho e menor qualidade de vida.

Nesta pesquisa, 64,5% dos médicos residentes pontuaram sobre já ter tido desejo de abandono da residência, além de terem sido encontradas diferenças nas médias das variáveis analisadas. Neste caso, no que se refere à qualidade de vida, os médicos que não tinham intenção de abandonar a residência, apresentaram médias superiores aos demais e aqueles que tiveram o desejo de, em algum momento, desistir da residência apresentaram médias superiores nas variáveis estresse, depressão e ansiedade.

Além disso, 46,1% dos participantes relataram sobrecarga de trabalho, visto que exercem suas funções de residentes por um período superior ao estipulado em lei, de 60 horas semanais. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas por carga horária na residência, identifica-se na literatura que a excedência do limite de horas regulamentado para a jornada de trabalho desta categoria 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).

Identificou-se um nível de estresse mais elevado quando comparado com depressão e ansiedade, isso possivelmente pode estar associado à longa jornada de trabalho. Os médicos que possuem maior carga horária de trabalho se mostram mais vulneráveis ao desenvolvimento de disfuncionalidades psicológicas e emocionais (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](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Firth-Cozens%2520J%255BAuthor%255D&cauthor=true&cauthor_uid=12663377), 2003).

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

Observou-se que a ansiedade apresenta correlação com o estresse e a depressão. Também verificou-se correlação negativa moderada entre todas as variáveis avaliadas pela DASS-21 e as dimensões da qualidade de vida. A ansiedade, o estresse e a depressão podem influenciar negativamente na qualidade de vida e consequentemente, afetar a vida profissional e pessoal dos indivíduos (Cavalcanti, Lima, Souza, & Silva, 2018; Nakumura et al., 2020). Os valores das correlações se mostraram semelhantes aos resultados trazidos em pesquisas com profissionais da saúde no contexto brasileiro, onde os resultados foram negativos (Nakumura et al., 2020; Pasqualucci et al., 2019).

**Considerações Finais**

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).

Realizou-se um estudo onde o maior número 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 entrevistados já pensaram em desistir do programa de residência médica em que estão inseridos.

Neste estudo as taxas de estresse, depressão e ansiedade são compatíveis com propostas na literatura. Entretanto, se fosse utilizado outro método para avaliação dos sintomas leves, talvez fosse possível o encontro de índices superiores aos trazidos na presente análise de dados (Lovibond & Lovibond, 1995).

O estresse se mostrou presente nas respostas dos participantes. Com base na literatura, entende-se que 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).

A saúde mental dos médicos residentes é um tópico relevante. Pesquisas futuras poderão beneficiar análises mais detalhadas acerca da relação entre os níveis de estresse com ansiedade e depressão. A presente pesquisa associou estresse, ansiedade, depressão e qualidade de vida, sugerindo a necessidade de novos estudos e intervenções diante do público-alvo avaliado. Acredita-se que através da promoção da saúde mental e da qualidade de vida dos médicos residentes, pode-se contribuir para a oferta de atendimentos de melhor qualidade às comunidades.

Com relação às limitações deste estudo, identifica-se o pequeno tamanho amostral, influenciando nas possíveis inferências a serem realizadas no estudo. Ainda assim, os resultados trazidos nesta pesquisa podem contribuir para o desenvolvimento de futuros trabalhos científicos, especialmente em delineamentos mistos, a fim de buscar compreender as experiências dos residentes nesta etapa da sua vida profissional. Um estudo qualitativo possibilitará entender em maior profundidade a experiência vivenciada pelos profissionais. Ademais, esta pesquisa tem o potencial de sugerir o desenvolvimento de ações que atentem para os fatores de proteção dos médicos residentes, visando contribuir para maior equilíbrio na saúde mental desses profissionais.

**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://dx.doi.org/10.1080/09540261.2019.1648621>

Bond, M. M. K. a, 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>

Dyrbye, L. N., Burke, S. E., Hardeman, R. R., Herrin, J., Wittlin, N. M., [Yeazel, M.,](https://jamanetwork.com/searchresults?author=Mark+Yeazel&q=Mark+Yeazel) Dovidio, J. F., Cunningham, B., White, R. O., Phelan, S. M., Satele, D. V., [Shanafelt, T. D., &](https://jamanetwork.com/searchresults?author=Tait+D.+Shanafelt&q=Tait+D.+Shanafelt) Van Ryn, M. (2018). Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. *JAMA*, *320*(11), 1114–1130. doi:<https://dx.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>

Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales* (2th ed). Sidney, AU: 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:<http://dx.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:<http://dx.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., Gonsalez, 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://dx.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>

Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Biancarelli, A., Alonso Miotto, B. A., & Mainardi, G. M. (2018). Demografia médica no Brasil 2018. Retrieved from <http://www.fenam.org.br/site/downloads/publicacoes/DemografiaMedica2018.pdf>

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. (2021). StatPearls Internet. In: Teoli D, & Bhardwaj, A. (Eds), *Quality of life*. Treasure Island, FL. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>

The Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine,* *28*(3), 551-558. doi:<http://dx.doi.org/doi:10.1017/S0033291798006667>

Trzimajewski, L. T., Pereira, A. D., Santini, R. G., & Zamberlan, C. (2020). Evaluation of the quality of life of nursing professionals in an Adult Intensive Care Unit. *Research, Society and Development*, *9*(10), e4289108168. doi:<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8168>

Ventriglio, A., Watson, C., & Bhugra, D. (2020). Suicide among doctors: A narrative review. *Jornal indiano de psiquiatria*, *62*(2), 114-120. doi:<https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_767_19>

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://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031](https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031%20)

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 [WHO]. (2017). Mental health in the workplace. Retrieved from <https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/>

**Tabelas**

**Tabela 1.** Frequência das especialidades médicas

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

*Nota. N – número de participantes de cada especialidade médica.*

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | M (DP) | Estres. | Depres. | Ansied. | WHOQOL-Físico | WHOQOL-Psic. | WHOQOL-Social | WHOQOL-Amb. |
| Estresse | 10,34 (4,53) | - |  |  |  |  |  |  |
| Depressão | 7,91 (5,48) | 0,64\*\* | - |  |  |  |  |  |
| Ansiedade | 4,76 (4,11) | 0,67\*\* | 0,59\*\* | - |  |  |  |  |
| WHOQOL-Físico | 3,39 (0,58) | -0,53\*\* | -0,59\*\* | -0,51\*\* | - |  |  |  |
| WHOQOL-Psic. | 3,00 (0,68) | -0,56\*\* | -0,66\*\* | -0,39\*\* | 0,66\*\* | - |  |  |
| WHOQOL-Social | 2,93 (0,84) | -0,43\*\* | -0,43\*\* | -0,29\*\* | 0,53\*\* | 0,65\*\* | - |  |
| WHOQOL-amb. | 3,25 (0,55) | -0,33\*\* | -0,32\*\* | -0,22\* | -0,22\* | 0,52\*\* | 0,54\*\* | - |

*Nota. Estres. - estresse; depres. - depressão; ansied. - ansiedade; WHOQOL-Físico - WHOQOL-Físico; WHOQOL-Psic - WHOQOL-Psicológico; WHOQOL-Social - WHOQOL-Social; WHOQOL-Amb. - WHOQOL-Ambiente; \* p < 0,05; \*\* p < 0,001; M – média; DP – desvio padrão.*

**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 em cada variável

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sexo | M (DP) | Intenção de desistir da residência | M (DP) |
| Estresse | Masculino | 8,66 (4,42) | Não | 8,34 (4,15) |
|  | Feminino | 11,46 (4,27) | Sim | 11,45 (4,36) |
| Depressão | Masculino | 7,20 (5,58) | Não | 5,16 (3,87) |
|  | Feminino | 8,39 (5,39) | Sim | 9,43 (5,66) |
| Ansiedade | Masculino | 3,68 (3,44) | Não | 3,22 (3,03) |
|  | Feminino | 5,47 (4,37) | Sim | 5,60 (4,38) |
| WHOQOL-Físico | Masculino | 3,49 (0,52) | Não | 3,65 (0,55) |
|  | Feminino | 3,32 (0,61) | Sim | 3,25 (0,55) |
| WHOQOL-Psic. | Masculino | 3,13 (0,65) | Não | 3,33 (0,61) |
|  | Feminino | 2,93 (0,69) | Sim | 2,82 (0,65) |
| WHOQOL-Social | Masculino | 3,02 (0,77) | Não | 3,19 (0,80) |
|  | Feminino | 2,87 (0,88) | Sim | 2,79 (0,83) |
| WHOQOL-Amb. | Masculino | 3,22 (0,52) | Não | 3,42 (0,52) |
|  | Feminino | 3,28 (0,57) | Sim | 3,16 (0,54) |

*Nota. M – média; DP – desvio padrão; HOQOL-Físico - WHOQOL-Físico; WHOQOL-Psic - WHOQOL-Psicológico; WHOQOL-Social - WHOQOL-Social; WHOQOL-Amb. - WHOQOL-Ambiente.*

**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 | 10,60 (4,06) |
|  | 50 a 60 horas | 9,82 (4,87) |
|  | Mais de 60 horas | 10,60 (4,52) |
| Depressão | 40 a 50 horas | 8,33 (5,63) |
|  | 50 a 60 horas | 7,73 (6,31) |
|  | Mais de 60 horas | 7,77 (4,62) |
| Ansiedade | 40 a 50 horas | 5,70 (4,43) |
|  | 50 a 60 horas | 4,23 (4,14) |
|  | Mais de 60 horas | 4,65 (3,92) |
| WHOQOL-Físico | 40 a 50 horas | 3,40 (0,63) |
|  | 50 a 60 horas | 3,44 (0,63) |
|  | Mais de 60 horas | 3,33 (0,52) |
| WHOQOL-Psic. | 40 a 50 horas | 2,96 (0,60) |
|  | 50 a 60 horas | 3,03 (0,72) |
|  | Mais de 60 horas | 3,00 (0,70) |
| WHOQOL-Social | 40 a 50 horas | 2,99 (0,81) |
|  | 50 a 60 horas | 2,88 (0,78) |
|  | Mais de 60 horas | 2,93 (0,90) |
| WHOQOL-Amb. | 40 a 50 horas | 3,38 (0,58) |
|  | 50 a 60 horas | 3,31 (0,45) |
|  | Mais de 60 horas | 3,15 (0,58) |

*Nota. WHOQOL-Físico - WHOQOL-Físico; WHOQOL-Psic - WHOQOL-Psicológico; WHOQOL-Social - WHOQOL-Social; WHOQOL-Amb. - WHOQOL-Ambiente.*