

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE
MESTRADO

JONATHAN COLPAS DA SILVA

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E DESESPERANÇA EM RESIDENTES NA ÁREA DA
SAÚDE**

CAMPO GRANDE
2020

JONATHAN COLPAS DA SILVA

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE E DESESPERANÇA EM RESIDENTES NA ÁREA DA
SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Oliveira de Andrade.

CAMPO GRANDE
2020

FOLHA DE APROVAÇÃO



Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Coordenadoria de Pós-Graduação (CPG/PROPP)



Ata de Defesa de Dissertação Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste Mestrado

Aos seis dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte, às oito horas, na à distância - videoconferência, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Sonia Maria Oliveira de Andrade (UFMS), Albert Schiaveto de Souza (UFMS) e Kleber Francisco Meneghel Vargas (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho do aluno: **JONATHAN COLPAS DA SILVA**, CPF 33535252890, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**Depressão, ansiedade e desesperança em residentes na área da saúde**" e orientação de Sonia Maria Oliveira de Andrade. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra ao aluno que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR	ASSINATURA	AVALIAÇÃO
Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade (Interno)		Aprovado
Dr. Albert Schiaveto de Souza (Interno)		Aprovado
Dr. Kleber Francisco Meneghel Vargas (Externo)		Aprovado
Dra. Maria Gorette dos Reis (Interno) (Suplente)		

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Após a apresentação oral e leitura do texto da dissertação, a banca propôs ajustes de forma e conteúdo, o que não minimiza o valor da pesquisa e do seu produto. Assim, os docentes participantes da avaliação, consideraram o aluno APROVADO.

Nada mais havendo a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluno

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Sonia Maria Oliveira de Andrade, pela orientação inegavelmente eficiente e segura, pelas valiosas sugestões e estímulos dados.

Ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, pela compreensão e suporte em todos os momentos.

À Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pelo apoio sempre concedido.

À minha amada avó, Ideir.

Aos meus pais, Manuelina e David, pelo exemplo de dignidade, persistência e coragem, por todo amor, paciência e incentivo.

À minha irmã, Amanda.

À toda minha família.

Aos amigos, Karina Utida, Mariana Budib, Roberto Oliveira, Deliane Oliveira, Ellen Ribeiro e Letícia Herter.

Acima de tudo, a Deus. Sem a sua presença esta pesquisa seria inviável, pois é dele proveniente todo o conhecimento.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e com o apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC – Brasil.

RESUMO

Os problemas associados à depressão, à ansiedade e à desesperança estão cada vez mais presentes entre os profissionais de saúde no Brasil e no mundo. Embora esses distúrbios tenham origens multifatoriais, no que diz respeito aos profissionais que se dedicam às atividades relativas à saúde, são reconhecidos como fatores potencializadores desses distúrbios: o estresse, a sobrecarga de trabalho e as condições precárias em que se dá o exercício das atividades. Nessa perspectiva, este estudo objetivou identificar sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em residentes na área da saúde em um hospital universitário. Para tanto, realizou-se a caracterização sociodemográfica, a inserção e a avaliação dos níveis de depressão, ansiedade e desesperança entre os profissionais residentes do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, no município de Campo Grande - MS. A pesquisa configura-se como descritiva e seccional, com base em dados primários. A metodologia consistiu de um questionário composto por quatro blocos: bloco I - caracterização sociodemográfica, criado especificamente para esse estudo e composto por 17 questões; Bloco II - a Escala de Beck para Depressão (BDI), que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas e é utilizada para medir a severidade de episódios depressivos; Bloco III - Escala de Beck para Ansiedade (BAI), que contém 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo; e Bloco IV - a Escala de Desesperança de Beck (BHS), que engloba 20 afirmações avalia a dimensão do pessimismo e atitudes negativas frente ao futuro. Os resultados apontam níveis mais elevados para depressão, ansiedade e desesperança entre os residentes solteiros ou separados e sem filhos, revelando-se maiores entre as mulheres do que nos homens e entre aqueles que realizavam de 5 a 10 plantões mensalmente, sobretudo, no período noturno, não havendo correlação com a questão salarial. Conclui-se que há demanda para que medidas preventivas no combate à depressão, ansiedade e desesperança sejam inseridas, cada vez mais, no cotidiano dos profissionais de saúde, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida e saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Depressão. Ansiedade. Esperança, perda. Residência Hospitalar.

ABSTRACT

The problems associated with depression, anxiety and hopelessness are increasingly present among health professionals in Brazil and worldwide. These disorders have multifactorial origins, with regard to professionals who dedicate themselves to activities related to health, are due to factors that potentiate these disorders: stress, work overload and the precarious conditions in which activities are performed. In this perspective, this study aimed to identify symptoms of depression, anxiety and hopelessness in health care residents at a university hospital. For that, the sociodemographic characterization, the insertion and the evaluation of the levels of depression, anxiety and hopelessness among the resident professionals of the University Hospital Maria Aparecida Pedrossian, in the city of Campo Grande - MS, were carried out. The research is configured as descriptive and sectional, based on primary data. The methodology consisted of a questionnaire composed of four blocks: block I - sociodemographic characterization, specifically created for this study and composed of 17 questions; Block II - a Beck Scale for Depression (BDI), which contains 21 items, each with four alternatives and is used to measure the severity of depressive episodes; Block III - Beck's Anxiety Scale (BAI), which contains 21 multiple-choice questions, which it uses to measure the severity of an individual's anxiety; and Block IV - the Beck Hopelessness Scale (BHS), which comprises 20 statements assessed the dimension of pessimism and negative attitudes towards the future. The results show higher levels of depression, anxiety and hopelessness among single or separated residents and without children, revealing themselves to be higher among women than men and among those who performed 5 to 10 shifts monthly, before, at night, with no correlation with the salary issue. It is concluded that there is a demand for preventive measures to combat depression, anxiety and hopelessness to be inserted, more and more, in the daily routine of health professionals, with a view to improving their quality of life and mental health.

Keywords: Mental Health. Depression. Anxiety. Hope, loss. Internship and Residence.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 -	Distribuição dos participantes de acordo com o programa de residência	19
Tabela 2 -	Distribuição dos residentes avaliados segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais (n=123)	24
Tabela 3 -	Resultados referentes aos escores médios e classificação, nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança (n=123)	26
Tabela 4 -	Resultados da comparação entre variações das variáveis avaliadas neste estudo, em relação aos escores nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança	28
Figura 1 -	Escore nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança segundo sexo dos residentes.....	31
Tabela 5 -	Resultados da avaliação da associação entre o tipo de residência e a classificação nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Depressão	10
2.2 Ansiedade	13
2.3 Desesperança	15
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
4.1 Tipo, local e período da pesquisa	19
4.2 Participantes	19
4.3 Coleta de dados	19
4.3.1 Caracterização Sociodemográfica e Ocupacional	20
4.3.2 Escala de Beck para Depressão (BDI)	20
4.3.3 Escala de Beck para Ansiedade (BAI)	21
4.3.4 Escala de Beck para Desesperança (BHS)	21
4.3.5 Classificação Escalas de Beck	22
4.4 Organização e análise de dados	22
4.5 Aspectos éticos	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1 Caracterização dos participantes	24
5.2 Níveis de depressão, ansiedade e desesperança dos participantes	26
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	44
APÊNDICE B - Instrumentos para Coleta de Dados	46
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	52

1 INTRODUÇÃO

No Brasil os programas de residências em saúde foram criados visando à qualificação profissional de recém-formados para o desenvolvimento de ações com excelência e responsabilidade, propiciando aos mesmos à aquisição de novos saberes e o acesso às ações cotidianas, também oportunizando o exercício dos aprendizados teóricos obtidos no decorrer de sua Graduação. Por meio das residências é possível ao residente proceder à troca de conhecimentos entre as diversas especialidades, e também à integração entre os princípios científicos e a sabedoria popular.

A entrada no programa de residência dá início a inúmeras alterações, tanto no contexto profissional quanto pessoal do sujeito. Diversos residentes são obrigados a trocar de cidade ou mesmo de estado para integrar o programa, o que requer a separação da família e de seus vínculos de amizade, além da adaptação à nova localidade e o convívio com pessoas, até então, desconhecidas. Alguns se deparam com diferenças culturais, necessitando adequar-se a outros modos de vida, inclusive no próprio espaço de trabalho, nos quais as pessoas interagem entre si de maneira diversa do que ele conhece, por exemplo. Todos estes fatores podem suscitar tensões e angústias, sendo preciso a elaboração de estratégias eficazes para manejar com estes contextos e circunstâncias, de maneira salutar, a fim de evitar efeitos deletérios, tais como elevação da sensação de insatisfação e o risco do desenvolvimento de transtornos de ansiedade e de depressão.

Considerando as implicações prognósticas, da depressão, ansiedade, do alto índice de afastamento no trabalho e do suicídio a detecção desses quadros poderá servir como um norteador para a abordagem apropriada desses profissionais e, como consequência, melhora da qualidade de vida e saúde mental dos residentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Conforme a definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Na época, tal conceituação constitui-se como inovadora, visto que permitiu ampliar a ideia de saúde, abrangendo uma perspectiva não somente física, mas também mental e social dos indivíduos (HUNTER *et al.*, 2013). No entanto, na contemporaneidade, ainda são poucos os profissionais que possuem conhecimentos abarcando uma noção mais expandida de saúde mental, livre de estigmas e considerando os aspectos subjetivos dos sujeitos. (ALVES; ALVES; ALMEIDA, 2017).

Vale salientar que, na maior parte dos programas, a residência multiprofissional opera sem escalas de plantões à noite, representando que as 60 horas trabalhadas por semana corresponde em uma carga horária cumprida ao longo de 6 dias, o que difere da realidade vivenciada pelos residentes de medicina, os quais podem cumprir plantões de 24 horas (SILVA, 2018).

No cumprimento dessas 60 horas por semana, o residente possui o direito a 30 dias de férias remuneradas por ano. Sendo assim, em tese, o residente:

[...] dedica ao programa 10 (dez) horas diárias em 6 (seis) dias da semana, tendo 1 (um) dia de folga remunerada. Uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, ainda que associe atividades práticas e teórico-práticas, é altamente espoliante, apontando para uma lógica inclinada à exploração do trabalho, em detrimento de uma proposta de formação para o trabalho em saúde. (SILVA, 2018, p. 203).

Algumas pesquisas realizaram investigações relacionando a sobrecarga laboral à saúde do trabalhador, tornando-se referências neste assunto que possui várias abordagens, entre elas, podendo ser citados Dal Rosso (2008), Assunção e Oliveira (2009) e Pina e Stotz (2011, 2014). Entretanto, há um consenso que pode ser encontrado nessas pesquisas, que se refere à afirmação de que a intensidade e o prolongamento do trabalho acarretam prejuízos tanto à saúde física quanto mental dos indivíduos. Pina e Stotz (2014, p. 159) também salientam que:

[...] intensificação do trabalho e saúde do trabalhador como objeto de estudo está demarcado por sua complexidade: de um lado, nenhum elemento do processo de trabalho parece escapar à intensificação do trabalho e, de outro, pela pluralidade de problemas e agravos à saúde implicados na intensificação do trabalho.

Com base nas pesquisas de Beck (2001) e demais interlocutores outros autores também procederam a estudos, a fim de verificar se o local de trabalho pode exercer influência nas emoções e na maneira como estas são expressas. Para Spector (2002), todo local e contexto laboral podem ocasionar em seus profissionais emoções como: tristeza, alegria, raiva, empolgação, ansiedade, desesperança e depressão, suscitando com que o estudo desta temática seja tão essencial.

2.1 Depressão

A *American Psychiatric Association* (2000) define a depressão como sendo um estado emocional com retardamento nos processos psicomotores e de raciocínio, reações emocionais depressivas, sentimentos de culpa ou críticas e ilusões de indignidade. A Organização Mundial da Saúde (1997) define depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse e prazer por tudo, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite. Além disso, a depressão consiste em um transtorno mental caracterizado pela elevada prevalência e morbidade, estando entre os principais fatores de carga global das doenças, pois os quadros mais graves podem levar ao suicídio (ABELHA, 2014).

Conforme informações obtidas pela Organização Mundial da Saúde, a depressão tem afetado 322 milhões de pessoas no mundo, e os diagnósticos confirmados só têm aumentado. De 2005 a 2015 o quantitativo de casos teve um acréscimo de 18,4%, sendo que a totalidade das ocorrências representa aproximadamente 5% da população mundial. Os prognósticos para o problema não são animadores, dado que a previsão é que os números aumentem cada vez mais com o passar do tempo, tornando a depressão uma das maiores preocupações em termos de saúde pública no planeta. Em relação ao Brasil, os números são preocupantes, visto que 5,8% (11,5 milhões) da população brasileira sofrem de depressão, sendo o país, entre as nações da América Latina, que

possui maior número de pessoas em depressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O estudo realizado por Razzouk (2016), intitulado: “Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?”, mostrou que o Banco Mundial, juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS), destacou a importância de conceder prioridade a investimentos voltados à saúde mental nas agendas globais de políticas de saúde, sobretudo, com enfoque no tratamento e prevenção da depressão, em virtude dos indicativos crescentes de casos do transtorno.

Os transtornos mentais, dentre eles especialmente a depressão, configuram-se como um dos principais agentes determinantes da má qualidade de vida, do déficit de desenvolvimento físico e cognitivo, da perda da remuneração e da capacidade laboral, das dificuldades de interagir socialmente, entre outras tantas problemáticas que afligem uma grande parcela de pessoas (RAZZOUK, 2016). Além do sofrimento que o indivíduo enfrenta, a sua condição de depressivo é fator de sofrimento também para quem com ele convive cotidianamente, tais como pais, filhos, esposa e amigos (MINUCHIN; NICHOLS, 1995).

Segundo Razzouk (2016), a ocorrência de danos à saúde mental de um indivíduo não representa somente a diminuição de suas potencialidades de desenvolvimento pessoal, mas minimiza a parcela de contribuição que esse sujeito poderia oferecer à coletividade, resultando em perda de capital intelectual. Este mesmo autor, afirma que a depressão está entre os principais agentes causadores do absenteísmo e do presenteísmo (fenômeno de se estar de corpo presente no ambiente de trabalho, mas, por vários motivos o profissional não tem produtividade) no trabalho, configurando-se como o terceiro motivo de afastamento dos trabalhadores no País.

O trabalho exercido em ambientes hospitalares caracteriza-se pelas inúmeras demandas desgastantes às quais os profissionais precisam responder cotidianamente, envolvendo estímulos emocionais intensos inerentes ao adoecimento, tais como o contato com a dor e sofrimentos, as queixas de pacientes hostis, além da convivência com mortes e perdas (ANTUNES, 2017) que, somados a circunstâncias de trabalho insalubres e opressoras, podem causar além do estresse ocupacional, o desenvolvimento de quadros depressivos.

No estudo elaborado por Antunes (2017), sobre a produção científica acerca do sofrimento psíquico e da depressão entre os trabalhadores da saúde, foi possível identificar que os principais causadores desta problemática. Dentre eles, destacam-se: o assédio moral, representado pela violência ou violências que o indivíduo sofre no desempenho de suas funções profissionais; atendimentos realizados em regime de urgência; condições organizacionais a exemplo de ambientes físicos; diretrizes institucionais; aspectos atinentes à burocracia; tipos de ocupação; e outras tantas vulnerabilidades de ordem psíquica às quais estão expostos os profissionais, independentemente do tipo de atividade laboral realizada. Todos esses fatores podem estar relacionados a sintomas de sofrimento psíquico e depressão (ANTUNES, 2017).

Em 2015, Oliveira, Mazzaia e Marcolan realizaram um estudo buscando identificar a ocorrência de sintomas depressivos entre trabalhadores de emergência. Os resultados da pesquisa foram expressivos, apontando que mais de 90% dos profissionais de emergência se encontram em depressão, sendo que a maioria sequer conseguia perceber o próprio sofrimento psíquico, não estabelecendo relação com suas condições laborais, considerando também que seu sofrimento não interferia na qualidade dos cuidados profissionais prestados.

Segundo Robazzi *et al.* (2010), a sobrecarga de trabalho acarreta a diminuição dos horários destinados à alimentação, entretenimento, descanso, sono e convívio social e familiar, ocasionando sofrimento e adoecimento do profissional. Neste mesmo sentido, Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) defendem que o excesso de carga horária e a dupla jornada refletem o contexto atual do mercado de trabalho, marcado pela elevada demanda de profissionais para poucas vagas de emprego, tendo como consequência o aumento do desemprego, da competitividade e da lógica do produtivismo, que resultam na desvalorização profissional.

A pesquisa de Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) também demonstrou que as exigências e os esforços requeridos dos indivíduos pela atividade laboral juntamente com a sobrecarga de compromissos assumidos aos quais precisam responder se encontram relacionados aos níveis elevados de ansiedade e depressão apresentados pelos trabalhadores da saúde. A prevalência de estados depressivos nos trabalhadores da saúde, juntamente com os demais déficits acarretados pelo transtorno, como as

limitações que impõem aos indivíduos e o alto custo à sociedade, insere a depressão como um dos mais preocupantes problemas de saúde pública do Brasil, sobretudo, porque nem todos têm acesso ao diagnóstico e a tratamentos adequados.

2.2 Ansiedade

A ansiedade consiste em um estado normal que vem à tona como uma reação adaptativa do organismo, que impulsiona o desempenho, envolvendo tanto fatores psicológicos quanto fisiológicos. A ansiedade é considerada como uma doença somente nos casos em que sua intensidade ou periodicidade não tem correspondência com a circunstância que a motivou ou se inexistente um determinado objeto para o qual se dirige (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Segundo a mesma fonte, a ansiedade configura-se como um sentimento desconfortável ou temeroso ligado a uma reação autonômica. Geralmente, o que lhe desencadeia não é algo específico, sendo até mesmo desconhecido para o sujeito, transformando-se em uma sensação de apreensão advinda pela hipótese de uma ameaça, como uma indicação de algum perigo que se aproxima e que lhe obriga a tomar providências de defesa (GRAEFF; GUIMARÃES, 2000).

Hetem e Graeff (2004) destacam, ainda, que as modificações psicofisiológicas suscitadas pelo estado ansioso assemelham-se às respostas frente ao medo, consistindo, portanto, em mecanismos de sobrevivência relacionados ao comportamento de luta ou fuga, a fim de reconhecer se a ansiedade é normal ou patológica, é preciso analisar o nível de ansiedade do sujeito diante de determinada circunstância, assim como sua duração, a periodicidade em que acontece e a quantidade de comportamentos disfuncionais manifestados advindos do estado de ansiedade.

A ansiedade caracteriza-se pela intensidade com que consegue suscitar respostas orgânicas no sujeito, como se o prontificasse para o cuidado e a preservação da própria vida, contudo, em grau elevado, trata-se de uma condição limitadora, manifestando-se através de comportamentos inadequados e não condizentes com o que está acontecendo de fato, indicando um quadro de patologia (BERNIK; CORREGIARI, 2002).

De acordo com Oliveira *et al.* (2006), a ansiedade acontece mediante uma perspectiva catastrófica dos cenários e enredos vivenciados, antevendo a ocorrência de algum perigo ou ameaça.

Os indivíduos que apresentam um grau elevado de ansiedade tendem a sofrer pela antecipação de sua incapacidade, duvidando de aptidões intelectuais, sendo que esta visão negativista exerce influência em sua concentração seletiva, interferindo em sua capacidade de codificar dados na memória, dificultando o seu raciocínio e o seu entendimento (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Ao integrarem o programa de residência, os residentes multiprofissionais precisam aprender a lidar com as mudanças inerentes a esse período, que afetam tanto a sua vida profissional como pessoal. Pode ser necessária a mudança de cidade e distanciamento dos familiares e do círculo de amigos, e tudo isso exige uma capacidade adaptativa com o novo cotidiano que nem todos os indivíduos conseguem administrar. Sobretudo, por ainda não se encontrarem habituados à demanda de pacientes e incumbências próprias da profissão, é possível que os residentes se sintam inaptos e diminuídos, tendo de lidar com a contínua cobrança interna, que tanto pode favorecer a sua maturidade quanto originar transtornos, tais como a ansiedade, comumente diagnosticada em trabalhadores da área da saúde (ROTTA *et al.*, 2016).

Entre os elementos causadores de ansiedade encontram-se as cobranças pela elaboração de relatórios, problemas de convivência com colegas e chefia. A autora, em sua pesquisa, evidenciou que o ambiente e o cotidiano de trabalho estão entre os aspectos predominantes no desenvolvimento dos níveis elevados de ansiedade e depressão, em virtude da carga horária da maioria dos programas de residência multiprofissional em saúde ser de 60 horas semanais, pelo período de 24 meses, que englobam atividades que envolvem a teoria e a prática.

Trata-se de uma fase do processo de formação geradora de muito estresse, pois o profissional recém-formado e inexperiente precisa enfrentar um contexto novo e quase sempre desgastante. Esse novo ambiente pode conter embates entre profissionais com formações e especialidades diferentes, exigindo a convivência com pacientes acometidos por graves doenças e seus respectivos familiares, tendo de lidar com o constante receio de contaminação, a insegurança ainda presente em sua prática

profissional, expectativas profissionais frustradas, dificuldades inerentes ao trabalho, afora exigências para que exerça suas atividades em diferentes setores e instituições (ROTTA *et al.*, 2016).

Os residentes deparam-se com agentes estressores que integram sua formação e também seu exercício profissional, e que podem acarretar dificuldades de ordem pessoal, familiar, institucional e social, se não forem empregadas medidas adequadas para o enfrentamento dos problemas que vier a ter. Conforme a pesquisa desenvolvida por Cahú *et al.* (2014), de maneira geral, percebe-se maior vulnerabilidade por parte dos residentes no âmbito psicológico. Os autores lembram que a evidência de fragilidade psicológica do indivíduo que trabalha na área da saúde interfere em sua atuação junto aos pacientes, revelando a demanda por intervenção para preservar a saúde mental do profissional.

2.3 Desesperança

As emoções, conforme lecionam Batista e Pawlowytsch (2012), por um longo tempo, foram consideradas fenômenos inapropriados, que deviam ser ignorados por se tratar de algo ruim, impróprio, que não deveriam ser sentidos. A isso se deve o fato de as emoções não terem sido objeto de estudo e compreensão durante muito tempo, pois a cultura impunha aos sujeitos serem capazes de dominar seus sentimentos, a fim de não permitir que suas emoções transparecessem (GORDON, 1981).

No entanto, à medida que foi se desenvolvendo no homem o desejo por entender as expressões físicas e emocionais do ser humano, as tentativas de compreensão dos processos orgânicos e químicos dos comportamentos, juntamente com as sensações capazes de serem sentidas e suas formas de manifestação possíveis perante ocorrências específicas, tornaram-se mais e mais objeto de estudo no campo científico e acadêmico (BATISTA; PAWLOWYTSCH, 2012).

No que diz respeito ao campo teórico, as emoções podem ser classificadas dentro das teorias da motivação, podendo ser divididas em três categorias básicas: fisiológicas, neurológicas e cognitivas. As teorias fisiológicas entendem que as respostas do corpo aos estímulos externos são responsáveis pelas emoções. As teorias neurológicas

sugerem, por sua vez, que é a atividade cerebral e suas dinâmicas que facultam aos indivíduos respostas emocionais. Já as teorias de matriz cognitiva defendem que a preponderância dos pensamentos e outras ações mentais seriam a força motriz por excelência na construção das emoções (MYERS, 2004).

Segundo Batista e Pawlowytsch (2012), pode-se conceituar a emoção como um estado mental e fisiológico que se conecta a uma gama de sentimentos, comportamentos e capacidades cognitivas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos. As emoções exercem um papel essencial no processo de comunicação, pois vêm em auxílio aos sujeitos, tendo muita relevância, sobretudo, no desenvolvimento de interações sociais durante a existência.

Reconhecendo o quanto são importantes as emoções no meio social em que os sujeitos se encontram inseridos, Beck (2001) elaborou diversos estudos e pesquisas, a fim de obter uma compreensão mais avançada sobre os processos emocionais. E foi sob o embasamento de suas pesquisas, que Beck (2001) criou inventários e escalas para a mensuração dos níveis das emoções, tais como: depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida (BATISTA; PAWLOWYTSCH, 2012).

Beck (2001) decidiu analisar as expressões emocionais dos sujeitos não apenas sob os aspectos da depressão e da ansiedade, mas também quanto que denominou como desesperança. Assim, sob os aportes teóricos de Beck (2001), outros profissionais passaram a investigar se o ambiente laboral dos indivíduos influenciava o desenvolvimento de suas emoções e o modo como eram manifestadas. Inúmeros estudos indicam que as condições de trabalho interferem na constituição emocional dos sujeitos. O contexto de trabalho vivenciado pelo profissional da saúde o expõe ao contato direto, tanto com as suas próprias emoções quanto com as expressões emocionais dos pacientes, sendo perante estas condições que estes profissionais exercem suas atividades sob constante pressão (BATISTA; PAWLOWYTSCH, 2012).

A desesperança está fortemente ligada ao sentimento de fracasso, sendo composta por pensamentos autoderrotistas, permeados por uma perspectiva pessimista e negativista do porvir, estando intensamente relacionada à depressão (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Normalmente, a desesperança é definida como uma operação cognitiva em que prepondera uma interpretação da realidade na qual o futuro é visto como espaço de

vazio absoluto, sem perspectivas ou motivações de viver, nesse contexto sua vontade de existir física e psicologicamente é aniquilada (MARBACK; PELISOLI, 2014).

Sob o domínio desta percepção, o sujeito não é capaz de encontrar ou visualizar outras possibilidades que não envolvam dar fim à própria vida, sendo este o único modo com o qual pensa ser possível lidar com o que se lhe apresenta como um problema insolúvel (BECK, 1997). Dentro do estado de desesperança, o indivíduo se reconhece como anormal, com muitas falhas, erros e defeitos, acreditando-se sem valor, incapaz de perceber suas potencialidades (BECK *et al.*, 1997).

A desesperança manifesta-se como um traço central indicador da depressão, tratando-se de uma cognição muito prejudicial, cujos comportamentos são desadaptativos (WRIGHT *et al.*, 2012). O não vislumbrar da mínima esperança, não encontrando razão e sentido para a própria existência, conduz o indivíduo por uma senda de desespero, ao se perceber sem alternativas para a resolução de suas questões, acreditando, de forma equivocada, que o suicídio consiste em sua melhor opção (MARBACK; PELISOLI, 2014).

Considerando o desconhecimento sobre os sinais e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em profissionais que cursam programas de residência na área da saúde, optou-se por investigar tais aspectos no contexto de um hospital-escola.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar sinais e sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em residentes na área da saúde no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian.

3.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos em relação aos participantes:

- a) proceder à caracterização sociodemográfica e ocupacional;
- b) identificar escores de depressão, ansiedade e desesperança; e
- c) relacionar características sociodemográficas e ocupacionais aos sintomas de depressão, ansiedade e desesperança.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e local

A pesquisa configura-se como descritiva e seccional, com base em dados primários, e foi realizada no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian no município de Campo Grande – MS.

4.2 Participantes

Em 2018, o total de residentes matriculados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian era de 193; destes, 180 receberam o convite para participar da pesquisa, visto que 13 se encontravam de férias/licença e 57 optaram por não participar da pesquisa. Por fim, foram entrevistados 123 residentes inscritos em 04 programas de residência, como detalha a tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com o programa de residência

	Matriculados	Recusa	Férias/ licença	Participantes
Programa				
Residência médica Residência Multiprofissional	140	45	6	89
“Atenção ao Paciente Crítico”	35	9	4	22
Residência em enfermagem obstétrica	12	2	2	8
Residência em cirurgia e traumatologia buco- maxilo-facial	6	1	1	4
Total	193	57	13	123

4.3 Coleta dos dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado pré-teste do instrumento de coleta de dados. Após os ajustes necessários, os residentes

foram convidados a participar, por meio de contato dos coordenadores para apresentação do pesquisador. Foi organizada agenda de coleta e, na ocasião, foram apresentados os objetivos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e mencionada participação voluntária. (Apêndice A)

Para a coleta de dados desta pesquisa foi utilizado um questionário composto por quatro blocos: bloco I caracterização sociodemográfica criado especificamente para esse estudo e composto por 17 questões; Bloco II a Escala de Beck para Depressão (BDI) que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas e é utilizado para medir a severidade de episódios depressivos; Bloco III Escala de Beck para Ansiedade (BAI) que contém 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo; e Bloco IV a Escala de Desesperança de Beck (BHS) que englobam 20 afirmações sobre desesperança e avalia a dimensão do pessimismo e atitudes negativas frente ao futuro. (Apêndice B)

4.3.1 Bloco I - Caracterização sociodemográfica e ocupacional

O bloco referente à esta caracterização foi elaborado, exclusivamente, com a finalidade de atender aos objetivos dessa pesquisa, apresentando questões que apontam para as características pessoais dos envolvidos, contendo idade, sexo, estado civil, número de filhos e questões financeiras envolvendo o lar. Outros questionamentos propostos encontram-se relacionados aos hábitos de vida. Por fim, há questões referentes ao trabalho, pesquisando função, renda, realização e horários dos plantões, horário de trabalho, tempo de trabalho na instituição, outros vínculos e funções, caso sejam desenvolvidas, sendo todos os questionários fechados e com possibilidades de respostas.

4.3.2 Bloco II - Escala de Beck para Depressão (BDI)

Segundo Gorenstein e Andrade (1996), o Inventário de Depressão de Beck relaciona-se com a avaliação dos sintomas e sinais depressivos, instrumentos de autoavaliação reconhecido em diversos países, avalia a intensidade e prevalência de

depressão e independentemente de o paciente ser clínico ou não, seu tempo de administração gira em torno de dez minutos. É composto por vinte e um itens que avaliam atitudes e sintomas depressivos refletindo o estado do paciente: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta ou perda de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusação, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, isolamento ou retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Para o nível de depressão, recomenda-se a seguinte classificação: depressão mínima (0-11); depressão leve (12-19); depressão moderada (20-35); e depressão grave (36-63).

4.3.3 Bloco III - Escala de Beck para Ansiedade (BAI)

O Inventário de Ansiedade Beck ou Escala de Beck para Ansiedade, o BAI, consiste em uma escala de autorrelato, que visa verificar e mensurar a intensidade dos sintomas ansiosos. Inicialmente, foi criada por Beck *et al.* (1988), sendo mais tarde adaptada e validada em nosso país por Cunha (2001).

A Escala de Beck para Ansiedade é constituída por 21 itens, cujas alternativas de respostas variam de nada a um pouco, moderada e gravemente. Para o nível de ansiedade, recomenda-se a seguinte classificação: ansiedade mínima (0-7); ansiedade leve (8-15); ansiedade moderada (16-25); e ansiedade grave (26-63) (OLIVEIRA *et al.*, 2006) (Bloco III).

4.3.4 Escala de Beck para Desesperança (BHS)

A Escala de Beck para Desesperança é composta por 20 frases que devem ser assinaladas como verdadeiro ou falso. A classificação crítica de pessimismo, indicador de desesperança, possibilita analisar a extensão das expectativas negativas quanto ao futuro imediato e remoto, e as respostas do questionário classificam os resultados como: nível mínimo de desesperança (0-3) a nível leve de desesperança (4-8); nível moderado de desesperança (9-14) a nível grave (superior a 14) (OLIVEIRA *et al.*, 2006) (Bloco IV).

4.3.4 Classificação das Escalas de Beck

BDI	<ul style="list-style-type: none"> Mínimo – 0 a 11 Leve – 12 a 19 Moderado – 20 a 35 Grave – 36 a 63 	BAI	<ul style="list-style-type: none"> Mínimo – 0 a 10 Leve – 11 a 19 Moderado – 20 a 30 Grave – 31 a 63 	BHS	<ul style="list-style-type: none"> Mínimo – 0 a 4 Leve – 5 a 8 Moderado – 9 a 13 Grave – 14 a 20
-----	--	-----	--	-----	--

4.4 Organização e análise dos dados

Os dados coletados foram registrados em uma planilha de dados e posteriormente compilados para análise estatística. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e/ ou analítica.

Neste estudo, a população total de interesse era de 180 residentes, sendo que uma amostra representativa desta população deveria ser de 123 residentes, conforme cálculo amostral, utilizando a calculadora de amostras *on-line Raosoft - Sample Size Calculator*¹, considerando uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma distribuição de resposta de 50%, sendo este o tamanho da amostra utilizado neste estudo.

A comparação entre variações das variáveis avaliadas neste estudo, em relação aos escores na Escala de Beck para depressão, ansiedade e desesperança, foi realizada por meio do teste *t-student*, ou ainda, pelo teste ANOVA de uma via, seguido pelo pós-teste de Tukey. Já a avaliação da associação entre o tipo de residência e a classificação na escala de Beck para depressão, ansiedade e desesperança, foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. A avaliação da correlação linear entre o salário dos residentes e os escores na Escala de Beck, foi realizada por meio do teste de correlação linear de Pearson. Finalmente, a avaliação da correlação linear entre os diferentes escores na Escala de Beck, foi realizada por meio do teste de correlação linear de Pearson.

Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráfico. A análise estatística

¹ Disponível em: <<http://www.raosoft.com/samplesize.html>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 24.0, considerando um nível de significância de 5%.

4.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer n.º 2.995.133 (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes

Tabela 2 - Distribuição dos residentes avaliados segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais (n=123)

Variável	% (Nº)
Faixa etária	
21 a 30 anos	72,4 (89)
31 anos ou mais	27,6 (34)
Sexo	
Masculino	34,1 (42)
Feminino	65,9 (81)
Estado civil	
Solteiro/separado	65,9 (81)
Casado	34,1 (42)
Filhos	
Não	87,8 (108)
Sim	12,2 (15)
Formação acadêmica na graduação	
Medicina	72,4 (89)
Enfermagem	9,8 (12)
Fisioterapia	4,9 (6)
Odontologia	4,9 (6)
Farmácia	4,1 (5)
Nutrição	4,1 (5)
Residência	
Médica	72,4 (89)
Outra	27,6 (34)
Nível da residência	
R1	55,3 (68)
R2	34,1 (42)
R3	10,6 (13)
Plantões	
Não realiza	26,0 (32)
Até 5	39,0 (48)
Entre 5 e 10	26,8 (33)
Mais de 10	8,1 (10)
Período dos plantões	(n=91)
Diurno	27,5 (25)
Noturno	23,1 (21)
Ambos	49,5 (45)
Principal provedor da família	
Não	49,6 (61)
Sim	50,4 (62)
Possui outro vínculo de emprego	
Não	52,8 (65)
Sim	47,2 (58)

A distribuição dos residentes avaliados neste estudo, de acordo com a faixa etária, sexo, estado civil, ter ou não filhos, formação acadêmica na graduação, tipo de residência, nível da residência, quantidade de plantões que realizava, período dos plantões, se é ou não o principal provedor da família e se possui ou não outro vínculo empregatício, está apresentada na tabela 2.

A maior parte dos 123 residentes avaliados neste estudo tinha entre 21 e 30 anos de idade (72,4% - n=89), era do sexo feminino (65,9% - n=81), não tinha filhos (87,8% - n=108), era graduada em medicina (72,4% - n=89), a residência era em medicina (72,4% - n=89), estava no primeiro ano da residência, realizava até 5 plantões mensais (65,9% - n=81), era o principal provedor da família (50,4% - n=62) e não possuía outro vínculo empregatício (52,8% - n=65). Dentre os que realizavam plantões (n=91), a maior parte deles realizava plantão diurno ou noturno apenas (50,5% - n=46).

Os residentes da área de saúde, no âmbito deste estudo, são majoritariamente profissionais do sexo feminino, solteiros e com idade não superior a 30 anos, corroborando pesquisas anteriores sobre o tema (CARVALHO *et al.*, 2013; GOULART *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013).

Ainda que o processo formativo de profissionais de saúde tenha na residência uma maneira satisfatória no que tange à capacitação profissional, as residências são reconhecidas como processos exaustivos devido à carga de trabalho, à intensidade das atividades e à alta responsabilidade, inerentes ao processo de formação. Essa dinâmica nem sempre é bem assimilada pelos residentes, tornando-os suscetíveis a desenvolverem diversos problemas de saúde física e mental, contribuindo com a alta incidência de depressão, ansiedade e desesperança entre os profissionais de saúde (LOURENÇÃO *et al.*, 2017; ROTTA, 2015; ROTTA *et al.*, 2016)

Como visto nos dados apresentados, o excesso de trabalho ocasionado pelo aumento da carga horária semanal de atividades profissionais está diretamente associado à emergência de episódios de depressão, ansiedade e desesperança, bem como de outros problemas relacionados à saúde psíquica dos profissionais da área da saúde. Todavia, não é só no Brasil que tal fato se verifica, tendo sido documentado o mesmo problema na Suíça (BUSINGER; STEFANELLI; GULLER; 2010); nos EUA

(OLIVEIRA *et al.*, 2013); na França (GALAM *et al.*, 2013) e no México (LÓPEZ-MORALES *et al.*, 2007).

Dentre as doenças psíquicas mais prevalentes, a depressão é a que mais incapacita as pessoas em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), causando problemas econômicos e reduzindo ou impossibilitando a capacidade laboral e prejudicando a vida cotidiana. A ansiedade e a desesperança inserem-se também nesse quadro de incapacitações e sofrimento psíquico, trazendo diversos transtornos aos portadores dessa enfermidade e diminuindo a qualidade de vida dos pacientes, tanto no que diz respeito ao trabalho quanto às relações sociais, familiares e afetivas (BECK, 1997; ECKERDT, 2010; MULLER *et al.*, 2015).

5.2 Níveis de depressão, ansiedade e desesperança dos participantes

Na tabela 3, estão apresentados os resultados referentes aos escores médios e classificação, nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança. A maioria dos residentes apresentou sinais de depressão classificadas como “mínima ou leve” (82,9% - n=102). O escore para depressão variou entre 0 e 33 pontos, sendo o escore médio de 12,33±0,72 pontos (média±erro padrão da média).

Tabela 3 - Resultados referentes aos escores médios e classificação, nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança (n=123)

Variável	% (Nº) ou média±EPM
Classificação na escala de Beck para Depressão (0 a 33 pontos)	12,33±0,72
Mínima	47,2 (58)
Leve	35,8 (44)
Moderado ou grave	17,1 (21)
Classificação na escala de Beck para Ansiedade (0 a 43 pontos)	10,57±0,79
Mínima	56,1 (69)
Leve	26,0 (32)
Moderado ou grave	17,9 (22)
Classificação na escala de Beck para Desesperança (0 a 16 pontos)	3,82±0,27
Mínima	65,9 (81)
Leve	26,8 (33)
Moderado ou grave	7,3 (9)

A maioria dos residentes apresentou sinais de ansiedade também classificadas como “mínima ou leve” (82,1% - n=101). O escore para ansiedade variou entre 0 e 43 pontos, sendo o escore médio de $10,57 \pm 0,79$ pontos.

A maioria dos residentes também apresentou sinais de desesperança classificadas como “mínima ou leve” (92,7% - n=114).

O escore para desesperança variou entre 0 e 16 pontos, sendo o escore médio de $3,82 \pm 0,27$ pontos.

Embora os resultados deste estudo apresentem a ocorrência de depressão, ansiedade e desesperança em níveis mínimos e leves (Tabela 3), é forçoso reconhecer a existência do problema entre os residentes da área de saúde como um alerta. A tendência da presença e aumento dos problemas psíquicos nesse grupo profissional já é uma constatação, como demonstram os trabalhos realizados por Alves *et al.* (2015), Fernandes *et al.* (2018), Knuth *et al.* (2015) e Santos e Cardoso (2010), dentre outros. Desse modo, é necessário elaborar estratégias que busquem a resolução do problema, bem como a realização de pesquisas que tragam dados que expliquem e apontem possíveis formas de resolução.

Uma pergunta que pode ser feita em relação ao excesso de trabalho é: qual a real necessidade de se trabalhar até a exaustão? Com isso, comprometendo a saúde física e psíquica, e minando a qualidade de vida dos profissionais? A resposta ou, ao menos, uma dentre outras possíveis, pode ser encontrada nas aspirações referentes a *status* social e aos apelos do mundo do consumo da sociedade moderna. Ainda que os salários pagos aos profissionais da área de saúde, principalmente médicos, não sejam dos piores, a realidade é que, para manter certos padrões de consumo, é necessário ampliar a carga de trabalho por meio de plantões ou mesmo tendo mais de um emprego. Somam-se a isso, as responsabilidades inerentes às funções relativas à saúde que, por si só, já são demasiado estressantes.

Todos esses fatores contribuem para a perda da qualidade vida dos indivíduos, prejudicando a atenção e o cuidado com os filhos, a interação social exercida por meio de atividades familiares e gerando dificuldades de relacionamento com o parceiro ou cônjuge, dentre outras. Esse cenário vai, aos poucos, afetando a saúde dos profissionais

de saúde e, quando se dão conta, já estão doentes e precisando de tratamento profissional para voltar à normalidade ou a algo que a isso se assemelhe.

Diante desse quadro, Lourenção *et al.* (2017) consideram que a solução para diminuir os agentes estressores seria maior dedicação à atividade física e ao lazer, e redução do número de horas trabalhadas em excesso (reduzindo os plantões, por exemplo); enfim, chamar a atenção dos profissionais para o fato de que o excesso de trabalho gera doenças e sofrimento psíquico, enfatizando a necessidade premente de se elaborar estratégias que visem à promoção do bem-estar dos profissionais que atuam na área da saúde.

Fica evidente, diante dos resultados apresentados, o fato de que aqueles que são responsáveis pela manutenção da saúde dos indivíduos dentro de uma sociedade também são afetados pelos problemas que a afligem. Os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos, para citar alguns, fazem parte do organismo social e recebem dele inúmeras influências, tanto positivas quanto negativas. A dinâmica de exigências do mundo do trabalho, espírito competitivo, busca de excelência a todo custo, celeridade, dentre outras, compõem o mosaico multifacetado da etiologia das doenças psíquicas na atualidade, notadamente, aquelas que acarretam comprometimento severo das funções básicas dos indivíduos.

Os resultados da comparação entre variações das variáveis avaliadas neste estudo, em relação aos escores nas Escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança, estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4 - Resultados da comparação entre variações das variáveis avaliadas neste estudo, em relação aos escores nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança

Variável	Escore na Escala de Beck		
	Depressão	Ansiedade	Desesperança
Faixa etária			
21 a 30 anos	12,58±0,87a	10,62±0,97a	3,98±0,32a
31 anos ou mais	11,68±1,24a	10,44±1,34a	3,41±0,48a
Valor de p	0,574	0,915	0,350
Sexo			
Masculino	9,52±1,18b	7,19±1,36b	3,74±0,46a
Feminino	13,79±0,86a	12,32±0,93a	3,86±0,34a
Valor de p	0,004	0,002	0,825
Estado civil			
Solteiro/separado	12,68±0,89a	11,41±1,04a	4,09±0,36a
Casado	11,67±1,21a	8,95±1,15a	3,31±0,38a
Valor de p	0,506	0,143	0,173
Filhos			
Não	12,69±0,80a	11,4±0,88a	3,84±0,29a
Sim	9,73±0,98b	7,20±1,18b	3,67±0,74a
Valor de p	0,025	0,013	0,832
Residência			
Médica	12,34±0,89	9,73±0,90	3,60±0,28
Outra	12,32±1,16	12,76±1,58	4,41±0,63
Valor de p	0,993	0,087	0,177
Nível da residência			
R1	12,59±0,89a	11,79±1,17a	3,87±0,37a
R2	12,50±1,32a	8,98±1,13a	3,62±0,43a
R3	10,46±2,64a	9,31±2,25a	4,23±0,91a
Valor de p	0,672	0,229	0,800
Quantos plantões realiza			
Não realiza ou realiza até 5	10,65±0,81b	8,88±0,89b	3,63±0,31a
Mais de 5	15,47±1,28a	13,72±1,45a	4,19±0,50a
Valor de p	0,001	0,003	0,323
Período dos plantões			
Um período	10,74±0,88b	9,55±1,16a	3,40±0,38a
Dois períodos	15,73±1,21a	12,76±1,42a	4,33±0,48a
Valor de p	0,001	0,083	0,130
Provedor			
Não	11,70±1,02a	10,87±1,20a	3,79±0,36a
Sim	12,95±1,01a	10,27±1,05a	3,85±0,40a
Valor de p	0,388	0,710	0,900
Outro vínculo de emprego			
Não	11,95±0,95a	11,00±1,00a	4,11±0,40a
Sim	12,76±1,09a	10,09±1,26a	3,50±0,35a
Valor de p	0,578	0,568	0,262

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de *p* no teste *t-student* (variáveis com duas variações) ou no teste ANOVA de uma via (variáveis com três ou mais variações). Letras diferentes na coluna representa diferença entre as variações das variáveis em questão (teste *t-student* ou pós-teste de Tukey, $p<0,05$).

Na tabela 4, percebe-se que os indivíduos com maiores índices na Escala de Beck são os solteiros/separados, fato já documentado na literatura Chtibi *et al.* (2018), Oliveira e Pereira (2012). No entanto, deve-se considerar cada caso em particular, bem como os fatores externos que condicionam o aumento dos índices referentes à Escala de Beck, isso porque outros estudos apresentam maior prevalência entre casados (SILVA, 2015).

Verificou-se, também, maiores índices relativos à dupla jornada de trabalho, principalmente os plantões realizados nos períodos diurnos e noturnos. Os dados daqueles que não realizam plantões diferem em quase 50% em relação aos que fazem mais de plantões, sendo que estes últimos apresentam taxas mais elevadas para depressão e ansiedade, o que corrobora mais uma vez a associação entre o excesso de trabalho e a emergência ou agravo de distúrbios psíquicos (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011; LOURENÇÃO *et al.* 2017; OLIVEIRA; MAZZAIA; MARCOLAN, 2015).

Essa constatação deixa a descoberto a natureza ambivalente do trabalho na atualidade, tendo em vista que ao mesmo tempo que é fonte de felicidade e realização, pode ser a causa primeira de infelicidade, alienação e doença mental e sofrimento; “não apenas sofrimentos já conhecidos, mas novos sofrimentos” (DEJOURS, 2007, p. 43). Em face das pesquisas que foram - e estão sendo produzidas – sobre os nexos causais da depressão, ansiedade e desesperança, embora se saiba da complexidade multifatorial e etiológica de tais distúrbios, é insofismável, diante das evidências, a correlação de causa e efeito no que tange às condições de realização do trabalho (atuais e/ou pregressas) e o adoecimento psíquico.

Há 14 anos, Codo (2006, p. 186) já alertava a respeito da influência do mundo do trabalho na realidade sociocultural e psíquica do homem, considerando as atividades laborais como parte de sua essência, do seu modo de ser e estar no mundo, permeando. Desse modo, não só suas ações, mas também todos os níveis de sua atividade, seus afetos, sua consciência, o que permite que os sintomas se escondam em todos os lugares: quem garante que o chute no cachorro ao retornar para casa não se deve a razões de ordem profissional?

O escore de depressão e de ansiedade também foi maior entre os residentes que não possuíam filhos, quando comparados com aqueles que os possuíam ($p=0,025$ e $p=0,013$, respectivamente). O escore de depressão de quem realizava entre 5 e 10

plantões foi maior do que entre aqueles que não realizavam plantões ou que realizavam até 5 plantões mensais (teste ANOVA de uma via, $p=0,004$; pós-teste de Tukey, $p<0,05$).

Silva *et al.* (2010) apontam que dificuldades de organização e determinação dos residentes, assim como condições familiares, sociais e financeiras problemáticas, podem conduzir estes profissionais ao desenvolvimento de quadros ansiosos e depressivos, que resultarão em baixos resultados acadêmicos e profissionais no decorrer do curso de especialização.

Além disso, há pesquisas demonstrando que conviver com situações de saúde complicadas de lidar, com a constante ameaça de morte dos pacientes, com as exigências dos chefes e supervisores, assim como o cumprimento de longas jornadas laborais exaustivas, configuram-se como fatores que podem favorecer o surgimento de transtornos entre residentes, sobretudo, com relação aos mais jovens (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010; DIAS *et al.*, 2016; ROTTA *et al.*, 2016).

Em muitos casos, o excesso de trabalho do residente dificulta ou mesmo inviabiliza por completo a harmonização e o equilíbrio entre vida pessoal, familiar e profissional. No Brasil, a Lei n.º 6.932 (BRASIL, 1981) regulamenta a residência médica no país, prevendo o regime de 60 horas semanais, o que dificulta que diversos profissionais realizem atividades de lazer e esportes, potencializando os níveis de estresse e cansaço resultantes do trabalho excessivo, que prejudica tanto a saúde física quanto mental desses indivíduos, elevando os índices de depressão e ansiedade.

Em relação ao escore de ansiedade, houve diferença significativa entre residentes que realizavam diferentes quantidades de plantões (teste ANOVA de uma via, $p=0,032$), no entanto, no teste de múltiplas comparações, não houve diferença significativa entre as diferentes faixas de plantões (pós-teste de Tukey, $p>0,05$).

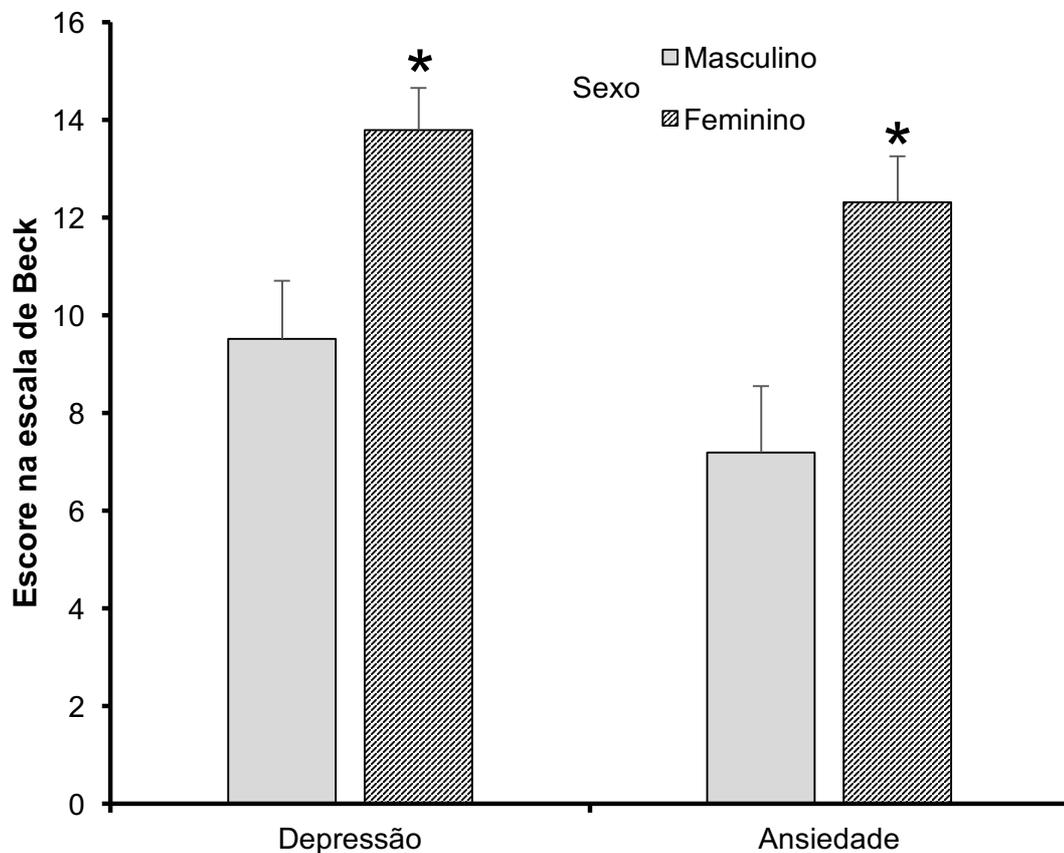
Afora a longa jornada laboral que lhes é imposta pela legislação do Brasil, muitos residentes ainda realizam outras atividades de trabalho, ampliando os riscos do desenvolvimento de transtornos físicos e psiquiátricos pela sobrecarga de trabalho (LOURENÇÃO *et al.*, 2017).

Fabichak, Silva-Júnior e Morrone (2014) salientam que a baixa remuneração da bolsa de estudos dos residentes obriga muitos deles a procurar demais trabalhos para elevar sua renda financeira, ocasionando estresse, ansiedade e depressão em virtude

do excesso de atividades de trabalho que, por sua vez, além de comprometer a saúde física e mental do residente, também diminuem sua qualidade de vida, prejudicam suas relações familiares e sociais, o seu processo de aprendizagem e o serviço que disponibilizam aos pacientes que atendem.

O escore de depressão na Escala de Beck foi maior nas mulheres do que nos homens (teste *t-student*, $p=0,004$). O mesmo foi observado em relação ao escore de ansiedade ($p=0,002$). Estes resultados estão apresentados também na figura 1.

Figura 1 - Escore nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança segundo sexo dos residentes



Nota: Cada coluna representa a média e a barra o erro padrão da média. * Diferença significativa em relação ao sexo masculino (teste *t-student*, depressão: $p=0,004$; ansiedade: $p=0,002$).

O escore de depressão entre os residentes que faziam plantões em ambos os períodos (diurno e noturno) foi maior do que aquele dentre os residentes que só faziam

plantões no período diurno (teste ANOVA de uma via, $p=0,004$; pós-teste de *Tukey*, $p<0,05$).

A falta de sono e a alteração de seu ritmo interferem no ciclo de sono e vigília diversamente do ciclo circadiano, afetando na habilidade de atuação laboral, em virtude da irritação, da fadiga, do estresse, do cansaço, do desânimo frente às tarefas cotidianas, do baixo desempenho, de debilidades cognitivas e da redução da vontade. Apesar de interferências no fluxo de sono sofrerem variações de pessoa pra pessoa, seus distúrbios tendem a suscitar transtornos de comportamentos e de relacionamento social, déficit de concentração, diminuição dos reflexos, sonolência durante o dia e Síndrome de *Burnout* (PURIM, 2016).

Estudos demonstram que os residentes dormem, em média, 6 horas por noite, sendo inferior a média de sono das pessoas adultas, em geral, que fica em torno de 7 a 9 horas por noite (CARDOSO *et al.*, 2009). Ademais, também é possível perceber uma diminuição nos níveis de qualidade de vida, bem como o aumento dos escores nas escalas de depressão e ansiedade, em relação aos demais médicos e alunos de medicina (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010; MARTINS, 2010).

Para as demais variáveis, não houve diferença significativa entre suas variações em relação aos escores de depressão, ansiedade e desesperança (valor de p variando entre 0,087 e 0,993).

Na tabela 5, estão apresentados os resultados da avaliação da associação entre o tipo de residência e a classificação na Escala de Beck para depressão, ansiedade e desesperança, sendo que não houve associação significativa entre estas variáveis (depressão: $p=0,626$; ansiedade: $p=0,251$; desesperança: $p=0,123$).

Tabela 5 - Resultados da avaliação da associação entre o tipo de residência e a classificação nas escalas de Beck para depressão, ansiedade e desesperança

Classificação na Escala de Beck	Residência		Valor de p
	Médica	Outra	
Depressão			
Mínimo	46,1 (41)	50,0 (17)	0,626
Leve	34,8 (31)	38,2 (13)	
Moderado ou grave	19,1 (17)	11,8 (4)	
Ansiedade			
Mínimo	60,7 (54)	44,1 (5)	0,251
Leve	3,6 (21)	32,4 (11)	
Moderado ou grave	15,7 (14)	23,5 (8)	
Desesperança			
Mínimo	66,3 (59)	64,7 (22)	0,123
Leve	29,2 (26)	20,6 (7)	
Moderado ou grave	4,5 (4)	14,7 (5)	

Nota: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de *p* no teste do qui-quadrado.

Como a depressão é muito mais prejudicial à saúde dos indivíduos nas incidências moderadas e graves, é patente a necessidade de repensar às exigências relativas à formação de novos profissionais em nível de residência (LOURENÇÃO *et al.*, 2017; ROTTA, 2015; ROTTA *et al.*, 2016).

A mesma atenção deve receber os outros profissionais de saúde que apresentaram maiores índices referentes à ansiedade e desesperança. Os fatores que desencadeiam tais distúrbios precisam ser identificados e tratados com terapias adequadas, evitando que o quadro clínico se agrave, desencadeando assim sintomas incapacitantes e episódios de suicídio (PERON, 2004).

Tais condições depressivas e ansiosas podem vir a comprometer o atendimento realizado junto aos pacientes, sobretudo, nos serviços de emergência e de cirurgia do trauma, além de prejudicar sobremaneira a qualidade de vida e o bem-estar do próprio profissional (PURIM *et al.*, 2016). Nogueira-Martins (2005) adverte sobre as dificuldades cada vez maiores de atuar como médico no Brasil, em virtude de uma conjunção de aspectos que vem elevando os níveis de estresse profissional, sobretudo, concernentes àqueles que trabalham com atividades assistenciais em nosso país.

Não houve correlação linear entre o salário dos residentes e os escores na Escala de Beck para depressão (teste de correlação linear de Pearson, $p=0,385$, $r=-0,079$), para ansiedade ($p=0,146$; $r=-0,132$) e para desesperança ($p=0,058$; $r=-0,172$).

Antigamente, a medicina contava com certo prestígio social muito maior perante a sociedade, que ocorria muito em virtude dos elevados salários recebidos pelos médicos. Como explicam Katsurayama *et al.* (2011, p. 92), em seu estudo, este fator acaba por se revelar como decisivo para a manifestação de quadros depressivos entre estes profissionais, visto que, “tradicionalmente, esta ocupação, que gozava de *status* social, tem sofrido uma considerável queda nas condições salariais na sociedade atual, ocasionando a busca de vários postos de trabalho para a manutenção econômica compatível com o *status* associado”. O resultado da pesquisa dos autores mostrou que 73,3% dos médicos entrevistados atuavam em três ou mais lugares diferentes, concomitantemente, revelando, também, que 40,6% trabalhavam durante 70 horas semanais.

Sendo assim, percebe-se que estes profissionais apresentam uma alta propensão para o desenvolvimento de quadros ansiosos e depressivos, além da possibilidade de desencadeamento de síndrome de *burnout* devido à exaustão física, mental e emocional causada pelo excesso de trabalho, que se desdobra em poucas horas reservadas ao descanso e a atividades de lazer com a família e amigos. Ademais, esta situação também inviabiliza o investimento em atualização profissional, cuja ausência, por sua vez, pode conduzir à insegurança e à insatisfação nas tarefas realizadas.

Houve correlação linear significativa positiva moderada, entre os escores na escala de Beck para depressão e aqueles para desesperança (teste de correlação linear de Pearson, $p<0,001$, $r=0,429$). Também houve correlação linear significativa positiva, porém fraca, entre os escores na escala de Beck para ansiedade e aqueles para desesperança ($p<0,001$, $r=0,338$). Por fim, houve correlação linear significativa positiva moderada, entre os escores na escala de Beck para depressão e aqueles para ansiedade ($p<0,001$, $r=0,681$). Estes últimos resultados estão ilustrados na Figura 2.

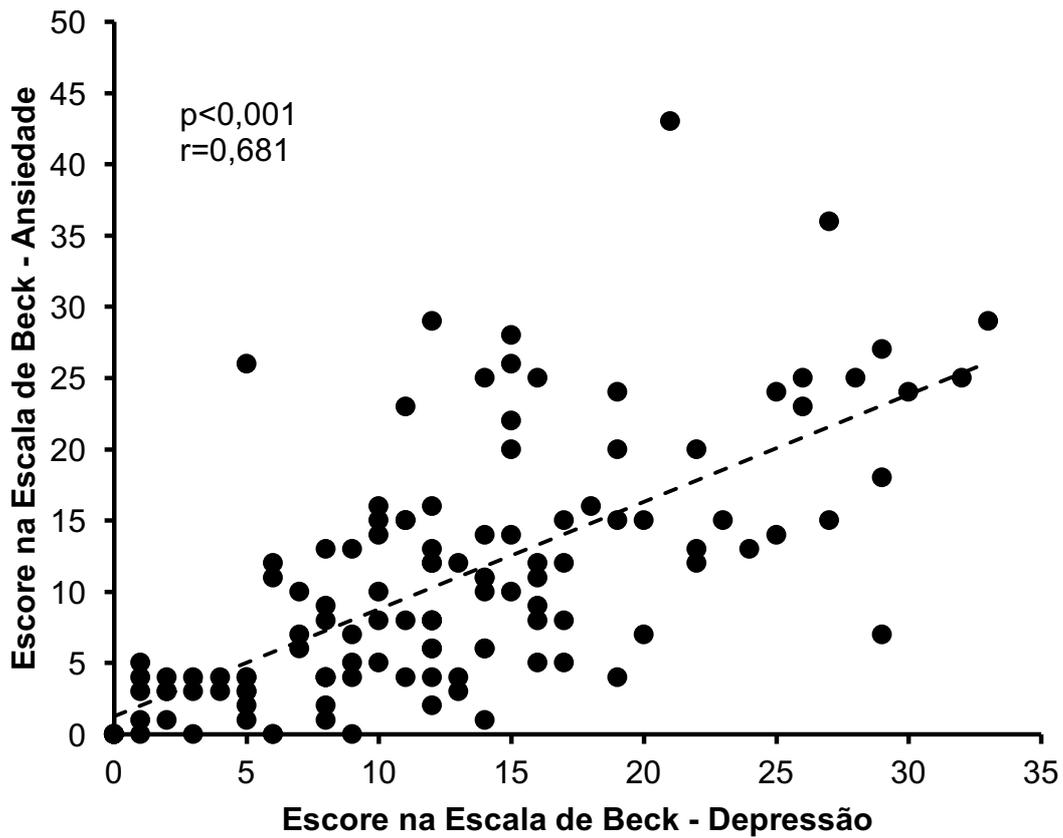


Figura 2: Gráfico de dispersão ilustrando a correlação linear significativa positiva e moderada entre os escores na escala de Beck para depressão e aqueles para ansiedade. Cada símbolo representa o valor do escore para ambas as escalas, de um único residente. Valor de p no teste de correlação de Pearson. r =Coeficiente de correlação linear.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa foi composta pela participação de 123 residentes com idades entre 21 e 30 anos, sendo a maioria do sexo feminino, solteiros(as) ou separados(as) e sem filhos, graduados(as) e exercendo a residência no 1.º ano em medicina. Em geral, os participantes trabalhavam em cinco plantões diurnos ou noturnos, mensalmente, sendo metade deles os principais provedores de suas famílias, sem outro vínculo empregatício.

Em sua maioria, os residentes apresentaram sinais de depressão, de ansiedade e de desesperança, classificadas como “mínima ou leve”, os participantes solteiros ou separados encontram-se entre a parcela com os maiores índices na Escala de Beck para depressão, ansiedade e desesperança, quanto aos escores de depressão e de ansiedade na Escala de Beck, ambos apresentaram-se maiores nas mulheres do que nos homens.

Os escores de depressão e de ansiedade também tiveram índices mais elevados entre os residentes que não possuíam filhos, em comparação aos que eram pais, o escore de depressão dos residentes que realizavam de 5 a 10 plantões mensais foi maior do que entre aqueles que não realizavam plantões ou que realizavam até 5 plantões mensais, o escore de depressão entre os residentes que realizavam plantões nos períodos diurno e noturno foi maior do que dentre os que só faziam plantões diurnamente e não houve correlação linear entre a remuneração salarial e os escores na Escala de Beck para depressão, ansiedade e desesperança entre os participantes.

Embora os dados levantados pela pesquisa e seus respectivos resultados demonstrem índices mínimo e leves de ansiedade, depressão e desesperança entre os participantes analisados, foi possível verificar sinais de que, caso não sejam adotadas medidas preventivas, os problemas relativos à saúde mental tendem a se agravar.

REFERÊNCIAS

- ABELHA, C. Depressão, uma questão de saúde pública. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 22, p. 223, 2014.
- ALVES, A. P.; PEDROSA, L. A. K.; COIMBRA, M. A. R.; MIRANZI, M. A. S.; HASS, V. J. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 64-9, jan./fev. 2015
- ALVES, K. R.; ALVES, M. S.; ALMEIDA, C. P. B. Mental health care: values, concepts and philosophies present in the everyday care. **Revista Enfermagem UFPI**, v. 6, n. 2, p. 4-9, abr./jun. 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington: APA, 2000.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998.
- ANTUNES, M. Produção científica brasileira sobre sofrimento psíquico e depressão da equipe de enfermagem na emergência. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 1, n. 6, p. 68-72, abr. 2017.
- ASSUNÇÃO, A. A.; OLIVEIRA, D. A. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educação & Sociedade**, v. 30, n. 107, p. 349-372, 2009.
- BATISTA, F. C. N.; DA MAIA PAWLOWYTSCH, P. W. Aspectos emocionais de depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida nos profissionais da unidade de terapia intensiva de um hospital do interior de Santa Catarina. **Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar**, v. 1, n. 1, p. 188-202, 2012.
- BECK, A. T. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n.6, p. 893-897, Dec. 1988.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BERNIK, M. A.; CORREGIARI, F. M. Como diagnosticar & tratar ansiedade. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 9, p. 621-634, 2002.
- BRASIL. Lei n.º 6.932 de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 7 jul. 1981.

- BUSINGER, A.; STEFENELLI, U.; GULLER U. Prevalence of burnout among surgical residents and surgeons. **Switzerland. Archives of Surgery**, v. 145, n. 10, p. 1013-1016, 2010.
- CAHÚ, R. A. G.; SANTOS, A. C. O.; PEREIRA, R. C.; VIEIRA, C. J. L.; GOMES, S. A. Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 2, p. 76-83, 2014.
- CARDOSO, H. C.; BUENO, F. C. C.; MATA, J. C.; ALVES, A. P. R.; JOCHIMS, I.; VAZ, I. H. R.; HANNA, M. M. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 349-55, 2009.
- CAVALHEIRO, G; TOLFO, S. R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-UFS**, v. 16, n. 2, p. 241-249, 2011.
- CARVALHO, C. N.; MEIO-FILHO, D. A.; CARVALHO, J. A. G.; AMORIM, A. C. G. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 1, p. 38-45, 2013.
- CHTIBI, H.; AHAMI, A.; AZZAOU, F. Z.; KHADMAOUI, A.; MAMMAD, K.; ELMASSIOUI, F. Study of Psychological Resilience among Health Care Professionals, in Ibn-Sina Hospital/Rabat/Morocco. **Open Journal of Medical Psychology**, v. 7, n 3, p.47, 2018.
- CODO, W. **Por uma psicologia do trabalho**: ensaios recolhidos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.
- DAL ROSSO, S. **Mais trabalho**: a intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV 2007.
- DIAS, B. A.; PEREIRA, M. N.; SOUSA, I. F.; ALMEIDA, R. J. Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. **Scientia Medica**, v. 26, n. 1, p. 1-9 2016.
- ECKERDT, N. S. **Sofrimento psíquico da mulher**: um estudo com profissionais de saúde do município de Florianópolis. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2010.

FABICHAK, C.; SILVA-JÚNIOR, J. S.; MORRONE, L. C. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 79-84, 2014.

FERNANDES, M. A.; SOARES, L. M. D.; SOARES E SILVA, J. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 16, n. 2, p. 218-224, abr./jun. 2018.

GALAM, E. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. **British Journal of General Practice**, v. 63, n. 608, p. 217-224, 2013.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 29, n. 4, p. 453-457, Apr. 1996.

GORDON, S. L. The sociology of sentiments and emotion. **Social Psychology: Sociological Perspectives**, p. 562-592, 1981.

GOULART, C. T.; SILVA, R. M.; BOLZAN, M. E. O.; GUIDO, L. A. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, n. 1, p. 178-186, 2012.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de Psicofarmacologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

HETEM, L. A.; GRAEFF, F. G. (Org.). **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

HUNTER, J.; MARSHALL, J.; CONCORAN, K.; LEEDER, S.; PHELPS, K. A positive concept of health - interviews with patients and practitioners in an integrative medicine clinic. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 18, n. 4, p. 197-203, 2013.

KATSURAYAMA, M.; GOMES, N. M.; BECKER, M. A. D.; SANTOS, M. C.; MAKIMOTO, F. H.; SANTANA, L. L. O. Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. **Psicologia Hospitalar**, v. 9, n. 1, p. 75-96, jan. 2011.

KNUTH, B. S.; SILVA, R. A.; OSES, J. P.; RADTKE, V. A.; COCCO, R. A.; JANSEN, K. Transtornos mentais entre trabalhadores da área da saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, ago. 2015.

LÓPEZ-MORALES, A.; GONZÁLES-VELÁZQUES, F.; MORALES-GUZMÁN, M. I.; ESPINOZA-MARTÍNEZ, C. E. Síndrome de burnout em residentes con jornadas laborales prolongadas. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, México**, v. 45, n. 3, p. 233-242, 2007.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. Health and quality of life of medical residents. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 1, p. 81-90, 2010.

LOURENÇÃO, L. G.; TEIXEIRA, P. R.; GAZETTA, C. E.; PINTO, M. H.; GONSALES, E. G.; ROTTA, D. S. Níveis de ansiedade e depressão entre residentes de pediatria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 557-563, 2017.

MARBACK, R. F.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 2, p.122-129, 2014.

MARTINS, L. Qualidade de vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 6, n. 1, p. 12-18, 2010.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Livro 1: O processo de produção do capital. Tomo 1: (Prefácios e Capítulos I a XII). São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MYERS, D. G. **Theories of emotion**: Psychology. 7th ed. New York: Worth Publishers, v. 500, 2004.

MINUCHIN, S.; NICHOLS, M. P. **A cura da família**. São Paulo: Atlas, 1995.

MULLER, J. L.; TRENTINI, C. M.; ZANINI, A. M.; LOPES, F. M. Transtorno de ansiedade social: um estudo de caso. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 67-78, jan./jun. 2015.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Residência médica**: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

OLIVEIRA, F. P.; MAZZAIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 209-215, 2015.

OLIVEIRA, G. S.; CHANG, R.; FITZGERALD, P.; AMEIDA, M.; CASTRO-ALVES, L. S.; AHMAD, S.; MCCARTHY, R. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of united states anesthesiology trainees. **Anesthesia and Analgesia**, v. 117, n. 1, p. 182-193, 2013.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, A. A. A.; CRUVINEL, M.; NÉRI, A. L. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 351-359, maio/ago. 2006.

OLIVEIRA, V.; PEREIRA, T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIII, n. 7, p. 43-54, jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 10 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: nations for mental health**. Geneva: World Health Organization, 1997.

PERON, A. P.; NEVES, G. Y. S.; BRANDÃO, M.; VICENTINI, E. P. Aspectos biológicos e sociais da depressão. **Arquivos de Ciências de Saúde da UNIPAR**, v. 8, n. 1, jan./abr. p.45-48, 2004.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, p. 162-176, 2011.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 39, n. 130, p. 150-160, 2014.

PURIM, K. S.; GUIMARÃES, A. T. B.; TITSKI, A. C. K.; LEITE, N. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.**, v. 43, n. 6, p. 438-444, 2016.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 845-848, 2016.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MAURO, M. Y. C.; SECCO, I. A. O.; DALRI, R. C. M. B.; FREITAS, F. C. T.; TERRA, F. S.; SILVEIRA, R. C. P. Exceso de trabajo y agravios mentales a lós trabajadores de la salud. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 1, n. 26, p. 52-64, 2010.

ROSA, M. R. D.; ALMEIDA, A. A. F.; PIMENTA, F.; SILVA, C. G.; LIMA, M. A. R.; DINIZ, M. F. F. M. Zumbido e ansiedade: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 4, p. 742-754, jul./ago. 2012.

ROTTA, D. S. **Ansiedade, depressão, bem-estar e trabalho de residentes multiprofissionais da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto.

ROTTA, D. S.; PINTO, M. H.; LOURENÇÃO, L. G.; TEIXEIRA, P. R.; GONSALEZ, E. G.; GAZZETA, C. E. Níveis de ansiedade e depressão entre residentes multiprofissionais em saúde. **Revista Rene**, v. 17, n. 3, p. 372-377, maio/jun. 2016.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: Manifestação de stress e Burnout. **Estudos em Psicologia**, v. 27, n. 1, p. 67-74, 2010.

SILVA, G. C. C.; KOCH, H. A.; SOUSA, E. G.; GASPARETTO, E.; BUYS, R. C. Anxiety and depression among medical residents in radiology and diagnostic imaging. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 199-206, 2010.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista katálysis**, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018.

SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; BOLZAN, M. E. O.; SERRANO, P. M.; LOPES, L. F. D.; GUIDO, L. A. Stress and hardiness in medical residents. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, p. 5406-5413, 2013.

SILVA, D. S. D.; TAVARES, N. V. S.; ALEXANDRE, A. R. G.; FREITAS, D. A.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; MELO, V. L. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, 2015.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas organizações**. São Paulo: Saraiva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.

WRIGHT, J. H.; SUDAK, D. M.; TURJINGTON, D.; THASE, M. E. **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breve**: guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2012.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Depressão, ansiedade e desesperança em residentes na área da saúde, que tem por objetivo identificar sintomas acima descritos nos participantes.

Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver.

Este estudo esta sendo conduzido por Jonathan Colpas da Silva, aluno do Curso de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O pesquisador entregará questionários com perguntas e suas respostas serão registradas no protocolo de pesquisa.

Não participam dessa pesquisa quem tiver qualquer dificuldade de compreensão, leitura ou fala.

As perguntas são agrupadas em quatro blocos. O primeiro contém questões sobre sua vida e rotina pessoal. O segundo refere-se a depressão e é utilizado para medir a severidade de episódios depressivos. O terceiro é utilizado para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo e o quarto irá avaliar a dimensão do pessimismo e atitudes negativas frente ao futuro.

O preenchimento do questionário não passará de trinta minutos e você tem a liberdade de desistir a qualquer momento. Mesmo depois de ter terminado o preenchimento, se você quiser desistir de participar, pode informar essa decisão para mim pessoalmente ou pelo telefone que se encontra mais abaixo.

A pesquisa não trará riscos imediatos ou futuros, sendo que diante da possibilidade de ocorrer desconforto por ocasião do preenchimento do questionário, a aplicação será interrompida e será oferecida assistência por parte dos profissionais da equipe.

Os benefícios serão obtidos quando os resultados da pesquisa forem divulgados, trazendo contribuições para o desenvolvimento e delineamento de políticas da saúde pública e, como consequência, melhora da qualidade de vida dos residentes.

Os dados da pesquisa ficarão sob a responsabilidade do pesquisador, por um período de cinco anos e ninguém, além do pesquisador, saberá das suas respostas. Em nenhum momento você será identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas o pesquisador e você, terão acesso a esse documento em que consta o seu nome. Isso significa que se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, ligue para Jonathan Colpas da Silva, telefone (67) 99141-5160. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187, cujo endereço é Cidade Universitária, Caixa Postal 549. CEP 79070-900. Campo Grande – MS.

Como já fora informado, sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento.

Você receberá uma via deste termo de consentimento, rubricada na primeira página e assinada na segunda, ficando a outra com o pesquisador,

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário

Data ___/___/_____

Telefone (Opcional) _____

Assinatura do pesquisador

Data ___/___/_____

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados**BLOCO I – Caracterização sociodemográfica e ocupacional****1. IDADE:**

20-30 31-40 41-50 51-60 61 ou mais

2. SEXO:

Masculino Feminino

3. ESTADO CIVIL:

Solteiro Casado /Com companheiro Separado Viúvo

4. TEM FILHOS?

Não Sim Quantos? _____

5. FORMAÇÃO

ACADÊMICA: _____

6. RESIDÊNCIA EM: _____**7. NÍVEL DE RESIDÊNCIA:** R1 R2 R3 R4**8. NESTA INSTITUIÇÃO O SEU HORÁRIO/ESCALA DE ESTUDO É:**

Até 60 horas semanais 60 horas semanais Acima de 60 horas semanais

9. NESTA INSTITUIÇÃO, REALIZA PLANTÕES? QUANTOS?

Não Até 05/ mês Entre 06 e 10/ mês Acima de 10

10. QUAL O PERÍODO EM QUE REALIZA PLANTÕES:

Diurno Noturno Ambos

11. QUAL SUA RENDA TOTAL MENSAL EM SALÁRIOS? _____**13. VOCÊ É O PRINCIPAL PROVEDOR FINANCEIRO DA CASA:**

Sim Não

14. VOCÊ POSSUI OUTRO VÍNCULO EM QUE EXERCE A MESMA ATIVIDADE PROFISSIONAL?

Não Sim Qual: _____

BLOCO II – Escala de depressão de Beck (BDI)

BDI - PESQUISA EM SAÚDE

Nº _____ SCORE: _____

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

1)

- 0. Não me sinto triste.
- 1. Eu me sinto triste.
- 2. Estou sempre triste e não consigo sair disto.
- 3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2)

- 0. Não estou especialmente desanimado ao futuro.
- 1. Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
- 2. Acho que nada tenho a esperar.
- 3. Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3)

- 0. Não me sinto um fracasso.
- 1. Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2. Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4)

- 0. Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- 1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2. Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3. Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

5)

- 0. Não me sinto especialmente culpado.
- 1. Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
- 2. Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3. Eu me sinto culpado sempre.

6)

- 0. Não acho que esteja sendo punido.
- 1. Acho que posso ser punido.
- 2. Creio que vou ser punido.
- 3. Acho que estou sendo punido.

7)

- 0. Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- 1. Estou decepcionado comigo mesmo
- 2. Estou enojado de mim.
- 3. Eu me odeio.

8)

- 0. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
- 1. Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- 2. Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3. Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9)

- 0. Não tenho quaisquer ideias de me matar.
- 1. Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
- 2. Gostaria de me matar.
- 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10)

- 0. Não choro mais que o habitual
- 1. Choro mais agora do que costumava.
- 2. Agora, choro o tempo todo.
- 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11)

- 0. Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
- 2. Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
- 3. Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.

12)

- 0. Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
- 2. Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- 3. Perdi todo interesse pelas outras pessoas.

13)

- 0. Tomo decisões tão bem quanto antes.
- 1. Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
- 2. Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
- 3. Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

14)

- 0. Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
- 1. Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
- 2. Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
- 3. Acredito que pareço feio.

15)

0. Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1. É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2. Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16)

0. Consigo dormir tão bem como o habitual.
1. Não durmo tão bem como costumava.
2. Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17)

0. Não fico mais cansado do que o habitual.
1. Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2. Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18)

0. O meu apetite não está pior do que o habitual.
1. Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2. Meu apetite é muito pior agora.
3. Absolutamente não tenho mais apetite.

19)

0. Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1. Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2. Perdi mais do que 5 quilos.
3. Perdi mais do que 7 quilos.

20)

0. Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1. Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estomago ou constipação.
2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3. Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21)

0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1. Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2. Estou muito menos interessado por sexo agora.
3. Perdi completamente o interesse por sexo.

BLOCO III – Escala de ansiedade de Beck (BECK-A)

Data: ____/____/____

Checado por: _____

Abaixo, temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	<u>Suave, não me incomoda muito</u>	<u>Moderado, é desagradável mas consigo suportar</u>	<u>Severo, quase não consigo suportar</u>
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; *et al.* An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-89

BLOCO IV - Escala de desesperança

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com “C”, indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com “E”, indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Meu futuro me parece negro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, por que provavelmente não vou conseguir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEPRESSÃO, ANSIEDADE E DESESPERANÇA EM RESIDENTES NA ÁREA DA

Pesquisador: JONATHAN COLPAS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98521018.0.0000.0021

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.995.133

Apresentação do Projeto:

O estudo está relacionado na identificação de sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em residentes na área da saúde em hospital de referência.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Identificar sintomas de depressão, ansiedade e desesperança em residentes na área da saúde em hospital de referência.

Secundários:

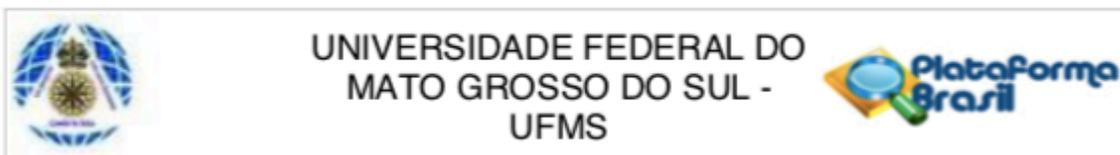
- Proceder a caracterização sociodemográfica e inserção;
- Avaliar o risco da presença de depressão e ansiedade;
- Caracterizar o nível de desesperança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: o pesquisador informa que a pesquisa não trará riscos imediatos ou futuros aos participantes dos grupos pesquisados, sendo que diante da ocorrência de desconforto causado pelo teor das questões do questionário, a aplicação será interrompida e a assistência será oferecida pelos profissionais da equipe (dois psicólogos e uma psiquiatra).

Benefícios: o pesquisador informa que os benefícios da pesquisa serão indiretos, considerando

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cep@conep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 2.995.133

que a utilização dos dados ocorrerá em momento subsequente à finalização da pesquisa, para a reorientação de ações e propostas referentes à qualidade de vida dos profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é descritiva, seccional com base em dados primários a ser realizada em residentes em hospital-escola de referência. Participarão da pesquisa 187 residentes na área da saúde do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian no município de Campo Grande, situado no estado de Mato Grosso do Sul, sendo 155 residentes da área médica, 20 residentes multiprofissionais inseridos no programa "Atenção ao Paciente Crítico", 4 residentes inseridos no programa "Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial" e 8 residentes inseridos no programa "Enfermagem Obstétrica. Para a coleta de dados desta pesquisa será utilizado um questionário composto por quatro blocos: bloco I Questionário sociodemográfico, criado especificamente para esse estudo e composto por 17 questões; Bloco II a Escala de Beck para Depressão (BDI) que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas e é utilizado para medir a severidade de episódios depressivos; Bloco III Escala de Beck para Ansiedade (BAI) que contém 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo; e Bloco IV a Escala de Desesperança de Beck (BHS) que englobam 20 afirmações sobre desesperança e avalia a dimensão do pessimismo e atitudes negativas frente ao futuro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta a carta de anuência da chefe da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde - COREMU/HUMAP-UFMS, para a realização da pesquisa.
- Apresenta a carta de anuência da chefe da Comissão de Residência Médica - COREME/HUMAP-UFMS, para a realização da pesquisa.
 - Apresenta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes.
 - Apresenta os instrumentos de pesquisa.

Recomendações:

Acrescentar na primeira lauda do TCLE rubrica do pesquisador e do pesquisado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto se encontra aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cep@cep.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 2.995.133

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	28/09/2018 11:55:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Jonathan_Atual.docx	28/09/2018 11:54:42	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RECURSO_ .docx	28/09/2018 11:36:14	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEATUAL.docx	28/09/2018 11:28:25	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAATUAL.docx	28/09/2018 11:23:28	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1155813.pdf	21/08/2018 10:57:27		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	21/08/2018 10:55:42	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Outros	RESOLUCAOCOLEGIADO.pdf	21/08/2018 10:52:50	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOJONATHAN.docx	21/08/2018 10:50:13	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Outros	COREME1.pdf	14/08/2018 11:51:34	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Outros	COREMU.pdf	14/08/2018 11:46:53	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2018.docx	14/08/2018 11:36:46	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/08/2018 11:35:58	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	14/08/2018 11:35:37	JONATHAN COLPAS DA SILVA	Aceito

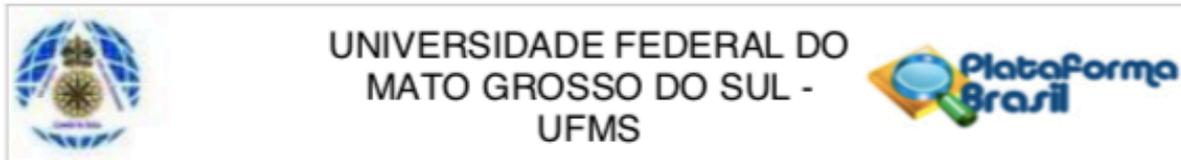
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cep.conep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 2.995.133

CAMPO GRANDE, 01 de Novembro de 2018

Assinado por:
Geraldo Vicente Martins
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br