

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS

**SOFRIMENTO MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
EM RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Vinicius Ladeira Fonseca

Rio de Janeiro

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS

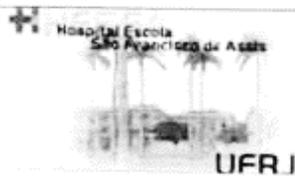
SOFRIMENTO MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS
EM RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Vinicius Ladeira Fonseca

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina UFRJ em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde

Orientadoras: Prof^ª Dra Maria Katia Gomes
Prof^ª Dra Livia Maria Santiago

Rio de Janeiro
Julho 2019



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

Às 15:00 horas do dia 28 de junho de 2019 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Atenção Primária à Saúde, Linha de Pesquisa: **Evidência clínica, modelos técnico assistenciais e qualidade em Atenção Primária à Saúde**. A dissertação intitulada: **“Sofrimento mental e transtornos mentais comuns em Residentes de Medicina de Família e Comunidade no Município do Rio de Janeiro”**, foi apresentada pela(o) candidata(o) **Vinicius Ladeira Fonseca**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro nº 117001822(SIGA)**. A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: **Maria Kátia Gomes (CPF nº287.622.154-34)**, **Ivone Evangelista Cabral (CPF nº570.913.587-91)**, **Cristal Oliveira Moniz de Aragão (CPF nº097.487.187-78)**, em sessão pública, na sala 01 do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HESFA/UFRJ, sito a Rua Afonso Cavalcante nº20 - Cidade Nova/RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto (X) APROVADO () NÃO APROVADO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): Maria Kátia Gomes

1º Examinador(a): Cristal O. M. Aragão

2º Examinador(a): Ivone Evangelista Cabral

Aluno(a)/Examinado(a): Vinicius L. Fonseca

Ficha Catalográfica

Fonseca, Vinicius Ladeira

Sofrimento mental e transtornos mentais comuns em residentes de medicina de família e comunidade no Município do Rio de Janeiro. / Vinicius Ladeira Fonseca. – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2019.

64 f.: il.; 30 cm.

Orientadoras: Maria Kátia Gomes; Livia Maria Santiago.

Dissertação (mestrado) – UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2019.

Referências: f. 55 -64.

1. Estresse Psicológico. 2. Transtornos Mentais. 3. Corpo Clínico Hospitalar. 4. Médico de Família. 5. Áreas de Pobreza. - Dissertação. I. Gomes, Maria Katia. II. Santiago, Livia Maria. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.

Resumo

SOFRIMENTO MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Vinicius Ladeira Fonseca

Orientadoras: Prof^ª Dra Maria Katia Gomes

Prof^ª Dra Livia Maria Santiago

Considerado o padrão-ouro na formação médica para a especialidade, o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi criado em 2012 e visava a capacitação adequada e provimento de profissionais resolutivos para a rede de Atenção Primária à Saúde da cidade. Servindo como ferramenta também de provimento de áreas de difícil fixação de profissionais, através de políticas de estímulo, o Programa assegurou cuidado a populações previamente desassistidas, junto a qualidade de assistência. A saúde mental dos residentes em formação, contudo, ficou à parte desta equação. O objetivo deste estudo foi identificar as características dos residentes das turmas de 2017 e 2018 do PRMFC-Rio e avaliar um potencial sofrimento mental destes, bem como quantificar as prevalências de Transtornos Mentais Comuns, Depressão, Ansiedade e Burnout nesses profissionais em formação. Trata-se de um estudo transversal abordando 127 residentes da especialidade; para isso, fez-se uso de um questionário sociodemográfico e de 4 escores (SRQ-20, IDB, IAB e MBI-HSS MP). As prevalências para sinais e sintomas de TMC, Depressão, Ansiedade e Burnout foram importantes e nos chamam atenção para um problema até então negligenciado, nunca antes abordado no país, e que deve ser reconhecido, discutido e levado à sensibilização de profissionais envolvidos com a formação destes residentes, visando medidas para abordar e prevenir estes agravos afrente.

Palavras-chave: Estresse Psicológico; Transtornos Mentais; Corpo Clínico Hospitalar; Médico de Família; Áreas de Pobreza

Abstract

MENTAL SUFFERING AND COMMON MENTAL DISORDERS IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE RESIDENTS IN RIO DE JANEIRO CITY

Vinicius Ladeira Fonseca

Orientadoras: Prof^ª Dra Maria Katia Gomes

Prof^ª Dra Livia Maria Santiago

Considered gold standard in medical speciality training, Family and Community Medicine Residency Program from

Palavras-chave: Estresse Psicológico; Transtornos Mentais; Corpo Clínico Hospitalar; Médico de Família; Áreas de Pobreza

Dedicatória

Dedico este trabalho a meus pais, Suzana e Adelino, que sempre acreditaram na potência do estudo e falavam durante minha infância que a única coisa que poderiam deixar para mim de herança seria a educação.

Foi através dela que os dois me permitiram chegar onde eles não puderam, buscar oportunidades, progredir como pessoa e tentar fazer uma pequena diferença no mundo (meu e de outros).

Agradecimentos

A Deus, pela força, pelo conforto e por acalmar minhas angústias nos últimos (difíceis) dois anos, mantendo minha fé nas pessoas e no mundo, mesmo quando tudo parecia desmoronar.

À Professora Maria Kátia Gomes, amiga e parceira de longa data e para toda a vida, Orientadora de primeira hora, que ajudou nesse projeto desde o início de sua concepção com um cuidado quase maternal; que sempre me acalmou e estimulou quando eu precisava.

À Professora Lívia Maria Santiago, mais grata surpresa deste mestrado, brilhante e admirável, com seu altruísmo sem fim, que abraçou esse projeto e minha angústia quando tudo parecia sem respostas, e com sua Orientação (de coração aberto) nos deu novo norte.

A Mariana, minha parceira de vida, simplesmente essencial em tudo. Fortaleceu-me em todos os momentos, incentivou-me desde o início e estimulou-me até a última palavra escrita desse projeto. Com amor e paciência, esteve ao meu lado sempre, e sem ela eu não teria chegado ao fim.

Às Professoras Sônia Ruth e Fátima Wakoff, que incentivaram a inscrição no momento correto para o MPAPS e, com parceria eterna, ajudaram na minha formação como preceptor e profissional, identificando a veia da docência em mim.

A todos os amigos que me ouviram falar de forma apaixonada desse projeto, demonstrando preocupação e inquietude quanto ao tema, e que me incentivaram a buscar a melhor maneira de abordá-lo, reconhecendo a importância de falarmos de pontos tão espinhosos da vida profissional.

A todos os Professores do MPAPS-UFRJ, que com benevolência, capacidade e comprometimento deram seu máximo para assegurar aulas envolventes, levantar debates e novas maneiras de pensar, nos levando a uma inquietação saudável de questionarmos o lugar comum e buscarmos novas maneiras de pensar.

Sumário

1. Introdução.....	11
1.1. O Objeto do estudo	11
1.2. Contextualização do estudo	11
1.3. O Problema	14
2. Objetivos	15
2.1. Objetivo geral	15
2.2. Objetivos específicos	15
3. Fundamentação Teórica	16
3.1. OMS, Saúde Mental e sua Importância	16
3.2. Sofrimento Mental e Transtornos Mentais Comuns.....	16
3.2.1. Transtornos Mentais Comuns – Entendendo o Conceito.....	17
3.3. Atividade Laboral e Burnout	18
3.4. O que dizem os Estudos de Prevalência já existentes	19
3.4.1. Quanto a Estresse.....	19
3.4.2. Quanto a Insatisfação e Arrependimento.....	20
3.4.3. Quanto a Ansiedade	20
3.4.4. Quanto a Depressão	21
4. Materiais e Métodos	24
4.1. Tipo e Desenho do Estudo.....	24
4.2. População de Estudo.....	24
4.3. Cenário	24
4.4. Procedimentos de Coleta de Dados	24
4.5. Instrumentos de Coleta	25
4.6. Análise Estatística	28
4.7. Considerações Éticas	29
5. Resultados	30
6. Discussão.....	49
7. Considerações Finais.....	56
8. Referências Bibliográficas	57
Anexo I.....	61
Anexo II.....	62
Anexo III	63
Anexo IV	65
Anexo V.....	66

1. Introdução

1.1. O Objeto do estudo

Considerados o padrão-ouro de formação de especialistas médicos, os Programas de Residência Médica constituem importante ferramenta e política de capacitação, planejamento e qualificação desses profissionais em todo o mundo. Com a mudança do perfil desejado destes profissionais em Sistemas cada vez mais orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS), a princípio em países desenvolvidos como Inglaterra, Espanha e Canadá, seguidos mais recentemente pelos países em desenvolvimento, como o Brasil, tais programas, voltados para a Medicina de Família e Comunidade, mostram-se de grande importância não só na formação de profissionais como na reorganização da Rede que os recebe (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Tal mudança, contudo, pode enfrentar problemas: Inserção em territórios com populações extremamente vulneráveis, com cotidiano violento; excesso de carga de trabalho e responsabilização; isolamento em áreas afastadas e de difícil acesso; esgotamento pessoal; insatisfação profissional; auto cobrança excessiva. Todos estes podem ser fatores de sofrimento e adoecimento destes profissionais. Quando associados à sobrecarga física e mental do período de formação, que na Residência Médica pode chegar a 60 horas semanais de treinamento em serviço, tais fatores podem levar a notório sofrimento mental e constituir critério importante para o comprometimento da saúde mental destes profissionais.

O estudo em questão se propõe a avaliar a saúde mental dos residentes em Medicina de Família e Comunidade do Programa de Residência do Município do Rio de Janeiro (PRMF-Rio) das turmas de 2017 e 2018.

1.2. Contextualização do estudo

Com a recente expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro, que levou a cobertura da Estratégia Saúde da Família de 3% da população em 2006 para cerca de 70% dos habitantes da cidade em 2017, ficaram claros três momentos estratégicos, distintos e sequenciais de avanços nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade.

O primeiro momento se caracterizou pela expansão numérica das UBS, a partir de 2009, com melhora estrutural e ambientalização das denominadas, então, Clínicas da Família (CF). Com isso, buscava-se assegurar o princípio básico do acesso com instalações adequadas e como bem prioritário aos usuários. Unidades foram criadas e outras, já existentes, foram reformadas

total ou parcialmente. Deu-se destaque à ambiência: unidades climatizadas, salas de atendimento amplas, com conexão à internet e prontuário eletrônico em todos os consultórios, salas de espera agradáveis para receber os pacientes, incluindo fotografias de moradores da própria comunidade adscrita, demonstrando e incentivando o sentimento de pertencimento, participação e de identidade com este espaço. Assegurou-se o provimento adequado de equipamentos e insumos, promovendo meios aos profissionais para aumentar de maneira expressiva a resolutividade das Unidades de Saúde, com seu *pool* de procedimentos e atividades passíveis de serem realizados na Clínica. Da mesma maneira, todas as unidades passaram a dispensar medicamentos como insulinas e psicotrópicos, que previamente eram disponíveis para liberação em menos de 10% das unidades do município.

Numa segunda onda dessa expansão, a qualidade na atenção foi o eixo norteador. Tendo por base o reconhecimento de que o atendimento objetivado e a resolutividade almejada dependeriam diretamente da capacitação dos profissionais da rede e da disponibilidade de especialistas formados para a área, buscou-se este marco através da implantação e posterior multiplicação de vagas de Residência Médica (RM) em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Isto se deu não só pelo, então, recém-criado Programa de Residência Médica em MFC da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, o PRMFC-Rio, como também pelo estímulo financeiro de complementação de bolsas de residência médica com um salário contratual correspondente a 20 horas de trabalho, financiado pela SMS, tanto para seu Programa próprio, quanto para os demais programas já existentes -UFRJ, UERJ e ENSP-, assegurando qualificação adequada com uma política de incentivo na remuneração e valorização do profissional. Houve continuidade deste projeto, uma vez que, depois de formado pela RM em MFC, o profissional passa a contar com um adicional no salário relativo ao título de especialista em MFC, além de adicionais outros, caso tenha outras capacitações, como títulos de Mestrado ou Doutorado, ou desempenhe funções complementares, como Responsabilidade Técnica de uma CF ou Preceptoria nos programas de RM em MFC.

Iniciado em 2012, o Programa de Residência em MFC do Município do Rio de Janeiro (PRMFC-Rio) criou a notória marca de 56 vagas para residentes na referida especialidade, demonstrando a prioridade do município na formação para sua rede (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). O Programa contava com uma série de estratégias indutoras da escolha e fixação destes residentes. Podem ser citados como exemplos: a estrutura adequada e esperada das unidades tidas como padrão-ouro para a alocação dos residentes, ótimos campos de estágios secundários e optativos, preceptoria in loco e disponível em boa proporção preceptor-residentes e complementação da bolsa de residência, o que possibilitaria ao residente dedicar-se

exclusivamente à Residência, sem necessidade de plantões externos em outros serviços para complementar sua renda familiar. Houve a preocupação pela SMS, por meio da Coordenação do PRMFC-Rio, de que as capacitações não se limitassem aos residentes, mas igualmente aos preceptores; estes, com frequência, passavam por atualizações ou aprimoramentos com cursos de docência e preceptoria como o EURACT Leonardo, padrão-ouro para a formação de preceptores para MFC na Europa, e oficinas de habilidades específicas, assegurando um processo contínuo da formação não apenas dos residentes, mas de seus tutores diretos.

Por fim, o terceiro elo nesta corrente se deu com a adequada consolidação do vínculo entre Academia e Rede de APS, por meio da correta leitura da necessidade de inserção precoce dos acadêmicos locais nas Clínicas da Família do município e da acertada ponderação acerca da maior vivência desses alunos na prática diária da rede municipal. A ideia clara era de que, até então, ao se formarem, os acadêmicos de medicina dificilmente consideravam a possibilidade de especializar-se em MFC e seguir uma carreira na APS, por ainda se apresentar um modelo curricular classicamente hospitalocêntrico nas Faculdades de Medicina do estado do Rio de Janeiro. O ensino, então, era voltado para casos raros, tipicamente abordados em Hospitais terciários, longe da realidade diária e das necessidades cotidianas da população geral.

Pode-se citar como exemplo de resultado dessa política indutora implantada pela SMS a reforma curricular da Faculdade de Medicina da UFRJ, que passou a inserir de forma obrigatória seus alunos do décimo, décimo primeiro e décimo segundo semestres (períodos do Internato) nas CF do município onde há Programa de RM, totalizando de 96 alunos por semestre nessa formação. A partir desta experiência exitosa da inserção do Internato em MFC da Faculdade de Medicina da UFRJ, houve crescente interesse de alunos de outras Universidades por experiências semelhantes na rede na APS da SMS. Nesse ínterim, alunos de períodos mais iniciais da graduação também passaram a desfrutar da vivência da rede, conhecendo as Unidades, seu processo de trabalho, reconhecendo Serviços de qualidade e cenário adequado para suas práticas. Criou-se a possibilidade de estágio remunerado para os alunos entre o sexto e o décimo períodos das faculdades de medicina nas Unidades de Atenção Primária, para acompanharem a Equipe de Saúde da Família e os atendimentos aos agravos mais prevalentes na população, bem como discussão e aprendizado dos conhecimentos específicos da especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

Um tema em discussão nas últimas décadas, entretanto, foi mantido à parte desta expansão até o momento: o desgaste mental dos profissionais envolvidos nesta área, bem como o adoecimento destes.

1.3. O Problema

Na definição pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Saúde é expressa, classicamente, como “o bem-estar físico, mental e social” do indivíduo, expandida em conjunção ao exercício adequado de suas atividades de vida. O profissional de MFC, empenhado em prover atenção de qualidade à sua população, é exposto a situações diárias com ampla exigência técnica e emocional na lida com seus pacientes. Os residentes da especialidade MFC, vinculados a populações vulneráveis, muitas vezes adoecidas ou previamente sem acesso à saúde, têm no crescente imperativo de seu empenho e dedicação uma fonte notória para insatisfação e/ou exaustão.

Uma observação próxima dos Programas de Residência Médica em MFC sugere ser frequente o afastamento provisório ou duradouro de residentes por problemas de saúde mental ou, mesmo em menor grau, a desistência do curso. Estes eventos ocorrem possivelmente em decorrência de um sofrimento experimentado, do enfrentamento de Transtorno Mental Comuns (TMC) pelo residente ou pelo desgaste/adoecimento advindos do acompanhamento de uma população vulnerável e necessitada de cuidados, que com frequência apresenta-se como o esgotamento profissional – e potencialmente, Burnout.

Deste modo, seja pelo sofrimento mental decorrente deste desgaste ou pela existência concomitante de TMC nestes indivíduos, essa realidade é, hoje, reconhecida como tema de grande importância e identificada como problema essencial a ser abordado, discutido e ponderado.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

- Estimar a prevalência de sofrimento mental e de critérios para Transtornos Mentais Comuns entre residentes em MFC, médicos em formação, relacionando a ocorrência destes Transtornos com a carga de trabalho a que são submetidos no cenário ou contexto em que estão inseridos.

2.2. Objetivos específicos

- Analisar possíveis diferenças na prevalência dos critérios de Sofrimento Mental e Transtornos Mentais Comuns entre os residentes da MFC dos dois anos de formação.
- Discutir a importância destes problemas e de sua abordagem, entre preceptores e coordenações de residência, sensibilizando Instituições e Profissionais de referência para o tema em questão.

3. Fundamentação Teórica

3.1. OMS, Saúde Mental e sua Importância

De maneira assertiva e precisa, a Organização Mundial de Saúde em seu documento *Mental Health: strengthening mental health promotion* (2001, revisado e reiterado em 2007) conseguiu adiantar-se em anos aos debates e discussões mais recentes, reconhecendo ainda no primeiro ano da década a grande importância da saúde mental no século XXI.

Definiu-se pela primeira vez de forma clara a Saúde Mental como “um estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe seu potencial próprio, pode lidar com os estresses habituais de vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir para sua comunidade” (em livre tradução).

Com o intuito de destacar este marco, no mesmo documento, a OMS declara como ponto central e de maneira incisiva que “não há saúde sem saúde mental”.

3.2. Sofrimento Mental e Transtornos Mentais Comuns

O reconhecimento de um *pool* de sinais e sintomas tais como desânimo, tristeza, medo, ansiedade, perda de prazer, irritabilidade, dificuldade de concentração, alterações do sono, entre outros, como queixas frequentes na população geral remete a estados de comprometimento da saúde mental, sinalizando sofrimento experimentado pelos indivíduos. Eventos como estresse, insatisfação e arrependimento, quando persistentes no tempo, também compõem fatores importante para a experimentação de sofrimento por indivíduos, constituindo também parte deste problema.

Esta foi a base para os trabalhos de Goldberg e Huxley (entre 1992 e 2005), quando definiram o termo Transtornos Mentais Comuns. Nesta designação, os autores identificaram a manifestação de uma mistura de sintomas depressivos, ansiosos ou somáticos, afetando atividades diárias dos indivíduos acometidos. Esta classificação contempla desde o sofrimento emocional, sem critérios para um diagnóstico específico, como citado acima, até os quadros característicos dos principais transtornos mentais (depressivos, ansiosos e de somatização).

3.2.1. Transtornos Mentais Comuns – Entendendo o Conceito

Para ilustrar este modelo conceitual, pode-se fazer uso de dois exemplos mais tateis desse conceito; um deles, utilizado no Caderno de Atenção Básica, edição 34 – Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), parte do reconhecimento de que os sinais e sintomas citados anteriormente, além de frequentes na população geral, podem coexistir nos indivíduos, sem que caracterizem doença, bem como as síndromes das quais são critérios (a saber: ansiedade, depressão ou somatização), também podem coocorrer, apresentando episódios intermitentes de intensificação das síndromes com alternância de período de pouca ou nenhuma sintomatologia -subclínica- e períodos de maior intensidade -em que se fecharia um diagnóstico- (apud NICE, 2011). Assim, observam-se estas três síndromes e suas evoluções flutuantes como dimensões diferentes do mesmo sofrimento mental, constituindo em coletivo este espectro de Transtornos Mentais Comuns (apud JUDD, 1998; GOLDBERG, 2000).

Outra maneira de apresentar mais didaticamente o conceito foi utilizada pelo Telessaúde-UFRGS (2013) em seu curso de Saúde Mental; faz uso de um esquema visual (fig.01) representando o processo saúde-doença como uma reta, apresentando estes dois pontos como extremos. Ligando os dois, um estado intermediário, contínuo, fluido, em que existem menos sintomas (mais próximo da Saúde) ou mais destes (mais próximo da Doença); como determinantes de sentido de deslocamento nesta reta, três marcos determinantes: a sensação de sofrimento, prejuízo ou limitações ao indivíduo, e a duração dos sintomas no processo. Enxerga-se, assim, um modelo em que sinais e sintomas representem maior ou menor sofrimento, e quando somados aos pontos de deslocamento, configurem um espectro de existência desses Transtornos.

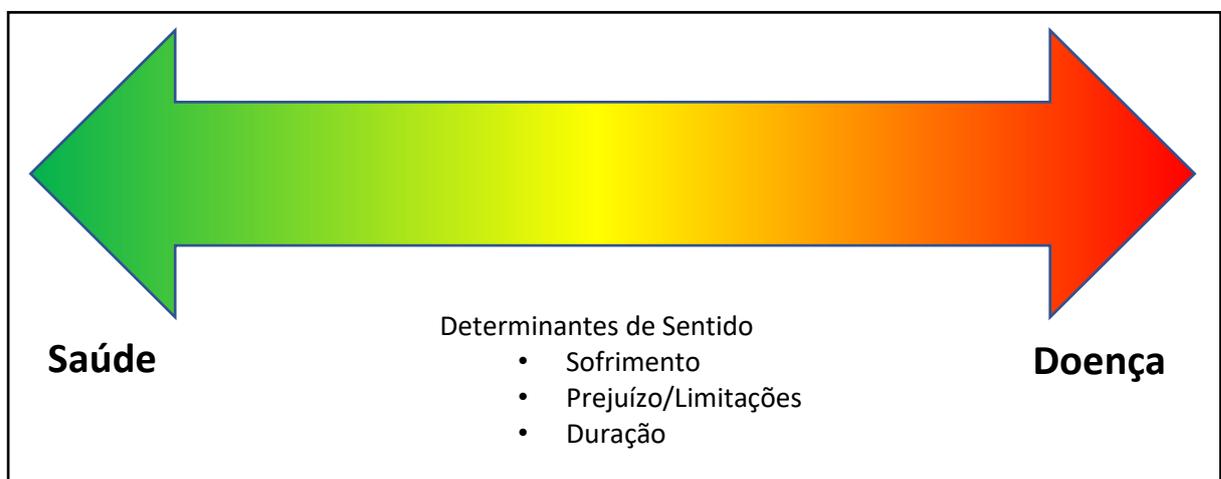


Figura 01: Modelo Espectral para TMC (adaptado de Telessaúde-UFRGS, 2013)

3.3. Atividade Laboral e Burnout

Tema muito discutido nos últimos anos, a Síndrome de Burnout (SB) vem sendo bem explorada por inúmeros autores em todo o mundo. Descrita inicialmente por Maslach em 1981 e objeto de estudos por Enzmann e Schaufeli em 1998, é caracterizada como um fenômeno de caráter psicossocial relacionado ao trabalho, desenvolvida quando um profissional, exposto cronicamente a estressores com os quais tem dificuldades de lidar, desgasta-se e sofre intensamente pela resposta nociva ao estresse persistente no contexto laboral.

Lima, Farah e Bustamante-Teixeira (2018) em sua introdução, ao abordar a prevalência do quadro em profissionais da Atenção Primária em Minas Gerais, resumem de maneira precisa e eficaz as vicissitudes e características da Síndrome:

“O *burnout* origina-se de um desequilíbrio entre demandas *versus* recursos e expectativa *versus* realidade, em que os níveis de demandas e expectativas superam os recursos e a realidade e impedem o indivíduo de se adaptar à situação (Bakker e Costa, 2014; Schaufeli, Leiter e Maslach, 2009). Em decorrência, os indivíduos desenvolvem uma gradual perda de energia, de comprometimento e de esperança, gerando prejuízos à produtividade e à satisfação laboral (Carlotto e Câmara, 2008). A SB é definida pela dimensão exaustão emocional (EE), evidenciada por sentimentos de fadiga, esgotamento físico e emocional; pela despersonalização (DE), em que o indivíduo se distancia das relações interpessoais; e pela dimensão baixa realização profissional (RP), em que o profissional supre sentimentos negativos de si mesmo (Maslach, 2009). Ela é insidiosa, associada a profissionais que lidam frequentemente com pessoas e a estressores advindos do ambiente laboral (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

A síndrome provoca numerosos danos à saúde emocional e física dos trabalhadores, como irritabilidade; desenvolvimento de humor depressivo; fadiga; redução da autoestima; ideias suicidas; agressividade; alterações de memória e concentração; dores musculares; distúrbios do sono e sexuais; úlcera; comprometimento imunológico, cardiovascular e hormonal; isolamento social; aumento do consumo de drogas e desilusão

(World Health Organization,2010; Maslach,2009). Pode ainda gerar respostas desfavoráveis ao ambiente de trabalho e à instituição, como o aumento da taxa de absenteísmo ou de presenteísmo, aumento das taxas de acidentes laborais e de afastamentos, com redução da produtividade”

Neste contexto, indivíduos em vigência de Burnout, experimentando sofrimento no ambiente laboral, podem apresentar sinais e sintomas coincidentes com os existentes em TMC, quadros depressivos ou ansiosos. Este fato, com certa frequência, leva a avaliações enviesadas quando não reconhecido ou observado o real motivo das alterações no indivíduo, bem como ao se ignorar a associação destas mudanças à execução pelo indivíduo de suas atividades laborativas.

3.4. O que dizem os Estudos de Prevalência já existentes

3.4.1. Quanto a Estresse

Uma gama de trabalhos acerca da saúde mental dos profissionais de saúde se fixa na base deste problema: o estresse vivido por estes profissionais.

No início da década de 1990, Chambers e Belcher (1994) demonstraram que entre seus 704 General Practitioners (GPs, termo para designar os Médicos de Família no Reino Unido) abordados em Newcastle, 60,7% sofriam de exaustão ou estresse notório, prejudicando suas atividades diárias.

No fim dessa década, dois trabalhos independentes se somavam nos achados em relação à saúde mental dos médicos de família. Calnan e outros (1999), ao abordarem de maneira randomizada 100 GPs na Inglaterra, detectaram 30% de prevalência de estresse significativo. Ashworth e Armstrog (1999), também no Reino Unido, demonstraram que os GPs atribuíam como maiores fontes de estresse as expectativas dos pacientes, medo de queixas por parte deles, o estresse de horas extras e o medo da violência. Esta prevalência reforçava os registros anteriores demonstrados nos trabalhos de Firth-Cozens (1998), um ano antes, de que 33% dos estudantes acompanhados na Coorte, que haviam se tornado GPs, encontravam-se e situação de estresse importante.

Lee, Brown e Stewart (2009), em suas entrevistas com Médicos de Família, com transcrição e análises até saturação, notam a descrição do estresse como queixa recorrente e tentativa de enfrentamento dos profissionais nos múltiplos níveis possíveis. Os estressores mais importantes foram, nos níveis pessoal, ocupacional, e de sistema de saúde, respectivamente: 1)

a necessidade de balancear família e carreira, 2) desafiadores, alta carga de trabalho, limitação de tempo e competências, e 3) recursos limitados, regras e regulações, e subvalorização pela rede.

3.4.2. Quanto a Insatisfação e Arrependimento

Ashworth e Armstrong (1999), em seu trabalho, paralelamente ao estresse detectado nos GPs ingleses, demonstraram que 61% de sua amostra de médicos de Família do interior da Inglaterra não expressavam quaisquer arrependimentos na escolha da especialidade e de suas práticas, e que apenas 4% de seu total se arrependiam.

DeVoe, Fryer e Hargraves (2002), ao realizarem seu inquérito a generalistas e médicos de família nos EUA, detectaram 17% desses insatisfeitos profissionalmente; a maior parte destes se localizava na faixa etária entre 55 e 64 anos (cerca de 25,1% do total de insatisfeitos) e estes eram mais dispostos a queixar-se das dificuldades junto a pacientes, ou da relação continuada com estes, além do pouco tempo para prover atendimentos e atenção adequada e de qualidade para sua população, e de comunicação insuficiente ou deficitária com os especialistas focais.

Insatisfação e arrependimento também puderam ser inferidos no comportamento detectado por Oriol, Plane e Mundt (2004) ao abordarem 255 residentes de MFC no Wisconsin. Dos residentes que responderam a pesquisa, 24% dos homens e 41% das mulheres foram classificados na categoria “impostores”, ou seja, quando o residente duvida de sua habilidade de se tornar um GP competente.

3.4.3. Quanto a Ansiedade

Sintomas ansiosos apresentam grande importância na abordagem da Saúde Mental dos Residentes e são alguns dos critérios mais expressos na bibliografia mundial.

Chambers realizou uma série de estudos neste sentido na década de 1990. A ansiedade excessiva foi identificada em 31,1% dos 704 GPs, e a dificuldade de dormir em 47,6% de sua amostra de respondentes de questionários aplicados em Newcastle (CHAMBERS e BELCHER, 1994). Em outro estudo, realizado em Oxford, observou-se 19% de prevalência de ansiedade e 22% da amostra apresentaram escores borderline para este transtorno, entre 620 GPs que responderam seu inquérito (CHAMBERS e CAMPBELL, 1996).

Earle e Kelly (2005) realizaram um inquérito por meio de um questionário previamente validado associado a critérios diagnósticos do DSM-IV, identificando múltiplos diagnósticos nos cerca de 649 residentes de MFC de Ontario. Aplicados em 3 momentos da formação (início, meio e fim da residência médica), tais questionários detectaram ansiedade generalizada em 12% dos residentes e 2% de indivíduos com critérios para Síndrome do Pânico, dado que jamais fora apresentado anteriormente. Os achados foram semelhantes entre homens e mulheres.

3.4.4. Quanto a Depressão

Decerto alvos maiores dos estudos que visavam abordar a saúde mental dos médicos da Atenção Primária, a depressão e os sintomas depressivos foram amplamente abordados nos estudos de maior destaque no tema.

O primeiro estudo de impacto sobre a saúde mental dos GPs foi justamente pautado nos questionários aplicados por Chambers e Belcher (1994) aos médicos generalistas britânicos de Newcastle; para além dos resultados acerca de ansiedade e exaustão já abordados, Depressão foi um ponto marcante no estudo, sendo detectada e determinada como prejudicial em 13,4% de sua amostra.

No mesmo ano, Caplan (1994), através do uso de questionários de saúde geral e escalas para depressão e ansiedade com 322 GPs, observou que 27% da amostra de GPs alcançaram um escore borderline para depressão ou provável depressão; comparados aos demais profissionais abordados (médicos hospitalares), os GPs apresentaram maior probabilidade de apresentar pensamentos suicidas (14% dos GPs, contra apenas 5% dos internistas).

Na contramão dos primeiros achados, Godenick e outros (1995) abordaram os residentes de 7 programas de Residência Médica em MFC na Carolina do Sul, aplicando-lhes o Inventário de Depressão de Beck (IDB), o Inventário de Expressão de Raiva State-Trai e o de Ansiedade State-Trai. Sem calcular prevalências, notou que, à despeito da forte carga dos programas de residência médica locais, seus residentes apresentavam saúde física na média e saúde psíquica acima da média, deduzindo que os mecanismos de enfrentamento dos problemas e os hábitos saudáveis de vida foram fatores protetores para estes profissionais. De maneira concomitante, no período mesmo período, Hainer e Palesch (1998) aplicaram o IDB junto ao Registro de Estado de Humor (REH) em 350 residentes de MFC também da Carolina do Sul, ao longo da residência, nos meses de janeiro e julho entre os anos de 1993 e 1996, sendo que 284 indivíduos responderam o IDB e 280 o REH pelo menos uma vez. Apenas 3% dos que responderam o IDB e 7% dos que responderam o REH apresentavam sintomas depressivos ou distúrbios de humor

significativos, corroborando a resistência levantada pelo primeiro autor nos residentes. Entretanto, neste estudo, foi encontrada entre os residentes correlação entre altos escores nos 2 testes aplicados e relatos de saúde física ou emocional debilitada, infâncias infelizes, alto estresse corrente no treinamento, ou dúvidas na escolha da especialidade.

Na sequência, o inquérito realizado em Oxford por Chambers e Campbell (1996) reiterou os achados encontrados em seu estudo anterior, mostrando que 10% dos 620 GPs que responderam o questionário tinham depressão e 16% apresentavam escores borderline para este mal. Estes dados foram muito semelhantes aos apresentados por Firth-Cozens (1998), ao observar a coorte composta inicialmente por 318 estudantes de medicina, dos quais 131 tornaram-se GPs no período do estudo. Além da alta prevalência de estresse já citada anteriormente, 17% da amostra apresentava escore acima do corte necessário para Depressão, sendo este resultado semelhante ao encontrado em outras especialidades médicas.

Um estudo que utilizou questionário enviado pelo correio, tendo elevada taxa de resposta, foi realizado de forma randomizada com 100 GPs de South Thames (CALNAN; WAINWRIGHT; FORSYTHE, 1999), buscando mensurar, além do estresse ocupacional já abordado, também outros prejuízos à saúde mental desses profissionais. Nele foram identificados a prevalência de sintomas de depressão, insônia ansiosa, falta de confiança, baixa autoestima e outros sintomas de estresse psíquico. No inquérito canadense de Earle e Kelly (2005), aplicado a residentes de MFC de Ontario em 3 momentos distintos: início, meio e fim da residência médica, foi estimada a prevalência de transtornos depressivos, sendo essa de 20% da amostra (13% de depressão maior e 7% de sintomas depressivos), além de ansiedade generalizada já abordada. As frequências foram semelhantes em ambos os sexos; observou-se também que 13,4% dos residentes utilizavam medicação para sintomas por conta própria e que 61,8% dos participantes indicaram uso recreacional de álcool e drogas, enquanto 1,2% conferiram este uso a dependência, e 5,9% usavam drogas para lidar com os problemas.

Yi e outros (2006) aplicaram um questionário composto por dez questões com o objetivo de diagnosticar depressão -Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos- em residentes que atendessem na APS (MFC, pediatras, internistas e pediatras-internistas); sendo 12% dos 227 residentes respondentes eram MFC. Foi encontrada uma prevalência de 25% de depressão na amostra e pôde-se determinar que sintomas depressivos estavam associados significativamente ao tipo do programa de residência, mal estado de saúde ou de enfrentamento religioso, ou de pior bem-estar mental.

Questões acerca da estigmatização da depressão e barreiras à busca de ajuda para lidar com esta foram abordadas no inquérito de Adams e outros (2009), realizado pelo correio com

1488 GPs em Devon e Cornwall. Neste estudo, a prevalência de depressão autodiagnosticada foi igual a 46,2% da amostra, que relatavam episódio prévio de depressão, embora a busca por ajuda ser notoriamente reduzida nessa população. As barreiras mais relatadas para isso foram deixar colegas para baixo (73,1%), confidencialidade (53,4%), deixar pacientes para baixo (51,9%) e progressão da carreira (15,7%).

Mais recentemente, Aragão e outros (2014) realizaram inquérito consistindo na aplicação do IDB em 83 médicos de Unidades de Saúde da Família de Aracaju; determinou-se a prevalência de sintomas depressivos de 27,7% da amostra. Pôde-se, também, identificar variáveis associadas ao aparecimento dos sintomas, como problemas de relacionamento, grau de satisfação com trabalho e número de consultas por hora de trabalho. Profissionais médicos com problemas de relacionamento ou insatisfação com o trabalho tinham, respectivamente, 5,63 e 4,59 vezes mais sintomas depressivos que os que não apresentavam estes problemas.

4. Materiais e Métodos

4.1. Tipo e Desenho do Estudo

Foi realizado um estudo transversal, com o objetivo de estimar a prevalência de critérios para TMC (sofrimento mental, ansiedade e depressão) e Burnout entre médicos em formação no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Município do Rio de Janeiro, das turmas de 2017 e 2018.

4.2. População de Estudo

Foram considerados elegíveis para este estudo todos os residentes médicos dos dois anos de formação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; totalizando cerca de 150 residentes no primeiro ano e 150 residentes no segundo ano. Foi utilizada amostra por conveniência, sendo abordada toda a população elegível, incluindo todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo e responder ao questionário.

4.3. Cenário

O cenário do estudo são as Clínicas da Família vinculadas ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro, local de lotação e capacitação dos sujeitos da pesquisa. Hoje o PRMFC forma residentes em 23 das 100 Clínicas da Família da cidade do Rio, distribuídas pelas Áreas Programáticas 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1 e 5.2.

4.4. Procedimentos de Coleta de Dados

O pesquisador responsável se apresentou nas atividades unificadas de Seminários mensais de residentes, momento em que todos os residentes do mesmo ano de treinamento (R1 ou R2) estão reunidos para módulo teórico ou oficina; estes foram convidados a participar da pesquisa e, aqueles que aceitaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e responderam, em seguida, a um questionário individual estruturado (detalhado a seguir).

Para maior adesão da população de estudo, foram realizadas até 3 tentativas de contato em momentos diferentes, presencialmente. Foram excluídos da potencial amostra residentes que se encontravam em férias, estágio optativo externo ou liberação por saúde e que não foram alcançados nessas 3 oportunidades.

A amostra analisada foi formada por médicos residentes do primeiro e segundo anos de formação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que se dispuseram a responder de maneira autorreferida o questionário formado por questões sociodemográficas e pelos quatro inquéritos de investigação para sofrimento mental (SRQ-20), depressão (IDB), ansiedade(IAB) e burnout (MBI HSS-MP).

A aplicação dos questionários foi realizada entre os meses de setembro e outubro, visando evitar qualquer impacto por situações que interfiram na percepção dos residentes e gerar viés por condições externas ao Programa de Residência, como desabastecimentos de insumos, atrasos nas bolsas ou potenciais instabilidades da rede de saúde, correntes mais frequentemente nos 2 primeiros meses do ano.

O modelo autorreferido e presencial foi escolhido por três razões principais: o fato de todos os participantes serem profissionais de saúde em processo de especialização médica, estando, pois, habituados a instrumentos de pesquisa; uma maior adesão dos participantes, independentemente da capacidade de aplicação individual do método pelo pesquisador, e para objetivar o menor viés possível nas respostas dos participantes, que ao relatarem dados pessoais sem sua identificação direta, poderiam sentir-se mais seguros de tratar de temas ou para objetivar dados potencialmente sensíveis ou alvos de ocasionais julgamentos, caso houvesse um aplicador direto.

Todos os participantes receberam envelopes semelhantes, contendo 1 questionário completo e 2 Termos de Consentimento; estes 3 documentos encontravam-se codificados com a mesma identificação numérica, visando o resgate posterior caso algum participante pontuasse de maneira importante no inquérito, sendo necessária indicação de suporte em saúde como previsto nas implicações éticas.

4.5. Instrumentos de Coleta

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário estruturado, construído com base em instrumentos padronizados e previamente validados, visando a identificação de critérios para Sofrimento Mental, Transtornos Mentais Comuns (a saber: Ansiedade e Depressão), e

Burnout, além de incluir dados sociodemográficos importantes para a avaliação de possível confundimento associado às características individuais dos participantes.

O instrumento para rastreamento de Burnout foi inserido junto aos demais uma vez que critérios coincidentes para estas síndromes poderiam configurar um fator de confundimento na análise a posteriori. Deste modo, evita-se este confundimento e consegue-se, de maneira clara e precisa, mensurar não só a prevalência de critérios para problemas intrínsecos ao indivíduo, como a de critérios para transtorno específico ligado ao trabalho.

Os instrumentos e seus escores, utilizados para aferir as variáveis dependentes, encontram-se devidamente descritos em suas características, aplicabilidades e potencialidades a seguir, e anexados ao fim do documento para registro completo.

4.5.1. Questionário Sociodemográfico (SD – Anexo I)

Questionário composto por perguntas diretas para coleta de informações sociais e demográficas dos participantes.

Foram contempladas as seguintes informações: ano de formação da Residência Médica em que se encontra, sexo, idade, unidade em que realizava a formação, área programática da mesma, universidade onde se graduou, tempo de formado em anos, tamanho médio da população adscrita à equipe em que está inserido, tempo aproximado de deslocamento da moradia à clínica em que realiza sua formação, meio de transporte utilizado habitualmente para o deslocamento, se desempenhava dedicação exclusiva à Residência Médica, se possuía filhos, uso de ansiolíticos ou antidepressivos, uso de álcool ou outras drogas, se o mesmo dividia equipe com outro residente, se dividia turnos de atendimento com outro profissional e se seu preceptor direto lhe prestava suporte nos turnos de atendimento.

4.5.2. Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20 – Anexo II)

Questionário proposto por Harding e colaboradores (1980), composto nesta forma atual por 20 questões de respostas sim/não (somando-se 1 ponto para respostas “sim” e não pontuando para respostas “não”) que remetem a sinais e sintomas de Sofrimento Mental; quanto maior a pontuação, maior o comprometimento da saúde mental do indivíduo. Consiste em um questionário autoaplicável, usado para rastreamento de transtornos de humor, de ansiedade e de somatização. Apresentou um Alfa de Cronbach

de 0,86 na versão brasileira, em relação à sua consistência interna (GORENSTEIN et al, 2016; apud MARI, 1986).

A validade foi verificada por análise de curva ROC, comparando o método ao padrão-ouro, que é a entrevista psiquiátrica. Na mais recente validação nacional, com 0,91 de área sobre curva, o ponto de corte foi 7/8, com sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3%, valor preditivo positivo de 76,4% e negativo de 94,2% (GORENSTEIN et al, 2016; apud GONÇALVES, 2008).

4.5.3. Inventário de Depressão de Beck (IDB, ou BDI – Anexo III)

Inventário também autoaplicável, foi proposto por Beck e colaboradores na década de 1960 para avaliar quantitativamente sintomas depressivos. Sua versão mais atual (1996) consta de 21 itens como irritabilidade, alterações de apetite, choro e ideação suicida. Cada resposta pontua dentro de uma escala ordinal da intensidade do sintoma, de 0 a 3, podendo variar, todo o escore, de 0 a 63 pontos; sendo quanto maior a pontuação, piores os sintomas e mais grave o possível quadro.

Com um Alfa de Cronbach de 0,93 para estudantes universitários; o valor na população brasileira foi de 0,90. Na determinação dos pontos de corte pela análise da curva ROC, foram definidos 0-13 para depressão mínima, 14-19 para leve, 20-28 para moderada e 29-63 pontos para depressão grave. O melhor ponto de corte foi 10/11 para possíveis casos de depressão, com sensibilidade de 70% e especificidade de 84% (GORENSTEIN et al, 2016; apud GOMES-OLIVEIRA, 2012)

4.5.4. Inventário de Ansiedade de Beck (IAB, ou BAI – Anexo IV)

Também proposto por Beck e colaboradores, consiste em um instrumento de autoavaliação em escala Likert de 4 pontos, constando de 21 itens, cada um pontuando de 0 a 3 pontos, e totalizando de 0 a 63 pontos no máximo. Abrange componentes afetivos, cognitivos e fisiológicos da ansiedade;

Em sua avaliação, foi definido 0-10 para ansiedade mínima, 11-19 para leve, 20-30 para moderada e 31-63 pontos para ansiedade grave. Com um alfa de Cronbach de 0,94, apresentou 74% de sensibilidade e 71% de especificidade para um corte de 10 pontos (GORENSTEIN et al, 2016; apud CUNHA, 2001).

4.5.5. Inventário de Burnout de Maslach, em sua versão para Pesquisas em Serviços Humanos e de Saúde, para Profissionais Médicos (IBM, ou MBI-HSS MP – Anexo V)

Consiste em um escore composto por 22 afirmativas, compreendendo 3 dimensões do referido transtorno: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE), e Realização Profissional (RP), remetendo a um baixo envolvimento pessoal no trabalho, com o intuito de rastrear o Esgotamento Profissional. Proposto inicialmente por Christina Maslach e colaboradores (1986), sofreu uma série de adaptações para *pools* de profissionais de áreas específicas. Propõe-se, pois, o uso do MBI-HSS MP, que visa especificamente sua aplicação em profissionais de saúde.

Em sua primeira versão, o instrumento apresentou consistência interna adequada, com alfa de Cronbach variando de 0,71 a 0,90; para cada uma das dimensões, alcançou-se 0,90 para Esgotamento Emocional, 0,67 para Despersonalização e 0,82 para o componente de Realização Profissional (ENZMANN et al, 1998).

Das vinte e duas afirmativas, nove se vinculam ao primeiro domínio (EE: 1,2,3,6,8,13,14,16 e 20), cinco ao segundo domínio (DE: 5, 10, 11, 15 e 22) e oito ao terceiro (RP: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Pontuações altas em um dos primeiros domínios ou em ambos, com baixa pontuação no último, designam a síndrome. Assume-se elevada possibilidade do quadro em indivíduos que apresentem 28 pontos ou mais em EE, mais de 10 pontos em DE e menos de 33 pontos no domínio de RP.

4.6. Análise Estatística

Foi realizada análise descritiva da população de estudo por meio de medidas de tendência central para as variáveis contínuas e de distribuição de frequências para as variáveis categóricas.

Foram estimadas as prevalências do Sofrimento Mental/Transtornos Mentais Comuns, Depressão, Ansiedade e Burnout, com base nos pontos de corte preconizados para cada instrumento, sendo também calculadas as médias de seus escores totais.

As razões de prevalência (RP) foram calculadas para investigação de associações entre as variáveis.

Para todas as análises, foi considerado um nível de significância de 5%.

4.7. Considerações Éticas

A pesquisa segue as normas dispostas na Resolução CNS nº 466, de 12/12/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução CNS nº 580, de 22/03/2018, que regulamenta o item XIII.4 da Resolução nº 466/12, que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. Este projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

O levantamento de dados através de questionários foi realizado respeitando a confidencialidade de informações expressas nos mesmos. Assegura-se, igualmente, a confidencialidade acerca da identidade dos participantes, uma vez que os questionários não são identificados nominalmente. Em cada grupo de questionários individuais, constará apenas um campo para que o participante se declare pertencente ao grupo de residentes do primeiro ano (R1) ou ao grupo de residentes do segundo ano (R2).

Destaca-se que a utilização dos escores selecionados não substitui a importância e a essencialidade de um profissional médico para o preciso diagnóstico dos Transtornos abordados.

Observa-se, pois, que estes são única e exclusivamente ferramentas para Rastreamento populacional e de detecção de sinais e sintomas, e que servem para detecção apenas de critérios isolados para as referidas patologias.

5. Resultados

5.1. População do Estudo – Perfil Sociodemográfico

A amostra final foi composta por 127 residentes em MFC, dos quais 54 cursavam o primeiro ano de formação na especialidade (R1: 72,6% do total) e 73 o segundo ano (R2: 64,6% do total), número que representa resposta de 68,3% dos residentes do PRMFC-Rio (Total=186 residentes).

Durante a análise dos questionários, observou-se predominância de: Residentes do sexo feminino (65,4%), residentes com idade até 29 anos (66,9%), graduados há no máximo 4 anos (84,3%), com dedicação exclusiva à RM (88,2%), lotados na Área Programática 2.1 (40,2%), residentes com populações adscritas a suas equipes de mais de 4000 pacientes (33,9%), formados em universidades privadas nacionais (49,6%), e sem filhos (90,6%).

Em sua maioria, os residentes levavam até 30min de deslocamento à unidade em que estão lotados (62,2%), e deslocando-se, predominantemente, por transporte público ou bicicleta (45,7%). Em relação a hábitos, pôde-se constatar que 27,6% do total faziam uso de antidepressivos ou ansiolíticos, 74% referiam uso de álcool, e 22% relataram uso de outras drogas.

Quanto ao cotidiano da Residência, 78,0% dos residentes afirmaram dividir equipe de ESF com outro residente, 89,8% dos médicos em formação referiram dividir seus turnos de atendimentos com outros profissionais, como outro médico ou enfermeiro da equipe (residentes ou não) e cerca de 75,6% dos residentes atestaram auxílio direto de seus preceptores durante seus turnos de atendimentos

Com base no questionário sociodemográfico, apresenta-se a amostra participante do estudo com suas características:

Tabela 1- Características Sociodemográficas dos 127 residentes de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 2018.

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	44	34,6
	Feminino	83	65,4
Idade	24-29	85	66,9
	30-35	29	22,8
	36+	12	9,4
	Não relatado	1	0,8
Área Programática	1.0	17	13,4
	2.1	51	40,2
	3.1	29	22,8
	3.2	7	5,5
	3.3	6	4,7
	4.0	11	8,7
	5.1	2	1,6
	5.2	4	3,1
Graduação	ELAM	4	3,1
	Emescam	2	1,6
	Famevaço Ipatinga	1	0,8
	FMC campos	2	1,6
	FMP Petrópolis	4	3,1
	Fund Barceló - Argentina	1	0,8
	Gama Filho	2	1,6
	PUC SP	1	0,8
	São Franc Xavier - Bolívia	1	0,8
	Souza Marques	10	7,9
	UEA	1	0,8
	UEM	1	0,8
	UERJ	4	3,1
	UERN	1	0,8
	UFC	4	3,1
	UFES	1	0,8
	UFF	1	0,8
	UFMG	2	1,6
	UFMT	1	0,8
	UFPE	2	1,6
	UFPI	1	0,8
	UFPR	1	0,8
	UFRGS	2	1,6
	UFRJ	15	11,8
	UFRN	1	0,8
	UNB	1	0,8
	Unesa	23	18,1
	Unesc	1	0,8
	Unichristus	1	0,8
	Unifenas-BH	1	0,8
	Unifeso	1	0,8
	Unigranrio	15	11,8
Unirio	13	10,2	

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos 127 residentes de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 2018 (continuação).

Variáveis	Categorias	N	%
Graduação (cont)	Univasf	2	1,6
	Univers de Buenos Aires	1	0,8
	UPE	1	0,8
	Não relatado	1	0,8
Graduação por tipo de Universidade	Pública Nacional	56	44,1
	Privada Nacional	63	49,6
	Estrangeira revalidada	7	5,5
	Não relatado	1	0,8
Unidade	CFADS	2	1,6
	CFAN	3	2,4
	CFAPA	2	1,6
	CAVAV	9	7,1
	CFBS	2	1,6
	CFDAS	4	3,1
	CFDRJ	3	2,4
	CFES	7	5,5
	CFFC	10	7,9
	CFHBV	8	6,3
	CFMS	14	11,0
	CFMSO	2	1,6
	CFMV	3	2,4
	CFPJAT	3	2,4
	CFRDL	6	4,7
	CFRLS	10	7,9
	CFSM	5	3,9
	CFSNA	3	2,4
	CFZA	6	4,7
	CMS JBB	10	7,9
CMS JMF / CMS JBB	1	0,8	
CMS MJF	8	6,3	
CMS PCR	6	4,7	
Tempo de Formado	1-4 anos	107	84,3
	5-10 anos	15	11,8
	Mais de 10 anos	3	2,4
	Não relatado	2	1,6
Tamanho médio da População adscrita	1500-2000	0	0
	2001-2500	6	4,7
	2501-3000	22	17,3
	3001-3500	26	20,5
	3501-4000	29	22,8
	Mais de 4000	43	33,9
Não relatado	1	0,8	
Tempo de deslocamento até o domicílio/unidade	Até 30min	79	62,2
	31min-1h	38	29,9
	Mais de 1h	7	5,5
	Não relatado	3	2,4

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos 127 residentes de Medicina da Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 2018 (continuação).

Variáveis		N	%
Meio de deslocamento	A pé	15	11,8
	Transp. público/ bicicleta	58	45,7
	Veículo próprio	40	31,5
	Não relatado	14	11,0
Dedicação Exclusiva	Não	15	11,8
	Sim	112	88,2
Filhos	Não	115	90,6
	Sim	12	9,4
Uso antidepressivos/ ansiolíticos	Não	92	72,4
	Sim	35	27,6
Consumo de Álcool	Não	33	26,0
	Sim	94	74,0
Uso de Outras Drogas	Não	99	78,0
	Sim	28	22,0
Divisão da equipe com outro residente	Não	28	22,0
	Sim	99	78,0
Divisão de turnos com outros profissionais	Não	13	10,2
	Sim	114	89,8
Suporte direto do preceptor atendimento	Não	31	24,4
	Sim	96	75,6

5.2. Em relação ao Sofrimento Mental e seus critérios

Quando utilizado o SRQ-20 para avaliação do sofrimento por parte dos residentes, 70 dos 127 residentes apresentaram questionários pontuando pelo menos 8 dos 20 critérios avaliados, podendo-se, pois, aferir uma prevalência de 55,1% de sofrimento na amostra. Mediante comparação, não houve diferença estatística entre residentes do primeiro e segundo anos, tendo estes grupos apresentado prevalências de sofrimento mental muito próximas, o que sugere sofrimento e experimentação deste de maneira semelhante entre os 2 anos de formação (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de Sofrimento Mental pelo SRQ-20, por Ano de Residência

	R1	R2
Negativo	46,3%	43,8%
Positivo	53,7%	56,2%

*Score positivo quando 8 ou mais pontos ao SRQ-20

Contudo, ao realizarmos a análise de prevalência do sofrimento com relação ao sexo, observa-se que é mais frequente entre as mulheres (62,7%) que nos homens (40,9%).

Ao avaliarmos os critérios incluídos no instrumento, isoladamente, observou-se importância das prevalências em cada um dos critérios de avaliação do questionário como visto na tabela 3 a seguir:

Tabela 3 - Prevalência de critérios para Sofrimento Mental ao SRQ-20 entre Residentes do 1º e 2º anos

Itens	Sim	Não
1) Dores de Cabeça Frequentes	41,7%	58,3%
2) Falta de apetite	13,4%	86,6%
3) Dormir mal	54,3%	45,7%
4) Assustar-se com facilidade	33,9%	66,1%
5) Tremores nas mãos	18,1%	81,9%
6) Sentir-se nervoso, tenso ou preocupado	79,5%	20,5%
7) Má digestão	33,1%	66,9%
8) Dificuldade de pensar com clareza	48,8%	51,2%
9) Sentir-se triste ultimamente	48,8%	51,2%
10) Chora mais do que o costume	34,6%	65,4%
11) Dificuldades para realizar com satisfação atividades diárias	67,7%	32,3%
12) Dificuldades para tomar decisões	54,3%	45,7%
13) Dificuldades no serviço (trabalho penoso, lhe causa sofrimento)	59,1%	40,9%
14) Incapacidade de desempenhar papel útil na sua vida	10,2%	89,8%
15) Perda do interesse pelas coisas	33,9%	66,1%
16) Sentir-se uma pessoa inútil, sem préstimo	3,9%	96,1%
17) Ter tido ideia de acabar com a vida	4,7%	95,3%
18) Sentir-se cansado o tempo todo	70,1%	29,9%
19) Cansar com facilidade	69,3%	30,7%
20) Sensações desagradáveis no estômago	42,5%	57,5%

Pôde-se observar altas prevalências (acima de 40% da amostra) de critérios como dores de cabeça frequentes, má qualidade do sono, dificuldade de pensar com clareza e sensação de tristeza recente, bem como dificuldade em tomar decisões e dificuldades no serviço desempenhado, além de sensações desagradáveis no estômago. Há ainda critérios que foram sinalizados por mais de dois terços da amostra, como dificuldade de realizar com satisfação suas atividades diárias e sensação de cansaço o tempo todo, além de cansar-se com facilidade. Mesmo alguns critérios menos prevalentes mostraram-se sensíveis na avaliação por sinalizarem situações que se esperavam ser menos frequentes, mas chegam a ser apresentados por cerca de um terço da amostra, como assustar-se com facilidade, má digestão, e ainda perda do interesse pelas coisas e chorar mais que o costume. Três outros critérios, ainda que menos frequentes, chamam também atenção nesta análise, dada a importância do que sinalizam: 10,2% da amostra referiram incapacidade de desempenhar papel útil na vida, 3,9% sentem-se inúteis, e 4,7% de todos os residentes referem já ter tido ideia de acabar com a própria vida.

5.3. Em Relação à Depressão e seus critérios

Ao analisarmos a prevalência de critérios para depressão no IDB, foi constatada possibilidade mínima da doença em 57,5% de todos os residentes, 25,2% de depressão leve, 11,8% de quadro moderado e 5,5% de doença grave. Novamente, ao compararmos as prevalências entre residentes dos 2 anos de formação, não foi encontrada diferença estatística; contudo, as proporções entre essa categorização da doença mostraram-se mais sensíveis, apresentando maior prevalência entre os residentes do segundo ano (49,3% nos R2, e 33,3% nos R1), sendo que, nos quadros leves e graves de depressão, as prevalências entre residentes do segundo ano foram aproximadamente o dobro das encontradas nos residentes do primeiro ano (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência de Depressão pelo IDB, por Ano de Residência

	R1	R2
Mínima	66,7%	50,7%
Leve	16,7%	31,5%
Moderada	13,0%	11,0%
Grave	3,7%	6,8%

* Depressão Mínima: 0-13 pontos, Leve: 14-19 pontos, Moderada: 20-28 pontos, Grave: 29-63 pontos ao IDB

Quando comparadas as prevalências entre sexos, independente do ano de formação, notou-se que a prevalência de critérios diagnósticos para depressão (leve, moderada ou grave) foi maior em mulheres que em homens. A prevalência entre mulheres foi de 51,8%, mais que duas vezes a prevalência entre homens (24,9%), e estatisticamente significativa, uma vez que o chi-quadrado para esta comparação foi de 0,034 ($p < 0,05$).

A distribuição de prevalências entre os critérios, individualmente, pode ser observada na tabela a seguir:

Tabela 5 - Prevalência de critérios para depressão (IDB), entre Residentes do 1º e 2º anos.

	N (127)	%
Item 1		
0 Não me sinto triste	65	51,2
1 Eu me sinto triste	54	42,5
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto	8	6,3
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	0	0,0
Item 2		
0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro	66	52,0
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro	56	44,1
2 Acho que nada tenho a esperar	1	0,8
3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	4	3,1
Item 3		
0 Não me sinto um fracasso	107	84,3
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum	17	13,4
2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos	3	2,4
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	0	0,0
Item 4		
0 Tenho tanto prazer em tudo como antes	42	33,1
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes	78	61,4
2 Não encontro um prazer real em mais nada	3	2,4
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	4	3,1
Item 5		
0 Não me sinto especialmente culpado	86	67,7
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo	29	22,8
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo	10	7,9
3 Eu me sinto sempre culpado	2	1,6
Item 6		
0 Não acho que esteja sendo punido	82	64,6
1 Acho que posso ser punido	34	26,8
2 Creio que vou ser punido	5	3,9
3 Acho que estou sendo punido	6	4,7
Item 7		
0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo	73	57,5
1 Estou decepcionado comigo mesmo	48	37,8
2 Estou enojado de mim	6	4,7
3 Eu me odeio	0	0,0

Tabela 5 - Prevalência de critérios para depressão (IDB), entre Residentes do 1º e 2º anos (continuação)

	N (127)	%
Item 8		
0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros	15	11,8
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros	72	56,7
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas	33	26,0
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece	7	5,5
Item 9		
0 Não tenho quaisquer ideias de me matar	115	90,6
1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria	9	7,1
2 Gostaria de me matar	3	2,4
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade	0	0,0
Item 10		
0 Não choro mais que o habitual	66	52,0
1 Choro mais agora do que costumava	52	40,9
2 Agora, choro o tempo todo	3	2,4
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria	6	4,7
Item 11		
0 Não sou mais irritado agora do que já fui	29	22,8
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava	73	57,5
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo	21	16,5
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar	4	3,1
Item 12		
0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas	50	39,4
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar	58	45,7
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas	18	14,2
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas	1	0,8
Item 13		
0 Tomo decisões tão bem quanto antes	37	29,1
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava	59	46,5
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes	29	22,8
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	2	1,6
Item 14		
0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes	49	38,6
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo	49	38,6
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo	17	13,4
3 Acredito que pareço feio	12	9,4
Item 15		
0 Posso trabalhar tão bem quanto antes	42	33,1
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa	62	48,8
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa	23	18,1
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	0	0,0

Tabela 5 - Prevalência de critérios para depressão (IDB), entre Residentes do 1º e 2º anos (continuação)

	N (127)	%
Item 16		
0 Consigo dormir tão bem como o habitual	45	35,4
1 Não durmo tão bem como costumava	62	48,8
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir	14	11,0
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	6	4,7
Item 17		
0 Não fico mais cansado do que o habitual	15	11,8
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava	74	58,3
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa	28	22,0
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa	10	7,9
Item 18		
0 O meu apetite não está pior do que o habitual	98	77,2
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser	19	15,0
2 Meu apetite é muito pior agora	10	7,9
3 Absolutamente não tenho mais apetite	0	0,0
Item 19		
0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente	117	92,1
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio	9	7,1
2 Perdi mais do que 5 quilos	1	0,8
3 Perdi mais do que 7 quilos	0	0,0
Item 20		
0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual	58	45,7
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação	68	52,0
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa	3	2,4
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa	0	0,0
Item 21		
0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo	63	49,6
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava	41	32,3
2 Estou muito menos interessado por sexo agora	19	15,0
3 Perdi completamente o interesse por sexo	4	3,1

Ao analisarmos isoladamente cada um dos 21 critérios, pôde-se notar uma prevalência importante de respostas positivas (de 1 a 3 na escala Likert) dos vários itens existentes no escore.

Cinco critérios apresentaram prevalências entre 48% e 55% da amostra para sintomas relatados: sensação de tristeza (item 1), desânimo quanto ao futuro (item 2), frequência de choro (item 10), preocupação com a própria saúde (item 20) e redução de interesse por sexo (item 21).

De maneira semelhante, cinco outros critérios tiveram sintomas relatados por 60,6% a 66,9% da amostra estudada, contemplando os campos de incapacidade de sentir prazer em atividades (item 4), perda de interesse por outras pessoas (item 12), percepção de piora com a própria aparência (item 14), incapacidade de trabalhar sem necessidade de esforço extra (item 15) e piora da qualidade do sono (item 16).

Houve, ainda, quatro critérios sinalizados por pelo menos 70% da amostra, com apresentando alguma alteração do habitual, com sinais ou sintomas positivos; foram eles: autocrítica e autoculpabilização (item 8), irritabilidade (item 11), dificuldade em tomada de decisões (item 13) e sensação habitual de cansaço (item 17).

É necessário destacar uma ressalva importante: mesmo nos demais 7 critérios do escore, que apresentaram baixas prevalências de sintomas na amostra analisada, uma vez que contemplam eventos graves, reconheceu-se a importância destas prevalências mesmo que menores. Sensação de fracasso em vida (item 3) foi relatada por 15,8% da amostra, enquanto sensação de culpa (item 5) foi declarada por 32,3%. Houve uma prevalência de 35,5% da amostra com percepção de punição (item 6), e de 42,5% se decepção consigo ou aversão a si (item 7). Ainda que cerca de 90% da amostra jamais tenha pensado em se matar, 9,5% demonstraram ideação ou desejo pelo suicídio (item 9). Por fim, 22,9% apresentaram piora relatada do apetite (item 18) e 7,9% tiveram perda de peso involuntária (item 19).

5.4. Em Relação à Ansiedade e seus critérios

A aplicação do Índice de Ansiedade de Beck (IAB) à amostra estudada permitiu o cálculo da prevalência para este problema e a categorização dos resultados. Constatou-se probabilidade mínima de doença em 63% dos residentes, critérios para ansiedade leve em 26,8% da amostra, ansiedade moderada em 8,7% desta, e critérios para quadro grave em 1,6% de todos os residentes analisados. Ao avaliarmos os achados em relação ao ano de formação dos residentes, não houve diferença com relevância estatística entre os 2 grupos. As proporções de chance mínima de doença e de quadro grave entre R1 e R2 foram parecidas, mas notou-se maior prevalência de quadros leves de ansiedade entre os residentes do 1º ano e maior prevalência de quadros moderados nos residentes do 2º ano (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência de Ansiedade pelo IAB, por Ano de Residência

	R1	R2
Mínima	61,1%	64,4%
Leve	33,3%	21,9%
Moderada	3,7%	12,3%
Grave	1,9%	1,4%

* Ansiedade Mínima: 0-13 pontos, Leve: 14-19 pontos, Moderada: 20-28 pontos, Grave: 29-63 pontos ao IAB

Se compararmos as prevalências entre sexos, sem levar em conta o ano de formação do residente, foi notória a maior prevalência de critérios diagnósticos para ansiedade (leve, moderada ou grave) em mulheres que em homens. Entre o sexo feminino, houve prevalência de 44,5%, aproximadamente o dobro da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, 22,7%. Por mais que não tenha havido diferença estatística (Chi-quadrado de 0,093 – $p > 0,05$), a diferença proporcional mostra-se sensível.

A seguir, discriminam-se as prevalências individuais para cada critério estudado no Índice de Ansiedade de Beck:

Tabela 7 - Prevalência de critérios para ansiedade (IAB), entre residentes do 1º e 2º anos

Itens	Classificação N (%)			
	Absolutamente não	Leve	Moderada	Grave
1. Dormência ou formigamento	96 (75,6)	24(18,9)	7(5,5)	0(0,0)
2. Sensação de calor	87(68,5)	34(26,8)	5(3,9)	1(0,8)
3. Tremores nas pernas	97(76,4)	26(20,5)	4(3,1)	0(0,0)
4. Incapaz de relaxar	20(15,7)	46(36,2)	56(44,1)	5(3,9)
5. Medo que aconteça o pior	60(47,2)	39(30,7)	25(19,7)	3(2,4)
6. Atordoado ou tonto	81(63,8)	31(24,4)	15(11,8)	0(0,0)
7. Palpitação ou aceleração do coração	73(57,5)	36(28,3)	15(11,8)	3(2,4)
8. Sem equilíbrio	107(84,3)	14(11,0)	6(4,7)	0(0,0)
9. Aterrorizado	102(80,3)	15(11,8)	9(7,1)	1(0,8)
10. Nervoso	34(26,8)	48(37,8)	38(29,9)	7(5,5)

Tabela 7 - Prevalência de critérios para ansiedade (IAB), entre residentes do 1º e 2º anos (continuação).

Itens	Classificação N (%)			
	Absolutamente não	Leve	Moderada	Grave
11. Sensação de sufocação	94(72,0)	19(15,0)	13(10,2)	1(0,8)
12. Tremores nas mãos	100(78,7)	23(18,1)	2(1,6)	2(1,6)
13. Trêmulo	109(85,6)	14(11,0)	3(2,4)	1(0,8)
14. Medo de perder o controle	66(52,0)	38(29,9)	20(15,7)	3(2,4)
15. Dificuldade de respirar	100(78,7)	18(14,2)	7(5,5)	2(1,6)
16. Medo de morrer	109(85,6)	11(8,7)	6(4,7)	1(0,8)
17. Assustado	74(58,3)	41(32,3)	12(9,4)	0(0,0)
18. Indigestão ou desconforto no abdômen	67(52,8)	36(28,3)	24(18,9)	0(0,0)
19. Sensação de desmaio	115(90,6)	8(6,3)	3(2,4)	1(0,8)
20. Rosto afogueado	99(78,0)	20(15,7)	8(6,3)	0(0,0)
21. Suor (não devido ao calor)	96 (75,6)	29(22,8)	2(1,6)	0(0,0)

Numa observação dos critérios individuais para avaliação quanto ao quadro de ansiedade, pôde-se aferir a prevalência destes de maneira leve, moderada ou grave em proporções diferentes da amostra avaliada.

Queixas como desequilíbrio, sentir-se aterrorizado, sentir-se trêmulo, medo de morrer ou sensação de desmaio foram menos frequentes e relatadas por até 20% dos residentes.

Já sensação de dormência ou sufocamento, sensação de calor, tremores nas pernas, sensação de sufocação, tremores nas mãos, dificuldade de respirar, rosto afogueado e suor não devido ao calor foram relatadas por até um terço dos médicos participantes.

Até metade dos residentes queixou-se de sentir-se atordoado ou tonto, palpitações ou aceleração do coração, medo de perder o controle, sentir-se assustado ou indigestão ou desconforto abdominal.

Notou-se, ainda, resposta afirmativa de mais da metade da amostra para 3 sinais e sintomas avaliados no Índice de Ansiedade de Beck: incapacidade de relaxar, medo de que aconteça o pior e sensação de nervoso.

5.5. Em Relação ao Burnout, suas Dimensões e seus critérios

Com o intuito de se avaliar com maior acurácia e riqueza de informações os dados sobre Burnout contidos nesta pesquisa, optou-se pela separação e avaliação individualizada de cada uma das três dimensões que compõe a Síndrome de Burnout: Esgotamento Emocional, Despersonalização e Realização Profissional, e posterior avaliação conjunta, para efetiva classificação da Síndrome em questão.

5.6.1. Esgotamento Emocional

Observou-se prevalência geral de 73,2% de critérios para esta dimensão entre todos os residentes. Quando separados por ano de formação, não houve diferença estatisticamente significativa, porém os R2 apresentaram proporcionalmente maior de Esgotamento que os residentes do 1ºano.

Tabela 8 - Prevalência de Esgotamento Emocional (MBI HSS-MP), por ano de residência

	R1	R2
Negativo	31,5%	23,3%
Positivo	68,5%	76,7%

*Score positivo quando 28 ou mais pontos na dimensão EE do MBI HSS-MP

A comparação entre sexos demonstrou maior prevalência de Esgotamento entre mulheres (78,3%) que em homens (63,8%), ainda que sem significância estatística (Chi-quadrado de 0,075, $p > 0,05$).

Chama atenção o fato de que cinco dos nove critérios avaliados para o cálculo de Esgotamento demonstraram mais de 70% de respostas positivas para pelo menos uma vez por semana (uma vez por semana, algumas vezes por semana e todos os dias), sinalizando altas prevalências das queixas em questão; foram eles: sentir-se emocionalmente sugado pelo trabalho, sentir-se consumido no fim do dia de trabalho, sentir-se fadigado ao acordar pela manhã para mais um dia na ocupação, sentir-se esgotado pelo trabalho e sentir que se está trabalhando duro demais na sua ocupação.

Tabela 9 - Prevalência de critérios para esgotamento emocional (MBI-HSS MP), entre residentes do 1º e 2º anos

	Item	Nunca	Algumas vezes /ano	Uma vez/mês	Algumas vezes/mês	Uma vez/semana	Algumas vezes/semana	Todos os dias
Q1	Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho	0(0)	4(3,1)	12(9,4)	7(5,5)	6(4,7)	52(40,9)	46(36,2)
Q2	Eu me sinto consumido no fim de um dia de trabalho	0(0)	1(0,8)	4(3,1)	10(7,9)	10(7,9)	44(34,6)	58(45,7)
Q3	Eu me sinto fatigado quando levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia neste emprego	0(0)	7(5,5)	7(5,5)	18(14,2)	21(16,5)	40(31,5)	34(26,8)
Q6	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente uma grande tensão pra mim	14(11,0)	20(15,7)	19(15,0)	20(15,7)	12(9,4)	29(22,8)	13(10,2)
Q8	Eu me sinto esgotado pelo meu trabalho	0(0)	5(3,9)	6(4,7)	10(7,9)	18(14,2)	53(41,7)	35(27,6)
Q13	Eu me sinto frustrado pelo meu emprego	15(11,8)	15(11,8)	24(18,9)	26(20,5)	15(11,8)	25(19,7)	7(5,5)
Q14	Eu sinto que eu estou trabalhando duro demais no meu emprego	4(3,1)	3(2,4)	11(8,7)	19(15,0)	22(17,3)	44(34,6)	24(18,9)
Q16	Trabalhar diretamente com pessoas coloca muito estresse em mim	7(5,5)	11(8,7)	17(13,4)	29(22,8)	22(17,3)	21(16,5)	20(15,7)
Q20	Eu sinto como se estivesse no fim da linha	60(47,2)	16(12,6)	17(13,4)	11(8,7)	11(8,7)	8(6,3)	4(3,1)

5.6.2. Despersonalização

A prevalência de Despersonalização entre todos os residentes foi de 40,9%. Não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar residentes dos 2 anos de formação, mas nota-se diferença proporcional entre estes, sendo a despersonalização mais frequente nos R2, como visto na tabela a seguir.

Tabela 10 - Prevalência de Despersonalização (MBI HSS-MP), por ano de residência

	R1	R2
Negativo	64,8%	54,8%
Positivo	35,2%	45,2%

*Score positivo quando 11 ou mais pontos na dimensão DE do MBI HSS-MP

Mediante comparação entre os sexos, não houve diferença estatisticamente relevante entre homens e mulheres, e notou-se, inclusive, a proporção mais aproximada entre todas as análises dos questionários. A prevalência de Despersonalização foi de 40,9% dos homens e 41,0% das mulheres.

Mesmo com a menor prevalência encontrada na dimensão de Despersonalização, 3 dos cinco critérios avaliados apresentaram prevalências de resposta acima de 25% quando citadas queixas ao menos 1 vez por semana (uma vez por semana, algumas vezes por semana e todos os dias). Estes critérios foram: ter ficado mais insensível em relação às pessoas desde iniciado este emprego, preocupar-se que o emprego o esteja endurecendo emocionalmente e sentir que os pacientes os culpem por alguns de seus problemas (tabela 11).

Tabela 11 - Prevalência de critérios para despersonalização (MBI-HSS MP), entre residentes do 1º e 2º anos

Item	Nunca	Algumas vezes /ano	Uma vez/mês	Algumas vezes/mês	Uma vez/semana	Algumas vezes/semana	Todos os dias
Q5 Eu sinto que eu trato alguns pacientes como se eles fossem objetos	46(36,2)	28(22,0)	14(11,0)	20(15,7)	6(4,7)	13(10,2)	0(0)
Q10 Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu peguei esse emprego	43(33,9)	13(10,2)	14(11,0)	18(14,2)	16(12,6)	16(12,6)	7(5,5)
Q11 Eu me preocupo que este emprego esteja me endurecendo emocionalmente	39(30,7)	16(12,6)	15(11,8)	21(16,5)	14(11,0)	10(7,9)	12(9,4)
Q15 Eu realmente não me preocupo com o que acontece com alguns pacientes	66(52,0)	25(19,7)	11(8,7)	12(9,4)	4(3,1)	7(5,5)	2(1,6)
Q22 Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas	30(23,6)	28(22,0)	15(11,8)	19(15,0)	15(11,8)	16(12,6)	4(3,1)

5.6.3. Realização Profissional

A avaliação dos critérios para a última das três Dimensões de Burnout demonstrou uma prevalência geral de 38,6% para uma baixa Realização Profissional entre os residentes. Ainda que não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre R1 e R2, os residentes do segundo ano apresentaram prevalência maior de baixa realização (41,1%) que os do primeiro ano (35,2%).

Tabela 12 - Prevalência de Baixa Realização Profissional (MBI HSS-MP), por ano de residência

	R1	R2
Negativo	64,8%	58,9%
Positivo	35,2%	41,1%

*Score positivo quando 32 ou menos pontos na dimensão RP do MBI HSS-MP

Quando realizada comparação por gênero, a prevalência de baixa realização profissional foi maior em mulheres (42,2%) que em homens (31,8%), mas sem significância estatística.

Uma vez que esta Dimensão pontua para baixa realização, os dados ali coletados serão tão mais significativos quanto menos frequentes forem e menos pontuarem, ou seja, se localizados nas primeiras faixas da escala Likert (nunca, algumas vezes por ano, uma vez por mês e algumas vezes por mês). Deste modo, pôde-se notar que cinco dos oito critérios contemplados na dimensão apresentaram prevalências de respostas positivas de pelo menos 25% da amostra nessa faixa mencionada de baixa frequência, a saber: sentir-se muito disposto, facilidade de criar clima descontraído com os pacientes, sentir-se animado após trabalhar próximo ao paciente, sensação de ter realizado coisas que valem a pena no emprego e lidar tranquilamente com problemas emocionais no trabalho.

Tabela 13 - Prevalência de critérios para baixa realização profissional (MBI-HSS MP), entre residentes do 1º e 2º anos

REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	Nunca	Algumas vezes /ano	Uma vez/mês	Algumas vezes/mês	Uma vez/semana	Algumas vezes/semana	Todos os dias
Q4 Eu consigo compreender facilmente como meus pacientes se sentem a respeito das coisas	0(0)	1(0,8)	0(0)	6(4,7)	4(3,1)	71(55,9)	45(35,4)
Q7 Eu lido de forma efetiva com os problemas dos meus beneficiários	2(1,6)	2(1,6)	2(1,6)	7(5,5)	13(10,2)	69(54,3)	32(25,2)
Q9 Eu sinto que eu influencio de forma positiva as outras pessoas através do meu trabalho	1(0,8)	3(2,4)	1(0,8)	13(10,2)	19(15,0)	51(40,2)	39(30,7)
Q12 Eu me sinto muito disposto	1(0,8)	13(10,2)	20(15,7)	28(22,0)	26(20,5)	22(17,3)	4(3,1)
Q17 Eu posso facilmente criar um clima descontraído com maus pacientes	1(0,8)	3(2,4)	9(7,1)	20(15,7)	20(15,7)	55(43,3)	19(15,0)
Q18 Eu me sinto animado depois de trabalhar bem próximo aos meus pacientes	3(2,4)	6(4,7)	5(3,9)	26(20,5)	30(23,6)	47(37,0)	10(7,9)
Q19 Eu tenho realizado muitas coisas que valem a pena nesse emprego	0(0)	5(3,9)	5(3,9)	17(13,4)	33(26,0)	43(33,9)	24(18,9)
Q21 No meu trabalho, eu lido com problemas emocionais muito tranquilamente	5(3,9)	7(5,5)	15(11,8)	31(24,4)	20(15,7)	39(30,7)	10(7,9)

5.6.4. Da conjunção das Dimensões: o Burnout

Após as ponderações acerca de cada uma de suas Dimensões, faz-se possível a efetiva avaliação quanto à Síndrome de Burnout. Consideram-se positivos para este diagnóstico indivíduos que apresentem em esgotamento emocional e/ou despersonalização, e baixa realização profissional ao MBI-HSS MP.

Deste modo, em conjunção das dimensões avaliadas previamente, pôde-se mensurar uma prevalência de Burnout em 33,9% de todos os residentes participantes. O problema foi aferido em 29,6% dos R2 e 37% dos R2, sem diferença estatisticamente significativa entre eles.

Tabela 14 - Prevalência de Burnout (MBI HSS-MP), por ano de residência

	R1	R2
Negativo	70,4%	63,0%
Positivo	29,6%	37,0%

*Burnout quando EE ou DE positivos e baixa Realização Profissional ao MBI HSS-MP

De mesma maneira, ao compararmos as prevalências de Burnout por gênero, houve maior prevalência entre o sexo feminino (37,3%) que entre o sexo masculino (27,3%), ainda que esta diferença proporcional não tenha apresentado significância estatística entre os grupos.

6. Discussão

A amostra abordada, dada sua magnitude, trouxe dados importantes e relevantes para nosso levantamento. Alguns resultados sociodemográficos já eram esperados, como a maior parcela de residentes do sexo feminino, justificada pelas recentes mudanças do perfil dos estudantes médicos no país, que sabidamente teve invertida a predominância masculina nos últimos 15 anos (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013).

A maior prevalência de residentes até 29 anos e graduados há no máximo 4 anos sinaliza que, em sua maioria, os residentes de Medicina de Família e Comunidade realizaram apenas a graduação médica antes da residência, e iniciaram o PRMFC-Rio tão logo formados ou até 2 anos após o término da graduação. Também ligado a este fato está a quase totalidade de residentes sem filhos, uma vez que, como rotina, o profissional da carreira médica prioriza sua formação essencial (graduação e especialização) e, como regra, adia alguns eventos da vida social como a opção por ter o primeiro filho.

Diferente do observado em outras áreas médicas, os residentes estudados apresentam em quase sua totalidade dedicação exclusiva à Residência Médica, fato que pode ser ocasionado pela complementação regular da bolsa de RM em MFC. Esta iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro parece ser eficaz no objetivo de evitar que o Residente divida seu tempo e dedicação à formação com outras atividades que complementassem seu sustento, como plantões em Unidades de Pronto Atendimento ou em eventos.

Há ainda indícios de que a medicina se mantenha como uma carreira elitizada, mesmo com a recente inclusão promovida por medidas afirmativas no ensino e no ingresso às Universidades; isto pode ser depreendido do fato de que os residentes, com maior frequência, optam por unidades mais próximas aos seus domicílios, e os mesmos encontram-se, majoritariamente, lotados na Área Programática 2.1, que engloba os bairros da Zona Sul da capital carioca. Adiciona-se a isso o fato de a maioria dos residentes se deslocar via transporte público ou bicicleta, e levar até 30min neste deslocamento até a unidade de formação, o que é possibilitado pela maior infraestrutura desta região. Estas áreas, com maior custo de vida e habitadas por população de maior poder aquisitivo, têm maior taxa de ocupação das equipes disponíveis para formação profissional pela Residência Médica, em detrimento de Áreas Programáticas mais afastadas do Centro da cidade e de menor poder aquisitivo, ou mesmo nos subúrbios do Rio; neste critério, pois, o Programa de Residência não consegue alcançar a ideia da SMS Rio de promover, também com a lotação destes profissionais, uma adequada equidade em sua rede.

Quanto ao uso de álcool, a prevalência da ingestão de bebidas alcoólicas pelos residentes (74%) foi maior que a nacional, que variou entre 32,4% e 58,6%, e chega a ultrapassar a prevalência entre a população geral norte-americana, 70% (BARBOSA, 2017, apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004); quando comparada à prevalência do consumo de álcool entre médicos no Brasil (65,7%), a prevalência entre residentes de MFC mostrou-se apenas levemente superior.

Em relação à divisão de equipe ou turnos com outro profissional, ou de suporte direto de seus preceptores, pôde-se atestar o pressuposto de que o R1, por estar no início da formação, dispõe de maior apoio e/ou auxílio que o R2, mas que ambos apresentam, em sua maioria, estas facilidades para o período de treino e supervisão.

Ao abordarmos o sofrimento mental experimentado pelos residentes, através da quantificação pelo SRQ-20 para Transtornos Mentais Comuns, chama atenção a prevalência mensurada de 55% dos residentes, dado corroborado pela literatura médica utilizada.

Este valor mostra-se muito acima da variação de prevalência de TMC na população ocidental avaliado por Lopes, Faerstein e Chor em 2003, entre 7% e 26%, mas aproxima-se de maneira importante dos achados da revisão sistemática para a bibliografia brasileira, que identificou variação entre 20% e 56% (SANTOS E SIQUEIRA, 2010). Quando selecionados apenas trabalhos que envolvessem trabalhadores, o estudo sinalizou prevalências entre 23,3% e 43,3% de TMC, abaixo da prevalência entre residentes de MFC.

Ainda que o trabalho não sugira nem infira causalidades, é difícil não nos questionarmos acerca dos fatores principais potencialmente associados a esta altíssima prevalência. A similaridade dessa prevalência à calculada por Chambers e Belcher em 1994 (60,7%), nos faz levantar a possibilidade de estresse e exaustão física ou mental presentes na rotina dos generalistas ser determinante para o Sofrimento experimentado.

Outros fatores de possível associação são trazidos por Lee, Brown e Stewart em 2009, quando justificado o estresse experimentado por Médicos de Família. Necessidade de balancear família e carreira, carga de trabalho e tempo, limitação de recursos, com regras, regulações e subvalorização podem compor parte da razão do sofrimento dos profissionais da APS abordados justamente por demonstrarem queixas semelhantes às frequentemente feitas no âmbito nacional.

A avaliação da prevalência de TMC e fatores associados a esses em profissionais da APS em Porto Alegre (CARLOTTO, 2016) traz pontos importantes para a comparação da avaliação em Residentes de MFC. Neste levantamento, apenas em 7 dos 20 critérios componentes do SRQ-20 houve maior prevalência entre a rede de APS abordada da capital sulista que entre os

residentes do PRMFC-Rio, a saber: dores de cabeça frequentes, falta de apetite, tremores nas mãos, má digestão, incapacidade de desempenhar papel útil na vida, sentir-se inútil e ideia de acabar com a própria vida. Curiosamente o critério dormir mal apresentou a exata mesma prevalência (54,3%) nas duas populações abordadas. Em todos os demais critérios, 12 dos 20, houve prevalências maiores entre os residentes da capital carioca que no estudo do Rio Grande do Sul. Alguns critérios chegam a apresentar quase ou mais que o dobro de prevalência entre os residentes que na rede de APS do sul, como dificuldades para tomar decisões, serviço penoso, sentir-se cansado o tempo todo e cansar-se com facilidade. Esses últimos critérios, e suas altíssimas prevalências (entre 54% e 70,1% dos residentes) podem sinalizar fatores de extrema importância acerca do sofrimento experimentado.

Ao abordar depressão e sintomas depressivos, considerados a maior causa de incapacidade no mundo, a Organização Mundial da Saúde em seu relatório de 2017 estimou um aumento de 18% dos casos entre 2005 e 2015, e estima uma prevalência geral de 4,4% da população acometida por este problema. No Brasil, presume-se que 11,5 milhões de pessoas sejam atingidas, ou seja, 5,8% da população geral.

Entre os residentes do PRMFC-Rio essa prevalência calculada foi de 42,5%, mostrando-se superior tanto às prevalências entre a população geral quanto às mensuradas entre generalistas britânicos (CHAMBERS, 1994; CAPLAN, 1994; CHAMBERS, 1996).

Uma revisão sistemática e metanálise por Mata e outros em 2015, compilando estudos acerca de depressão em médicos residentes de várias áreas, encontrou prevalência geral de depressão e sintomas depressivos de 28,8%; quando tomados por base apenas estudos envolvendo residentes de MFC, as prevalências de depressão variaram de 9,8% a 32,4% (apud GODENICK, 1995; HAINER, 1998; HASANOVIĆ, 2004; ORIEL, 2004, EARLE, 2005).

Pela mesma metanálise, a prevalência de depressão entre residentes do PRMFC-Rio mostrou-se mais próxima às prevalências de depressão entre residentes de Medicina Interna, 32,2% a 52,3% (apud SHANAFELT, 2002; GOPAL, 2005; WADA, 2009; CAMPBELL, 2010; WEST, 2012; COSTA, 2012), Cardiologia, 46,2% (apud WALDMAN, 2009), Oncologia, 34,0% (apud CUBERO, 2015), Cirurgia, 30,2% a 44,4% (apud DEMIR, 2008; SANCHÉZ, 2008) e Ginecologia-Obstetrícia, 34,4% a 37,7% (apud BECKER, 2006; GOVARDHAN, 2012), .

Os critérios individuais do IDB chamam atenção pela significância de seus termos e não só por suas prevalências parciais (de cada critério). Partindo de uma amostra significativa de residentes (127 indivíduos), sendo esta população abordada, notadamente jovem, possuidora de uma carreira que dispõe de grandes oportunidades e, em sua maioria, recém-graduados, é

impactante quando encontra-se quase metade desta amostra relatando minimamente uma tristeza basal ou um desânimo quanto ao futuro. Os residentes demonstram grande autocobrança e por vezes sensação de culpa ou de que está sendo punido. Têm choro mais fácil e aumento da irritabilidade; a perda de interesse pelas pessoas se mostrou alta, bem como a dificuldade de tomar decisões. Sentem que houve piora do padrão de sono e perda da capacidade laboral; o cansaço torna-se frequente, há maior preocupação com problemas de saúde pessoais e uma percepção ruim da autoimagem. Ideação suicida foi cerca de 4 vezes maior que a entre médicos de família da rede de APS do Recife (ARAGÃO et al, 2014).

Transtornos ansiosos afetam 264 milhões de pessoas em todo o mundo em 2015. A OMS, em seu relatório citado previamente, presume um aumento de 14,9% da prevalência entre 2005 e 2015, alcançando 3,6% de prevalência global para transtornos ansiosos. O Brasil ocupa a primeira posição em prevalência de ansiedade entre países, com 9,3% de sua população acometida por ansiedade, um total de 18,6 milhões de pessoas apresentando sintomas para o transtorno. Entre residentes, essa prevalência foi quatro vezes maior que na população geral, bem como manteve-se bem acima das prevalências de ansiedade entre médicos de família em Oxford (CHAMBERS e CAMPBELL, 1996) e em Ontario (EARLE e KELLY, 2005).

A prevalência de ansiedade entre os residentes do PRMFC-Rio aproximou-se, contudo, da entre GPs em Newcastle (CHAMBERS e BELCHER, 1994) e da prevalência deste transtorno entre residentes gerais no México, 38,0% (JIMÉNEZ-LÓPEZ; ARENAS-OSUNA; ANGELES-GARAY, 2014), além da entre residentes gerais na Suíça ao fim do segundo ano de residência médica, 30,0% (BUDEBERG-FISCHER et al, 2009).

Entre residentes de MFC, a prevalência nos residentes do PRMFC-Rio foi superior à mensurada entre residentes da Carolina do Sul, 33,2% (MICHELS et al, 2003) e um pouco inferior às de residentes em Puebla, 41,1% (MASCARÚA-LARA; VÁZQUEZ-CRUZ; CÓRDOBA-SORIANO, 2014), e em Tijuana, 44,0% (RENDON-SANCHEZ et al, 2017), no México.

Destacaram-se entre os sintomas aferidos no IAB tanto a prevalência de queixas frequentes na população geral, como indigestão, desconforto abdominal e nervosismo, quanto sinais e sintomas pouco sinalizados habitualmente, como medo de que aconteça o pior, incapacidade de relaxar, palpitações, ficar assustado, tremores e medo de perder o controle ou de morrer. Esses últimos sinalizam sensações pouco habituais, sinalizando componentes de adoecimento mesmo quando não se fecha critério para o transtorno.

Os achados para as Burnout e suas dimensões se mostraram superiores à bibliografia internacional. Soler e outros (2008) ao avaliar 1435 médicos de família em 12 países europeus,

mensurou prevalências de 43% de Esgotamento Emocional, 35% de Despersonalização e 32% de baixa Realização Profissional, com um Burnout de cerca de 21% de sua amostra. Entre os residentes, com 73,2% de EE, 40,9% de DE e 38,6% de RP, com um Burnout de 33,9%, pode-se inferir um sofrimento associado ao trabalho mais prevalente que naqueles profissionais já formados, com experiência na área, e com condições melhores de exercício das atividades.

Comparada à prevalência dos médicos atendendo na APS do Rio de Janeiro em 2012 (SANTOS, 2013), a prevalência de Burnout entre residentes do PRMFC-Rio mostrou-se cerca de 50% superior.

Segundo Moreira, Souza e Yamaguchi, em sua revisão sistemática (2018), a Medicina de Família e Comunidade foi a segunda especialidade médica mais acometida pela Síndrome de Burnout, ficando atrás apenas da Medicina Intensivista. Já a avaliação entre médicos da APS e médicos que atuam em hospitais, demonstrou maior nível de burnout no primeiro grupo (MUÑOZ et al, 2003) e se associou isso ao fato de o cotidiano da APS demandar maior relacionamento emocional com o paciente, dado o cuidado continuado e integral.

Faz-se necessária, contudo, uma breve ressalva. O conceito de Burnout, proposto por Maslach, implica o esgotamento decorrente do processo laboral estrito; este fato leva ao frequente questionamento acerca do valor de uma avaliação neste espectro no contexto da Residência Médica, sendo este um programa de formação (ensino). Cabe destacar que a formação em serviço proposta pelas RM aproxima ao máximo o profissional graduado ao contexto laboral a que será disposto após o fim desta formação, tentando mimetizar fielmente as responsabilidades, deveres e ocupações da área a ser desempenhada, bem como as cobranças e estresses decorrentes dessa. É possível, ainda, propor que a carga de trabalho (mesmo que não-formal) durante esta formação é ainda mais extensa e intensa que a experimentada durante vínculos laborais formais, uma vez que, ainda que o residente esteja sob supervisão, frequentemente essa não é adequada, e a carga horária da formação em serviço (até 60h) ultrapassa em muito o limite de horas trabalhadas previsto em empregos formais (40h), sendo totalmente plausível e equiparável a comparação com o esgotamento pelo trabalho, Burnout. Esses fatores são, portanto, presumivelmente diferenciais nas diferenças de prevalências encontradas entre a RM e os achados da bibliografia internacional.

Há que se destacar o fato de que só durante o presente ano (2019) a OMS reconheceu a Síndrome de Burnout efetivamente como uma doença, inserindo-a em seu novo Código Internacional de Doenças a ser publicado, o CID 11. O referido problema encontra-se na fonte cadastrado sob a codificação QD85, no capítulo que abrange “Fatores influenciando status de

saúde ou contato com o serviço de saúde”, no grupo de “Problemas associados ao Emprego ou ao Desemprego”.

A discussão acerca do tema tem ganhado destaque globalmente, e não apenas com desdobramentos pela OMS. O correto e adequado reconhecimento do potencial prejuízo da saúde mental de profissionais de médicos em formação tem destaque no debate público também no Brasil. e motivou a aprovação no último ano pelo Senado Nacional do Projeto de Lei 157/2017, que assegura a acadêmicos de medicina e Médicos Residentes assistência psicológica e psiquiátrica gratuito pelas Instituições às quais estejam vinculados. Pela lei, Faculdades e Universidades, bem como Secretarias de Saúde que disponham de Programas de Residência Médica, deverão prover atendimento e suporte adequado a seus alunos vinculados, com o intuito de rastrear, identificar, abordar e tratar indícios de sofrimento ou transtornos mentais, garantindo acesso e bem-estar psíquico dos alunos, ampla e habitualmente dispostos a eventos ou situações estressantes e fonte de adoecimento.

Outro ponto sensível na análise e discussão dos dados é o questionamento acerca do contexto vivido pelo município do Rio de Janeiro durante a referida pesquisa. Após anos de avanços nas Redes de Saúde da capital fluminense, com o estímulo ao crescimento, ao desenvolvimento e à expansão da APS, bem como à sua organização, uma rápida e parcialmente eficaz tentativa de desmonte dos avanços alcançados pela gestão anterior foram implementados pela atual gestão do município, na Prefeitura de Marcelo Crivella. Sob a justificativa de dificuldades econômicas enfrentadas pelo município, deu-se um processo de retrocesso, com eliminação de equipes de SF previamente criadas, desabastecimento de medicações e insumos na rede, e perda de espaço pela RM. Esse poderia constituir um possível questionamento acerca da validade do estudo, inquerindo acerca de ocasional viés ao analisar a população estudada. Entretanto, destaca-se que a pesquisa, em sua coleta de dados, fora realizada em momento oportuno e planejado, fora do período de dificuldades enfrentado pelos profissionais, entre o fim do mês de julho e o início de setembro de 2018, período em que a rede encontrava-se estável, sem desabastecimentos, atrasos de salários ou bolsas, e ainda não tendo ocorrido qualquer corte de equipes ou de profissionais da ESF, bem como sem proximidade com período de greves, ou seja, evitando qualquer viés de respostas desencadeadas por fatores ligados à gestão.

Por fim, ainda que os escores utilizados pareçam levar em conta critérios por vezes semelhantes ou próximos, fica clara a discriminação precisa de cada síndrome mensurada por eles, sem fator de confundimento. Esse fato pode ser confirmado por 3 pontos expressos na pesquisa em questão: a confiabilidade para diagnósticos medida por seus alfas de Cronbach, a

variedade de critérios avaliados, isoladamente ou em conjunto, entre os escores, e a não-coincidência de valores entre as prevalências aferidas. Desse modo, há alta confiabilidade dos resultados encontrados e mensurados.

7. Considerações Finais

Os resultados encontrados compuseram um dos maiores levantamentos já realizados acerca do perfil de médicos residentes do país e o maior dentro da especialidade em questão, além de atestar um problema que era, até então, apenas presumido na população abordada.

Tais prevalências chamam atenção uma vez que, no contexto nacional, jamais haviam sido calculadas dentro da referida especialidade médica tendo por base uma amostra-alvo tão significativa.

Ainda que condizentes com a bibliografia internacional, as prevalências para sofrimento mental/TMC, ansiedade, depressão e Burnout em Residentes de Medicina de Família e Comunidade foram sensíveis e sinalizam um revés pouco reconhecido até então, que precisa de respostas iminentes e abordagens eficazes.

Faz-se notória também a necessidade de sensibilização dos profissionais envolvidos diretamente com a formação dos residentes que, com frequência, não identificam este problema, não sabem como abordar a situação de saúde de seus discentes ou menosprezam a carga de sofrimento/desgaste existente, acreditando ser o período da Residência Médica seja uma fase de esgotamento natural para o profissional, e isto seja intrínseco do momento.

Apenas com o devido engajamento destes envolvidos no processo de formação e capacitação dos residentes, em conjunção com medidas governamentais e reconhecimento pela comunidade, é que poderemos progredir na abordagem desta questão, alcançando melhores resultados e modificando a cultura vigente do “crescimento pela dor”, ainda tão enraizada na nossa sociedade contemporânea.

8. Referências Bibliográficas

ADAMS, E. et al. What stops us from healing the healers: a survey of help-seeking behaviour, stigmatisation and depression within the medical profession. **International Journal of Social Psychiatry**, 2009.

ARAGÃO, J. A. et al. Ocorrência de sintomas depressivos em médicos que trabalham no programa de saúde da família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 341–346, dez. 2014.

ASHWORTH, M.; ARMSTRONG, D. Sources and implications of dissatisfaction among new GPs in the inner-city. **Family Practice**, v. 16, n. 1, p. 18–22, 1 fev. 1999.

BARBOSA, G. A. **A saúde dos médicos do Brasil**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2007.

BUDEBERG-FISCHER, B. et al. Anxiety and depression in residents - results of a Swiss longitudinal study. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, v. 55, n. 1, p. 37–50, 1 fev. 2009.

CALNAN, M. et al. **Health and health related behaviour within general practice in South Thames Final Report**. [s.l: s.n.].

CAPLAN, R. P. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. **BMJ**, v. 309, n. 12, p. 1261–1263, nov. 1994.

CARLOTTO, M. S. Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Prevalência e fatores associados. **Psicologia Argumento**, v. 34, n. 85, p. 133–146, 2016.

CHAMBERS, R.; BELCHER, J. Predicting mental health problems in general practitioners. **Occupational Medicine**, v. 44, n. 4, p. 212–216, 1994.

CHAMBERS, R.; CAMPBELL, I. Anxiety and depression in general practitioners: associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. **Family Practice**, v. 13, n. 2, p. 170–173, 1996.

DEVOE, J.; FRYER, G.; HARGRAVES, L. Does Career Dissatisfaction Affect the Ability of Family Physicians to Deliver High-Quality Patient Care? **The Journal of Family Practice**, v. 51, n. 3, p. 223–228, mar. 2002.

EARLE, L.; KELLY, L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. **Canadian Family Physician**, n. 51, p. 243–247, 2005.

ENZMANN, D. et al. Dimensionality and validity of the Burnout Measure. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 71, p. 331–351, 1998.

FIRTH-COZENS, J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. **British Journal of General Practice**, p. 5, 1998.

GODENICK, M. et al. Physical and psychological health of family practice residents. **Family Medicine**, v. 27, n. 10, p. 646–651, nov. 1995.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock/Routledge, 1992.

GOESNSTEIN, C. et al. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. 1. ed. [s.l.] Artmed, 2016.

HAINER, B. L.; PALESCH, Y. Symptoms of depression in residents: a South Carolina Family Practice Research Consortium study. **Academic Medicine**, v. 73, n. 12, p. 1305–1310, dez. 1998.

JIMÉNEZ-LÓPEZ, J. L.; ARENAS-OSUNA, J.; ANGELES-GARAY, U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc.**, p. 6, [s.d.].

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. DE. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1471–1480, maio 2016.

LEE, F. J.; BROWN, J. B.; STEWART, M. Exploring family physician stress Helpful strategies. **Canadian Family Physician**, v. 55, n. 1, p. 288–289, mar. 2009.

LIMA, A. DE S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 283–304, 11 dez. 2017.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1713–1720, dez. 2003.

MASCARÚA-LARA, E.; VÁZQUEZ-CRUZ, E.; CÓRDOVA-SORIANO, J. A. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. p. 3, [s.d.].

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, v. 2, n. 2, p. 99–113, abr. 1981.

MATA, D. A. et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA**, v. 314, n. 22, p. 2373–2383, 8 dez. 2015.

MICHELS, P. J. et al. Anxiety and Anger among Family Practice Residents: A South Carolina Family Practice Research Consortium Study. p. 69–79, jan. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde mental**. 1. ed. Brasília, DF: [s.n.]. v. 34

MOREIRA, H. DE A.; SOUZA, K. N. DE; YAMAGUCHI, M. U. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, n. 0, 12 mar. 2018.

MUÑOZ, A. DE LA C. et al. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. **Atención Primaria**, v. 32, n. 6, p. 343–348, 2003.

OMS. **Mental Health: strengthening mental health promotion**: Factsheet. [s.l: s.n.]. 2007

OMS. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. [s.l.], 2017.

ORIEL, K.; PLANE, M. B.; MUNDT, M. P. Family medicine residents and the impostor phenomenon. **Family medicine**, v. 36, n. 4, p. 248–252, 2004.

RENDON-SANCHEZ, J. et al. Depression, Anxiety and Burnout Syndrome in Medical Residents of Family Medicine in Tijuana, Mexico. p. 6, [s.d.].

SANTOS, É. G. DOS; SIQUEIRA, M. M. DE. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010.

SANTOS, M. **Síndrome de burnout entre médicos atuantes na estratégia de saúde da família: uma análise no município do rio de janeiro**. [s.l: s.n.].

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A. A feminização da medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 268–277, 2013.

SOLER, J. K. et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. **Family Practice**, v. 25, n. 4, p. 245–265, 1 ago. 2008.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

TELESSAÚDE RS - UFRGS. **Curso de saúde mental: sofrimento mental comum**, 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2z1WaPfR_9A>. Acesso em: 2 fev. 2018

YI, M. S. et al. Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Primary Care House Officers. **Ambulatory Pediatrics**, v. 6, n. 2, p. 84–90, mar. 2006.

Anexo I
Questionário Sociodemográfico

1. Você é: R1 R2
2. Sexo: Masc Fem
3. Idade: _____
4. Clínica em que faz sua formação: _____
5. Área Programática: _____
6. Universidade onde se Graduiu: _____
7. Tempo de formado em anos: _____
8. Tamanho médio da população adscrita à sua equipe (número de usuários):
 1500-2000 2000-2500 2500-3000 3000-3500
 3500-4000 >4000
9. Tempo aproximado do domicílio à sua Clínica/transporte usado no deslocamento:
_____ / _____
10. Tem dedicação exclusiva à Residência Médica?
 Sim, no momento apenas a residência
 Não, tenho outros vínculos laborais
11. Tem filhos?
 Sim Não
12. Faz uso de ansiolíticos ou antidepressivos (mesmo que ocasional)?
 Sim Não
13. Faz uso de álcool (mesmo que ocasional/recreativo)?
 Sim Não
14. Faz uso de drogas (mesmo que ocasional/recreativo)?
 Sim Não
15. Divide a Equipe com outro Residente?
 Sim Não
16. Divide seus turnos de atendimento com outro profissional (médico ou enfermeiro)?
 Sim Não
17. Seu Preceptor atua diretamente como suporte nos turnos de atendimento?
(p.ex.: ajudando no acolhimento, pequenas resoluções no mesmo ou “puxando” alguns casos?)
 Sim Não

Anexo II

Self Reporting Questionnaire-20 em português

1- Você tem dores de cabeça frequentes?	() sim	() não
2- Tem falta de apetite?	() sim	() não
3- Dorme mal?	() sim	() não
4- Assusta-se com facilidade?	() sim	() não
5- Tem tremores nas mãos?	() sim	() não
6- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	() sim	() não
7- Tem má digestão?	() sim	() não
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	() sim	() não
9- Tem se sentido triste ultimamente?	() sim	() não
10- Tem chorado mais do que costume?	() sim	() não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() sim	() não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	() sim	() não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	() sim	() não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() sim	() não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	() sim	() não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	() sim	() não
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	() sim	() não
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	() sim	() não
19- Você se cansa com facilidade?	() sim	() não
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	() sim	() não

Anexo III

Inventário de Depressão de Beck em português

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

<p>13</p>	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	<p>18</p>	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
<p>14</p>	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p>	<p>19</p>	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____. Não _____.</p>
<p>15</p>	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	<p>20</p>	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
<p>16</p>	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	<p>21</p>	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
<p>17</p>	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

Anexo IV

Inventário de Ansiedade de Beck em português

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

Anexo V

Inventário de Burnout de Maslach para Pesquisa em Serviços Humanos e de Saúde, para Profissionais Médicos (MBI-HSS MP) em português

Com que frequência	0	1	2	3	4	5	6
	Nunca	Algumas vezes ao ano ou menos	Uma vez ao mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

Afirmação	0-6
1) Eu me sinto emocionalmente sugado pelo meu trabalho	
2) Eu me sinto consumido no fim de um dia de trabalho	
3) Eu me sinto fatigado quando levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia neste emprego	
4) Eu consigo compreender facilmente como meus pacientes se sentem a respeito das coisas	
5) Eu sinto que eu trato alguns pacientes como se eles fossem objetos	
6) Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente uma grande tensão pra mim	
7) Eu lido de forma efetiva com os problemas dos meus beneficiários	
8) Eu me sinto esgotado pelo meu trabalho	
9) Eu sinto que eu influencio de forma positiva as outras pessoas através do meu trabalho	
10) Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu peguei esse emprego	
11) Eu me preocupo que este emprego esteja me endurecendo emocionalmente	
12) Eu me sinto muito disposto	
13) Eu me sinto frustrado pelo meu emprego	
14) Eu sinto que eu estou trabalhando duro demais no meu emprego	
15) Eu realmente não me preocupo com o que acontece com alguns pacientes	
16) Trabalhar diretamente com pessoas coloca muito estresse em mim	
17) Eu posso facilmente criar um clima descontraído com maus pacientes	
18) Eu me sinto animado depois de trabalhar bem próximo aos meus pacientes	
19) Eu tenho realizado muitas coisas que valem a pena nesse emprego	
20) Eu sinto como se estivesse no fim da linha	
21) No meu trabalho, eu lido com problemas emocionais muito tranquilamente	
22) Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns de seus problemas	
Apenas para uso administrativo	EE: DE: RP: