

*Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria
e Ciências do Comportamento*

Carla Novaes Carvalho

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ASSOCIADOS AO
PROCESSO DE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM PÓS-
GRADUANDOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA NA
ÁREA DE SAÚDE NO RECIFE**

Recife
2008

Carla Novaes Carvalho

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ASSOCIADOS AO PROCESSO DE
TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM PÓS-GRADUANDOS DOS PROGRAMAS
DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DE SAÚDE NO RECIFE**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: João Alberto Gomes Carvalho
Co-orientador: Djalma Agripino de Melo Filho

Recife
2008

Carvalho, Carla Novaes

Transtornos mentais comuns associados ao processo de trabalho e qualidade de vida em pós-graduandos dos programas de residência na área de saúde no Recife / Carla Novaes Carvalho. – Recife: O Autor, 2008.

118 folhas: il., fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2008.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Transtornos mentais – Médicos residentes. 2. Saúde ocupacional. I. Título.

616.89-008.42
616.8

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2008-097

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DA MESTRANDA CARLA NOVAES DE CARVALHO**

No dia 22 de agosto de 2008, às 14h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Tânia Maria Araújo, Doutora Professora do Departamento de Psiquiatria da Universidade Estadual de Feira de Santana (BA); Luiz Alberto Hetem, Doutor Professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda CARLA NOVAES DE CARVALHO, sobre a sua Dissertação intitulada **“TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ASSOCIADOS AO PROCESSO DE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA EM PÓS-GRADUANDOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DE SAÚDE NO RECIFE”**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Araújo

APROVADA

Prof. Dr. Luiz Alberto Hetem

APROVADA

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

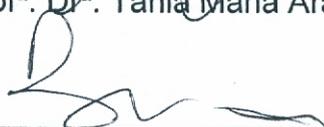
APROVADA



Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca Examinadora



Prof^a. Dr^a. Tânia Maria Araújo



Prof. Dr. Luiz Alberto Hetem

Dedicatória

A meus pais e irmãos, pelo amor e valores que compartilhamos.

A Djalma, mestre e amigo, pelos contornos imprescindíveis dados a este trabalho. Por sua cultura, pelo incentivo dado e por sua tolerância. Obrigada por me ensinar, sei que sem intenção, o longo e árduo caminho do zen no mundo da ciência.

A Ayrton pelo carinho, pelo apoio e por fazer parte de minha vida.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Djalma Agripino de Melo Filho e João Alberto Gomes Carvalho, pela admiração que lhes tenho, pela contribuição, no meu aprendizado pessoal e profissional.

Às gratas presenças, de Ivan Corrêa e de Tsang Ing Ren (Inden), por demais importantes na minha vida e neste meu processo. Inden, obrigada pela minuciosa ajuda nas traduções para o inglês.

Aos amigos, Ana Carla e Igor, pelo enorme auxílio na coleta de dados e pelos risos e agonias que vivenciamos nestes momentos.

A minha sobrinha Valentine, a minhas irmãs Criste e Carol, a Inden, a Michele, a Adriana, a cada gesto de ajuda que me deram durante este período.

A Julieta Aguiar, pelo carinho, pelo incentivo e por seus deliciosos bolos e pães.

Aos queridos funcionários da biblioteca do Centro de Ciências da Saúde, seu Fernando e Marlene, pela simpatia, pelo gosto por que fazem e por sua franca disponibilidade.

Àquelas pessoas que me ajudaram, no processamento criterioso e carnavalesco dos dados, Tuda e Val, bem como na primorosa revisão do texto, quase junino, de Beth Carvalho.

Aos professores, Luiz Oscar Cardoso Ferreira e Maria José Bezerra Guimarães, pelo grande apoio e ajuda, na fase dos procedimentos analíticos.

À professora Tânia Araújo, da Bahia, por sua generosidade em me disponibilizar bibliografia, pela prontidão em me atender e me esclarecer dúvidas de cálculos e explicitar fórmulas que pareciam tão complicadas.

À professora Ana Bernarda Ludermir, pela gentileza de me contemplar com bibliografia que compôs meu estudo.

Às Coordenações de Residência do Hospital das Clínicas, em especial, a disponibilidade de Norma Filgueira e Tânia Fell.

A Pedro Sampaio, por me facilitar e disponibilizar informações do censo dos residentes do Estado, no meio início desta pesquisa.

A todos os Diretores dos hospitais envolvidos na pesquisa que, quanta sorte tive!, foram acolhedores, compreensivos, facilitando minha chegada ao local da árdua tarefa de coleta de dados.

A todos os residentes, pela acessibilidade e pela atitude, em sua maioria, simpática e receptiva a minha longa lista de perguntas.

Aos professores e funcionários do Mestrado, pelo convívio e aprendizado.

Aos amigos e colegas do Barão de Lucena, pessoas especialmente gratas, Gilda Kelner, Marcelo Bowman e Suzana Boxwell, por compreenderem minhas ausências.

Aos colegas do Mestrado, pelo convívio e especial deferência aos mais próximos, Maria do Carmo Vieira da Cunha e José Vieira, e a colega do doutorado Vera Facundes.

“Não é possível praticar sem avaliar a prática. Avaliar a prática é analisar o que se faz, comparando os resultados obtidos com as finalidades que procuramos alcançar com a prática. A avaliação da prática revela acertos, erros e imprecisões. A avaliação corrige a prática, melhora a prática, aumenta nossa eficiência. O trabalho de avaliar a prática jamais deixa de acompanhá-la...

(...)

A prática precisa de avaliação como os peixes precisam de água e a lavoura de chuva.”

Paulo Freire

RESUMO

Os transtornos mentais comuns (TMC) expressam fenômenos psicopatológicos caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Recentemente, os TMC têm sido investigados em grupos específicos, como profissionais de saúde, e o interesse por sua relação com o processo do trabalho e a qualidade de vida tem crescido nos últimos anos. Este estudo teve como objetivo determinar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com variáveis sociodemográficas, características do programa de treinamento, consumo de drogas, qualidade de vida em pós-graduandos dos programas de residência de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva da cidade do Recife. Foi conduzido um estudo transversal, em 2007, envolvendo uma amostra aleatória em que 178 residentes responderam a um conjunto de questões, inclusive as do JCQ (*Job Content Questionnaire*) e do SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*). Para análise dos dados, estimou-se a prevalência de TMC e sua associação com as variáveis foi mensurada pelas *odds-ratios* (OR), simples e ajustadas pela regressão logística. A probabilidade máxima de erro para rejeição da hipótese nula foi de 5%. A prevalência total dos TMC foi de 51,1% e não esteve associada a variáveis sociodemográficas ($p > 0,05$). A magnitude de prevalência entre os residentes médicos (56,2%) e residentes não-médicos (40,4%) apresentou diferença limítrofe ($p = 0,05$). Registraram-se experiências dos residentes com uso de anfetaminas (9,1%), antidepressivos (10,7%) e ansiolíticos (14,4%), bem como maconha, solventes, tabaco e álcool. O uso de antidepressivos esteve associado 21 vezes aos TMC e o de ansiolíticos, cinco vezes. De um ponto de vista global, a percepção dos residentes quanto à qualidade de vida foi negativa. Os TMC estiveram associados ao trabalho de alta exigência entre os residentes, globalmente (OR=11; IC 95% 3,44 - 35,54) e ao trabalho ativo entre os residentes médicos (OR=10; IC 95% 2,58-41,42). Após ajuste dos fatores de confusão, somente o tempo de treinamento acima de oito horas diárias ($p = 0,00$) e as características do processo de trabalho de baixa habilidade ($p = 0,00$) e alta demanda ($p = 0,00$) mantiveram-se associadas aos TMC. A elevada magnitude dos

TMC, em jovens profissionais da área de saúde, em treinamento em programas de residência, associada a algumas características do processo de trabalho revela neste contexto a existência de fatores produtores ou desencadeadores de sofrimento mental e, neste sentido, torna imperativa a necessidade de transformações nesse ambiente, além de estratégias para prevenção, detecção precoce e tratamento adequado dos doentes.

Palavras-chave: Residência médica. Saúde mental. Transtornos mentais. Processo de trabalho. Epidemiologia. Psiquiatria.

ABSTRACT

Common mental disorders (CMD) express psychopathological phenomena characterized by symptoms such as insomnia, fatigue, irritability, forgetfulness, concentrating difficulty and somatic complaints. Recently, CMD have been investigated in specific groups such as health professionals and interest on its relationship with the working process and quality of life has grown in recent years. This study aimed to determine the prevalence of common mental disorders and their association with sociodemographics variables, characteristics of the training program, drug use, quality of life in post-graduating medicine, nursing, nutrition and public health residency programs from the city of Recife. It was conducted a cross-sectional study, in 2007, involving a random sample of 178 residents responded to a set of questions, including the (JCQ) Job Content Questionnaire and the (SRQ-20) Self Reporting Questionnaire. For the analysis of the data, it was estimated the prevalence of CMD and its association with the variables was measured by simple odds-ratios (OD), and adjusted by logistic regression. The maximum probability of error for rejecting of the null hypothesis was 5%. The overall prevalence of CMD was 51,1% and there were no association to sociodemographics variables ($p > 0,05$). The magnitude of prevalence among resident doctors (56,2%) and resident non-doctors (40,4%) presented a difference with borderline statistical significance ($p = 0.05$). It is reported residents experiences with the use of amphetamines (9,1%), antidepressants (10,7%) and anxiolytics (14,4%), in addition to cannabis, solvents, tobacco and alcohol. The antidepressants were associated 21 times with CMD, and anxiolytics, five times. From a global point of view, the perception of residents about their quality of life was negative. CMD were associated to the high strain work among residents, overall (OR=11; IC95% 3,44-35,54) , and the active work among medical residents (OR=10; IC 95% 2,58 - 41,42). After adjusting the data for confusing factors, only the training of length over eight hours daily ($p=0,00$) and the characteristics of low ability working process ($p=0,00$) and high demand ($p=0,00$) have been associated with the CMD. The high magnitude of CMD in young professionals in the field of health, belonging to a training program in residence, associated with some characteristics of the work process reveals in this context the existence of factors that

producers or that triggers mental suffering. In this sense, it is imperative the need for change in this environment, in addition to strategies for prevention, early detection and appropriate treatment of patients.

Keywords: Medical residency. Mental health. Mental disorders. Work process. Psychiatry. Epidemiology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Área de Estudo segundo a distribuição dos programas de residência na área básica de acesso direto em medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva, na cidade do Recife	34
Figura 2	Residentes segundo o ano de conclusão da graduação (%)	46
Figura 3	Residentes segundo profissão (%)	47
Figura 4	Residentes segundo ano de treinamento (%)	47
Figura 5	Residentes segundo programa de residência (%)	48
Figura 6	Médicos residentes segundo especialidade	48
Figura 7	Prevalência de TMC segundo grau de exigência do processo de trabalho em médicos e não-médicos	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características da população de estudo	45
Tabela 2	Prevalência de TMC segundo variáveis sociodemográficas	49
Tabela 3	Prevalência das "queixas" do SRQ-20 segundo sexo	50
Tabela 4	Prevalência das "queixas" do SRQ-20 segundo profissão	51
Tabela 5	Prevalência de TMC segundo características do programa de residência	53
Tabela 6	Prevalência de TMC segundo relação com a profissão e o programa de residência	54
Tabela 7	Prevalência de TMC segundo características do processo de trabalho	55
Tabela 8	Características do processo do trabalho, segundo demanda e controle, em residentes médicos e não-médicos	56
Tabela 9	Prevalência de TMC segundo características do processo do trabalho, segundo demanda e controle, em residentes médicos e não-médicos	57
Tabela 10	Prevalência de TMC segundo sedentarismo no lazer	58
Tabela 11	Prevalência de TMC segundo tratamento psicoterápico e consumo de antidepressivos, ansiolíticos e estimulantes	58
Tabela 12	Prevalência de TMC segundo consumo de álcool e tabaco	59
Tabela 13	Prevalência de TMC segundo consumo de maconha, cocaína, ecstasy, solventes e crack	60
Tabela 14	Prevalência de TMC segundo grau de satisfação com aspectos da qualidade de vida	62
Tabela 15	Prevalência de TMC segundo auto-avaliação de aspectos da qualidade de vida	63
Tabela 16	Modelo final da Regressão Logística	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças	16
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros	34
CPqAM	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães	34
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais	16
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition	17
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third	41
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz	34
GHQ	General Health Questionnaire	22
HAM	Hospital Agamenon Magalhães	34
HBL	Hospital Barão de Lucena	34
HC	Hospital das Clínicas	34
HGV	Hospital Getúlio Vargas	34
HOF	Hospital Otávio de Freitas	34
HR	Hospital da Restauração	34
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz	34
JCQ	Job Content Questionnaire	26
NHSDA	National Household Surveys on Drug Abuse	41
OMS	Organização Mundial de Saúde	18
PASSR	Patient Self-Report Symptom Form	22
PSE	Present State Examination	22
QIAF	Questionário Internacional de Atividade Física	40
QV	Qualidade de Vida	27
ROC	Receiver Operating Characteristic Curves	23
SES	Secretaria Estadual de Saúde	33
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire-20	21
SUS	Sistema Único de Saúde	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TMC	Transtornos Mentais Comuns	16
UFBA	Universidade Federal da Bahia	24
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco	33
UPE	Universidade de Pernambuco	33
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo	30

Sumário

1	INTRODUÇÃO	16
2	MARCO TEÓRICO	21
	2.1 Transtornos Mentais Comuns: aspectos teóricos e metodológicos	21
	2.2 Relações entre Processo de Trabalho e Saúde Mental	24
	2.3 Histórico e características dos programas de residência na área de saúde	29
3	OBJETIVOS	32
	3.1 Objetivo geral	32
	3.2 Objetivos específicos	32
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
	4.1 Área de Estudo	33
	4.2 Universo e Determinação da Amostra	33
	4.3 Desenho de Estudo e Coleta de Dados	35
	4.4 Variáveis e Instrumentos de Coleta de Dados	36
	4.5 Processamento dos Dados	42
	4.5.1 Codificação e Digitação dos Dados	42
	4.5.2 Crítica aos Dados	42
	4.5.3 Plano de Descrição e Análise	43
	4.6 Considerações éticas	44
5	RESULTADOS	45
6	DISCUSSÃO	65
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	84
8	REFERÊNCIAS	86
9	APÊNDICE	96
10	ANEXOS	117

1 INTRODUÇÃO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), expressão criada por Goldberg e Huxley (1992), são comumente detectados na população, sinalizam uma interrupção do funcionamento normal do indivíduo e caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Esses autores argumentam que esses transtornos, apesar de inicialmente não serem graves, causam enorme sofrimento, podem estar associados a alguma incapacidade e por isso são responsáveis pelo absentismo no trabalho.

Os TMC não configuram uma entidade clínica específica que possa ser descrita em manuais nosológicos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana, ou a Classificação Internacional das Doenças (CID), editada pela Organização Mundial de Saúde. Segundo Mari e Jorge (1997), têm sido relacionados aos transtornos de ansiedade, de somatização e de depressão sem sintomas psicóticos. Apresentam prevalência entre 7% e 30% nos estudos realizados em países industrializados (GOLDBERG e HUXLEY, 1992).

Segundo Lewis (1967 apud GENTIL, 1997), a ansiedade pode ser conceituada como um estado emocional vivenciado com qualidade subjetiva de medo ou de emoção desagradável, dirigida para o futuro, desproporcional a uma ameaça reconhecível, aliada ao desconforto somático subjetivo e alterações somáticas manifestas. Consideram-na patológica quando suas manifestações e alterações de intensidade, duração e frequência interferem no desempenho habitual do indivíduo, provocando alterações comportamentais que acarretam prejuízo na vida diária.

Os transtornos ansiosos são estados emocionais repetitivos ou persistentes, nos quais a ansiedade patológica desempenha papel fundamental, cujas manifestações mais exuberantes causam, por exemplo, extremo desconforto, como sintomas somáticos cardiorrespiratórios: taquicardia, sensação de afogamento e sufocação, ou psíquicos, como tensão e nervosismo, impelindo o indivíduo a um estado de constante alerta, ou ainda, sensações de estranheza ou despersonalização. Sendo assim, pode-se inferir as conseqüências psicossociais produzidas pelos mesmos (GENTIL, 1997).

Outro efeito vinculado aos transtornos ansiosos é a dificuldade de concentração, acarretando prejuízo no desempenho de tarefas, comportamentos de esquiva e isolamento social, o que terá como resultado o comprometimento, em variados graus, da vida pessoal, social e laboral. Muitos indivíduos, acometidos por esses transtornos, podem passar a desempenhar atividades aquém de sua capacidade, desistem de tarefas que exijam desafios, ou abandonam-nas e vivem, desde então, em um nível de sofrimento constante.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª revisão (DSM-IV), define como transtornos somatoformes os sintomas sugestivos de distúrbio físico, por isso *somatoformes*, para os quais não se demonstra correspondência orgânica ou mecanismos fisiológicos conhecidos que os expliquem, embora existam evidências, ou fortes indícios, de que eles estejam ligados a fatores ou conflitos psicológicos (APA, 1995). Os pacientes acometidos desses transtornos, normalmente, não aceitam que suas queixas sejam de origem psíquica, são difíceis de diagnosticar, visto que, geralmente se perpetuam na procura repetitiva de atenção médica (KAPLAN e SADOCK, 1998).

A depressão se caracteriza por uma alteração patológica do humor que limita ou impede a pessoa de sentir prazer em qualquer que seja a atividade realizada (anedonia), desinteressando-se por esta, de modo que a tristeza apresentada é qualitativamente diferente da normal. São variados os sintomas que a ela se vinculam: diminuição da energia e atividade geral, perda da libido, do apetite e, muitas vezes, perda de peso, insônia (inicial ou terminal), lentificação dos movimentos e do pensamento, podendo ocorrer flutuação diurna do humor, agravando-se ao despertar e melhorando ao correr do dia (LAFER, 1996).

Na depressão, os pensamentos ficam restritos a poucos temas, com ruminações de culpa e autocrítica. Sintomas cognitivos se manifestam pela dificuldade de concentração e perda de memória. As ideações de culpa podem atingir um caráter mais grave acompanhados por delírios de ruína, niilistas, hipocondríacos, somáticos, de auto-referência e persecutórios. Alucinações são raras, mas, quando presentes, se expressam, geralmente, como vozes acusando ou condenando o paciente e, além disso, pode existir sentimento de desesperança e ideação suicida (LAFER, 1996).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006), a depressão maior afeta cerca de 50 milhões de pessoas em todo mundo, figurando, assim, como a primeira causa de incapacidade entre os problemas de saúde. Os pacientes acometidos de transtornos ansiosos ou somatoformes podem, em algum momento, apresentar quadros depressivos ou vice-versa, evidenciando as intersecções entre estes transtornos no que concerne à sintomatologia e às conseqüências para a vida cotidiana.

Portanto, os TMC constituem uma dimensão de fenômenos psicopatológicos, descritos anteriormente, expressa no nível coletivo cuja abordagem é realizada fundamentalmente pelos estudos epidemiológicos. O interesse em perscrutar esse construto tem crescido para além de sua detecção na população geral. Têm-se realizados estudos para mensurar a magnitude dos TMC em várias profissões, inclusive em profissionais de saúde nos quais se observaram prevalências entre 12,9% e 45,5%, revelando o risco da insalubridade mental associado ao ambiente hospitalar (PITTA, 1994).

Os TMC, também, podem interferir intensamente nos relacionamentos interpessoais e na qualidade de vida, constituindo-se em potenciais substratos para o desenvolvimento de transtornos mais graves (ALMEIDA et al, 2007). Outrossim, estudos apontam residentes médicos e outros profissionais de saúde como população sob risco de adoecimento cujas manifestações psicológicas particulares podem ser: depressão, ansiedade, abuso de substâncias, sentimentos de raiva/irritabilidade e a síndrome de *burnout*, ou síndrome da estafa profissional, caracterizada por exaustão emocional, distanciamento das relações pessoais e diminuição do sentimento de realização pessoal (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, 2005; THOMAS, 2004; TRIGO et al, 2007).

A residência médica é reconhecidamente um período de enorme aprendizado na formação e aperfeiçoamento da vida profissional, além do que esta prática de treinamento também melhora a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde que dela dispõem (ZAMBBUDIO et al, 2004). Estudos destacam-na como uma das fases mais estressantes na formação do médico e alguns deles demonstram que o

primeiro ano expõe os residentes a uma maior vulnerabilidade, levando-os a sofrimentos que podem provocar alterações comportamentais indesejáveis.

Desta maneira, trata-se de um percurso que deixará marcas na formação do profissional de saúde, pois constitui a base da identidade profissional e influencia suas atitudes futuras. Apesar das tensões resultantes de um trabalho ou aprendizado geralmente serem consideradas desprazerosas, segundo Aach et al (1988), elas podem ajudar no desenvolvimento de qualidades desejáveis e na aquisição de novos conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos. Por se tratar de um treinamento em serviço sob supervisão, a residência constitui-se num momento de transição, marcado pela dualidade do residente, simultaneamente trabalhador e estudante de um serviço.

No campo das relações entre saúde mental e trabalho, a corrente que estuda estresse e trabalho, segundo Nogueira-Martins (2005), habitualmente utiliza-se de modelos conceituais, como o do estresse-adaptação, ou do *burnout* ou, ainda, do demanda-controle. Como proposta transdisciplinar, o modelo demanda-controle de Karasek (1979) aborda o processo de trabalho em relação a sua dimensão psicossocial, demonstrando que as tensões no trabalho são geradas pela interação entre as demandas e o grau de controle que o trabalhador dispõe para enfrentá-las. Desta interação podem resultar algumas combinações em que a situação de trabalho de alta exigência, caracterizada pela alta demanda e pelo baixo controle, está associada a riscos para a saúde física e mental.

Pesquisas detectam um maior sofrimento mental entre médicos cuja expressão é revelada pelo suicídio cuja incidência é maior nesta categoria do que na população em geral (MELEIRO, 1998) e pela maior prevalência de depressão (CENTER et al, 2003). Tem-se verificado entre os profissionais de saúde uma associação entre TMC e condições de trabalho (ARAÚJO, GRAÇA e ARAÚJO, 2003). Trigo et al (2007), revisando artigos sobre a síndrome de *burnout* concluem que é desconhecida a magnitude deste fenômeno, mas enfatizam os prejuízos causados pelo mesmo à saúde mental do profissional de saúde nos âmbitos pessoal, profissional, social e na organização do trabalho.

De acordo com Smith et al (1986), a magnitude dos transtornos mentais em residentes médicos, como demonstram as pesquisas (COHEN, 2002; CLEVER, 2002), parece estar aumentando. Os estudos sobre a saúde mental têm como constante foco os estudantes de graduação em medicina e em outras áreas da saúde, no entanto, as publicações sobre TMC em profissionais sob treinamento em regime de residência são escassas no Brasil, inclusive as que dedicam especial atenção às características do processo de trabalho desenvolvido nessa fase de aperfeiçoamento. Por outro lado, desconhecem-se, também, estudos que comparem a prevalência de TMC entre residentes médicos e não médicos.

O treinamento da residência representa um momento crítico na formação de futuros profissionais que estarão cuidando da saúde de outras pessoas. Deste modo, é importante conhecer não só a magnitude, mas também as relações entre ambiente de trabalho e sofrimento psíquico, neste período particular da capacitação profissional, pois a identificação precoce de TMC possibilita educadores e coordenadores dos programas de residência a adotar medidas preventivas ou instituir programas de intervenção e acompanhamento destes indivíduos.

Neste sentido, esta investigação teve como objetivo determinar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com variáveis sociodemográficas, características do programa de treinamento, consumo de drogas e qualidade de vida em pós-graduandos dos programas de residência de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva da cidade do Recife.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Transtornos Mentais Comuns: aspectos teóricos e metodológicos

As estimativas de prevalência, na pesquisa psiquiátrica, iniciaram-se mediante acuradas observações clínicas sobre os problemas mentais nas populações hospitalares. Somente após a Segunda Guerra Mundial é que os estudos comunitários começaram a se desenvolver. As pesquisas da epidemiologia psiquiátrica mudaram seu foco de atenção, passando a incluir os serviços de saúde ambulatoriais e, posteriormente, estenderam-se aos estudos de base populacional (COUTINHO, ALMEIDA-FILHO e MARI, 1999; HARDING et al, 1983).

O conceito de TMC desenvolveu-se, na década de 1970, pela abordagem epidemiológica dos eventos de adoecimento mental no âmbito da atenção primária em saúde (GOLDBERG e HUXLEY, 1992; HARDING et al, 1980). Os idealizadores do conceito observam que a maioria dos casos de doenças mentais, detectados nas pesquisas realizadas em comunidades, não são atendidos pelos serviços de saúde mental, mediante avaliação psiquiátrica, uma vez que podem passar despercebidos na triagem inicial sobre o estado geral de saúde.

Estes transtornos, embora não sejam severos, tampouco devem ser descritos como leves, uma vez que causam enorme sofrimento e podem estar associados à incapacidade severa. Muitas vezes deixam de ser transitórios e passam a apresentar duração prolongada, por isso aumentam a demanda pelos serviços de saúde, e representam importante causa de ausência ao trabalho, contudo seu tratamento não é necessariamente medicamentoso, podendo ser abordado com medidas de suporte psicossocial e/ou psicoterapia.

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um dos instrumentos mais amplamente utilizados para a detecção dos TMC e foi projetado por Harding et al (1980), que o desenvolveram mediante um processo de consenso, coordenado pela OMS, no qual se compararam itens procedentes de quatro instrumentos, para avaliação

de morbidade mental, usados numa variedade de ambientes culturais: o *Patient Self-Report Symptom Form* (PASSR), em Cali, Colombia; o *Post Graduate Institute Health Questionnaire N2*, em Chandigarh, Índia; o *General Health Questionnaire* (GHQ), na Inglaterra e os itens referentes aos sintomas da versão breve do *Present State Examination* (PSE).

Como resultado disto, elaborou-se um questionário de 20 questões, cuja finalidade inicial era a realização de triagem de transtornos psiquiátricos na atenção primária em saúde, tornando-se, mais precisamente, um instrumento para identificação de “caso”. Todavia, o SRQ-20 não é um substituto ou equivalente à entrevista psiquiátrica, por isso não é útil para abordagem diagnóstica e terapêutica no âmbito singular do caso individual, objeto de interesse da clínica.

Para a definição de um caso psiquiátrico, o indivíduo normalmente deve apresentar um número crítico de sintomas vinculados a um determinado referencial durante um intervalo de tempo também crítico. Isto é necessário, uma vez que muitos estados transitórios de disfunção psíquica ou estresse podem remitir espontaneamente, e, portanto, não devem ser considerados como transtornos mentais (GOLDBERG e HUXLEY, 1992).

As perguntas, que compõem o SRQ-20, referem-se a sintomas físicos, como, por exemplo, dor de cabeça, falta de apetite, má digestão, e psíquicos. Para respondê-las, o entrevistado deve tomar como referência os últimos trinta dias. Do ponto de vista dimensional, a sintomatologia abordada, de acordo com Iacoponi e Mari (1988), destaca sintomas do humor (depressivo/ansioso), sintomas somáticos e, ainda, sintomas sobre decréscimo da energia vital.

Assim, o SRQ além de detectar indícios de transtorno mental (WHO,1993), por outro lado, constitui um instrumento imprescindível para comparar a magnitude de adoecimento mental em grupos populacionais de vários contextos culturais. Tratando-se de um instrumento de *screening*, a questão sobre sua validade vem sendo atualmente bastante estudada e envolve necessariamente a discussão sobre a determinação do ponto de corte, ou seja, sobre a quantidade mínima de perguntas, cujas respostas foram positivas, para “definir” o caso de TMC.

Quando se avaliam os estudos sobre os TMC, percebe-se que a sensibilidade do SRQ-20, ou seja, sua capacidade de detectar os verdadeiros positivos, em comparação com a entrevista psiquiátrica (padrão-ouro), varia entre 62,9% e 90% e a especificidade, capacidade de detecção dos verdadeiros negativos, varia entre 44% e 95,2% (WHO, 1993). O ponto de corte utilizado em muitas investigações tem sido de 7/8, como, por exemplo, o estudo de Mari e Williams (1986a) cujas sensibilidade e especificidade foram, respectivamente, de 83% e 80%.

Ludermir e Melo Filho (2002), utilizando-se da entrevista psiquiátrica, como padrão-ouro, após análise do poder discriminatório do SRQ-20, pelo *Receiver Operating Characteristic Curves* (ROC), determinaram o ponto de corte em 5/6 e encontraram sensibilidade de 62% e especificidade de 78%. Outros estudos utilizam ponto de corte diferenciado entre os sexos, 7/8 para o feminino e 5/6 para o masculino (ALMEIDA et al, 2007; FACUNDES e LUDERMIR, 2005; LIMA, DOMINGUES e CERQUEIRA, 2006; MARAGNO et al, 2006; WHO, 1993).

Como a sensibilidade e a especificidade do SRQ-20 não são bastante elevadas, existe possibilidade de ocorrência de casos falso positivos e falso negativos, determinando erros de classificação, por isso a escolha correta do ponto de corte é de fundamental importância para evitar esse tipo de bias. Assim, alguns autores observam que há uma proporção significativa de casos falso negativos em homens, uma vez que subestimam queixas dessa natureza, e de casos falso positivos em mulheres, pois aí se verifica uma tendência à sobrevalorização delas, por isso sugerem o uso de um ponto de corte diferenciado para homens e mulheres (LUDERMIR e LEWIS, 2005; MARI e WILLIAMS, 1986a, 1986b) .

A prevalência dos TMC tem sido avaliada em estudos comunitários nos quais se comparam as diferenças entre grupos etários, gêneros e ocupações (ARAUJO, PINHO e ALMEIDA, 2005; LUDERMIR e MELO FILHO, 2002; MARÍN-LEÓN, 2007; PINHEIRO et al, 2007). No Nordeste do Brasil, estudo realizado, em 1993, na cidade de Olinda (PE), encontrou uma prevalência de 35% para estes transtornos, associando-os às precárias condições de vida e estrutura ocupacional (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002). Inquérito, realizado em 1994, em Pelotas (RS), revelou que 22,7% da população adulta, residente na zona urbana, sofriam de TMC (LIMA, Maurício et al, 1996).

Trabalhos brasileiros sobre prevalência de TMC em estudantes da área de saúde revelaram magnitude diferenciada do fenômeno: 29,6% nos estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia - UFBA (ALMEIDA et al, 2007) e 44,7% em estudantes de medicina de São Paulo (LIMA, Maria et al, 2006). Facundes e Ludermir (2005) observaram uma prevalência destes transtornos de 34,1%, no total de estudantes, e de 42,6%, nos alunos curso médico, da Universidade de Pernambuco, associados à sobrecarga nos estudos e a situações especiais na infância e adolescência.

Cabana (2005) encontrou uma prevalência global de TMC de 23,39% em médicos de um grande hospital público do Recife cuja magnitude se mostrou associada ao ambiente do hospital no qual estava lotado. A autora observou que os médicos do setor da emergência apresentaram maior sofrimento mental e as piores condições de trabalho. Araújo et al (2003) investigaram a saúde mental de profissionais de enfermagem, em um hospital público de Salvador, detectando uma prevalência de TMC de 33,3% no total, 20,0% entre enfermeiras e 36,4% entre auxiliares de enfermagem. Estudos em outros profissionais de saúde e o interesse pelas repercussões dos TMC apresentam crescimento progressivo, inclusive no Brasil.

2.2 Relações entre Processo de Trabalho e Saúde Mental

Nas últimas quatro décadas, as mudanças históricas transformaram radicalmente a natureza do trabalho dos profissionais de saúde em consequência do grande desenvolvimento científico, tecnológico e da institucionalização da assistência à saúde. Apesar dos avanços, cada vez mais o trabalho vem ocupando, paradoxalmente, um tempo considerável da vida de cada indivíduo e do seu convívio social. Nesse contexto, o médico está sendo submetido às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista: instabilidade e precariedade do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade (SOBRINHO et al, 2006).

Segundo Schraiber (1995, p.59), “a medicina, na qualidade de trabalho, é realidade técnica: transformação que o médico opera em seu objeto de intervenção (o doente), fundada em conhecimento científico (ciências naturais)”. A medicina tecnológica emerge como modalidade preferencial de organização do trabalho, que se caracteriza pela incorporação de elementos, como o saber científico e as novas tecnologias, modulando o processo de trabalho em saúde (GONÇALVES, 1994), no entanto não prescinde da dimensão humana e das surpresas do individual e do social.

Visto por outro ângulo, Pitta (1994, p.25) afirma que “o homem moderno, pelo horror de adoecer e de sua própria morte, necessita do saber e da técnica como refúgio para o seu medo e precariedade”. Ao mesmo tempo, além da tecnologia, é intrínseco ao trabalho em saúde o constante contato com variados aspectos do paciente, como a dor, a doença, a morte, inseridos em sua história de vida. Estas características conferem ao trabalho médico, assim como o trabalho em saúde em geral, uma “tensão interna permanente” (SCHRAIBER, 1995).

Por isso, ao abordar a saúde ocupacional, a OMS (2000) destaca a importância da inclusão do trabalhador no planejamento e desenvolvimento das atividades e eventos no lugar do trabalho, como por exemplo, a oportunidade para decidir e agir em determinado sentido e prever os desdobramentos de sua ação.

Os custos da identificação e tratamento do adoecimento mental no trabalho são muito mais altos do que sua prevenção. Karasek e Theorell (1990) assinalam que a economia americana tem perdas associadas ao estresse no trabalho estimadas em, pelo menos, 150 bilhões de dólares ao ano. Esses autores enfatizam que a organização da sociedade industrial moderna capitalista, fundamentada na aquisição de bens de consumo, continuamente força todos a trocar o bem-estar psicológico pelo ganho material, em vez de aumentar ambos. Assim, as perdas advindas para a sociedade não seriam apenas de ordem econômica, mas também, de cunho humano, que não poderiam ser mensuradas.

Segundo Araújo (1999), as pesquisas concernentes ao campo das relações entre saúde mental e trabalho foram referidas, por Selligman-Silva, a partir de três correntes principais: teoria do estresse, com destaque aqui para o modelo demanda-controle; teorias das ciências sociais e teoria da compreensão psicodinâmica do trabalho. Araújo

(1999) discorre que a elaboração do modelo demanda-controle, por Karasek, foi influenciada pelas pesquisas de Gardell sobre a organização psicossocial do trabalho, como carga de trabalho, autonomia, participação, e de Kohn e Schooler sobre as características do trabalho, como complexidade, rotinização, supervisão.

Ainda conforme Araújo (1999), atualmente, o modelo demanda-controle é um dos mais utilizados em saúde ocupacional, principalmente em estudos sobre aspectos psicossociais do trabalho e suas repercussões sobre a saúde. Podendo ser usado como um descritor do processo de trabalho, difundiu-se entre países da Europa, América do Norte, Japão (KAWAKAMI et al, 1995) e, bem recentemente, no Brasil. De acordo com Karasek (1979), as principais dimensões psicossociais do processo de trabalho, verificadas por seu modelo, são a demanda psicológica e o grau de controle no trabalho.

Por demanda psicológica, entendem-se as exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização de suas tarefas, que envolvem: pressão de tempo (velocidade de trabalho e tempo para realizar tarefas); carga; volume de trabalho e existência de situações conflitantes. O grau de controle refere-se ao uso das habilidades pelo trabalhador, caracterizadas pelo aprendizado; repetição; criatividade; variedade das tarefas; nível das habilidades e desenvolvimento das aptidões individuais (KARASEK, 1979; KARASEK e THEORELL, 1990).

Como resultado da interação entre essas dimensões, configuram-se diversas situações de trabalho, como: baixa exigência no trabalho (baixa demanda psicológica, alto controle sobre o próprio trabalho); trabalho ativo (alta demanda, alto controle); trabalho passivo (baixa demanda, baixo controle) e alta exigência (alta demanda, baixo controle).

O *Job Content Questionnaire* (JCQ) consiste num instrumento, construído por Karasek (1985), para mensurar aspectos psicossociais do processo de trabalho e, como consequência do resultado desta avaliação, propiciar reflexões para que se promovam transformações neste processo. As questões iniciais do JCQ originaram-se do estudo de Framingham e do *Quality of Employment Survey*, desenvolvidos, entre final de 1960 e os anos 1970, nos Estados Unidos. É auto-aplicável e contém 49 questões que permitem a avaliação do processo de trabalho mediante 6 escalas (controle sobre o

próprio trabalho, controle no nível macro, demanda psicológica, demanda física, suporte social e insegurança no trabalho) e 4 subescalas (uso de habilidades, autoridade decisória, suporte proveniente dos colegas e da chefia). Foi validado em vários países e em diversos grupos ocupacionais, tornando-se um instrumento que pode ser utilizado em todos os tipos de trabalho. Nos EUA existem escores nacionais para a maioria das escalas que abrangem um amplo espectro de profissões ou trabalhos. O JCQ já foi traduzido para o português e validado por Araújo (1999), no Brasil, mais precisamente na Bahia. Para se obter permissão para uso do JCQ (Anexo A), é necessária a inscrição do pesquisador no JCQ Center, cujo site, disponibilizado na Internet, é <<http://www.uml.edu/Dept/WE>>.

Considerando a relação entre saúde e processo de trabalho, as investigações têm evidenciado que a situação de trabalho de alta exigência resulta em estimulação biológica, mediada pelo aumento de catecolaminas e da pressão arterial, ou pode favorecer a utilização de estratégias comportamentais para enfrentamento do estresse, como o tabagismo, dentre outras, contribuindo para ocorrência de doenças cardiovasculares (SCHNALL e LANDSBERGIS, 1994). Pesquisas têm estabelecido associação entre o trabalho de alta exigência com doenças musculoesqueléticas, aborto espontâneo, mortalidade geral e situações de repercussão negativa sobre a saúde mental, como os transtornos mentais comuns, depressão e ansiedade, o que tem conferido um maior suporte empírico ao modelo (KARASEK e THEORELL, 1990; STANSFELD e CANDY, 2006).

Estudos brasileiros evidenciam associação entre situação de trabalho de alta exigência e TMC (ARAÚJO, 1999; SOBRINHO et al, 2006). Para Dejours (1992), o trabalho pode conferir realização pessoal e satisfação, mas pode também ser ambiente de alienação e isolamento social, causando sofrimento que se exterioriza, por exemplo, pela insatisfação e exaustão, desdobrando-se para além do espaço laboral. A literatura apresenta estudos consistentes sobre a associação entre situações de baixo controle e elevada demanda e insatisfação no trabalho e alterações na qualidade de vida (ARAÚJO, 1999).

Assim, o processo de trabalho e a qualidade de vida estão inter-relacionados mediante o efeito de um sobre o outro. A OMS (1998) define qualidade de vida (QV)

como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O conceito considera pontos relevantes, como subjetividade (percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e sobre outros aspectos que vão além do âmbito da assistência médica) e multidimensionalidade, envolvendo a avaliação do indivíduo quanto à educação, habitação, alimentação, renda, trabalho, bem-estar, relações sociais, lazer, dentre outros (SEIDL e ZANNON, 2004).

O interesse pelo estudo sobre QV aumentou nos últimos 20 anos, uma vez que as transformações ocorridas nas esferas econômica, social e demográfica determinaram aumento da expectativa de vida e mudança do perfil epidemiológico no qual passam a predominar as mortes por doenças crônico-degenerativas cuja causalidade é complexa e multifatorial. Neste sentido, o enfoque da explicação do processo saúde-doença, antes centrado nos aspectos biológicos, dirigiu-se para o âmbito biopsicossocial, incluindo avaliação da qualidade de vida cuja abordagem pode ser feita de maneira genérica ou específica. Os instrumentos de QV considerados genéricos incluem grande parte das dimensões da QV, ao passo que aqueles considerados específicos se concentram em aspectos particulares desta (por exemplo, a função física), são usualmente utilizados como “relacionados a saúde” (DINIZ, 2006). Os instrumentos genéricos, como o questionário WHOQOL-100 da OMS (1998), são utilizados, geralmente, em estudos na população em geral.

No que concerne à qualidade de vida de residentes médicos, diversas investigações identificaram fatores que podem comprometê-la, como sobrecarga de trabalho e questão financeira (COLLIER et al, 2002). Haja vista as características da formação em saúde, jovens profissionais, muitas vezes, por várias razões, ultrapassam a carga horária, estabelecida pelo treinamento, expondo a força de trabalho a um maior desgaste. Outros autores destacam, a partir de relatos de residentes médicos, aspectos geradores de satisfação durante o processo de aprendizado, como a atenção disponibilizada pelos preceptores, a realização de reuniões clínicas e seminários e a troca de experiências com outros residentes e estudantes de medicina (DAUGHERTY, BALDWIN e ROWLEY, 1998).

Observa-se que os médicos ao longo de sua formação e, possivelmente, outros profissionais de saúde estão expostos a algum grau de insalubridade mental (NOGUEIRA-MARTINS, 1990). Um quadro sindrômico, denominado de *House officer stress syndrome*, que se caracteriza por distúrbios cognitivos episódicos, raiva crônica, ceticismo, discórdia familiar, depressão, ideação suicida e suicídio, abuso de drogas, foi descrito, por Small (1981), em residentes médicos. Nesta população, algumas investigações verificaram uma maior prevalência de TMC em relação à população em geral (FIRTH-COZENS, 1987). Valko e Clayton (1975) observaram que 30% dos médicos, do primeiro ano da residência, sofriam de depressão.

Estudos que investigam, em profissionais de saúde, principalmente em médicos, o uso de álcool e outras drogas apresentam resultados conflitantes sobre a verdadeira magnitude do fenômeno nessa categoria profissional, deixando em dúvida se ela é maior ou igual à frequência encontrada na população em geral (HARWOOD e STANSFELD, 2006; KAUFMANN, 2002; JUNTUNEN et al, 1988). Muitos estudos, todavia, convergem para um consenso de que existe, pelo menos, entre médicos, um consumo maior de determinadas “substâncias alteradoras do humor”, como os benzodiazepínicos e antidepressivos (KAUFMANN, 2002; VAILIANT, BRIGHTON e MCARTHUR, 1970)

Neste sentido, considerando a complexidade que envolve a formação desses profissionais, principalmente de médicos, educadores, oriundos de vários países, demonstram permanente preocupação com o cenário no qual ela se desenvolve, especialmente as condições vinculadas ao processo e ambiente de trabalho (AACH et al, 1998; ADLER, WERNER e KORSCH, 1980; COHEN e PATTEN, 2005; COUSINS, 1981; FLETCHER et al, 2004; GELFAND et al, 2004; GIRARD et al, 1991; HSU e MARSHAL, 1987; MELEIRO, 1998; RICHMAN, 1992; SILBERGER, THRAN e MARDER, 1988; SQUIRES, 1989; VEASEY et al, 2002; VIDYARTHI et al, 2007).

2.3 Histórico e características dos programas de residência na área de saúde

A residência médica, como modalidade de capacitação profissional, desenvolveu-se, nos Estados Unidos, em fins do século XIX, e foi implantada, no Brasil, a partir da década de 1940, quando, em 1945, começa a funcionar, no Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, o Programa de Residência em Ortopedia (NOGUEIRA-MARTINS, 2005). Após a criação, em 1977, da Comissão Nacional de Residência Médica, entidade que acompanha e legisla sobre o exercício da prática do médico em treinamento, a residência médica é regulamentada.

Inicialmente essa modalidade restringia-se ao treinamento de médicos, mas, posteriormente, acompanhando o processo histórico da institucionalização da medicina e a diversificação da prática em saúde, expandiu-se a outras categorias profissionais, como enfermeiros e nutricionistas, entre outras. Segundo Barros (2000), o primeiro programa de residência em enfermagem foi implantado em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, embora sua regulamentação, em nível nacional, só tenha ocorrido em 1996. Processo semelhante se desenvolveu com os nutricionistas cujo programa foi normatizado em 2004. Em 2005, vinculada à criação do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Pró-jovem) foi criada a Residência Multiprofissional em Área de Saúde, ficando a já existente residência em saúde coletiva a ela atrelada e, portanto, regulamentada.

O programa da residência médica, referência para os demais programas da área de saúde, constitui-se numa modalidade de ensino de pós-graduação, sob o formato de curso de especialização, caracterizada por treinamento em instituições de saúde, universitárias ou não, cujo objetivo é o aperfeiçoamento na criação de competência profissional, fundamentada no eixo: conhecimento, atitude e habilidade. Assim sendo, o profissional de saúde, em treinamento, é, ao mesmo tempo, aprendiz e trabalhador, recebendo, por isso, remuneração mediante uma bolsa e tendo direito a férias anuais de 30 dias e a um dia de repouso semanal.

Este período é primariamente definido como treinamento em dedicação exclusiva ao serviço, com carga de 60 horas semanais, destinadas às atividades teórico-práticas, incluindo plantões de até 24 horas por semana (para as áreas de enfermagem e nutrição são de até 12h). As atividades práticas são desenvolvidas em ambulatórios, setor de emergência, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), bloco cirúrgico,

enfermarias e, em algumas situações, nos serviços de saúde da rede pública. O aprendizado teórico é realizado por meio de seminários, reuniões clínicas e clínico-patológicas.

Nesta perspectiva, guardadas as peculiaridades de cada profissão em saúde, durante o processo de aperfeiçoamento pessoal, o residente, pouco a pouco, depara-se com uma fase de árduo investimento na sua formação profissional, por um lado, e, por outro, de desgaste de sua força de trabalho, uma vez que abdicará do tempo destinado ao repouso e a outras atividades, como lazer. Assim, esta fase de sua vida profissional é marcada por tensões, provações e desafios. Para Aach et al (1988), as demandas da experiência do treinamento tanto podem trazer benefícios a este aprendizado, quanto provocar ansiedade, disforia e fadiga.

O Centro da Associação Médica Americana para Pesquisa em Políticas de Saúde, entre 1983 e 1987, observou, por exemplo, que os hospitais-escola americanos se utilizavam, cada vez mais, dos residentes para prover os serviços de saúde, por serem mão-de-obra mais barata, conseqüentemente sobrecarregando-os (SILBERGER, THIRAN e MARDER, 1988).

Um acontecimento que alarmou os americanos, em 1984, foi a morte de Libb Zion, uma adolescente que faleceu, pouco tempo depois de sua admissão no New York Hospital. Durante atendimento, aquela paciente ficou sob os cuidados de um residente do primeiro ano, supervisionado por outro residente do segundo ano, ambos em regime superior a 18 horas de trabalho consecutivo. O caso foi a júri e provocou discussões sobre a situação de “exaustão” da força de trabalho do médico residente provocada pelas características do treinamento (GELFAND et al, 2004). Assim sendo, riscos objetivos, relacionados à sobrecarga de trabalho, dentre outros, passaram a ser mais considerados, pois as conseqüências imediatas envolvem não só o paciente, mas também o profissional que dele cuida.

Além da posição de dualidade que o residente ocupa em seu treinamento, o ambiente de ocorrência, seja em um hospital, seja em outro serviço da rede de saúde, não só reflete o mundo social, lá fora, mas estabelece com ele um constante intercâmbio. Assim, o espaço de trabalho, sempre em transformação, está sujeito a conflitos e crises periódicas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Determinar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com variáveis sociodemográficas, características do programa de treinamento, consumo de drogas e qualidade de vida em pós-graduandos dos programas de residência de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva da cidade do Recife-PE.

3.2 Objetivos Específicos

- Comparar a prevalência de TMC entre residentes médicos e de outras profissões da área de saúde;
- Verificar a associação entre TMC e principais dimensões do processo de trabalho mediante o modelo demanda-controle;
- Analisar a associação entre TMC e hábitos, consumo de drogas e aspectos da qualidade de vida.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Área de Estudo

A área do estudo foi a cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, com extensão de 219,493 km² e uma população de 1.422.905 habitantes (CENSO 2000), que disponibiliza, para o aperfeiçoamento profissional de recém-graduados em, medicina, enfermagem, nutrição e outras áreas da saúde, programas de residência, em áreas básicas cujo acesso ocorre diretamente, vinculados à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Instituições Filantrópicas. Este estudo abrangeu todos os programas de residência em saúde, exceto aqueles ligados às Instituições Filantrópicas (Figura 1).

4.2 Universo e Determinação da Amostra

O universo do estudo formou-se pelo total de pós-graduandos do primeiro e do segundo anos, matriculados, em 2007, nos programas de residência, da cidade do Recife, gerenciados pela UFPE, UPE, FIOCRUZ e SES, cujo acesso se faz diretamente para as áreas de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva. Na época de investigação, havia 617 pessoas nesta condição.

Para determinar a prevalência de TMC, foram utilizados, para o cálculo amostral, os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95%, erro de amostragem de 10%¹

¹ A magnitude de 10% para o erro amostral tomou como referência alguns estudos da literatura como aquele do Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo (CESAR et al, 2005). O erro amostral de 10% , e não 5%, diminui a proximidade entre a estimativa da amostra e a população total de

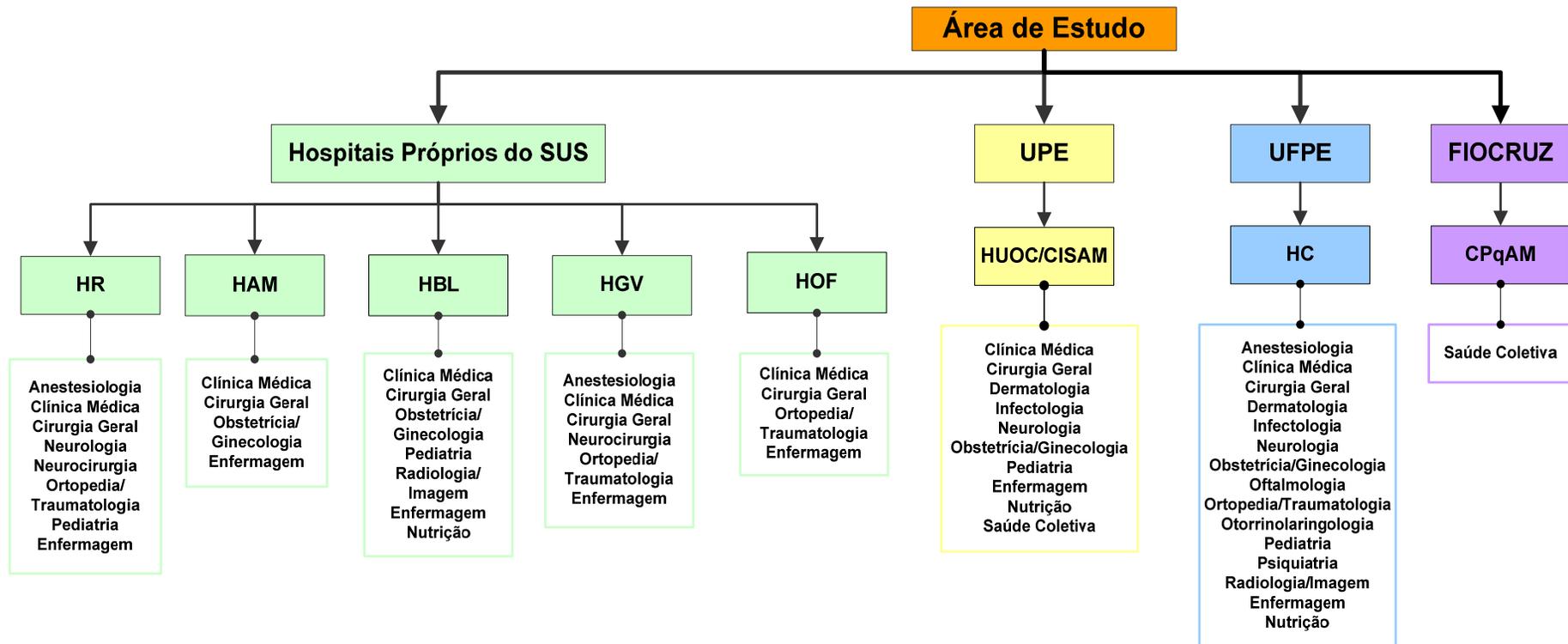


Figura 1 - Área de Estudo segundo a distribuição dos programas de residência na área básica de acesso direto em medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva, na cidade do Recife.

SUS (Sistema Único de Saúde); UPE (Universidade de Pernambuco); UFPE (Universidade Federal de Pernambuco); FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz); HR (Hospital da Restauração); HAM (Hospital Agamenon Magalhães); HBL (Hospital Barão de Lucena); HGV (Hospital Getúlio Vargas); HOF (Hospital Otávio de Freitas); HUOC (Hospital Universitário Oswaldo Cruz); CISAM (Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros); HC (Hospital das Clínicas); CPqAM (Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães).

e uma prevalência, estimada do evento, de 50%, com a finalidade de maximizar o tamanho amostral. O cálculo foi desenvolvido no programa Epiinfo, versão 6,0, obtendo-se um $n=167$. Para se proteger dos efeitos das perdas, o tamanho da amostra foi aumentado em 20%, obtendo-se, assim, um $n=200$.

A composição da amostra foi estratificada segundo a proporção de residentes em cada programa, considerando as diferentes especialidades médicas, enfermagem, nutrição, saúde coletiva, e ano de treinamento.

O procedimento de seleção dos participantes, tomando-se como base a listagem dos residentes de cada hospital, foi aleatório e realizado de modo sistemático a partir dos intervalos de amostragem, antes da abordagem dos residentes. Nos casos em que o residente escolhido encontrava-se em férias, ou em viagem, ou em algum treinamento fora da cidade, ou, ainda, em gozo de licença-maternidade, selecionava-se, na listagem, o nome localizado logo abaixo ao seu. Todavia não houve reposição quando os residentes, após três tentativas, não eram encontrados, considerando-se perda.

4.3 Desenho de Estudo e Coleta de Dados

O desenho utilizado para o estudo é denominado, na tipologia epidemiológica, de corte transversal e, permite, em uma determinada população, em um só momento de tempo, determinar a prevalência de um evento e sua associação com alguns fatores. Neste contexto, o evento considerado foi o caso de TMC, definido como o participante, do sexo masculino, que respondeu, de modo afirmativo, no mínimo, a seis questões ou o participante, do sexo feminino, que respondeu desta maneira, pelo menos, a oito questões do SRQ-20.

A pesquisadora e dois auxiliares, devidamente treinados, procederam à coleta de dados entre outubro e dezembro de 2007, após realização de vários contatos com as

residentes, mas não diminuiu o rigor do cálculo e facilitou a operacionalização da pesquisa quanto a tempo de coleta e custos implicados.

preceptorias dos programas, com o intuito de comunicar a finalidade da pesquisa e planejar horários em que o maior número de residentes estivessem presentes no local de trabalho. A coleta, em geral, efetuou-se após as reuniões das equipes, contudo, se nessas ocasiões, os residentes sorteados não estivessem presentes, fazia-se novo contato, inclusive por telefone, e agendava-se uma nova data.

Após serem prestadas as orientações sobre a pesquisa, os participantes liam o termo de consentimento livre e esclarecido e, caso concordassem, o assinavam. Os residentes de cada programa, reunidos no próprio local de trabalho, passaram a preencher o questionário, sob supervisão direta da autora ou de um dos auxiliares da pesquisa que permaneceram no local para prestar esclarecimentos. Os questionários foram distribuídos dentro de envelopes padronizados e, após devolução, cada residente o depositava em uma caixa, de modo a garantir a confidencialidade do processo.

4.4 Variáveis e Instrumentos de Coleta de Dados

O questionário utilizado, composto de 165 questões (Apêndice A) elaboradas, na sua maioria, sob a forma de alternativas pré-definidas, agregadas em blocos temáticos, foi previamente testado em estudo piloto. Com o propósito de realizar comparações, a elaboração de alguns desses blocos se apoiou em instrumentos validados por organizações de saúde, instituições ligadas à pesquisa ocupacional, todos respaldados nacional e internacionalmente.

Em seguida, para melhor entendimento da composição desses blocos, será realizada uma breve descrição deles:

Primeiro bloco (composto de 17 questões - Q1 a Q17) - compreendeu os dados gerais de identificação do indivíduo: idade, sexo, estado conjugal, profissão, ano de conclusão do curso de graduação, programa de residência, ano de treinamento, cidade

em que residia antes do treinamento, número de filhos, situação de moradia, condição financeira.

Numa primeira abordagem, os programas de residência foram categorizados segundo áreas: medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva. Em relação aos programas médicos, buscou-se, ainda, agregá-los segundo a natureza predominante da especialidade, clínica ou cirúrgica. Assim, as especialidades cujos profissionais desenvolviam rotineiramente a prática cirúrgica, incluindo o ato anestésico, foram classificadas como “cirúrgicas” e as outras cujos profissionais não a realizavam sistematicamente foram consideradas “clínicas”. Neste sentido, procurou-se, também, vincular os profissionais aos seus ambientes de trabalho, sendo o bloco cirúrgico um marco diferencial.

Deste modo, elaborou-se a seguinte classificação: “especialidades cirúrgicas”: cirurgia geral, obstetrícia-ginecologia, anesthesiologia, oftalmologia, traumatologia-ortopedia e otorrinolaringologia e “especialidades clínicas”: clínica médica, pediatria, radiologia, infectologia, neurologia, psiquiatria e dermatologia.

Segundo bloco (composto de 16 questões - Q18 a Q33) - abordou questões sobre desistência do programa de residência, desistência da profissão, mudança do programa em curso, carga horária trabalhada (incluindo plantões dentro e fora do treinamento) e absenteísmo ao treinamento.

Terceiro bloco (composto de 45 questões - Q34 a Q78) - teve como tema as condições e o processo de trabalho cuja avaliação foi realizada mediante o emprego do *Job Content Questionnaire* (JCQ), elaborado por Karasek (1985), composto por 49 questões, que permitem analisar 10 escalas vinculadas a esse processo. Nesta pesquisa, utilizaram-se 45 questões, oriundas da versão completa, e seis escalas.

a) Escala de Habilidade

Define-se habilidade como a competência ou destreza adquirida durante um treinamento ou experiência e sua expressão matemática pode ser obtida pela fórmula

$[Q34 + Q36 + Q38 + Q40 + Q42 + (5 - Q35)] \times 2$ onde Q se refere às questões do instrumento de coleta de dados:

Q34 – aprendizagem de coisas novas

Q35 – repetitividade

Q36 – criatividade

Q38 – alto nível de habilidade

Q40 – desempenho de tarefas variadas

Q42 – desenvolvimento de habilidades individuais

b) Escala de Decisão

A decisão consiste em realizar um julgamento ou avaliação sobre algum aspecto do trabalho que resulte numa deliberação e sua mensuração é obtida a partir de: $[Q37 + Q41 + (5 - Q39)] \times 4$ onde

Q37 – permite decisões próprias

Q39 – pouca liberdade de decisão

Q41 – opinião é considerada

c) Escala de Controle no Trabalho

O controle no trabalho é definido, no modelo, pela interação entre o grau de decisão e o uso das habilidades, sendo, portanto, calculado com base no somatório entre habilidade e decisão.

d) Escala de Demanda Psicológica no Trabalho

A demanda se refere às exigências psicológicas enfrentadas na realização das tarefas, quanto ao ritmo, volume, carga de trabalho e existência de conflitos e

formalmente é mensurada pela expressão: $\{(Q52 + Q53) \times 3 + [15 - (Q55 + Q56 + Q59)] \times 2\}$ onde:

Q52 – ritmo rápido de trabalho

Q53 – trabalho muito duro

Q55 – volume excessivo de trabalho

Q56 – tempo suficiente para desempenhar tarefas

Q59 – ausência de demandas que geram conflitos

e) Escala de Suporte dos Preceptores

O suporte dos preceptores disponibilizado aos residentes se expressa nas relações estabelecidas entre ambos para o bom desenvolvimento do trabalho e matematicamente é obtido por: $[Q68 + Q69 + Q71 + Q72]$, onde:

Q68 – preocupação com o bem-estar dos residentes

Q69 – atenção disponibilizada à fala do residente

Q71 – colaboração na execução das atividades

Q72 – promoção do trabalho em equipe

f) Escala de Suporte dos Residentes

O grau de suporte disponibilizado entre os próprios residentes foi medido pela fórmula: $[Q73 + Q74 + Q76 + Q78]$, onde:

Q73 – competência para realizar as atividades

Q74 – grau de interesse de um residente pelo que ocorre com o outro

Q76 – grau de amizade entre residentes

Q78 – espírito de colaboração entre os residentes para realização das atividades

As questões referentes às escalas supracitadas foram codificadas e estruturadas conforme recomendação do *Job Content User's Guide* (KARASEK, 1985) e têm como possíveis respostas: discordo fortemente (1 ponto), discordo (2 pontos), concordo (3 pontos), concordo fortemente (4 pontos). Em relação à escala de suporte de preceptores, existe uma resposta a mais, não tenho preceptor, que não é computada para o cálculo, caso assinalada. Assim, a resposta a cada questão resultou em pontuações que foram utilizadas nas expressões matemáticas, obtendo-se, deste modo, um valor numérico ou escore correspondente a cada uma das escalas avaliadas, que foi, posteriormente, dicotomizado, tomando-se como referência a mediana, em alto ou baixo. Assim sendo, construíram-se as seguintes categorias: habilidade (alta/baixa), decisão (alta/baixa), controle (alto/baixo), demanda (alta/baixa), suporte social de preceptores (alto/baixo) e suporte social de residentes (alto/baixo).

Quarto bloco (composto de 3 questões - Q79 a Q81) - referiu-se à realização de atividades físicas no tempo livre ou como lazer. As questões fundamentais sobre atividade física no lazer procederam da versão reduzida do Questionário Internacional de Atividade Física (QIAF) (PITANGA e LESSA, 2005), que contempla vários aspectos do sedentarismo relacionados a atividades domésticas, laborais, vinculadas ao lazer e deslocamentos. Nesta investigação avaliou-se apenas o sedentarismo no lazer. Os participantes que responderam *não* a todas as perguntas, listadas abaixo, foram considerados sedentários no lazer:

- Você faz caminhada no seu tempo livre?
- Você participa de atividades físicas moderadas no seu tempo livre? (Ex: correr, pedalar ou nadar em ritmo moderado, voleibol recreativo, hidroginástica, ginástica, dança)
- Você participa de atividades físicas vigorosas no seu tempo livre? (Ex: correr, nadar rápido, pedalar rápido, canoagem, remo, musculação, esportes em geral)

Consideraram-se vigorosas as atividades que demandam um grande esforço físico e, deste modo, aumentam sobremaneira a frequência respiratória, e moderadas as que exigem algum esforço físico, elevando esse parâmetro um pouco mais do que o normal (PITANGA e LESSA, 2005).

Quinto bloco (composto de 25 questões - Q82 a Q106) - abordou aspectos da qualidade de vida e saúde, referentes ao mês anterior à realização da entrevista, como: grau de satisfação em relação à vida, qualidade de vida, saúde, peso, aparência do corpo, alimentação, sono, vida sexual, habitação, família, lazer, trabalho; auto-avaliação da saúde, qualidade de vida, energia, capacidade para desempenhar atividades no dia-a-dia, memória, situação financeira, relação com familiares, amigos, ambiente de trabalho, relação com o programa, os colegas e os preceptores de residência. Ainda neste bloco, questionava-se sobre tratamento psicoterápico. Algumas questões sobre qualidade de vida foram extraídas, da versão em português, do questionário WHOQOL-100 (1998).

Sexto bloco (composto de 20 questões – 107 a 126) – enumerou as 20 questões do SRQ-20, instrumento utilizado para identificar os portadores de TMC. As respostas são do tipo: sim/não, das quais quatro referem-se a questões físicas e dezesseis, a sintomas psicoemocionais. Cada um dos 20 itens pode apresentar como escore, zero ou um, que indicam, respectivamente, ausência ou presença do sintoma nos últimos 30 dias. Assim, a pontuação final pode variar de zero a 20.

Sétimo bloco (composto de 58 questões - Q127 a 165) - abrangeu hábitos e costumes, como o consumo de antidepressivos, ansiolíticos e estimulantes a base de anfetaminas e de outras drogas como álcool, tabaco, maconha, cocaína, ecstasy, solventes e crack. Para definir dependência de álcool, adotou-se o critério do NHSDA (*National Household Surveys on Drugs Abuse*), também utilizado no I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al, 2002). Fundamenta-se em seis dos nove itens que compõem o DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third*). Foram considerados dependentes os indivíduos que responderam afirmativamente a, pelo menos, duas destas seis perguntas:

- Gastou grande parte de seu tempo para conseguir ou usar bebidas alcoólicas ou, ainda, para se recobrar dos seus efeitos durante 1 mês ou mais?
- Usou bebidas alcoólicas mais freqüentemente ou em quantidades maiores que pretendia?
- Necessitou de maiores quantidades de bebidas alcoólicas para conseguir os mesmos efeitos que antes?
- Esteve em situações de riscos físicos, sob efeito de bebidas alcoólicas ou logo após o efeito? (ex: dirigir, pilotar moto, operar máquinas, etc).
- Teve algum problema pessoal, emocional, ou psicológico causado pelo uso de bebidas alcoólicas? (ex: com familiares, amigos, polícia, no trabalho)
- Quis diminuir ou parar o uso de bebidas alcoólicas?

Considerou-se uso regular de álcool quando a freqüência do consumo era de, pelo menos, três dias por semana (CARLINI et al, 2002).

4.5 Processamento dos Dados

4.5.1 Codificação e Digitação dos Dados

Antes do processamento, objetivando corrigir possíveis inconsistências na fase de aplicação, os questionários foram revisados, um a um, e, posteriormente, as questões foram codificadas por uma equipe de técnicos treinados. Iniciada a digitação, construiu-se um banco de dados no Epiinfo, versão 6,0 (2001).

4.5.2 Crítica aos Dados

A crítica aos dados, fase conhecida como “limpeza do banco de dados”, foi realizada pela pesquisadora e teve como finalidade a detecção de inconsistências tanto das respostas, fornecidas pelo entrevistado, quanto de codificação, pelo revisor. As incoerências, depois de serem avaliadas, exaustivamente, foram corrigidas não só no banco quanto nos questionários.

4.5.3 Plano de Descrição e Análise

Após o processamento dos dados, procedeu-se ao exame geral dos dados e se verificou, dada a complexidade percebida no primeiro plano de análise, a necessidade de restringir o número de variáveis a serem avaliadas neste estudo, ficando, portanto, de fora algumas questões contidas do instrumento de coleta.

Os dados foram resumidos em proporções, de forma que a prevalência, tipo especial de proporção, constituiu-se no principal indicador do estudo, cujo numerador foi formado pelos casos de TMC e o denominador, pela população de residentes. As variáveis quantitativas, contínuas ou discretas, quando necessário, foram dicotomizadas pela mediana. Os dados principais, analisados no Epiinfo, versão 6,0, foram apresentados sob a forma de tabelas e figuras.

Investigou-se a associação das variáveis aos TMC, estimando-se as *odds ratios* (OR) cuja significância estatística foi avaliada pelo teste X^2 ou, quando necessário, pelo teste exato de Fisher, considerando os intervalos de confiança a 95% e valores do p. Embora a força de associação entre as variáveis nos desenhos de prevalência seja avaliada, geralmente, pelas razões de prevalência, não é raro o uso das *odds*, vinculadas aos estudos de caso-controle. Sem o apoio de um consenso sobre a questão, optou-se por seguir o plano de análise adotado por alguns autores (ALMEIDA et al, 2007; COSTA e LUDERMIR, 2005; FACUNDES e LUDERMIR, 2005; LUDERMIR, 2000; LUDERMIR e MELO-FILHO, 2002; SOUZA e SILVA, 1998). Para avaliação de

tendência entre as prevalências foi usado X^2 de tendência. A probabilidade máxima de erro de para rejeição da hipótese nula, em todas as situações, foi de 5%.

Para a análise multivariada, foi utilizado o método de regressão logística, a fim de determinar o efeito independente de cada variável sobre o caso (TMC). Inicialmente, procedeu-se à regressão logística para cada um dos três conjuntos de variáveis: sociodemográficas, processo de trabalho e relação do residente com o programa. Em seguida, as variáveis que, nesta etapa, apresentaram OR ajustada com p menor ou igual a 0,05, foram submetidas a uma nova regressão logística visando à obtenção do modelo final multivariado. A regressão logística foi realizada por meio do programa SPSS 14.0, utilizando-se o procedimento *backward* não condicional, com níveis de significância de 5 e 10% para inclusão e exclusão das variáveis, respectivamente. Foram obtidas OR ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança e valores de p.

4.6 Considerações Éticas

Todo o processo da pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, garantindo aos participantes, entre outros direitos, o seu consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), sigilo das informações e privacidade. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, registro no 287/07, em 16 de outubro de 2007 (Anexo B).

5 RESULTADOS

Registrou-se uma perda de 11% (22/200), sete recusaram participar e 15 não foram localizados. O grau de preenchimento médio das questões foi de 99,1%. A maioria era do sexo feminino (68,5%), tinha idade abaixo de 27 anos (62,4%), residia no Recife, antes do treinamento (67,4%), morava com outra(s) pessoa(s) (88,2%), estava solteira (73,6%) e não tinha filhos (90,4%). Aproximadamente 67% graduaram-se, em 2005 ou depois, e, em relação à profissão, 68% eram médicos; 18,5%, enfermeiros; 8,4%, nutricionistas e 5,1%, de outras profissões. Cerca de 55% cursavam o primeiro ano de treinamento e quase 45%, o segundo. A maioria (68%) estava vinculada aos programas de residência-médica; 18,5%, aos de enfermagem; 6,7%, aos de nutrição e 6,7%, aos de saúde coletiva. Os programas de residência-médica se concentravam nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, pediatria e gineco-obstetrícia (Tabela 1 e Figs. 2- 6).

Tabela 1 - Características da população de estudo

Variáveis	Total ^a	
	n ^o	%
TOTAL	178	100
Sexo		
Masculino	56	31,5
Feminino	122	68,5
Idade		
≤ 25	51	28,7
26 – 27	60	33,7
≥ 28	67	37,6
Cidade onde residia anteriormente		
Recife	120	67,4
Outra cidade de PE	18	10,1
Outro Estado	40	22,5
Mora sozinho		
Sim	21	11,8
Não	157	88,2

Continua

Conclusão da Tabela 1 - Características da população de estudo

Variáveis	Total ^a	
	n ^o	%
Estado conjugal		
Solteiro	131	73,6
Casado ou Unido	47	26,4
Número de filhos		
Nenhum	161	90,4
1	12	6,7
Mais de 1	5	2,8

^a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

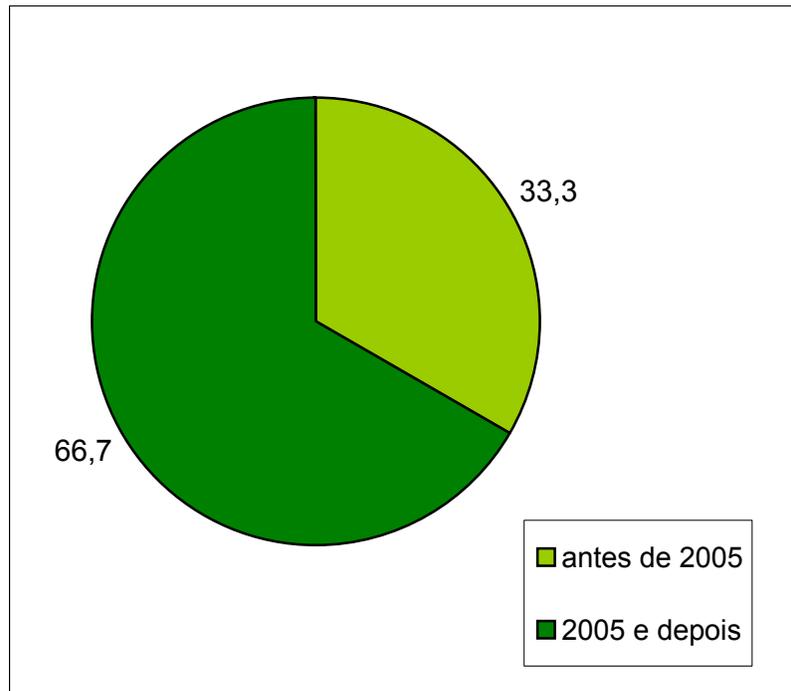


Figura 2 - Residentes segundo ano de conclusão da graduação (%)

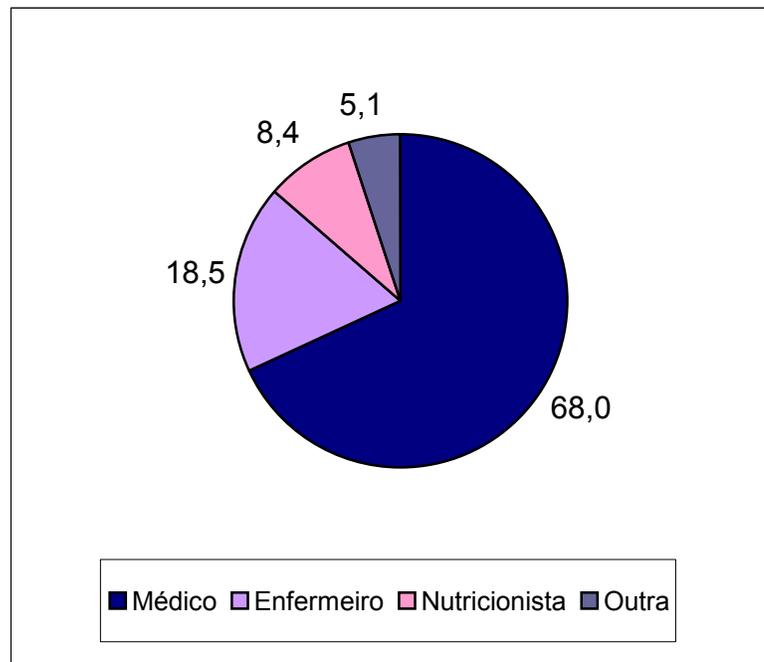


Figura 3 - Residentes segundo profissão (%)

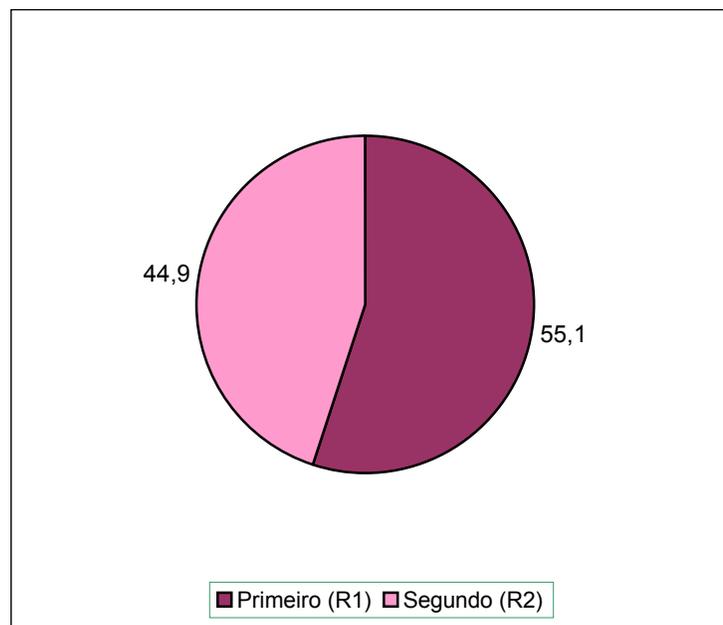


Figura 4 - Residentes segundo ano de treinamento (%)

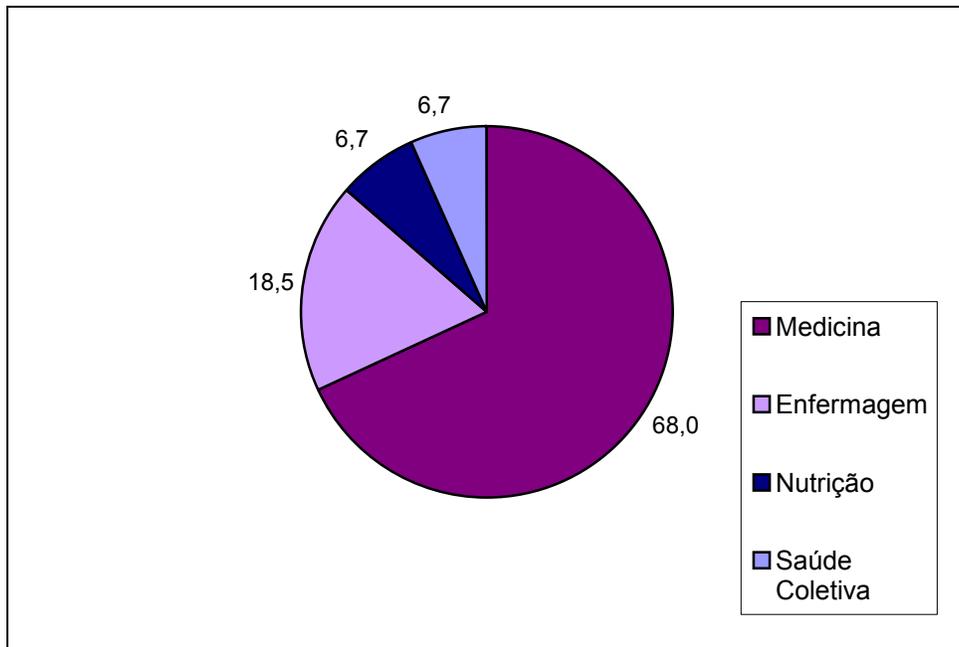


Figura 5 - Residentes segundo o programa de residência (%)

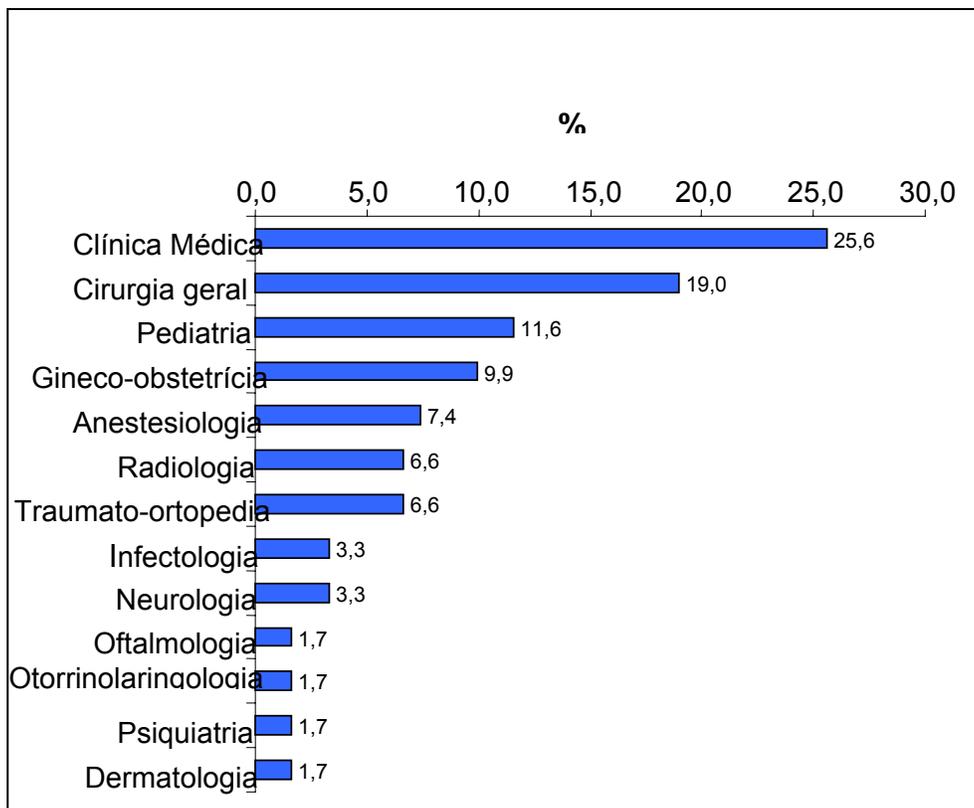


Figura 6 - Médicos residentes segundo especialidade

A prevalência global de TMC, nos residentes pesquisados, foi de 51,1% e não se observou associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) com as variáveis: sexo, idade, cidade onde residia antes do treinamento, situação de moradia, estado conjugal e número de filhos (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalência de TMC segundo variáveis sociodemográficas

Variáveis	Total ^a		Prevalência		OR (IC95%)	p
	n ^o	%	n ^o	%		
Total	178	100	91	51,1		
Sexo						
Feminino	122	68,5	63	51,6	1,07 (0,54 - 2,11)	>0,05
Masculino	56	31,5	28	50,0	1,00	
Idade						
≤ 27	111	62,4	58	52,3	1,13 (0,58 - 2,18)	>0,05
>27	67	37,6	33	49,3	1,00	
Cidade onde residia anteriormente						
Recife	120	67,4	62	51,7	1,07 (0,54 - 2,11)	>0,05
Outra cidade	58	32,6	29	50,0	1,00	
Mora sozinho						
Não	157	88,2	81	51,6	1,17 (0,43 - 3,19)	>0,05
Sim	21	11,8	10	47,6	1,00	
Estado conjugal						
Solteiro	131	73,6	67	51,1	1,00 (0,49 - 2,07)	>0,05
Casado ou Unido	47	26,4	24	51,1	1,00	
N^o de filhos						
Nenhum	161	90,4	86	53,4	2,75 (0,85 - 9,44)	>0,05
1 ou mais	17	9,6	5	29,4	1,00	

^a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

Os três sintomas, incluídos no SRQ-20, mais relatados pelo conjunto dos residentes foram “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (73%), “dormir mal” (69,1%)

e “cansar-se com facilidade” (61,2%). Entre as mulheres, o sintoma mais prevalente foi “sentir-se nervosa, tensa ou preocupada” (73,8%) e entre os homens foi “dormir mal” (76,8%). A prevalência dos sintomas “cansar-se com facilidade”, “ter sensações desagradáveis no estômago”, “sentir dores de cabeça”, “assustar-se com facilidade” e “chorar mais do que de costume” foi maior entre as mulheres ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência dos sintomas do SRQ-20 segundo sexo

Sintomas	Total		Masculino		Feminino		p
	n	%	n	%	n	%	
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	130	73,0	40	71,4	90	73,8	>0,05
Dorme mal	123	69,1	43	76,8	80	65,6	>0,05
Cansa-se com facilidade	109	61,2	24	42,9	85	69,7	<0,001
Sente-se cansado o tempo todo	108	60,7	31	55,4	77	63,1	>0,05
Sente-se triste ultimamente	102	57,3	27	48,2	75	61,5	>0,05
Dificuldade para realizar atividades diárias	99	55,6	26	46,4	73	59,8	>0,05
Má digestão	75	42,1	21	37,5	54	44,3	>0,05
Tem sensações desagradáveis no estômago	74	41,6	16	28,6	58	47,5	0,02
Dores de cabeça	70	39,3	13	23,2	57	46,7	0,003
Dificuldade para tomar decisões	66	37,1	18	32,1	48	39,3	>0,05
Dificuldade de pensar com clareza	62	34,8	19	33,9	43	35,2	>0,05
Assusta-se com facilidade	56	31,5	7	12,5	49	40,2	<0,001
Dificuldade no serviço	54	30,3	18	32,1	36	29,5	>0,05
Chora mais do que de costume	46	25,8	3	5,4	43	35,2	<0,001
Perda do interesse pelas coisas	42	23,6	11	19,6	31	25,4	>0,05
Falta de apetite	25	14,0	11	19,6	14	11,5	>0,05
Tremores nas mãos	23	12,9	7	12,5	16	13,1	>0,05
Incapacidade de desempenhar um papel útil na vida	16	9,0	5	8,9	11	9,0	>0,05
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	12	6,7	4	7,1	8	6,6	>0,05
Tem tido idéia de acabar com a vida	5	2,8	2	3,6	3	2,5	>0,05

Os sintomas mais relatados pelos médicos foram: “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (73,6%), “dormir mal” (68,6%), “sentir-se cansado o tempo todo” (61,2%), “ter dificuldades para realizar atividades diárias” (58,7%), “sentir-se triste ultimamente” (57,9%) e “cansar-se com facilidade” (57,9%). Entre os não-médicos, foram: “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” (71,9%), “dormir mal” (70,2%), “cansar-se com facilidade” (68,4%), “sentir-se cansado o tempo todo” (59,6%) e “sentir-se triste ultimamente” (56,1%). A prevalência do sintoma “dificuldade no serviço” foi maior entre os médicos ($p=0,001$) e a do sintoma “chorar mais do que o costume” foi maior entre os não-médicos ($p=0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência dos sintomas do SRQ-20 segundo profissão

Sintomas	Médico		Não-médico		p
	n	%	n	%	
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	89	73,6	41	71,9	>0,05
Dorme mal	83	68,6	40	70,2	>0,05
Sente-se cansado o tempo todo	74	61,2	34	59,6	>0,05
Dificuldade para realizar atividades diárias	71	58,7	28	49,1	>0,05
Sente-se triste ultimamente	70	57,9	32	56,1	>0,05
Cansa-se com facilidade	70	57,9	36	68,4	>0,05
Má digestão	54	44,6	21	36,8	>0,05
Tem sensações desagradáveis no estômago	50	41,3	24	42,1	>0,05
Dificuldade de pensar com clareza	47	38,8	15	26,3	>0,05
Dores de cabeça	46	38,0	24	42,1	>0,05
Dificuldade para tomar decisões	46	38,0	20	35,1	>0,05
Dificuldade no serviço	46	38,0	8	14,0	0,001
Assusta-se com facilidade	34	28,1	22	38,6	>0,05
Perda do interesse pelas coisas	28	23,1	14	24,6	>0,05
Chora mais do que de costume	26	21,5	20	35,1	0,05
Falta de apetite	18	14,9	7	12,3	>0,05
Tremores nas mãos	18	14,9	5	8,8	>0,05
Incapacidade de desempenhar um papel útil na vida	11	9,1	5	8,8	>0,05
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	9	7,4	3	5,3	>0,05
Tem tido idéia de acabar com a vida	4	3,3	1	1,8	>0,05

A quase totalidade (94,9%) dos residentes realizava seu primeiro treinamento; 57,3% trabalhavam em regime superior a 8 horas diárias; 86,3% cumpriam plantões no treinamento; 51,7% em turnos diurno ou noturno. Em cerca de 50% dos casos, a carga horária dos plantões ultrapassava 12 horas semanais e em quase 68% deles, os plantões eram fora do programa e tinham carga horária acima de 12 horas (65,3%). A maioria (75,8%) não se mantinha exclusivamente com a bolsa e 50,6% recebiam outra ajuda financeira (Tabela 5).

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre TMC e tempo de treinamento de oito ou mais horas diárias ($p < 0,001$), existência de plantões ($p = 0,02$) e turno dos plantões no programa ($p = 0,04$), todavia não se observou associação com o ano de conclusão da graduação, existência de treinamento anterior, ano de treinamento, carga horária dos plantões no programa, plantões fora do programa e sua carga horária, manutenção exclusiva com a bolsa e recebimento de ajuda financeira ($p > 0,05$). Quando foram comparadas as prevalências de TMC entre residentes de programas médicos e não médicos e entre residentes médicos, vinculados a especialidades cirúrgicas, e residentes das áreas de enfermagem, nutrição e saúde coletiva, observou-se que a significância estatística dessas diferenças esteve no limite para rejeição da hipótese nula ($p = 0,05$), contudo não houve diferença estatisticamente significativa entre as prevalências de TMC entre residentes médicos, vinculados a especialidades clínicas, e residentes de programas não médicos ($p > 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Prevalência de TMC segundo características do programa de residência

Variáveis	Total ^a		Prevalência		OR (IC95%)	p
	n ^o	%	n ^o	%		
Médico						
Sim	121	68,0	68	56,2	1,89 (0,95 - 3,79)	0,05
Não	57	32,0	23	40,4	1,00	
Ano de conclusão da graduação						
2005 e depois	118	66,7	65	55,1	1,67 (0,85 - 3,29)	>0,05
antes de 2005	59	33,3	25	42,4	1,00	
1^a Residência						
Sim	169	94,9	88	52,1	2,17 (0,46 - 11,53)	>0,05
Não	9	5,1	3	33,3	1,00	
Ano do treinamento						
Primeiro (R1)	98	55,1	53	54,1	1,30 (0,69 - 2,47)	>0,05
Segundo (R2)	80	44,9	38	47,5	1,00	
Programa de Residência^b						
Medicina "Esp. Cirúrgicas"	56	31,5	33	58,9	2,12 (0,94 - 4,83)	0,05
Medicina "Esp. Clínicas"	65	36,5	35	53,8	1,72 (0,79 - 3,78)	> 0,05
Enfermagem ou Nutrição ou Saúde Coletiva	57	32,0	23	40,4	1,00	
Horas de treinamento por dia						
> 8	102	57,3	67	65,7	4,15 (2,09 - 8,29)	<0,001
≤ 8	76	42,7	24	31,6	1,00	
Plantões (no programa)						
Sim	151	86,3	82	54,3	2,89 (1,04 - 8,28)	0,02
Não	24	13,7	7	29,2	1,00	
Turno dos plantões						
Diurno e noturno	73	48,3	46	63,0	1,99 (0,99 - 4,02)	0,04
Diurno ou noturno	78	51,7	36	46,2	1,00	
CH semanal dos plantões (no programa)						
> 12	76	50,3	45	59,2	1,49 (0,74 - 3,01)	>0,05
≤ 12	75	49,7	37	49,3	1,00	
Plantões (fora do programa)						
Sim	118	67,8	65	55,1	1,76 (0,62 - 3,36)	>0,05
Não	56	32,2	23	41,1	1,00	
CH semanal dos plantões (fora do programa)						
≤ 12	41	34,7	25	61,0	1,45 (0,62 - 3,36)	>0,05
> 12	77	65,3	40	51,9	1,00	
Mantém-se exclusivamente com a bolsa						
Não	135	75,8	74	54,8	1,86 (0,87 - 3,96)	>0,05
Sim	43	24,2	17	39,5	1,00	
Recebe outra ajuda financeira						
Sim	90	50,6	49	54,4	1,31 (0,69 - 2,18)	>0,05
Não	88	49,4	42	47,7	1,00	

^a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

^b X² de tendência 3,89 p=0,05

A maioria dos residentes não cogitou desistir nem da profissão (76,3%) nem do programa (72,3%); 69% deles escolheriam a mesma profissão e 83,1% também não cogitaram mudar de programa. A maior parte não se afastou do treinamento, por, no mínimo, uma semana (70,9%) e os que se ausentaram por motivo de doença perfizeram 7,4%, no ano da realização da pesquisa, e 10,6% no ano anterior. Observou-se associação estatisticamente significativa entre TMC e manifestação da vontade de desistir da profissão ($p=0,02$) e do programa ($p<0,001$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência de TMC segundo relação com a profissão e o programa de residência

Variáveis	Total ^a		Prevalência		OR (IC95%)	p
	n ^o	%	n ^o	%		
Pensou em desistir da profissão						
Sim	42	23,7	28	66,7	2,35 (1,07 - 5,23)	0,02
Não	135	76,3	62	45,9	1,00	
Escolheria a profissão novamente						
Sim	120	69,0	58	48,3	0,75 (0,37 - 1,51)	>0,05
Não	54	31,0	30	55,6	1,00	
Pensou em desistir do programa						
Sim	49	27,7	36	73,5	3,68 (1,68 - 8,17)	<0,001
Não	128	72,3	55	43,0	1,00	
Pensou em mudar de programa						
Sim	30	16,9	18	60,0	1,54 (0,64 - 3,72)	>0,05
Não	148	83,1	73	49,3	1,00	
Afastamento por, no mínimo, uma semana						
Sim	51	29,1	21	41,2	0,58 (0,28 - 1,18)	>0,05
Não	124	70,9	68	54,8	1,00	
Afastamento por motivo de doença (neste ano)						
Sim	13	7,4	8	61,5	1,60 (0,44 - 5,98)	>0,05
Não	162	92,6	81	50,0	1,00	
Afastamento por motivo de doença (ano anterior)						
Sim	18	10,6	11	61,1	1,57 (0,52 - 4,83)	>0,05
Não	152	89,4	76	50,0	1,00	

^a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

Quanto aos componentes do processo de trabalho dos residentes, observaram-se, predominantemente, baixo controle (55,1%), baixa habilidade (64%), baixa decisão (79,2%), baixa demanda (60,1%) e baixo suporte dos colegas (67,4%), enquanto o suporte social dos preceptores ficou em 50% para ambas categorias. Verificou-se uma associação entre TMC e baixo controle no trabalho ($p=0,04$), baixa habilidade ($p<0,001$), alta demanda psicológica ($p<0,001$) e baixo suporte social dos preceptores e dos colegas ($p=0,03$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Prevalência de TMC segundo características do processo de trabalho

Variáveis	Total ^a		Prevalência		OR (IC95%)	p
	nº	%	nº	%		
Controle						
Baixo ≤ 70	98	55,1	57	58,2	1,88 (0,99 - 3,58)	0,04
Alto > 70	80	44,9	34	42,5	1,00	
Habilidade						
Baixa ≤ 36	114	64,0	71	62,3	3,63 (1,80 - 7,40)	<0,001
Alta > 36	64	36,0	20	31,3	1,00	
Decisão						
Baixa ≤ 36	141	79,2	73	51,8	1,13 (0,51 - 2,50)	>0,05
Alta > 36	37	20,8	18	48,6	1,00	
Demanda						
Alta > 36	71	39,9	51	71,8	4,27 (2,13 - 8,63)	<0,001
Baixa ≤ 36	107	60,1	40	37,4	1,00	
Apoio dos preceptores						
Baixo ≤ 10,5	89	50,0	53	59,6	1,98 (1,04 - 3,78)	0,03
Alto > 10,5	89	50,0	38	42,7	1,00	
Apoio dos colegas						
Baixo ≤ 12	120	67,4	68	56,7	1,99 (1,00 - 3,99)	0,03
Alto > 12	58	32,6	23	39,7	1,00	

^a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

Em relação ao total dos residentes, observou-se uma maior freqüência dos vinculados ao trabalho passivo (34,8%), seguidos dos que desenvolvem trabalho de

baixa exigência (25,3%). Quando analisados, separadamente, residentes médicos e não-médicos, também se verificou uma predominância do trabalho passivo, respectivamente, de 30,6% e 43,9%, contudo não se detectou associação entre as características do processo de trabalho, demanda-controle, e a profissão dos residentes ($p>0,05$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Características do processo do trabalho, segundo demanda e controle, em residentes médicos e não-médicos

Características	Total		Médico		Não-médico	
	n°	%	n°	%	n°	%
Alta exigência	36	20,2	26	21,5	10	17,5
Trabalho ativo	35	19,7	26	21,5	9	15,8
Trabalho passivo	62	34,8	37	30,6	25	43,9
Baixa exigência	45	25,3	32	26,4	13	22,8
Total	178	100,0	121	100,0	57	100,0

$p>0,05$

Baixa exigência = alto controle e baixa demanda; Trabalho passivo = baixo controle e baixa demanda; Trabalho ativo = alto controle e alta demanda; Alta exigência = baixo controle e alta demanda.

Constatou-se um gradiente positivo entre a prevalência de TMC e o grau de exigência do trabalho, seja no total de residentes ($p<0,001$), seja, isoladamente, nos residentes médicos ($p<0,001$) e nos residentes não-médicos ($p=0,03$). Quando comparado ao de baixa exigência, o trabalho de alta exigência esteve associado aos TMC cerca de 11 vezes mais no total de residentes ($p<0,001$), aproximadamente 13 vezes mais nos médicos ($p<0,001$) e cerca de oito vezes mais nos não-médicos ($p=0,03$). Apenas no grupo vinculado ao trabalho ativo, houve diferença entre as prevalências de TMC entre médicos e não-médicos ($p=0,049$) (Tabela 9 e Fig. 7).

Tabela 9 - Prevalência de TMC segundo características do processo do trabalho, segundo demanda e controle, em residentes médicos e não-médicos

Características	Prevalência		OR (IC95%)	p
	n°	%		
Total^a				
Alta exigência	28	77,8	10,8 (3,44 - 35,54)	<0,001
Trabalho ativo	23	65,7	5,92 (2,02-17,84)	<0,001
Trabalho passivo	29	46,8	2,72 (1,08-6,91)	0,02
Baixa exigência	11	24,4	1,00	
Médico^b				
Alta exigência	21	80,8	12,6 (3,09-55,74)	<0,001
Trabalho ativo	20	76,0	10,0 (2,58-41,42)	<0,001
Trabalho passivo	19	51,4	3,17 (1,01 - 10,12)	0,03
Baixa exigência	8	25,0	1,00	
Não médico^c				
Alta exigência	7	70,0	7,78 (0,89-85,37)	0,03
Trabalho ativo	3	33,3	1,67 (0,18-16,31)	>0,05
Trabalho passivo	10	40,0	2,22 (0,40-13,46)	>0,05
Baixa exigência	3	23,1	1,00	

a χ^2 de tendência = 25,91; p=0,0000

b χ^2 de tendência = 22,09; p=0,0000

c χ^2 de tendência=4,04; p=0,04

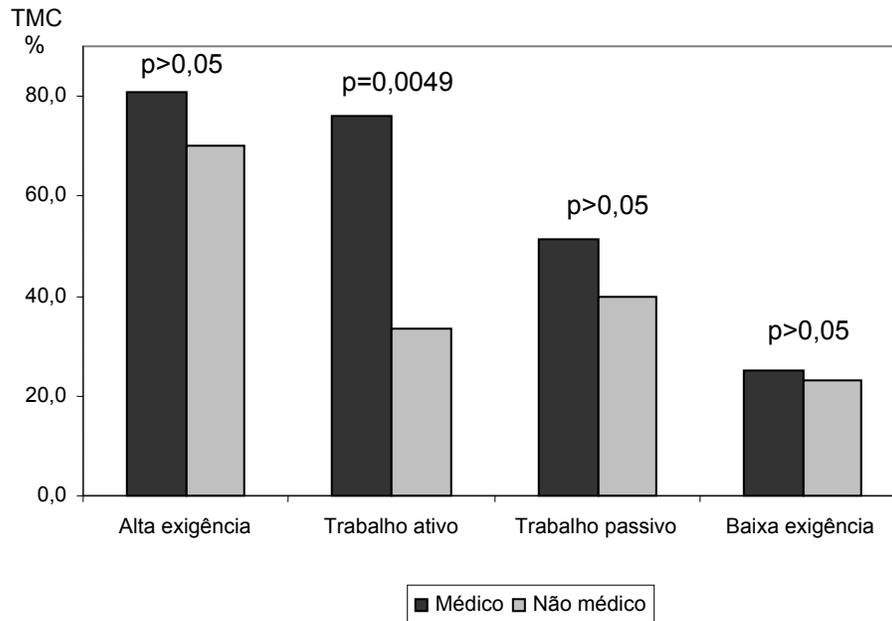


Figura 7 - Prevalência de TMC segundo grau de exigência do processo de trabalho em médicos e não-médicos

Em relação aos hábitos de vida, observou-se que aproximadamente 66% dos residentes eram sedentários (no lazer) e não houve diferença na prevalência de TMC entre os sedentários e os não-sedentários ($p>0,05$) (Tabela 10). Cerca de 4,5% deles estavam sob tratamento psicoterápico, aproximadamente 11% e 14% usaram, respectivamente, antidepressivos e ansiolíticos nos últimos doze meses e cerca de 9% usaram estimulantes nos últimos trinta dias. Houve associação estatisticamente significativa entre TMC e uso de antidepressivos ($p<0,001$) e de ansiolíticos ($p<0,001$) (Tabela 11).

Tabela 10 - Prevalência de TMC segundo sedentarismo no lazer

Sedentarismo no lazer	Total		Prevalência		OR (IC95%)	p
	nº	%	nº	%		
Sim	117	65,7	65	55,6	1,68 (0,85 - 3,32)	>0,05
Não	61	34,3	26	42,6	1	

Tabela 11 - Prevalência de TMC segundo tratamento psicoterápico e consumo de antidepressivos, ansiolíticos e estimulantes

Variáveis	Total ^a		Prevalência		OR (IC95%)	p
	nº	%	nº	%		
Psicoterapia						
Sim	8	4,5	4	50	0,95 (0,19 - 4,78)	>0,05
Não	170	95,5	87	51,2	1	
Uso de antidepressivos						
Sim	19	10,7	18	94,7	21,21 (2,84 - 443,86)	<0,001
Não	159	89,3	73	45,9	1	
Uso de ansiolíticos						
Sim	25	14,4	20	80	4,64 (1,52 - 15,12)	<0,001
Não	149	85,6	69	46,3	1	
Uso de estimulantes						
Sim	16	9,1	6	37,5	0,54 (0,16 - 1,74)	>0,05
Não	160	90,9	84	52,5	1	

^a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

A prevalência do uso de álcool na vida foi de aproximadamente 88%, caindo, atualmente, para cerca de 74%, e seu uso regular foi observado em 1,1%, embora se tenha verificado dependência em 13,5% dos participantes. Em relação ao tabagismo, a prevalência de uso de cigarros, na vida, foi de 26,4%, caindo, atualmente, para 4% (Tabela 12).

Tabela 12 - Prevalência de TMC segundo consumo de álcool e tabaco

Variáveis	Total ^a		Prevalência		OR (IC95%)	p
	n°	%	n°	%		
Uso de álcool (na vida)						
Sim	155	87,6	78	50,3	0,84 (0,31 - 2,27)	>0,05
Não	22	12,4	12	54,5	1	
Uso de álcool (atualmente)						
Sim	130	73,9	64	49,2	0,75 (0,36 - 1,56)	>0,05
Não	46	26,1	26	56,5	1	
Uso regular de álcool						
Sim	2	1,1	-	-	-	
Não	176	98,9	91	51,7		
Dependência de álcool						
Sim	24	13,5	15	62,5	1,71 (0,65 - 4,58)	>0,05
Não	154	86,5	76	49,4	1	
Uso de cigarros (na vida)						
Sim	47	26,4	23	48,9	0,89 (0,43 - 1,83)	>0,05
Não	131	73,6	68	51,9	1	
Uso de cigarros (atualmente)						
Sim	7	4,0	2	28,6	0,37 (0,05 - 2,25)	>0,05
Não	169	96,0	88	52,1	1	

^a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

Quanto ao consumo de drogas ilícitas, houve relato de uso na vida apenas de maconha (11,9%) e solventes (29,4%). Nenhum dos residentes registrou uso atual de drogas ilícitas (Tabela 13).

Tabela 13 - Prevalência de TMC segundo consumo de maconha, cocaína, ecstasy, solventes e crack

Variáveis	Total ^a		Prevalência		OR (IC95%)	P
	n ^o	%	n ^o	%		
Uso de maconha (na vida)						
Sim	21	11,9	12	57,1	1,3 (0,47 - 3,61)	>0,05
Não	156	88,1	79	50,6		
Uso de maconha (atualmente)						
Sim	-	-	-	-	-	
Não	177	100	91	51,4		
Uso de cocaína (na vida)						
Sim	-	-	-	-	-	
Não	177	100	91	51,4		
Uso de ecstasy (na vida)						
Sim	-	-	-	-	-	
Não	177	100	91	51,4		
Uso de solventes (na vida)						
Sim	52	29,4	26	50	0,92 (0,46 - 1,87)	>0,05
Não	125	70,6	65	52		
Uso de solvents (atualmente)						
Sim	-	-	-	-	-	
Não	177	100	91	51,4		
Uso de crack (na vida)						
Sim	-	-	-	-	-	
Não	177	100	91	51,4		

^a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

Observou-se, por um lado, uma maior frequência de residentes que estavam “muito insatisfeitos” ou “insatisfeitos” com a qualidade de vida (51,4%), peso (50,3%), aparência do corpo (42,4%), alimentação (57,6%), sono (70,6%) e lazer (54,2%). Mas por outro, verificou-se uma maior frequência dos que referiram estar “muito satisfeitos” ou “satisfeitos” com a vida (68,9%), saúde (54,8%), vida sexual (63,4%), habitação (78%), família (84,2%) e trabalho (41,8%). Exceto para a variável habitação, quanto

maior o grau de insatisfação com aspectos da qualidade de vida, maior foi a prevalência de TMC (Tabela 14).

Os residentes consideraram “muito bom (a)” ou “bom(a)” sua saúde (61,8%), capacidade para desempenhar atividades diárias (54,2%), memória (47,2%), relações com familiares (79,7%) e amigos (78,1%), ambiente de trabalho (55,6%), relações com o programa de residência (53,4%), com colegas (80,3%) e preceptores (61,8%), todavia avaliaram como “muito ruim” ou “ruim” sua qualidade de vida (42,7%) e sua energia / disposição (40,7%). A situação financeira foi considerada “nem boa/nem ruim”. Verificou-se que quanto pior a auto-avaliação dos aspectos da qualidade de vida, maior a prevalência de TMC (Tabela 15).

Tabela 14 - Prevalência de TMC segundo grau de satisfação com aspectos da qualidade de vida

Variáveis	Total ^a		Prevalência		X ² de tendência
	n ^o	%	n ^o	%	
Vida					
MI ou I	26	14,7	24	92,3	X ² = 25,53 p<0,001
NS / NI	29	16,4	18	62,1	
MS ou S	122	68,9	48	39,3	
Qualidade de vida					
MI ou I	91	51,4	65	71,4	X ² =34,12 p<0,001
NS / NI	41	23,2	16	39,0	
MS ou S	45	25,4	9	20,0	
Saúde					
MI ou I	54	30,5	41	75,9	X ² =20,43 p<0,001
NS / NI	26	14,7	13	50,0	
MS ou S	97	54,8	36	37,1	
Peso					
MI ou I	89	50,3	53	59,6	X ² =6,59 p=0,01
NS / NI	23	13,0	12	52,2	
MS ou S	65	36,7	25	38,5	
Aparência do corpo					
MI ou I	75	42,4	47	62,7	X ² =6,26 p=0,01
NS / NI	35	19,8	15	42,9	
MS ou S	67	37,9	28	41,8	
Alimentação					
MI ou I	102	57,6	64	62,7	X ² =14,86 p<0,001
NS / NI	33	18,6	14	42,4	
MS ou S	42	23,7	12	30,0	
Sono					
MI ou I	125	70,6	80	64,0	X ² =35,1 p<0,001
NS / NI	24	13,6	9	37,5	
MS ou S	28	15,8	1	3,6	
Vida sexual					
MI ou I	40	22,9	28	70,0	X ² =15,33 p<0,001
NS / NI	24	13,7	18	75,0	
MS ou S	111	63,4	42	37,8	
Habitação					
MI ou I	19	10,7	12	63,2	X ² =2,9 p>0,05
NS / NI	20	11,3	13	65,0	
MS ou S	138	78,0	65	47,1	
Família					
MI ou I	16	9,0	13	81,3	X ² =4,55 p=0,03
NS / NI	12	6,8	5	41,7	
MS ou S	149	84,2	72	48,3	
Lazer					
MI ou I	96	54,2	70	72,9	X ² =46,01 p<0,001
NS / NI	25	14,1	11	44,0	
MS ou S	56	31,6	9	16,1	
Trabalho					
MI ou I	51	28,8	39	76,5	X ² =28,76 p<0,001
NS / NI	52	29,4	30	56,6	
MS ou S	74	41,8	21	28,4	

a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação
MI=Muito insatisfeito; I= insatisfeito; NS/NI=nem satisfeito, nem insatisfeito; MS=muito satisfeito; S=satisfeito

Tabela 15 - Prevalência de TMC segundo auto-avaliação de aspectos da qualidade de vida

Variáveis	Total ^a		Prevalência		X ² de tendência
	n°	%	n°	%	
Saúde					
Muito ruim ou ruim	23	12,9	17	73,9	X ² =7,99 p=0,0047
Nem ruim / nem bom	45	25,3	26	57,8	
Muito bom ou bom	110	61,8	48	43,6	
Qualidade de vida					
Muito ruim ou ruim	76	42,7	55	72,4	X ² =33,54 p<0,001
Nem ruim / nem bom	48	27,0	25	52,1	
Muito bom ou bom	54	30,3	11	20,4	
Energia (disposição)					
Muito ruim ou ruim	72	40,7	58	80,6	X ² =38,68 p<0,001
Nem ruim / nem bom	60	33,9	22	36,7	
Muito bom ou bom	45	25,4	11	24,4	
Capacidade para desempenhar as atividades diárias					
Muito ruim ou ruim	30	16,9	24	80,0	X ² =34,29 p<0,001
Nem ruim / nem bom	51	28,8	38	74,5	
Muito bom ou bom	96	54,2	28	29,2	
Memória					
Muito ruim ou ruim	42	23,6	29	69,0	X ² =18,89 p<0,001
Nem ruim / nem bom	52	29,2	35	67,3	
Muito bom ou bom	84	47,2	27	32,1	
Situação financeira					
Muito ruim ou ruim	37	20,8	26	70,3	X ² =14,02 p<0,001
Nem ruim / nem bom	80	44,9	45	56,3	
Muito bom ou bom	61	34,3	20	32,8	
Relação com familiares					
Muito ruim ou ruim	12	6,8	10	83,3	X ² =7,57 p=0,0059
Nem ruim / nem bom	24	13,6	15	62,5	
Muito bom ou bom	141	79,7	65	46,1	
Relação com amigos					
Muito ruim ou ruim	9	5,1	7	77,8	X ² =13,59 p<0,001
Nem ruim / nem bom	30	16,9	24	80,0	
Muito bom ou bom	139	78,1	60	43,2	
Ambiente de trabalho					
Muito ruim ou ruim	21	11,8	15	71,4	X ² =14,82 p<0,001
Nem ruim / nem bom	58	32,6	39	67,2	
Muito bom ou bom	99	55,6	37	37,4	
Relação com o Programa de Residência					
Muito ruim ou ruim	28	15,7	21	75,0	X ² =15,09 p<0,001
Nem ruim / nem bom	55	30,9	34	61,8	
Muito bom ou bom	95	53,4	36	37,9	
Relação com colegas do Programa de Residência					
Muito ruim ou ruim	7	3,9	6	85,7	X ² =6,28 p=0,01
Nem ruim / nem bom	28	15,7	18	64,3	
Muito bom ou bom	143	80,3	67	46,9	
Relação com preceptores					
Muito ruim ou ruim	13	7,3	11	84,6	X ² =5,22 p=0,02
Nem ruim / nem bom	55	30,9	29	52,7	
Muito bom ou bom	110	61,8	51	46,4	

a A soma do total em cada categoria varia devido à exclusão de indivíduos para os quais não havia informação

Na análise multivariada, mantiveram-se estatisticamente significantes, apenas, as associações entre TMC e as variáveis vinculadas ao processo de trabalho: demanda ($p=0,00$), habilidade ($p=0,00$) e duração do treinamento acima de oito horas diárias ($p=0,00$) (Tabela 16).

Tabela 16 - Modelo final da Regressão Logística

Variáveis	OR _{bruta} (IC95%)	p	OR _{ajustada} (IC95%)	p
Demanda				
Alta > 36	4,27 (2,13 - 8,63)	= 0,00	3,59 (1,67 - 7,70)	= 0,00
Baixa ≤ 36	1,00		1,00	
Habilidade				
Baixa ≤ 36	3,63 (1,80 - 7,40)	= 0,00	4,10 (1,89 - 8,89)	= 0,00
Alta > 36	1,00		1,00	
Horas de treinamento por dia				
> 8	4,15(2,09 - 8,29)	= 0,00	3,03 (1,45 - 6,32)	= 0,00
≤ 8	1,00		1,00	

Nota: Foram excluídos 4 casos com uma ou mais variáveis sem informação

6 DISCUSSÃO

A população do estudo, na qual predominaram as mulheres, foi fundamentalmente jovem, caracterizando, assim, um perfil de recém-graduados. O predomínio do sexo feminino demonstra uma tendência da inserção, cada vez maior, da mulher no mercado de trabalho, inclusive o da área de saúde. Machado (1997), estudando médicos no Brasil, apontou a tendência à feminização dessa profissão. Além disso, incluíram-se programas de enfermagem e nutrição em que há uma maior proporção de mulheres.

Apesar de a maioria dos entrevistados serem do Recife, antes de iniciarem o treinamento, aproximadamente um terço foi representado por migrantes de outras cidades de Pernambuco ou de outros estados. É possível que isto se deva à realidade da cidade do Recife que se situa no Nordeste do país como um pólo médico importante, o que deve atrair pós-graduandos para melhor especialização. A maioria dos residentes ainda estava solteira, sem filhos e não morava sozinha, estando provavelmente no lar dos familiares. A maioria concluiu a graduação em até dois anos do início da coleta dos dados, revelando-se, pois, um grupo de recém-graduados.

Os médicos predominaram nos programas de residência, uma vez que a eles se oferecem um maior número de vagas para esta profissão, o que também explica uma maior concentração nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Gineco-obstetrícia, resultados em conformidade com os dados de Machado (1997) sobre o perfil dos residentes médicos brasileiros.

A prevalência global de TMC de 51,1%, observada neste estudo, é considerada elevada quando comparada à de outros estudos. No sexo feminino, a magnitude atingiu 51,6%, enquanto Galvão et al (2007), usando o mesmo ponto de corte, verificaram que 39,8% das mulheres no climatério sofriam de TMC e Araújo, Pinho e Almeida (2005), utilizando um ponto de corte menor (6/7), encontraram uma prevalência de 39,4% em mulheres acima de 15 anos, de Feira de Santana (BA).

Nenhuma variável sociodemográfica se associou aos TMC e isso em relação à idade era esperado, uma vez que a amostra, na perspectiva etária, era bastante

homogênea. De igual modo, não se observou diferença, estatisticamente significativa, nas prevalências de TMC entre os sexos. Há estudos, entretanto, que detectaram uma maior prevalência em mulheres, como o de Sobrinho et al (2006) que, avaliando médicos na Bahia, observaram prevalência duas vezes maior no sexo feminino, sendo aí adotado ponto de corte único, de sete ou mais, para eleição dos casos suspeitos. Alguns autores explicam essa associação pela dupla jornada de trabalho por elas exercida que acumulam as responsabilidades domésticas e familiares e a participação no mercado de trabalho (ARAÚJO, PINHO e ALMEIDA, 2005; CESAR et al, 2005; COUTINHO, ALMEIDA-FILHO e MARI, 1999). Esse argumento contribui para compreender o motivo pelo qual as residentes não apresentaram maior magnitude de TMC, pois sendo uma população jovem ainda não foi exposta a fatores dessa natureza. Noutra perspectiva, Coutinho, Almeida-Filho e Mari (1999) defendem outra explicação para essa diferença que se alicerça na existência de um viés de informação, uma vez que as mulheres tendem a valorizar mais suas queixas do que os homens. Com o propósito de minimizar erros de classificação, o presente estudo usou ponto de corte diferenciado entre os sexos.

Ainda em relação à diferença entre os sexos, observou-se que a prevalência de 15 sintomas do SRQ-20 foi igual em homens e mulheres, todavia a magnitude dos 5 restantes foi mais elevada nas mulheres: cansavam-se com mais facilidade, tinham mais sensações desagradáveis no estômago, mais dores de cabeça, assustavam-se com mais facilidade e choravam mais do que o costume.

Em relação às profissões, possivelmente o tamanho da amostra pode explicar a não detecção de diferença entre as prevalências de TMC em residentes médicos (56,2%) e residentes não-médicos (40,4%), pois a significância foi limítrofe ($p=0,05$). Observou-se uma significância estatística limítrofe ($p=0,05$) na diferença entre as prevalências de TMC nos residentes médicos, vinculados a especialidades cirúrgicas, quando comparados aos residentes de enfermagem, nutrição e saúde coletiva. A prevalência de TMC, principalmente entre os médicos-residentes, foi mais elevada do que a encontrada em outras investigações. Estudos, conduzidos em países industrializados, encontraram valores entre 7% e 30% (GOLDBERG e HUXLEY, 1992). Ludermir e Melo Filho (2002) observaram uma prevalência de 35% num estudo de base

populacional, realizado em Olinda (PE). Pesquisas com outros trabalhadores brasileiros revelaram prevalências menores: 13% em motoristas, 28% em cobradores de ônibus da cidade de São Paulo (SOUZA e SILVA, 1998) e 44% em professores do ensino infantil e fundamental da Bahia (PORTO et al, 2006).

Avaliações do estado mental a partir do conceito de TMC em profissionais de saúde apresentam resultados variados na literatura. Pitta (1994) investigou trabalhadores de saúde de um hospital geral, no município de São Paulo, detectando 20,8% destes transtornos, magnitude bastante próxima da investigação conduzida por Cabana et al (2007) em médicos de um hospital geral do Recife (PE) (23,39%). Pitta (1994), sem diferenciar a categoria profissional, identificou que os trabalhadores dos setores de hemodiálise (45,5%) e UTI (32,1%) eram os que mais sofriam de transtorno mental. Cabana et al (2007), por sua vez, encontraram a maior prevalência de TMC (32%) nos médicos que trabalhavam no setor de emergência. Sobrinho et al (2006) relataram 26% destes transtornos em médicos na Bahia e Araújo et al (2003) observaram prevalência de 20% em enfermeiras e 36,4% em auxiliares de enfermagem de um hospital em Salvador (BA).

Vários artigos sugerem uma pior saúde mental em médicos (TYSSEN, 2007), como, por exemplo, maior incidência de suicídio e reações depressivas em comparação com outras categorias profissionais (MELEIRO, 1998; SIMON, 1971; VAILLANT, BRIGHTON e MCARTHUR, 1970).

Estudos que avaliam a saúde mental e outras condições de residentes médicos e não médicos, no Brasil, são escassos. A maior atenção e interesse se dirigem para o período da graduação (ALMEIDA et al, 2007; KERR-CORRÊA et al, 1999; LIMA, DOMINGUES e CERQUEIRA, 2006) e, embora o número de artigos sobre o tema apresente um contínuo crescimento, poucos autores do país demonstraram preocupação com os riscos a que estão submetidos residentes médicos e não médicos durante o treinamento (NOGUEIRA-MARTINS, 2005). A pobreza do acervo de dados sobre o tema dificulta, pois, a comparação dos resultados, aqui obtidos, com os de outras populações de residentes brasileiros.

As investigações corroboram a maior prevalência de manifestações depressivas em residentes médicos. Hsu e Marshall (1987), fazendo uso de um instrumento para

detecção de sintomas depressivos, encontraram prevalência de 23% deles nos residentes médicos em Ontário, Canadá. Estes autores perceberam que os residentes do primeiro ano sofriam mais de depressão (31,2%) e à medida que se aproximavam do *fellowship* a magnitude deste evento caía, atingindo 16,7%. Hurwitz et al (1987 apud HSU e MARSHALL,1987), também usando outro instrumento de detecção, diagnosticaram 14% dos residentes médicos, na província canadense de British Columbia, como “casos psiquiátricos”.

Firth-Cozens (1987), utilizando o General Health Questionnaire, instrumento que, segundo Mari e Willians (1986b), se equipara ao SRQ-20 na identificação de casos de TMC, encontrou uma prevalência de 50% de TMC em médicos residentes ingleses que cursavam o primeiro ano de treinamento. Essa magnitude se aproximou da verificada no presente estudo. Ainda segundo a autora, 28% dos residentes mostravam-se deprimidos e havia associação entre estresse e ocorrência de empatia, atribuições negativas, autocrítico e desilusões.

Girard et al (1991) desenvolveram estudo prospectivo durante três anos em residentes de medicina interna e encontraram maior prevalência de ansiedade no primeiro ano com progressivo declínio ao longo do tempo. Sintomas depressivos apareceram com maior intensidade, entre o sexto e oitavo meses, com diminuição progressiva até o fim do primeiro ano, sem, no entanto, voltar aos níveis observados no início do treinamento. Autores, como Girard et al (1991) e Aach et al (1998), perceberam que no primeiro ano de treinamento o médico residente está sob maior risco de apresentar sintomas característicos de ansiedade e depressão.

Ao contrário desses estudos, a presente investigação não detectou diferença de prevalência de TMC entre os residentes do primeiro e segundo anos, embora seja necessário destacar que o desenho de corte transversal, aqui empregado, não permita que se compare, pelo menos em dois momentos, como nos estudos longitudinais, a variação da magnitude de um determinado evento em um grupo de residentes.

Este estudo viabilizou uma visão panorâmica do perfil global das condições de saúde mental dos residentes, investigando a associação de TMC com algumas variáveis, como realização de atividade física, tratamento psicoterápico, uso de drogas e aspectos da qualidade de vida. Neste sentido, a prevalência de sedentarismo, no

lazer, no total de residentes foi de 65,7%. No Brasil, segundo o IBGE, cerca de 81% dos adultos são sedentários, enquanto 60% dos adultos americanos se enquadram nessa categoria (OEHLSCHALEGER et al, 2004). A literatura reconhece que a falta de prática regular de exercícios físicos está associada a um maior risco de doenças cronicodegenerativas, à piora da qualidade de vida e de alguns aspectos psicológicos (PATE et al, 1995).

Stephens (1998) demonstrou que a atividade física se associa ao bem-estar, à menor ocorrência de ansiedade e depressão e à melhora do humor, mesmo após ajuste pelos fatores de natureza socioeconômica. Na presente investigação, não se encontrou associação entre sedentarismo, no lazer, e TMC, além disso, a proporção de residentes em tratamento psicoterápico foi extremamente baixa.

Sobre o uso, na vida, de drogas ilícitas, verificaram-se experiências, apenas, com maconha e solventes, em consonância com os dados do inquérito populacional, realizado em 2001, no Brasil, em que ambas as drogas são as mais consumidas neste tipo de situação (CARLINI et al, 2002).

A prevalência de consumo de maconha (na vida) de 11,9% foi maior do que a média brasileira (6,9%), todavia foi menor do que a de países, como: EUA (34,2%), Reino Unido (25%), Dinamarca (24,3%), Espanha (19,8%), Holanda (19,1%), Chile (19,7%) e mais próxima à de países, como Grécia (13,1%) e Suécia (13%) (OSPINA, 1997; CONACE, 2001; E.M.C.D.D.A., 2001; SAMHSA, 2001 apud CARLINI et al, 2002). Embora tenha sido inferior à encontrada na pesquisa realizada com estudantes de medicina, em São Paulo, cuja proporção foi de 17% (KERR-CORRÊA et al, 1999).

No que concerne ao uso de solventes, a prevalência encontrada de 29,4% foi cinco vezes superior à média do Brasil (5,8%) e três vezes à do Nordeste (9,7%). Foi, também, mais elevada do que a de países, como: Colômbia (1,4%), Bélgica e Espanha (aproximadamente 4%), Estados Unidos (7,5%) e Reino Unido (20%) (OSPINA, 1997; E.M.C.D.D.A., 1999; SAMHSA, 1999; E.M.C.D.D.A., 2001; SAMHSA, 2001 apud CARLINI et al, 2002). No entanto, a magnitude do consumo de solventes se aproximou daquela verificada, por Kerr-Corrêa et al (1999), em estudantes de medicina, em São Paulo (30%).

No Brasil, o uso de solventes, como o lança-perfume e o loló, está ligado à tradição, principalmente durante o carnaval e em outras festas, razão pela qual se explica a elevada proporção de experiências com esta droga pelos residentes. Outra possibilidade seria a maior facilidade de acesso desse grupo de profissionais ao éter e ao clorofórmio nos hospitais (KERR-CORRÊA et al, 1999).

Neste estudo, não houve associação entre TMC e a referência de uso de drogas ilícitas na vida, como também não se registrou experiências com drogas “mais pesadas”, como, por exemplo, cocaína, seja pelas características mais saudáveis do grupo de residentes pesquisados, seja por omissão de informação.

O tabagismo é considerado a maior causa isolada evitável de doença e morte, porquanto são atribuídos a ele 90% dos casos de câncer de pulmão, 86% de bronquite crônica e enfisema, 25% dos processos isquêmicos do coração e 30% dos cânceres extrapulmonares (MIRRA e ROSEMBERG, 1997). A prevalência de uso de tabaco (na vida) na população de residentes (26,4%) ficou abaixo da média da população brasileira, 40% na faixa etária entre 25 e 34 anos (CARLINI et al, 2002). O inquérito nacional efetuado com aproximadamente doze mil médicos, por Mirra e Rosemberg (1997), revelou prevalência de 6,4% de fumantes regulares, maior do que a verificada, atualmente, nos residentes deste estudo (4%).

Carlini et al (2002) verificaram aumento progressivo da freqüência de uso do tabaco a partir de 18 anos de idade, tendência oposta à encontrada aqui, quando o uso atual foi seis vezes inferior ao uso na vida. A coorte de Vaillant, Brighton e McArthur (1970) constatou que os médicos, enquanto grupo, fumam menos e, quando fazem-no, são classificados como “fumantes leves”. É possível que a baixa prevalência de tabagismo encontrada seja explicada pela mudança de atitude deste grupo após introjetar as relações de risco estabelecidas entre uso de cigarros e ocorrência de grande número de doenças e agravos à saúde.

A prevalência de uso de álcool na vida (87,6%) ficou acima da média nacional para as idades de 25 a 34 anos (76,5%), enquanto o uso regular (1,1%), consumo em, pelo menos, três dias por semana, ficou bem abaixo da média nacional (6,3%) (CARLINI et al, 2002). Em relação à dependência de álcool, os dados ficaram

equiparados à média nacional que é de 13,5%, considerando-se o mesmo intervalo de idade (CARLINI et al, 2002).

Afinal, os participantes deste estudo não apresentaram problemas com o consumo de bebidas alcoólicas quando foram comparados à população em geral (KAUFMANN, 2002; VAILLANT, BRIGHTON e MCARTHUR, 1970). No entanto, esses resultados, de uso atual e de dependência ao álcool, são preocupantes quanto à magnitude e em se considerando ser este um grupo de jovens profissionais de saúde que, embora provavelmente conheçam os riscos do abuso do álcool, podem estar sofrendo danos ou outras conseqüências por este uso. Outra constatação importante foi a inexistência de associação entre uso regular e/ou dependência ao álcool e TMC.

No que diz respeito ao consumo de algumas drogas lícitas, ou seja, certos medicamentos de prescrição controlada, verificou-se que o uso de ansiolíticos foi 11 vezes maior que a média brasileira (1,3%) e 12 vezes superior à média americana (1,2%), destacando-se que essas pesquisas foram de base populacional (CARLINI et al, 2002). O uso de estimulantes, nos últimos trinta dias, em 9,1% dos residentes, também, se mostrou bastante elevado, observando-se que foi 91 vezes superior aos dados brasileiros (0,1%) e cerca de 23 vezes superior aos americanos (0,4%) (CARLINI et al, 2002). Kerr-Correa et al (1999) encontraram, em estudantes de medicina, uma prevalência de uso de benzodiazepínicos de 14% e de anfetaminas de 6%.

Cerca de 11% dos residentes referiram uso de antidepressivos e este consumo, assim como o de ansiolíticos, esteve associado aos TMC: 21 vezes no primeiro caso e aproximadamente 5 vezes mais no segundo.

Sabe-se que estes medicamentos são prescritos para tratamento de quadros ansiosos e depressivos, neste sentido a associação, aqui descrita, entre o consumo destas substâncias e os TMC contribuiu para validar o instrumento de coleta de dados no sentido de detectar sofrimento mental em populações.

O consumo elevado de antidepressivos, ansiolíticos e anfetaminas, pelos residentes de maneira global, sem diferenciação quanto à profissão, se aproxima do observado na coorte de estudantes de medicina, acompanhada por Vaillant Brighton e McArthur (1970) e avaliada antes, durante e após a graduação. Os autores constataram

que os médicos, quando comparados aos controles, faziam um uso maior de substâncias que afetam o sistema nervoso central.

Em relação à qualidade de vida, percebe-se que tanto o grau de satisfação quanto a auto-avaliação, que os residentes fazem dela, é negativa. A insatisfação mostrou-se vinculada às necessidades básicas, como sono e alimentação, à percepção corporal, como peso e aparência do corpo, e ao tempo livre (lazer), aspectos passíveis de perturbações momentâneas. Outro aspecto auto-avaliado como negativo foi a energia, compreendida como o sentimento de disposição. Esses indicadores revelam dificuldades ou sofrimentos da vida dos residentes, impostos ou exacerbados durante o período de treinamento.

Observou-se, também, que a prevalência de TMC variou com o grau de satisfação e de avaliação da quase totalidade dos aspectos, avaliados, da qualidade de vida. O desenho de corte transversal, como não estabelece a seqüência temporal entre causa e efeito, pois um só momento de tempo é considerado, não permite determinar se a avaliação negativa da qualidade de vida foi causa ou conseqüência dos TMC.

Vale ressaltar, ainda, a importância de se considerar a qualidade de vida como um indicador de saúde e de bem-estar dos residentes da pesquisa, trazendo, à reflexão, as dimensões da subjetividade e multidimensionalidade, que indicam a questão da representação pessoal dos valores materiais e não-materiais da sociedade e da cultura como ponto de questionamento constante no mundo, cada vez mais, tecnológico e científico (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000). Por outro lado, as investigações sobre qualidade de vida continuamente ajudam a compreender o impacto dos problemas de saúde e de intervenções médicas ou sociais em diversos domínios do bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos (BLAY e MERLIN, 2006).

Considerando a relação dos residentes com o programa de treinamento, é importante ressaltar que, embora a maior freqüência de respostas se vincula ao desejo de permanecer no treinamento, detectou-se associação entre TMC e vontade, demonstrada em algum período, de desistir da profissão ou do treinamento atual. Cohen e Patten (2005) verificaram que 14% dos médicos residentes canadenses aventaram a possibilidade de trocar de especialidade do programa. Esses autores mostraram que 22% deles disseram, caso fosse oferecida nova oportunidade, que não

seguiriam a mesma carreira, proporção menor do que a encontrada nesta investigação (31%), embora, aqui, se incluam residentes médicos e não-médicos.

Estendendo o significado das respostas, no que se refere ao desejo de desistência, pode-se questionar, então, se esses pensamentos também servem como um indicador indireto de insatisfação no trabalho. Novamente, a estratégia do corte transversal vislumbra duas possibilidades: a ocorrência de TMC favoreceu essa vontade, ou, de maneira reversa, os que mais pensavam em desistir estavam mais propensos a “crises” internas, expressas, inclusive, sob a forma de TMC. Seja numa ou noutra direção, vale lembrar que os pensamentos podem passar a atos comportamentais rumo à desistência do treinamento, bem como alterar o desempenho nas atividades, causando, inclusive, prejuízos à relação com o paciente e no processo de aprendizado envolvido no treinamento (AACH et al, 1998).

O momento específico do aperfeiçoamento profissional da residência envolve uma nova realidade e desafios estruturadores para desenvolver e consolidar competências, relacionadas à prática clínica dentro ou fora do hospital. Assim, processo de trabalho e aprendizado são concomitantes, constituindo-se num momento de grande enriquecimento e crescimento profissionais, impulsionados pelas diversas solicitações do trabalho em saúde.

Na dinâmica do trabalho em saúde, torna-se evidente que o processo dos acontecimentos, no âmbito da prática clínica, tem como núcleo a relação com o doente, possibilitando o surgimento de demandas diversificadas. Para atendê-las o residente precisa estar habilitado (ter competências) para tal e demonstrar a capacidade para tomar decisões (autonomia), o que resulta na possibilidade de sua participação ativa e de exercer o controle neste processo.

Neste estudo, os residentes, em sua totalidade, encontram-se vinculados a um processo de trabalho caracterizado pelo baixo controle, baixa habilidade, baixa decisão, baixa demanda e baixo suporte social dos colegas. Este perfil, de certo modo, causa preocupação, uma vez que estas características indicam que eles poderiam estar enfrentando dificuldades e recebendo poucos estímulos durante o treinamento.

Essas características do trabalho, exceto no que se refere à demanda, associaram-se aos TMC, conforme diversos estudos (STANSFELD e CANDY, 2006).

Prosseguindo a interpretação dos resultados sobre a interação entre as principais dimensões do modelo demanda-controle de Karasek, pode-se afirmar que a elevada prevalência de TMC, encontrada no trabalho de alta exigência, tanto dos residentes médicos, quanto dos não-médicos, confirma a principal predição do modelo: se a demanda, no trabalho, é alta e o grau de controle do indivíduo sobre o mesmo é baixo, maiores serão os riscos à saúde do trabalhador. Resultados semelhantes foram encontrados em outras investigações (ARAÚJO, GRAÇA e ARAÚJO, 2003; KARASEK, 1979; KARASEK e THEORELL, 1990; SOBRINHO et al, 2006; STANSFELD e CANDY, 2006).

A força de associação entre TMC e trabalho de alta exigência, observada neste estudo (OR=11; IC 95% 3,44 - 35,54), foi elevada, assim como a verificada por Araújo et al (2003) em trabalhadoras de enfermagem (RP=3; IC 95% 2,22-5,19) e por Sobrinho et al (2006) em médicos de Salvador (BA) (RP=3; IC 95% 1,24-7,20), tendo em ressalva esta comparação não poder ser direta, devido ao uso diverso das medidas de associação, seja das OR ou RP, entre os estudos. Por outro lado, a prevalência de TMC nos residentes que desempenhavam trabalho ativo, também, foi mais elevada do que nesses profissionais (ARAÚJO, 2003; SOBRINHO et al, 2006).

Vanagas, Bihari-Axelsson e Vanagiené(2004), estudando a influência de alguns fatores sociodemográficos nos trabalhos de alta exigência, em médicos generalistas, encontraram as maiores taxas de tensão nos muito jovens e nos muito velhos. Estes autores identificaram que incerteza, insegurança, isolamento, vínculos frágeis com os colegas, desilusão com o papel de médico generalista mais jovem e consciência das variadas demandas constituem características de pressão no trabalho. Possivelmente, os residentes, médicos ou não, lidando com as primeiras pressões da realidade da prática de trabalho em saúde, e uma vez que ainda não desenvolveram seus mecanismos de enfrentamento, para lidar com estes aspectos, deparam-se com dificuldades e limites que os expõem a uma maior vulnerabilidade frente aos mais experientes.

Observou-se, ainda, associação estatisticamente significativa entre TMC e trabalho ativo nos médicos residentes ($p=0,0001$), mas este mesmo resultado não foi encontrado nos residentes de outras categorias profissionais. Procedendo à

comparação das prevalências de TMC entre os dois grupos profissionais, detectou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,049$), que reforça a hipótese de que o trabalho ativo foi mais prejudicial à saúde mental dos residentes médicos.

Este último achado sugere que o alto controle, na situação de trabalho ativo, protegeu em algum grau os residentes não-médicos. Igualmente, o alto controle sobre o processo de trabalho entre os residentes médicos não os protegeu da mesma maneira, sugerindo que as demandas psicológicas elevadas tiveram um papel mais relevante que o controle na produção de sofrimento mental, ou seja, a situação de trabalho ativo mostrou-se muito mais estressante e de risco à saúde mental dos residentes médicos que a dos não-médicos.

Segundo Karasek e Theorell (1990), o trabalho ativo pode ser intensamente demandante e, ainda assim, o trabalhador ter controle suficiente sobre suas atividades e liberdade para usar as habilidades de que dispõe. Nesta situação, a tensão gerada assume a função de um fator que motiva o aprendizado e a aquisição de novos comportamentos. A resposta, na situação de trabalho ativo, entre os residentes médicos, não se apresentou conforme o previsto pelo modelo, o que, indiretamente, poderia sinalizar para possíveis dificuldades, durante o treinamento, no aprendizado e desempenho das tarefas pelos residentes.

Pode-se exemplificar algumas demandas, geradoras de tensão, a que os residentes, médicos, em treinamento estão submetidos, recorrendo-se ao trabalho de Nogueira-Martins (2005) que, mediante um estudo qualitativo, descreveu algumas situações, relatadas por residentes médicos na cidade de São Paulo, mais estressantes da tarefa assistencial: a) a quantidade de pacientes, pacientes hostis e/ou reivindicadores, os que vêm a falecer, os com doença terminal, os que não entendem o que é dito e os com alterações de comportamento; b) as comunicações dolorosas, o atendimento a pacientes terminais, o medo de contrair infecções e os dilemas éticos e c) o medo de cometer erros, estar constantemente sob pressão, plantões noturnos.

A riqueza e a complexidade, que envolvem o trabalho em saúde, são vastas, que não se podem apreender e isolar, apenas, o que se passa biologicamente com o doente, pois é justamente durante a prática da residência que o médico e outros profissionais vão-se deparar com um indivíduo que, além de seu corpo biológico, traz

consigo um corpo socioeconômico-cultural. Como afirma Pitta (1994), o campo da prática em saúde é dotado de uma ambivalência entre privilegiar a busca da vida e o medo da morte, estando na dependência de inflexões externas (sócio-históricopolíticas) e internas (socioculturais e intrapsíquicas).

Ainda, no que concerne às diferenças encontradas neste estudo entre os grupos profissionais dos residentes, vale destacar que a prevalência de alguns sintomas, listados pelo SRQ-20, foi diferente entre os residentes médicos e os não- médicos, pois aqueles referiram “mais dificuldades no serviço”, enquanto estes referiram “chorar mais do que de costume”. Desta forma, todos os aspectos, já discutidos até agora, permitem que se considere o trabalho médico, desde o período de treinamento, como um dos mais estressantes e mobilizadores de tensões que favorecem o adoecimento mental.

Gaspar, Moreno e Menna-Barreto (1998) realizaram um estudo de revisão acerca dos plantões de médicos, sono e ritmicidade biológica. Estes autores enfatizam o fato de que a sociedade atual é, cada vez mais, notívaga, o que exige um grande número de profissionais trabalhando no período noturno, ininterruptamente. Neste ritmo, também, inclui-se o trabalho médico (e de outros profissionais de saúde) que, além de sofrer estas influências, é considerado difícil e de muita responsabilidade, principalmente nas unidades hospitalares e serviços de emergência.

Outro importante aspecto que Pitta (1994) faz lembrar é o enfoque sobre o regime de turnos e plantões que abre a perspectiva de empregos e jornadas duplas de trabalho, comum entre os trabalhadores de saúde, especialmente impulsionados pelos baixos salários no país. Desta maneira, o trabalho em saúde, caracterizado pelas longas e ininterruptas jornadas, potencializa a ação dos fatores associados ao maior ritmo, volume e carga de trabalho sobre a integridade física e psíquica.

O homem, assim como todo ser vivente, organiza suas atividades de acordo com o ciclo do dia, que se acompanha de alterações biológicas (temperatura corporal, frequência cardíaca, pressão sanguínea, hormônios) demonstrando uma ritmicidade circadiana. Essa organização temporal resulta da atuação de fatores endógenos (relógios biológicos ou osciladores centrais) e de fatores ambientais (os sincronizadores ou zeitgebers). No caso do ser humano, os sincronizadores sociais parecem ser os

mais importantes, entre eles, especialmente, a jornada de trabalho (GASPAR, MORENO e MENNA-BARRETO, 1998).

O equilíbrio entre as influências dos sincronizadores e da organização temporal interna pode sofrer agudas ou crônicas influências, como no trabalho em turnos, produzindo uma quebra na sincronicidade dos diversos ritmos internos, visto que estes não têm a mesma velocidade de ajuste à nova realidade externa. A falta de balanceamento gera privações e modificações na estrutura do sono, provocando distúrbios do sono, sensação de mal-estar, complicações gastrointestinais, flutuações do humor e do desempenho (GASPAR, MORENO e MENNA-BARRETO, 1998).

Características da carga de trabalho do programa, como treinamento com duração acima de oito horas diárias e os plantões em turnos diurnos e noturnos tiveram associação significativa com os TMC. Assim, a privação aguda e crônica de sono e fadiga, conseqüentes à carga pesada de trabalho (VEASEY et al, 2002), podem levar a outros adoecimentos, como as dificuldades cognitivas e afetivas. A fadiga aguda ou crônica, produzida por muitas horas de trabalho, associada à privação ou redução significativa das horas de sono, são os principais fatores que influenciam o desempenho do indivíduo (GASPAR, MORENO e MENNA-BARRETO, 1998). Recorde-se que cerca de 71% dos residentes referiram insatisfação com seu sono (insatisfeito/muito insatisfeito) e, pelo menos, 69% dos entrevistados informaram que dormiam mal.

De acordo com Gaspar, Moreno e Menna-Barreto (1998), existem alguns estudos internacionais sobre as repercussões da privação de sono em residentes que estabelecem um consenso sobre os efeitos deletérios destas restrições nos níveis neuropsicológico e neuropsicomotor que repercutem no humor, nos afetos ou nas atitudes, como: irritabilidade, angústia, tensão e confusão mental, dificuldade para pensar, fadiga, ansiedade, depressão e um crescente aumento dos sintomas depressivos. Maior ocorrência de erros médicos esteve, também, associada à maior carga de trabalho e estressores no trabalho (VIDYARTHI et al, 2007).

Merklin e Little (1967 apud SMALL, 1981) chamaram atenção para o aparecimento de sintomas psiquiátricos, em médicos residentes no início do treinamento, caracterizados por ansiedade, depressão e distúrbios psicossomáticos.

Small (1981), por sua vez, denomina de síndrome do estresse do residente (*house officer stress syndrome*), uma síndrome considerada benigna em que sintomas, como: alterações cognitivas, raiva, cinismo e discórdia familiar, ocorrem em quase todos os residentes. Os mais severos, que podem ter características mais “malignas”, são a depressão, ideação suicida e/ou suicídio e abuso de substâncias. Esse autor questiona sua etiologia, enumerando, como possíveis fatores causais, a privação de sono, a carga de trabalho excessiva, a responsabilidade do cuidado ao paciente, as condições de trabalho em mudança permanente (devido aos rodízios) e a competição entre os residentes.

Faz-se mister ressaltar, ainda, que a alta frequência de cerca de 68% dos residentes, efetuando plantões extratreinamento, como forma de incrementar sua renda, distorcem o caráter de dedicação exclusiva dessa experiência. É evidente que uma bolsa de estudo não permite independência financeira e, que talvez, a busca de renda extra, através de plantões, seja uma forma de complementar os ganhos, diante das exigências do status da profissão e daquelas da vida pessoal (vestuário, compromissos com parceiros, filhos, lazer) e da formação intelectual continuada (compra de livros, viagens a congressos). Observando-se por este prisma, os plantões-extra se somam ao trabalho do treinamento, resultando, por conseguinte, em aumento da jornada e da carga de trabalho. Donde se conclui que se torna um hábito de trabalho iniciado precocemente.

O ajuste dos fatores de confusão, pela regressão logística, demonstrou que as variáveis que permaneceram associados aos TMC se vinculam fundamentalmente à dimensão do processo de trabalho: baixa habilidade (OR=4,10; p=0,00), alta demanda (OR=3,59; p=0,00) e horas diárias de treinamento > 8 (OR=3,03; p=0,00). Nas três situações, verifica-se que a força de associação entre as variáveis, medida pelas *odds*, é alta, embora este critério não seja suficiente para estabelecer nexos causais entre TMC e características do processo de trabalho. É necessário, pois, avaliar outros critérios, como, por exemplo, seqüência temporal entre causa e efeito.

As investigações de corte transversal permitem, na maioria das vezes, determinar a prevalência de determinados fenômenos, indicador que, na ausência da incidência, mais se aproxima idéia de risco e, como vantagens, destacam-se o baixo

custo, o alto potencial descritivo, que subsidia posterior planejamento para outros tipos de estudos, e sua simplicidade analítica (ROUQUAYROL E ALMEIDA-FILHO, 2003).

Estudos transversais estão sujeitos à perda de informações, pois dependem diretamente do objeto da pesquisa para a obtenção das mesmas, no entanto, a pequena taxa de perdas desta investigação não comprometeu a representatividade da amostra. Em relação ao viés de informação, principalmente, em relação às perguntas relacionadas à intimidade dos pesquisados, procurou-se minimizá-lo, assegurando o anonimato das respostas mediante auto-aplicação do questionário.

Todavia, a limitação desse tipo de desenho que mais afeta a interpretação dos resultados é a questão referente à seqüência temporal. Ao contrário dos estudos longitudinais, os de corte-transversal, como são operacionalizados em um único momento do tempo, avaliando concomitantemente exposição e efeito, não garantem a possibilidade, na maioria das vezes, de determinação da seqüência temporal correta entre ambos. A principal consequência dessa limitação se expressa na seguinte questão: os fatores associados aos TMC podem ser tratados como fatores de risco? Ou seja, as características e a organização do processo de trabalho dos residentes produzem TMC? Ou, finalmente, existe uma relação de causa-efeito entre processo de trabalho e TMC? Rigorosamente, pelas razões já explicitadas, não se pode responder esses questionamentos, contudo não há impedimento para que se construam e se discutam hipóteses nas quais se insiram as relações entre o processo de trabalho e TMC.

Como não foi estabelecida a seqüência temporal correta, entre TMC e características do processo de trabalho, é possível formular duas hipóteses: a) a ocorrência dos TMC antecede ao processo de trabalho e, neste caso, poder-se-ia estar diante de uma causalidade reversa, ou seja, o que pareceria efeito, na realidade, é causa; e b) o processo de trabalho determina a ocorrência dos TMC, ou seja, constitui fator de risco para o surgimento deles.

Em relação à primeira hipótese, há, pelo menos, duas situações que podem fortalecê-la. Em uma delas, os residentes, portadores de TMC, tenderiam a avaliar seu trabalho como “mais pesado” ou “mais exigente” e apresentariam dificuldades na execução e desempenho de suas habilidades, o que explicaria a associação dos TMC

com o trabalho de alta demanda e baixa habilidade. Neste sentido, esse bias de informação, uma vez que avaliaria ou classificaria incorretamente a exposição, isto é, as características do processo de trabalho, atenuaria ou impediria que concebesse esse processo como fator de risco para a ocorrência dos TMC. Ora, se as distorções cognitivo-afetivas, decorrentes dos TMC, fossem responsáveis pela avaliação negativa das dimensões do processo de trabalho, seria também esperado que outras situações desfavoráveis, como baixa decisão e conseqüentemente, baixo controle, apresentassem uma maior força de associação com TMC, o que não foi observado.

A outra situação, que corroboraria a primeira hipótese, seria a de que os participantes, que já ingressariam com TMC no treinamento, tenderiam a procurar situações específicas de trabalho, como as de maior demanda de esforço, uma vez que se utilizariam do trabalho excessivo (de alta demanda) como uma forma de compensar suas dificuldades pessoais, que deveriam também se expressar não somente pela baixa habilidade como também pela baixa decisão, o que, também, não foi observado.

Se a primeira hipótese não pôde ser totalmente refutada, foi, pelo menos, enfraquecida ou desqualificada. Neste sentido, aparece mais fortalecida a segunda hipótese que concebe algumas características do processo de trabalho como fatores de risco para o surgimento dos TMC e sua plausibilidade é corroborada por diversos autores que serão citados a seguir.

Segundo a hipótese do modelo demanda-controle de Karasek (1979), qualquer trabalho envolve alguma tensão que é resultante da interação entre as demandas a que é submetido o trabalhador e o grau de controle dele sobre essas. Se o controle supera ou se equipara às demandas, a tensão resultante pode gerar motivação e aprendizado de novos comportamentos. Se dessa interação resulta a alta exigência do trabalho, ou seja, a alta demanda em interação com o baixo controle, tem-se o ambiente propício para o adoecimento físico e mental. Neste caso, o processo de trabalho pode ser fator de risco para o transtorno mental.

No presente estudo, os TMC se associaram à baixa habilidade e à alta demanda psicológica. Segundo Karasek e Theorell (1990), decisão e habilidade são ações conjuntas que integram a dimensão do controle no trabalho, e apresentam inter-relação e reforço mútuos. Nos residentes pesquisados evidenciou-se a baixa habilidade que,

mesmo na presença da preservação da capacidade de decisão, seria responsável pelo baixo controle sobre o processo de trabalho. Assim, o baixo controle na presença de alta demanda psicológica, resultaria no TMC. Pode-se acrescentar, ainda, a importância da preservação e desenvolvimento destas competências (habilidade e decisão) que levando ao reforço do controle sobre o processo de trabalho permitiria ao residente maior crescimento, aprendizado e desenvolvimento de seus potenciais, lembrando que isto envolve, durante o treinamento no serviço de saúde, não só questões técnicas e científicas, mas também humanas que serão discutidas, sucintamente, mais adiante.

Karasek e Theorell (1990) lembram que o entendimento do processo de trabalho constitui-se uma perspectiva de modificação de seu ambiente, não apenas centrada no trabalhador, uma vez que alguns fatores relacionados à doença ocupacional não teriam determinação individual, mas também na sua organização como um todo. Direcionar um olhar para esta questão possibilita, portanto, realizar modificações na dinâmica do trabalho, uma vez reconhecidos os fatores e atores nela envolvidos.

Vários autores ressaltaram os riscos, advindos da organização social do processo de trabalho após a industrialização, para a saúde mental (DEJOURS, 1992). O trabalho em saúde, portanto, passou a sofrer as mesmas interferências das transformações sociais, que outros tipos de trabalho, que envolviam situações como rotinização, mecanização, pressão de tempo e grande volume de trabalho. Estas situações se configuram nas demandas psicológicas do modelo de Karasek (1979), e dizem respeito a elementos concretos do processo de trabalho, como, por exemplo, produtividade e massificação das atividades desempenhadas pelo médico ou por outro profissional de saúde (GONÇALVES, 1994; SCHRAIBER, 1993,1995).

Por outro lado, ainda durante o aperfeiçoamento profissional, os jovens se deparam com a necessidade de se tornarem sujeitos responsáveis pelas ações envolvidas no cuidado ao doente. O encontro entre o profissional de saúde e o doente é envolto de uma intensidade de emoções e expectativas, como resultado das demandas do último em relação ao primeiro. Ou seja, as altas demandas psicológicas, além das questões referentes ao ritmo e volume de trabalho, também refletiriam toda a gama de conflitos e situações variadas a que se expõem o médico e os outros profissionais de saúde.

Simon (1971) descreve que é próprio da condição humana fantasiar triunfo sobre a morte cujo intuito primordial é o desejo universal de imortalidade. Trata-se de fantasias onipotentes capazes de retardar, deter, ou mesmo anular a ameaça de morte, inerente ao homem. A este ser idealizado, ele denominou “ser tanatolítico” e ao conjunto de ações mágicas que lhe são atribuídas, “complexo tanatolítico”. Para o autor, em todas as culturas, encontra-se um indivíduo ou um grupo com esta função tanatolítica, como, por exemplo, os médicos, antigos sacerdotes ou curandeiros.

Para Simon (1971), o perigo a que se expõe o estudante de medicina e principalmente o médico, no exercício profissional, é o de fazer uma identificação total entre seu eu e “o ser tanatolítico”, assumindo compromissos onipotentes. Assim, o indivíduo se coloca acima das limitações da realidade, derrota-se antecipada e inevitavelmente, formando um ciclo de sentimentos de culpa por fracasso de onipotência, consolidando quadros depressivos, ansiosos e, o que mais preocupa, suicídio (MELEIRO, 1998). Simon sugere, neste caso, uma forte carga de destrutividade voltada contra o próprio eu como punição por culpa persecutória: “tendo falhado na missão salvadora é réu de assassinato e merece pena equivalente (lei de Tailão)”.

Frustração e sentimento de fracasso, diante da dor, da morte e do sofrimento alheio, durante o treinamento da residência, são situações novas e diárias para os jovens profissionais, principalmente num ambiente hospitalar (PITTA, 1994). Alia-se, às peculiaridades deste trabalho, o crescimento progressivo do saber científico e de outras tecnologias que são, cada vez mais, instrumentos capazes de afastar a dor e o sofrimento, como também de prolongar a vida pelo adiamento da morte, que, ao lado dos ganhos terapêuticos, contribuem para as fantasias de onipotência do profissional de saúde. Neste sentido, o ambiente de trabalho em saúde poderia ser um fator desencadeador do adoecimento mental em indivíduos predispostos às pressões estressantes, ou um fator causal em indivíduos que até então dispunham de mecanismos de defesa bem sucedidos no enfrentamento do estresse.

Vaillant, Sobowale e McArthur (1972), estudando, em médicos, mecanismos de defesa mais freqüentes, observaram maiores dificuldades na repressão e supressão das emoções, apontando maiores freqüências de neuroticismos nesta categoria profissional do que nos controles. Conforme estes autores, os médicos utilizavam-se

mais de mecanismos de defesa, como: hipocondria, impulsos agressivos, não exteriorizados, contra o *self*, formação reativa e altruísmo do que os controles nos quais havia mais supressão, atitude “poliânica” para minimizar as dificuldades existentes ou situações estressantes, e repressão, defesa que permite alguém se manter mais ingênuo diante do adoecer e dos fatos da vida.

Assim, apesar da crescente tecnologia e avanços do conhecimento e pesquisas científicas, paradoxalmente, do ponto de vista humano, os profissionais de saúde parecem ter, cada vez mais, em suas mãos, grandes certezas de seu instrumental terapêutico e, cada vez menos, certeza de suas habilidades afetivas para enfrentarem esta complexidade em expansão. Simultaneamente, pode-se questionar se o imaginário da onipotência da sociedade atual não esteja somente introjetado no médico e nos demais profissionais de saúde, como também nos pacientes e familiares que procuram ajuda destes profissionais, com uma intensa demanda de sucesso para as intervenções diagnósticas e terapêuticas.

Diante disso, pode-se concluir que o residente, durante o aprendizado do treinamento, em início de sua atividade profissional, estará exposto a uma prática de trabalho, caracterizada intrinsecamente por constante tensão, resultante das complexas interações da organização do trabalho em saúde, que pode ser fator concorrente ao adoecimento mental. Assim, a aquisição de competências técnicas e pessoais, necessárias ao exercício profissional, está inevitavelmente associada a algum nível de tensão mental, que nem sempre é patológica, mas algumas vezes assume a forma de transtornos mentais comuns, como aqui foi evidenciado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Em síntese, pode-se destacar que a contribuição mais importante desta investigação foi a revelação de que nos profissionais da área de saúde, sobretudo os médicos, em treinamento sob regime de residência, no Recife, há um significativo sofrimento mental, expresso pela elevada magnitude dos TMC. Embora se tenha avaliado associação entre esses transtornos e variáveis vinculadas a diversas dimensões, foi no processo de trabalho onde se encontraram as características que, após ajuste dos fatores de confusão, apresentaram maior força de associação. Outra expressão desses TMC aparece no maior uso de substâncias psicoativas, como antidepressivos e ansiolíticos. Mesmo defendendo-se a hipótese de que determinadas características do processo de trabalho constituam fatores de risco para a ocorrência dos TMC, o desenho de estudo utilizado, corte-transversal, uma vez que não pode determinar a seqüência correta entre causa e efeito, não permite verificá-la ou falseá-la. Por isso, sugere-se que estudos longitudinais e estudos qualitativos sejam desenvolvidos para esclarecer a relação causal entre as variáveis estudadas.

Os danos à saúde mental de jovens profissionais de saúde, principalmente médicos, no contexto do trabalho, repercutem na qualidade de vida e favorecem atitudes que podem causar prejuízos à vida profissional, como desistência da profissão e risco de desenvolvimento de modos de vida que incluem, por exemplo, uma jornada de trabalho prolongada e extenuante.

Desta forma, este estudo reforça a importância de se pesquisar, mais precocemente, a organização e a dinâmica do processo de trabalho em saúde, especialmente na fase de aprimoramento profissional, como o treinamento da residência. A elevada magnitude da prevalência de TMC, aqui observada, serve de sinal de alerta aos educadores, preceptores e coordenadores dos programas de residência em saúde, especialmente os de residência médica, no sentido de que estejam capacitados para criar mecanismos de prevenção, detecção precoce e encaminhamento para acompanhamento e tratamento adequado dos portadores de TMC.

Por outro lado, os grupos Balint, ou outras formas de supervisão dos residentes em treinamento, também, constituem dispositivos eficientes na identificação do sofrimento desses jovens profissionais, pois discutem e sugerem mecanismos de enfrentamento das dificuldades advindas no contexto das relações com o paciente e isto favorece, por sua vez, o auto-conhecimento e maior aproximação do profissional de saúde e o doente, contribuindo para redução das tensões e, portanto, dos TMC.

Enfim, é necessário que as instituições de saúde, principalmente hospitais, e coordenações dos programas de residência, após discussão ampla, introduzam transformações nos processos de trabalho em saúde como estratégia fundamental para prevenção do adoecimento mental.

8 REFERÊNCIAS

AACH, R. D.; COONEY, T.; GIRARD, D.; GROB, D.; MCCUE, J.; PAGE, M.; REINHARD, J.; REUBEN, D. B. ; SMITH, J. W. Stress and Impairment during Residency Training: Strategies for Reduction, Identification, and Management. Resident Services Committee, Association of Program Directors in Internal Medicine. **Ann Intern Med.**, v.109, n.2, p.154-161, 1988.

ADLER, R.; WERNER, E. R.; KORSCH, B. Systematic Study of Four Years of Internship. **Pediatrics**, v.66, n.6, p.1000-1008, 1980.

ALMEIDA, A. M.; GODINHO, T. M.; BITENCOURT, A. G. V.; TELES, M.; SILVA, A. S.; FONSECA, D. C.; BARBOSA, D. B. V.; OLIVEIRA, P.; COSTA-MATOS, E.; ROCHA, C. R.; SOARES, A. M.; ABADE, B. ; OLIVEIRA, I. R. Common mental disorders among medical students. **J Bras Psiquiatr.**, v.56, n.4, p.245-251, 2007.

LAFER, B. Transtornos do Humor. In: ALMEIDA, O. P.; DRACU, L. ; LARANJEIRA, R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 113-126 p.

APA. **DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ARAUJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O. ; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-433, 2003.

ARAÚJO, T. M. Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem (Tese de Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, UFBA/Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 1999. 210 p.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciênc saúde coletiva**, v.8, n.3, p.285-297, 2003.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. D. S. ; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.5, n.33, p.337-348, 2005.

BARROS, A. L. B. L. ; MICHEL, J. L. M. Curso de especialização em enfermagem – modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. **Rev. latino-am. enfermagem.**, v.8, n.1, p.5-11, 2000.

BLAY, S. L. ; MERLIN, M. S., Desenho e Metodologia de Pesquisa em Qualidade de Vida. In: DINIZ, D. P. ; SCHOR, N. **Guia de Qualidade de Vida. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.** Barueri,SP: Manole, 2006.

CABANA, M. C. F. L. Vida de Médico e o Ofício da Medicina: Estudo sobre a saúde mental do médico, seu cotidiano de trabalho e estilo de vida (Dissertação de Mestrado). Departamento de Medicina Social, UFPE, Recife, 2005. 103 p.

CABANA, M. C. F. L.; LUDERMIR, A. B.; SILVA, E. R.; FERREIRA, M. L. L. ; PINTO, M. E. R. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **J Bras Psiquiatr.**, v.56, n.1, p.33-40, 2007.

CARLINI, E. A.; GUALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. ; NAPPO, S. A. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País - 2001.** São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CENTER, C.; DAVIS, M.; DETRE, T.; FORD, D. E.; HANSBROUGH, W.; HENDIN, H.; LASZLO, J.; LITTS, D. A.; MANN, J.; MANSKY, P. A.; MICHELS, R.; MILES, S. H.; PROUJANSKY, R.; REYNOLDSIII, C. F. ; SILVERMAN, M. M. Confronting Depression and Suicide in Physicians. A Consensus Statement . **JAMA**, v.289, p.3161-3166, 2003.

CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; PALVES, M. C. G.; BARROS, M. B. ; GOLDBAUM, M. **Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo – ISA/SP.** São Paulo: USP/FSP, 2005.

CLEVER, L. H. Who Is Sicker: Patients - or Residents? Resident's Distress and the Care of Patients. **Ann Intern Med.**, v.136, n.5, p.391-393, 2002.

COHEN, J. J. Heading the Plea To Deal with Resident Stress. **Ann Intern Med.**, v.136, n.5, p.394-395, 2002.

COHEN, J. S.; PATTEN, S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental

health in Alberta. **BMC Med Educ.**, v.5, n.21, 2005. Disponível em:<<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/5/21>>. Acesso em: 20 maio 2008.

COLLIER, V. U.; MCCUE, J. D.; MARKUS, A. ; SMITH, L. Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform? **Ann Intern Med.**, v.136, n.5, p.384-390, 2002.

COSTA, A. G. D.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.73-79, 2005.

COUSINS, N. Internship: preparation or hazing ? **JAMA**, v.245, n.4, p.377, 1981.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq Clin.**, v.26, n.5, p.246-256, 1999.

DAUGHERTY, S. R.; BALDWIN, D. C.; ROWLEY, B. D. Learning, Satisfaction, and Mistreatment during Medical Internship. A National Survey of Working Conditions. **JAMA**, v.279, n.15, p.1194-1199, 1998.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de Qualidade de Vida. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. Barueri, SP: Manole, 2006.

ERON, L. D. Effect of medical education on medical students' attitudes. **J Med Educ.**, v.30, n.10, p.559-566, 1955.

FACUNDES, V. L. D. ;LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.27, n.3, p.194-200, 2005.

FIRTH-COZENS, J. Emotional distress in junior house officers. **Br Med J (Clin Res Ed)**. v.295, n.6597, p.533-536, 1987.

FLETCHER, K. E.; DAVIS, S. Q.; UNDERWOOD, W.; MANGRULKAR, R. S.; MCMAHON-JR, L. F.; SAINT, S. Systematic Review: Effects of Resident Work Hours on Patient Safety. **Ann Intern Med.**, v.141, p.851-857, 2004.

GALVÃO, L. L. L. F.; FARIAS, M. C. S.; AZEVEDO, P. R. M.; VILAR, M. J. P.; AZEVEDO, G. D. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. **Rev Assoc Med Bras.**, v.53, n.5, p.414-420, 2007.

GASPAR, S.; MORENO, C. ; MENNA-BARRETO, L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. **Rev Assoc Med Bras.**, v.44, n.3, p.239-245, 1998.

GELFAND, D. V.; PODNOS, Y. D.; CARMICHAEL, J. C.; SALTZMAN, D. J.; WILSON, S. E. ; WILLIAMS, R. A. Effect of the 80-Hour Workweek on Resident Burnout. **Arch Surg.**, v.139, n.9, p.933-940, 2004.

GENTIL, V. Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In: GENTIL, V.; LOTUFO-NETO, F. ; BERNIK, M. A. **Pânico, Fobias e Obsessões: A experiência do Projeto AMBAN.** São Paulo: Edusp, 1997. 29-36 p.

GIRARD, D. E.; HICKAM, D. H.; GORDON, G. H. ; ROBISON, R. O. A Prospective Study of Internal Medicine Residents' Emotions and Attitudes throughout Their Training. **Acad Med.**, v.66, n.2, p.111-114, 1991.

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

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde.** Características tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/Abrasco, 1994.

HARDING, T. W.; ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRINDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R. S. ; WIG, N. N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med.**, v.10, p.231-241, 1980.

HARDING, T. W.; CLIMENT, C. E.; DIOP, M.; GRIEL, R.; IBRAHIM, H.; MURTHY, S.; SULEIMAN, M. A. ; WIG, N. N. The WHO collaborative study on strategies for extending

mental health care, II: The development of new research methods. **Am J Psychiatry.**, v.140, n.11, p.1474-1480, 1983.

HARWOOD, I.; STANSFELD, S. Doctors and alcohol misuse. **Student BMJ**, v.14, 2006. Disponível em: <<http://student.bmj.com/search/pdf/06/07/sbmj276.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2008.

HSU, K.; MARSHALL, V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. **Am J Psychiatry.**, v.144, n.2, p.1561-1566, 1987.

IACOPONI, E. ;MARI, J. J. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. **Int J Soc Psychiatry.**, v.35, n.3, p.213-222, 1989.

JUNTUNEN, J.; ASP, S.; OLKINUORA, M.; AÄRIMAA, M.; STRID, L. ; KAUTTU, K. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. **BMJ**, v.297, n.6654, p.951-954, 1988.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry.** Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.

KARASEK, R. A. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implication for Job Redesign. **Adm Sci Q.**, v.24, p.285-308, 1979.

_____. **Job Content Questionnaire and User's Guide.** 1985

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.** USA: Basic Books, 1990.

KAUFMANN, M. Physician substance abuse and addiction: recognition, intervention, and recovery. **Ontario Medical Review. Physician Health**, p.43-47, 2002. Disponível em: <<http://www.phpoma.org/php/export/sites/default/Resources/pdf/Oct02.pdf>> Acesso em 02 fev. 2008.

KAWAKAMI, N.; KOBAYASHI, F.; ARAKI, S.; HARATANI, T. ; FURUI, H. Assessment of Job Stress Dimensions Based on the Job Demands-Control Model of Employees of Telecommunication and Electric Power Companies in Japan: Reliability and Validity of

the Japanese Version of the Job Content Questionnaire. **Int J Behav Med.**, v.2, n.4, p.358-375, 1995.

KERR-CORRÊA, F.; ANDRADE, A. G.; BASSIT, A. Z. ; BOCCUTO, N. M. V. F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.21, n.2, p.95-100, 1999.

LIMA, Maria C. P.; DOMINGUES, M. S. ; CERQUEIRA, A. T. A. R. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.6, p.1035-1041, 2006.

LIMA, Maurício S.; BÉRIA, J. U.; TOMASI, E.; CONCEIÇÃO, A. T. ; MARI, J. J. Stressful life events and minor psychiatric disorders: An estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med.**, v.26, p.211-222, 1996.

LUDEMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p.647-659, 2000.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Investigating the effect of demographic and socioeconomic variables on misclassification by the SRQ-20 compared with a psychiatric interview. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v.40, p.36-41, 2005.

LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.2, p.213-221, 2002.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D. ; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1639-1648, 2006.

MARI, J. J.; JORGE, M. R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. **Psychiatry Online Brazil**, v.2, p.Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2008, 1997.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **Br J Psychiatry.**, v.148, p.23-26, 1986a.

_____. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. **J Chron Dis.**, v.39, n.5, p.371-378, 1986b.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B. A.; DALGALARRONDO, P. ; BOTEAGA, N. J. Social inequality and common mental disorders. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.29, n.3, p.250-253, 2007.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Rev Ass Med Bras.**, v.44, n.2, p.135-140, 1998.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. ; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc saúde coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MIRRA, A. P. ; ROSEMBERG, J. Inquérito sobre prevalência do tabagismo na classe médica brasileira. **Rev Assoc Med Bras.**, v.43, n.3, p.209-216, 1997.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Morbidade Psicológica e Psiquiátrica na Populacao Médica. **Bol de Psiq.**, v.23, p.9-15, 1990.

_____. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Rev Bras Med Trab.**, v.1, n.1, p.56-68, 2003.

_____. **Residência médica: estresse e crescimento.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

OEHLSCHALAEGER, M. H. K.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B.; GELATTI, C.; SAN'TANA, P. Prevalence of sedentarism and its associated factors among urban adolescents. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, p.157-163, 2004.

OMS. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) 1998. **Versão online**, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-publicacoes.html>>. Acesso em: 11 abr. 2007.

PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L.; MACERA, C. A.; BOUCHARD, C.; BUCHNER, D.; ETTINGER, W.; HEATH, G. W. ; KING, A. C. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v.273, n.5, p.402-407, 1995.

PINHEIRO, K. A. T.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, L. L.; TERRES, N. G. ; SILVA, R. A. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.29, n.3, p.241-245, 2007.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.870-877, 2005.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como Ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

PORTO, L. A.; CARVALHO, F. M.; OLIVEIRA, N. F.; NETO, A. M. S.; ARAUJO, T. M.; REIS, E. J. F. B. ; DELCOR, N. S. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.5, p.818-826, 2006.

RICHMAN, J. A. Occupational Stress, Psychological Vulnerability and Alcohol-Related Problems over Time in Future Physicians. **Alcohol Clin Exp Res.**, v.16, n.2, p.166-171, 1992.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003.

SCHNALL, P. L.; LANDSBERGIS, P. A. Job Strain and Cardiovascular Disease. **Annu Rev Public Health.**, v.15, p.381-411, 1994.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

_____. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional. **Cad. Saúde Pública**, v.11, n.1, p.57-64, 1995.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Quality of life and health:conceptual and methodological issues. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.580-588, 2004.

SILBERGER, A. B.; THRAN, S. L.; MARDER, W. D. The changing environment of resident physicians. **Health Aff.**, v.7, n.2, p.121-123 1988. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/7/2/121?ck=nck>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

SIMON, R. "O Complexo Tanatolítico" justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. **Bol de Psiq.**, v.4, n.4, p.113-115, 1971.

SMALL, G. W. House officer stress syndrome. **Psychosomatics**, v.22, n.10, p.860-869, 1981.

SMITH, J. W.; DENNY, W. F. ; WITZKE, D. G. Emotional impairment in internal medicine house staff. **JAMA**, v.256, n.4, p.471-472, 1986.

SOBRINHO, C. L. N.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; CIRINO, C. A. S. ; FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p.131-140, 2006.

SOUZA, M. F. M.; SILVA, G. R. Riscos de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.32, n.1, p.50-58, 1998.

SQUIRES, B. P. Fatigue and stress in medical students, interns and residents: It's time to act! **CMAJ**, v.140, p.18-19, 1989.

STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. **Scand J Work Environ Health.**, v.32, n.6, p.443-462, 2006.

STEPHENS, T. Physical activity and mental health in the United States and Canada: evidence from four population surveys. **Prev Med.**, v.17, n.1, p.35-47, 1998.

THOMAS, N. K. Resident Burnout. **JAMA**, v.292, n.23, p.2880-2889, 2004.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T. ; HALLAK, J. E. C. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revisão da Literatura. **Rev Psiq Clin.**, v.34, n.5, p.223-233, 2007.

TYSSEN, R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. **Ind Health.**, v.45, n.5, p.599-610, 2007.

VAILLANT, G. E.; BRIGHTON, J. R. ; MCARTHUR, C. Physicians' use of mood-altering drugs - a 20 year follow-up report. **N Engl J Med.**, v.282, p.365-370, 1970.

VAILLANT, G. E.; SOBOWALE, N. C.; MCARTHUR, C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. **N Engl J Med.**, v.287, p.372-375, 1972.

VALKO, R. J.; CLAYTON, P. J. Depression in the Internship. **Dis Nerv Syst.**, v.36, p.26-29, 1975.

VANAGAS, G.; BIHARI-AXELSSON, S. ; VANAGIENĖ, V. Do age, gender and marital status influence job strain development for general practitioner? **Medicina (Kaunas)**, v.40, n.10, p.1014-1018, 2004.

VEASEY, S.; ROSEN, R.; BARZANSKY, B.; ROSEN, I.; OWENS, J. Sleep Loss and Fatigue in Residency Training **JAMA**, v.288, n.9, p.116-124, 2002.

VIDYARTHI, A. R.; AUERBACH, A. D.; WACHTER, R. M.; KATZ, P. P. The Impact of Duty Hours on Resident Self Reports of Errors. **J Gen Intern Med.**, v.22, p.205-209, 2007.

WHO. **A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire** Geneva, 1993.

_____. **Mental health and work: Impact, issues and good practices.** Geneva: International Labour Organisation, 2000.

_____. **Global Burden of Disease and Risk Factors.** New York: Oxford University Press, 2006.

ZAMBBUDIO, A. R.; GASCÓN, F. S.; MORO, L. G. ; FERNÁNDEZ, M. G. Research training during medical residency (MIR). Satisfaction questionnaire. **Rev Esp Enferm Dig.**, v.96, n.10, p.695-704, 2004.

Questionário sobre condições de
saúde, de trabalho e qualidade de vida

Questionário () () ()
Data () () / () () / () ()
Entrevistador () ()

Dados gerais

Assinale a sua profissão:

1. Enfermeiro(a)
 2. Médico(a)
 3. Nutricionista
 4. Outra. Qual? _____

PESQUISADOR

Ano de Conclusão do Curso de Graduação (Enfermagem, Medicina, Nutrição, outros)

PESQUISADOR

Cite o Programa de Residência ao qual você está vinculado(a):

PESQUISADOR

Marque o ano de treinamento em que você está:

1. R1
 2. R2

PESQUISADOR

Cite o local em que você faz Residência:

PESQUISADOR

Sexo:

1. Masculino
 2. Feminino

PESQUISADOR

Idade (por favor, informe sua idade em anos completos)

[] [] anos

PESQUISADOR

Antes de frequentar o Programa de Residência você residia em:

1. Recife
 2. Outra Cidade de Pernambuco
 3. Outro Estado (Qual: _____)
 4. Outro País

PESQUISADOR

Se você não residia no Recife, responda. Você pretende voltar para a cidade de onde veio?

1. Sim
 2. Não

PESQUISADOR

Atualmente você está?

- 1. Solteiro(a)
- 2. Casado(a)
- 3. Separado(a)
- 4. Unido(a)
- 5. Divorciado(a)
- 6. Viúvo(a)

PESQUISADOR

Quantos filhos você tem?

- 1. Nenhum
- 2. Um
- 3. Dois
- 4. Três
- 5. Quatro ou mais

PESQUISADOR

Seu(s) filho(s)/enteado(s) moram com você?

- 1. Sim, todos eles
- 2. Sim, mas nem todos
- 3. Não

PESQUISADOR

Você mora sozinho(a)?

(Não incluir empregado(a) doméstico(a))

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Caso você tenha respondido não na pergunta anterior, responda a questão abaixo:

Atualmente, você mora com esposo(a) ou namorado(a)?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Você se mantém exclusivamente com a bolsa da Residência?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Você incrementa o que ganha na Residência com plantões fora?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Alguém o(a) ajuda financeiramente?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Residência, carga horária de trabalho e faltas ao trabalho.

É a primeira vez que você realiza treinamento em Residência?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Você pensou em desistir da Residência este ano?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Você pensou em mudar de Programa de Residência este ano?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Caso tenha respondido sim na pergunta anterior, para qual Programa de Residência você mudaria?

PESQUISADOR

Você pensou em desistir da sua profissão este ano? (medicina, enfermagem, nutrição etc)

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Você escolheria a sua profissão novamente? (medicina, enfermagem, nutrição etc)

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Quantas horas em média por dia típico você passa em treinamento da Residência?

- 1. Menos de 8h
- 2. 8h
- 3. Mais de 8h

PESQUISADOR

Você dá plantões na Residência?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Qual o turno de seus plantões da Residência ?

- 1. Só Diurno
- 2. Só Noturno
- 3. Diurno e Noturno
- 4. Não dou plantão

PESQUISADOR

Qual a carga horária média semanal dos seus plantões da Residência?

- 1. Menos de 12h
- 2. 12h
- 3. Mais de 12h e menos de 24h
- 4. 24h
- 5. Mais de 24h
- 6. Não dou plantão

PESQUISADOR

Você realiza atividades nas 6 horas do dia posterior ao plantão ?

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. Não dou plantão

PESQUISADOR

Você dá plantões fora da Residência?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Qual a carga horária semanal dos plantões que você dá fora da Residência?

- 1. Menos de 12h
- 2. 12h
- 3. Mais de 12h e menos de 24h
- 4. 24h
- 5. Mais de 24h
- 6. Não dou plantão fora

PESQUISADOR

Você se afastou, por no mínimo uma semana, das atividades da Residência este ano?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Se você se afastou das atividades da Residência, foi por motivo de doença?

- 1. Sim
- 2. Não
- 3. Não me afastei das atividades

PESQUISADOR

No ano anterior, você também se afastou de suas atividades (estudo, trabalho) por igual período, por motivo de doença?

1. Sim
 2. Não

PESQUISADOR

Condições de Trabalho na Residência

Esta seção trata das condições de trabalho na Residência. Por favor, responda todas as questões. Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação. Neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente	PESQUISADOR
Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Meu trabalho envolve muita repetitividade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
A minha opinião sobre o que acontece no meu trabalho é considerada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Quantas pessoas estão em seu grupo de trabalho ou unidade/setor ?

- 1. Trabalho sozinho(a)
- 2. 2 - 5 pessoas
- 3. 6 - 10 pessoas
- 4. 10 - 20 pessoas
- 5. 20 ou mais pessoas

PESQUISADOR

Trabalho sozinho Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

Eu tenho influência significativa sobre as decisões em meu grupo de trabalho/unidade.

PESQUISADOR

Meu grupo de trabalho ou unidade toma decisões democraticamente.

Eu tenho, pelo menos, alguma possibilidade de que minhas idéias sejam consideradas em relação à organização do Programa de Residência.

Eu supervisiono outras pessoas como parte do meu trabalho

- 1. Não
- 2. Sim, de 1 - 4 pessoas
- 3. Sim, de 5 - 10 pessoas
- 4. Sim, de 11 - 20 pessoas
- 5. Sim, 20 pessoas ou mais

PESQUISADOR

Eu sou um membro do sindicato de minha categoria

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Eu sou um membro da Associação Pernambucana de Médicos Residentes

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Meu sindicato ou associação tem influência sobre as políticas adotadas no local em que trabalho.

- 8. Não sou um membro
- 1. Discordo fortemente
- 2. Discordo
- 3. Concordo
- 4. Concordo fortemente

PESQUISADOR

Eu tenho influência sobre as políticas do sindicato ou associação.

- 8. Não sou um membro
- 1. Discordo fortemente
- 2. Discordo
- 3. Concordo

PESQUISADOR

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.

PESQUISADOR

Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.

Meu trabalho exige muito esforço físico.

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

Eu não sou solicitado(a) para realizar um volume excessivo de trabalho.

PESQUISADOR

O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.

Eu sou freqüentemente solicitado(a) a mover ou levantar cargas pesadas no meu trabalho.

O meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.

Eu estou livre de demandas que geram conflitos.

O meu trabalho exige longos períodos de intensa concentração nas tarefas.

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

As minhas tarefas, muitas vezes, são interrompidas antes que eu possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua continuidade.

PESQUISADOR

O meu trabalho é desenvolvido de modo frenético.

Freqüentemente, o meu trabalho exige que eu mantenha o meu corpo em posições fisicamente incômodas por longos períodos.

O meu trabalho exige que eu mantenha a minha cabeça ou os meus braços em posições fisicamente incômodas por longos períodos.

Esperar pelo trabalho de outras pessoas ou departamentos/setores, torna, muitas vezes, o meu trabalho mais lento.

As minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas.

Em 5 anos minhas qualificações ainda continuarão válidas.

Não tenho preceptor Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

PESQUISADOR

Meus preceptores preocupam-se com o bem-estar dos residentes.

Meus preceptores prestam atenção às coisas que eu falo.

Eu estou exposto(a) a conflito ou hostilidade por parte de meus preceptores.

Meus preceptores me ajudam a fazer meu trabalho.

Meus preceptores promovem o trabalho em equipe.

	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente	
Os residentes com quem eu trabalho são competentes na realização de suas atividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PESQUISADOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Os residentes com quem eu trabalho interessam-se pelo que acontece comigo.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Eu estou exposto(a) a conflitos ou hostilidade por parte dos residentes com quem trabalho.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Os residentes no meu trabalho são amistosos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Os residentes com quem trabalho encorajam um ao outro a trabalharem juntos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Os residentes com quem trabalho são colaborativos na realização das atividades.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Atividades físicas

As perguntas desta seção estão relacionadas às atividades que você realiza em uma semana normal (habitual ou típica) por lazer, esporte ou exercício. Portanto, elas se relacionam com seu tempo livre. Lembre-se de que as atividades físicas: vigorosas são as que precisam de um grande esforço físico, fazendo você respirar muito mais forte do que o normal e as moderadas são as que exigem algum esforço físico, fazendo você respirar um pouco mais forte do que o normal.

Por favor, para responder as seguintes perguntas, leve em consideração os 3 últimos meses.

	Sim, menos de 3h por semana	Sim, mais de 3h por semana	Não	
Você faz caminhada no seu tempo livre? (Considere, apenas, a caminhada relativa ao lazer.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PESQUISADOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você participa de atividades físicas moderadas no seu tempo livre? (Ex.: correr, nadar ou pedalar moderadamente; voleibol recreativo; hidroginástica; ginástica e dança.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sim, menos de 3h
por semana

Sim, mais de 3h
por semana

Não

Você participa de atividades físicas vigorosas
no seu tempo livre?
(Ex.: correr, nadar ou pedalar rapidamente;
canoagem; remo; musculação e esportes
em geral.)

PESQUISADOR

Qualidade de vida

Esta seção do questionário **trata de alguns aspectos de sua vida**. Como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde, etc. Por favor, responda todas as questões. **Se você não tem certeza sobre que resposta dar em alguma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.** Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tome como referência o último mês.

Em geral, como você
se sente em relação à(ao)

Muito
insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito
nem insatisfeito

Satisfeito

Muito
satisfeito

PESQUISADOR

Vida?

Qualidade de vida?

Sua saúde?

Seu peso?

Aparência do corpo?

Sua alimentação?

Seu sono?

Sua vida sexual?

Sua habitação?

Sua família?

Seu lazer?

Seu trabalho?

Atualmente, você está fazendo psicoterapia (inclusive psicanálise)?

PESQUISADOR

1. Sim
 2. Não

Em geral, como você avalia sua/seu: Muito ruim Ruim Nem ruim nem bom Bom Muito bom

PESQUISADOR

Saúde?	<input type="checkbox"/>						
Qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>						
Energia (disposição)?							
Capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>						
Memória?	<input type="checkbox"/>						
Situação financeira?	<input type="checkbox"/>						
Relação com os familiares?							
Relação com os(as) amigos(as)?	<input type="checkbox"/>						
Ambiente de trabalho?	<input type="checkbox"/>						
Relação com a Residência?							
Relação com os colegas da Residência?	<input type="checkbox"/>						
Relação com os preceptores?	<input type="checkbox"/>						

Por favor, para responder as seguintes perguntas, tome como referência as 4 últimas semanas.

Sim Não

PESQUISADOR

Tem dores de cabeça frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorme mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sim	Não	PESQUISADOR	
Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem má digestão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho lhe causa sofrimento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tido a idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente-se cansado o tempo todo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hábitos e costumes

As próximas perguntas podem ser consideradas de caráter íntimo, mas é importante que as suas respostas sejam sinceras. Lembramos, mais uma vez, que nenhum questionário será analisado individualmente, mas sempre pelo conjunto das respostas, garantindo confidencialidade.

Neste ano, você:	Sim	Não		
Usou antidepressivos? (Anafranil, Cipramil, Zoloft, Efexor, Tofranil, Prozac etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso você tenha usado, os antidepressivos foram prescritos por um médico?

Sim Não

PESQUISADOR

Usou tranqüilizantes/ansiolíticos?
(Diazepam, Diempax, Valium, Lorax, Rohypnol, Somalium, Lexotan, Rivotril, Frontal, Olcadil, etc.)

Caso você tenha usado, os tranqüilizantes/ansiolíticos foram prescritos por um médico?

Com que freqüência você usa tranqüilizantes/ansiolíticos?

- 1. Raramente
- 2. Algumas vezes
- 3. Muitas vezes
- 4. Sempre
- 5. Não uso

PESQUISADOR

Sim Não

No último mês, você usou estimulantes(remédios para emagrecer à base de anfetaminas)?
(Hipofagin, Moderex, Glucoenergan, Inibex, Desobesi, Reactivan, Pervitin, Moderine, Dualid, Preludin etc.)

PESQUISADOR

Caso você tenha usado, os estimulantes foram prescritos por um médico?

Com que freqüência você usa estimulantes?

- 1. Raramente
- 2. Algumas vezes
- 3. Muitas vezes
- 4. Sempre
- 5. Não uso

PESQUISADOR

Consumo de álcool

Você já bebeu alguma vez na vida?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Caso sua resposta tenha sido Não, pule para o item Consumo de cigarros.

Que idade você tinha quando bebeu pela primeira vez?

- 1. Antes dos 10 anos
- 2. Entre 10 e 18 anos
- 3. Depois dos 18 até 40 anos
- 4. Depois dos 40 anos

PESQUISADOR

Você já era residente quando bebeu a primeira vez?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

A partir de sua admissão na Residência, o que aconteceu com o uso de bebidas alcoólicas?

- 1. Passei a beber com maior frequência
- 2. Passei a beber com menor frequência
- 3. Não houve alteração da frequência
- 4. Parei de beber
- 5. Não me lembro

PESQUISADOR

Atualmente você bebe?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Qual a frequência de uso de bebidas alcoólicas?

- 1. Bebo todos os dias
- 2. Bebo 5 - 6 dias/semana
- 3. Bebo 3 - 4 dias/semana
- 4. Bebo 1 - 2 dias/semana
- 5. Bebo 3 - 4 dias/mês
- 6. Bebo 1 - 2 dias/mês
- 7. Bebo menos de 1 vez/mês
- 8. Não bebo

PESQUISADOR

Em que medida você depende do uso de bebidas alcoólicas para levar a sua vida no dia-a-dia?

- 1. Nada
- 2. Pouco
- 3. Mais ou menos
- 4. Muito
- 5. Extremamente
- 6. Não bebo

PESQUISADOR

Com que frequência você faz uso de bebidas alcoólicas em suas relações sexuais?

- 1. Nunca
- 2. raramente
- 3. Algumas vezes
- 4. Muitas vezes
- 5. Sempre
- 6. Não bebo

PESQUISADOR

Responda as próximas questões se você bebe. Caso não beba, pule para o item Consumo de Cigarros.

Neste último ano, você:

Sim

Não

Gastou grande parte do seu tempo para conseguir ou usar bebidas alcoólicas ou, ainda, para se recuperar dos seus efeitos durante 1 mês ou mais?

PESQUISADOR

Usou bebidas alcoólicas mais frequentemente ou em quantidades maiores do que pretendia?

Necessitou de maiores quantidades de bebidas alcoólicas para conseguir os mesmos efeitos que antes?

Esteve em situações de riscos físicos, sob efeito de bebidas alcoólicas ou logo após o efeito?
(Ex.: dirigir, pilotar moto, operar máquinas etc.)

Teve algum problema pessoal, emocional, ou psicológico causado pelo uso de bebidas alcoólicas?
(Ex.: com familiares, amigos, polícia, no trabalho.)

Quis diminuir ou parar o uso de bebidas alcoólicas?

Consumo de cigarros

Você já fumou cigarros alguma vez na vida?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Caso não fume, pule para o item Consumo de outras substâncias.

Que idade você tinha quando fumou pela primeira vez?

- 1. Antes dos 10 anos
- 2. Entre 10 e 18 anos
- 3. Depois dos 18 até 40 anos
- 4. Depois dos 40 anos

PESQUISADOR

Você já estava na Residência quando fumou pela primeira vez?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

A partir da entrada na Residência o que aconteceu com o uso de cigarros?

- 1. Passei a fumar com maior frequência
- 2. Passei a fumar com menor frequência
- 3. Não houve alteração na frequência
- 4. Parei de fumar
- 5. Não me lembro

PESQUISADOR

Atualmente você fuma?

- 1. Sim
- 2. Não

PESQUISADOR

Quantos cigarros você fuma por dia? (Leve em consideração o último mês)

- 1. Fumo 1 a 10 cigarros/dia
- 2. Fumo 11 a 20 cigarros/dia
- 3. Fumo 21 a 30 cigarros/dia
- 4. Fumo 31 a 40 cigarros/dia
- 5. Mais que 2 maços/dia
- 6. Não fumo

PESQUISADOR

Se você fumava e parou, há quanto tempo está sem fumar?

- 1. Há 1 semana
- 2. Até 1 mês
- 3. Entre 1 mês e 1 ano
- 4. Entre 1 ano e 3 anos
- 5. Mais que 3 anos

PESQUISADOR

Consumo de outras substâncias

Alguma vez na vida, você já fez uso das substâncias abaixo?

Maconha?

Cocaína?

Ecstasy?

Solventes (lança-perfume, loló, cola de sapateiro etc)?

Crack?

Sim

Não

PESQUISADOR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atualmente, você faz uso de alguma das substâncias abaixo?

Maconha?

Cocaína?

Ecstasy?

Solventes (lança-perfume, loló, cola de sapateiro etc)?

Crack?

PESQUISADOR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B



*Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Neurociências
e Ciências do Comportamento*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Dados sobre a pesquisa:

1. Título do protocolo de pesquisa: **Condições de trabalho, qualidade de vida e saúde mental em pós-graduandos vinculados aos programas de residência da área de saúde no Recife (2007)**

2. Pesquisador: Carla Novaes Carvalho

3. Cargo/Função : Médica Psiquiatra

4. Inscrição no conselho regional: 11640/ PE

II- Explicações ao residente sobre os procedimentos da pesquisa:

Este é um estudo sobre as condições de saúde e qualidade de vida em pós-graduandos vinculados aos programas de residência da área de saúde no Recife. Você está sendo convidado a participar do projeto. Sua participação é voluntária. Caso aceite participar deste estudo, você deverá responder a um questionário e devolvê-lo lacrado e sem identificação pessoal. O potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode aumentar o conhecimento sobre as questões de trabalho, qualidade de vida e de saúde em jovens pós-graduandos em período de treinamento profissional, o que poderá permitir melhorias futuras nestas questões.

III - Avaliação do risco da pesquisa (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo) ou desconforto:

SEM RISCO X RISCO MÍNIMO RISCO MÉDIO X
RISCO BAIXO X RISCO MAIOR X

Você pode achar algumas das questões repetitivas ou se sentir desconfortável, ou constrangido, em compartilhar seus sentimentos a respeito de alguns tópicos. Neste caso, você pode não responder a certas questões ou desistir da sua participação no estudo. Mesmo assim, será importante a sua colaboração para o sucesso desta pesquisa.

III- Pagamento para participação:

Nenhum pagamento será oferecido para sua participação.

IV - Confidencialidade:

Seu nome não será registrado no questionário para assegurar o anonimato. Logo após o preenchimento das informações você devolverá lacrado em envelope que será depositado em uma urna, garantindo o sigilo de suas informações. Qualquer informação que seja obtida em relação com esta prática permanecerá, portanto, confidencial e livre de possibilidade de identificação pessoal pelo próprio pesquisador. Os dados serão analisados coletivamente, não possibilitando, portanto, identificações no nível pessoal.

V- Participação e Desistência de participar do estudo:

Você pode escolher se quer participar ou não deste estudo. Se você se voluntariar neste estudo, você pode desistir a qualquer momento sem nenhuma consequência para você. Você pode também se recusar a responder a algumas questões e ainda assim permanecer no estudo.

VI - Identificação do Investigador:

Se você tiver qualquer questão a respeito desta pesquisa ou quiser obter mais informações, sinta-se a vontade em entrar em contato com Dra. Carla Novaes Carvalho pelo telefone 99456716, que estará apta a solucionar suas dúvidas. Você pode encontra-la no Departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Centro de Ciências da Saúde. UFPE. Telefone: 21268539. E-mail: carlancarvalho@yahoo.com.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa. Eu recebi uma cópia deste formulário.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura de testemunha

Assinatura de testemunha

Recife, ____ de _____ de 2007

A meu ver o sujeito é voluntário e consciente do consentimento pós-informado e possui capacidade legal para assinar este consentimento em participar desta pesquisa.

Assinatura do pesquisador / Carimbo / CRM

Recife, ____ de _____ de 2007

One University Avenue, Kitson 200
 Lowell, Massachusetts 01854-5109
 tel: 978.934.3250
 fax: 978.452.5711
 web site: <http://www.uml.edu/College/She/WE>



University of
 Massachusetts
 Lowell

ANEXO DEPARTMENT OF WORK ENVIRONMENT

June 21, 2007

Carla Novaes Carvalho
 Program of Pos-Graduacao em Neuropsiquiatria
 E Ciencias do Comportamento
 Dept of Neuropsiquiatria/CCS
 Federal University of Pernambuco
 Recife, Brazil

Dear Ms. Carvalho:

Thank you for your interest concerning the "Job Content Instrument: Questionnaire and User's Guide." We have received your "JCQ Data Base Form" and your signed permission form.

I hereby send our questionnaire and validation report and research literature as requested. We look forward to supplying you with information that may assist in your research.

You may find more references and information in our book, Robert Karasek and Tores Theorell: Healthy Work, published by Basic Books, 1990.

Sincerely,

Robert A. Karasek, Ph.D.
 Professor, Work Environment

Enclosures: JCQ User's Guide and Questionnaire
 w/Global Economy and new Psychological Strain Scales
 w/Karasek, et al, NIOSH, 1982
 Karasek, et al (1983/ U.S., QES 1970's) Validation Report
 Karasek and Thorell (1990 Healthy Work, Appendix 1)
 Karasek, Schwartz, Theorell, Final NIOSH Report (1982)
 Kristenssen (1995) Stress Med.
 Kristenssen (1996) J Occ Hlth Psych
 Schnall, Landsbergis, Baker (1994) Annual of Pub. Health.
 Kawakami (1996), Industrial Health
 Karasek (1979), Administrative Science Quarterly



SE ANEXO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 315/2007 - CEP/CCS

Recife, 16 de outubro de 2007

Registro do SISNEP FR – 151458

CAAE – 0289.0.172.000-07

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 287/07

Título: “Condições de trabalho, qualidade de vida e saúde mental em pós graduandos vinculados aos programas de residência na área de saúde no Recife (2007)”

Pesquisador Responsável: Carla Novaes Carvalho

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 16 de outubro de 2007.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (31/04/2008)

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A
Mestranda Carla Novaes Carvalho
Hospital das Clínicas – HC/UFPE