

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

JOÃO WELLINTON PLETTI

**Saúde mental e habilidades sociais dos residentes médicos e
multiprofissionais**

BAURU
2021

JOÃO WELLINTON PLETTI

**Saúde mental e habilidades sociais dos residentes médicos e
multiprofissionais**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Fonoaudiologia, na área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dagma Venturini Marques Abramides.

Versão Corrigida

BAURU
2021

PLETTI, João Wellinton

Saúde mental e habilidades sociais dos
residentes médicos e multiprofissionais / João
Wellinton Pletti. – Bauru, 2021.

100 p. : il. ; 31cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à
Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade
de São Paulo, 2021.

Orientador: Prof. Dr^a Dagma Venturini Marques
Abramides.

Nota: A versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

João Wellinton Pletti

Data: 31/12/2021

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 3.091.893
Data: 18/12/2018

ERRATA

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

A minha esposa, Tatiana, por tornar meus sonhos possíveis.

Ao meu filho, Murilo, a melhor parte de mim.

“No mundo a fórmula para se encontrar a felicidade, com esplendor, é uma gota de verdade, dentro de um litro de amor.”

Chico Xavier

AGRADECIMENTOS

“A vontade, persistência e merecimento andam de mãos dadas.”

André Luiz

À minha orientadora, Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides, que com dedicação, carinho e paciência, mostrou-me que o conhecimento científico se constrói a cada dia e que o aprendizado é formado pela observação constante da realidade, na qual a experiência possibilita uma transformação intrapsíquica.

“Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes”

Issac Newton

“Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. Isso não significa que ele se limite a uma alteração da forma do elemento natural; ele realiza neste último, ao mesmo tempo, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, o tipo e o modo de sua atividade e ao qual ele tem de subordinar sua vontade.”

O capital – Karl Marx

RESUMO

A residência médica e multiprofissional é um período no qual o profissional está sob treinamento, enfrenta muitos desafios tais como longas jornadas de trabalho, tarefas complexas, alta responsabilidade sobre si e sobre outros, fadiga e privação de sono, o que pode estar associado ao estresse no trabalho, definido como síndrome de burnout e ao risco para o desenvolvimento de eventuais problemas de saúde mental, como a ansiedade e depressão. Por outro lado sabe-se que algumas condições pessoais e do ambiente de trabalho podem proteger as pessoas no desenvolvimento dessas dificuldades. Desta forma, o objetivo do estudo foi investigar como as situações do estresse no trabalho podem influenciar na saúde mental dos profissionais de saúde em formação, comparar e verificar as possíveis associações entre as manifestações de burnout, os indicadores de ansiedade, depressão e os fatores de proteção relacionados às habilidades sociais apresentados por residentes médicos (PRMED) e multiprofissionais (PRMULT). Para tanto, após aprovação pelo comitê de ética foram selecionados 390 residentes médicos e multiprofissionais de diferentes áreas de atuação, em diferentes instituições do estado de São Paulo. Um questionário com dados sociodemográficos e instrumentos nacionalmente validados de avaliação psicológica foram distribuídos de forma eletrônica, utilizando a plataforma Google Forms® e respondidos após leitura e concordância com termo de consentimento livre e esclarecido. A análise dos resultados apontou uma taxa expressiva dessas manifestações e indicadores nos residentes, sendo ainda maior no PRMED. A taxa de burnout foi a mais elevada, principalmente o alto nível de exaustão emocional (EE), insatisfação com o ambiente de aprendizagem e ausência de condições organizacionais. Em contrapartida os residentes estavam realizados profissionalmente. Ao ser considerado o escore geral, foi observado um bom repertório de habilidades sociais em ambos os programas, mas a análise dos fatores indicou déficit de habilidades “receber elogios” e “defender direitos”. Correlacionando a taxa de problemas relativos à presença ou ausência de HS, no escore geral foi observado que aqueles participantes que não apresentavam problemas de saúde mental mostravam bom repertório de HS, demonstrando o seu caráter de proteção à saúde mental dos indivíduos. Portanto, este estudo oferece subsídios para melhor compreensão quanto à presença de sofrimento psíquico durante a residência e de fatores protetivos que poderão ser utilizados na implementação de medidas de

prevenção em saúde mental e melhoria da qualidade de vida de residentes médicos e multiprofissionais.

Palavra-chave: Saúde Mental. Habilidades Sociais. Residência Médica. Residência Multiprofissional.

ABSTRACT

The medical and multiprofessional residency is a period in which the professional is under training, faces many challenges such as long working hours, complex tasks, high responsibility for himself and others, fatigue and sleep deprivation, which can be associated with stress at work, defined as burnout syndrome and the risk of developing possible mental health problems, such as anxiety and depression. On the other hand, it is known that some personal and work environment conditions can protect people in the development of these difficulties. Thus, the aim of the study was to investigate how stressful situations at work can influence the mental health of health professionals in training, to compare and verify the possible associations between the manifestations of burnout, the indicators of anxiety, depression and the factors of protection related to social skills presented by medical residents (PRMED) and multiprofessionals (PRMULT). For this purpose, after approval by the ethics committee, 390 medical and multiprofessional residents from different areas were selected, in different institutions in the state of São Paulo. A questionnaire with sociodemographic data and nationally validated psychological assessment instruments were distributed electronically, using the Google Forms® platform and answered after reading and agreeing to a free and informed consent form. The analysis of the results showed an expressive rate of these manifestations and indicators in the residents, being even higher in PRMED. The burnout rate was the highest, mainly the high level of emotional exhaustion (EE), dissatisfaction with the learning environment and the absence of organizational conditions. In return, the residents were professionally trained. When considering the general score, a good repertoire of social skills was observed in both programs, but the analysis of the factors indicated a deficit in skills "receiving praise" and "defending rights". Correlating the rate of problems related to the presence or absence of HS, in the general score it was observed that those participants who did not have mental health problems showed a good repertoire of HS, demonstrating their character of protection to the mental health of individuals. Therefore, this study offers subsidies for a better understanding of the presence of psychological distress during the residency and of protective factors that can be used in the implementation of preventive measures in mental health and improvement of the quality of life of medical and multiprofessional residents.

Keywords: Mental Health. Social skills. Medical Residency. Multiprofessional Residence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros

Quadro 1	Classificação das Habilidades Sociais.....	35
Quadro 2	Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA – Residência Integrativa Multiprofissional.....	47
Quadro 3	Residência Integrativa Multiprofissional – FAMEMA – Residência Médica	47-48
Quadro 4	Associação Beneficente Hospital Universitário – ABHU – Universidade de Marília (UNIMAR) – Residência Médica.....	48
Quadro 5	Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP) – Residência Médica	49
Quadro 6	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) – Residência Médica....	49
Quadro 7	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) – Residência Multiprofissional.....	49
Quadro 8	Descrição fatorial e interpretação dos escores da Escala Multidimensional de Expressão Social – Parte Motora (EMES-M)...	56

LISTA DE TABELAS

Tabelas

Tabela 1	Frequências absoluta e relativa dos dados sociodemográficos da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais (n = 28).....	60
Tabela 2	Frequências absoluta e relativa dos dados sobre atividades profissionais e organizacionais da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais (n = 28).....	60
Tabela 3	Comparação entre PRMED e PRMULT para as variáveis idade, ano de residência, número de plantões/mês e número de plantões extras/mês.....	60
Tabela 4	Frequências absoluta e relativa a problemas (ansiedade, depressão e burnout) da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais (n=28).....	60
Tabela 5	Frequências absoluta e relativa a indicadores de saúde mental por programa, da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais.....	62
Tabela 6	Comparação das taxas de indicadores de saúde mental entre PRMED e PRMULT.....	62
Tabela 7	Frequências absoluta e relativa de condições organizacionais negativas fatoriais do questionário de residentes (QR) e Inventário da Síndrome de Burnout (IBS) por programa, da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais.....	63
Tabela 8	Comparação dos grupos PRMED e PMULT nos fatores do QR.....	63
Tabela 9	Tabela 9 – Frequências absoluta e relativa dos escores fatoriais e gerais de habilidades sociais da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais (n=28).....	64
Tabela 10	Tabela 10: Comparação do desempenho de PRMED e PRMULT EMES-M.....	64
Tabela 11	Tabela 11 – Correlação entre variáveis demográficas, condições organizacionais, indicadores de saúde mental e fator proteção (HS) com valores estatisticamente significantes.....	65
Tabela 12	Tabela 12 – Correlação entre os indicadores de saúde mental e fator proteção (HS) com valores estatisticamente significantes.....	66

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1	SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E HABILIDADES SOCIAIS.....	29
2.1.1	Estressores ocupacionais.....	29
2.1.2	Síndrome de Burnout (SB).....	31
2.1.3	Ansiedade e Depressão.....	32
2.1.4	Habilidades Sociais.....	33
2.2	CONSIDERANDO A LITERATURA SOBRE BURNOUT, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E HABILIDADES SOCIAIS EM RESIDENTES MÉDICOS E MULTIPROFISSIONAIS.....	36
2.3	FUNDAMENTANDO A JUSTIFICATIVA EM REALIZAR O ESTUDO.....	42
3	PROPOSIÇÃO.....	44
3.1	GERAL.....	44
3.2	ESPECÍFICOS.....	44
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	45
4.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	45
4.3	PARTICIPANTES.....	45
4.4	NÚMERO DESCRITIVO DE PARTICIPANTES POR INSTITUIÇÃO.....	47
4.5	INSTITUIÇÕES E PARTICIPANTES.....	50
4.6	INSTRUMENTOS.....	51
4.6.1	Questionário Sociodemográfico e de Atividades Profissionais (Anexo A).....	51
4.6.2	Questionário para Residentes – (QR).....	51
4.6.3	Inventário da Síndrome de Burnout (ISB).....	52
4.6.4	General Anxiety Disorder 7 (GAD-7).....	54
4.6.5	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	54
4.6.6	Escala Multidimensional de Expressão Social (EMES-M).....	56
4.7	PROCEDIMENTO E COLETA DE DADOS.....	57
4.8	ANÁLISE DE DADOS.....	58
5	RESULTADOS.....	60
6	DISCUSSÃO.....	68
7	CONCLUSÕES.....	75
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICES.....	86
	ANEXOS.....	100

1 INTRODUÇÃO

O mundo vem sofrendo sucessivas, aceleradas, vertiginosas e profundas transformações em todas as áreas e dimensões, tais como as sociais, econômicas, culturais, éticas, espirituais, psicológicas e científicas. O processo de transformação é inerente à condição da humanidade. Vivemos em um mundo globalmente interligado, o que requer a visão de interdependência entre os indivíduos. Assim, o processo de formação profissional e pessoal se torna essencial para proteção das diversidades existentes, o que motiva o jovem profissional a mergulhar no campo da pós-graduação na busca de um amadurecimento que contribua com o vivenciado na graduação.

Desta maneira, o presente estudo buscou compreender os efeitos dessa interdependência na saúde mental de profissionais recém-graduados que cursam a pós-graduação na modalidade *'lato sensu'*, denominada de residência médica e multiprofissional. Esses profissionais iniciam sua prática em um contexto desconhecido, tendo que incorporar os aspectos técnicos essenciais para sua prática e, além disso, se torna imprescindível o aprendizado de habilidades sociais, considerando que este aspecto pode contribuir substancialmente para sua vida profissional e pessoal.

Para aprofundar esta premissa, o trabalho foi organizado em tópicos. O primeiro tópico abordará a saúde mental e os riscos associados ao desenvolvimento de burnout, ansiedade e depressão nos profissionais de saúde, como ainda as habilidades sociais. Serão analisados os problemas referentes à saúde mental e o seu impacto para o profissional de saúde, a influência da organização e as habilidades sociais como um fator de proteção para os residentes médicos e multiprofissionais. No segundo tópico serão apresentadas questões específicas da residência médica e multiprofissional, considerando a literatura sobre burnout, ansiedade e depressão em residentes médicos e multiprofissionais, buscando identificar fatores de risco e proteção associados à saúde mental dos profissionais de saúde.

No terceiro tópico será fundamentada a justificativa em realizar o estudo, apresentando a hipótese de trabalho com base nos estudos analisados, focando as habilidades sociais como um possível recurso de proteção para saúde mental dos residentes médicos e multiprofissionais. Até o atual momento não foram encontrados

estudos que comparassem tais dados entre residentes médicos e não-médicos (multiprofissionais) e, neste sentido é que o presente estudo espera trazer contribuições quanto às condições pessoais e do ambiente de trabalho nos dois tipos de residência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E HABILIDADES SOCIAIS.

2.1.1 Estressores ocupacionais

O trabalho na sociedade moderna é considerado como um mediador da integração social, exercendo importante papel na construção do indivíduo, seu modo de vida e, sobretudo, em sua saúde física e mental. Em contrapartida, exerce grande influência ao desenvolvimento de distúrbios psíquicos, uma vez que alterações pontuais e até mesmo a relação de múltiplos fatores organizacionais negativos podem culminar com surgimento de processos psicopatológicos e disfunções biológicas nos trabalhadores (BRASIL, 2001; MS, 2018).

Nesta população, cerca de 30% são atingidos por transtornos mentais leves, e 5 a 10% são afetados por transtornos mentais graves, segundo a OMS (2002). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) no Brasil, o incremento dos transtornos mentais impacta diretamente na funcionalidade e desempenho dos trabalhadores, influenciando no aumento crescente dos números de benefícios previdenciários de auxílio-doença, ocupando o terceiro lugar entre as causas de afastamento. Da mesma forma há um aumento dos pedidos de aposentadoria por invalidez e por incapacidade definitiva (MS, 2001, 2018).

O estresse ocupacional ocorre quando o indivíduo classifica o trabalho como uma ameaça, seja por questões pessoais ou profissionais, e quando a demanda é maior do que a capacidade de enfrentá-la. A partir do momento em que o estímulo estressante se torna crônico ou ocorre em grande intensidade, culmina na fase de exaustão, que pode levar a consequências graves à saúde física e mental (LLOYD; CAMPION, 2017).

Este pode ser desencadeado por estressores físicos, comumente presentes no contexto laboral em maior ou menor intensidade, como desconfortos sonoros, luminosos ou térmicos. Já os estressores psicossociais, apesar de não terem a mesma conotação de importância que os anteriores, por não serem fisicamente palpáveis e facilmente solucionáveis, demonstram ser os principais agentes indutores desta problemática e têm sido enfoque de estudos (LIPP; MALAGRIS, 1995; SILVA; MARCHI, 1997). Entretanto, quando as condições são favoráveis o trabalho pode proporcionar prazer, bem-estar e saúde. Isso é

identificado quando os trabalhadores podem utilizar suas habilidades e têm o controle sobre o trabalho que realizam (BRASIL, 2001; HELOANI; CAPITÃO, 2003).

Neste contexto, locais de trabalho que apresentam alta produtividade são naturalmente estressantes, seja pela alta carga de trabalho, acúmulo de funções ou até mesmo pela falta de estrutura física e tecnológica necessária para seu bom funcionamento. Notavelmente, os riscos psicossociais estão cada vez mais presentes nestes ambientes e denotam uma injúria psicológica constante aos trabalhadores, especialmente naqueles presentes nas áreas da saúde (LLOYD; CAMPION, 2017). A vulnerabilidade psicológica dos profissionais do campo da saúde é expressa por alta prevalência de suicídio, uso de substâncias psicoativas, depressão, estresse, disfunções profissionais e síndrome de burnout. Tais profissionais estão expostos à poderosa radiação psicológica emanada pelo contato íntimo com o adoecer, além disso, as condições experimentadas no desempenho da atividade profissional em estar envolvido com outras pessoas são reconhecidas como potencial fator de risco para o surgimento da síndrome de burnout (ECKLEBERRY-HUNT *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2012).

O exercício profissional do médico é retratado como modelo ilustrativo das outras áreas, observando os vários aspectos da atividade profissional que são compartilhados, considerando o sofrimento inerente ao trabalho no âmbito hospitalar comum a todos os profissionais de saúde que resulta em vivências de estresse emocional (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). O diálogo entre equipe de saúde, pacientes e familiares é de suma importância, as informações devem ser claras e acessíveis, sem ocultar a verdade. A compreensão sobre o diagnóstico, prognóstico, os efeitos colaterais de tratamento e medicamentos, resultará em escolhas conscientes do paciente. Todavia, comunicar diagnóstico de doença grave, acompanhar pacientes em distintas fases do tratamento e da doença, suportar reações emocionais do paciente e seus familiares, constitui uma situação altamente estressante que possibilita o surgimento de problemas de saúde mental (CAMELO; ANGERAMI, 2013; KOVÁCS, 2010; LIMA, 2014).

Trabalhar no campo da saúde envolve cotidianamente o profissional a um contexto de dor e sofrimento, vinculado aos acontecimentos diários de seus clientes, familiares e colegas de trabalho, e desta forma o profissional deve ter habilidades essenciais para lidar com as intercorrências, para não resultar em situações de

estresse de difícil resolução (KOVÁCS, 2010; KOVALESKI *et al.*, 2012; MURTA, 2005).

Assim, é coerente analisar como os profissionais de saúde criam os significados subjetivos do trabalho observando o perigo iminente durante o início da atuação profissional, sendo a residência um período considerado como turbulento por exigir um repertório de habilidades que muitas vezes o profissional não apresenta e que dificulta uma relação positiva com o trabalho. Os programas de formação em serviços são considerados como estressantes, podendo desencadear problemas de saúde mental (CARVALHO *et al.*, 2013; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010; ROTTA *et al.*, 2016).

2.1.2 Síndrome de Burnout (SB)

O conceito de “*burn-out*” ou *burnout* foi definido pelo psicólogo-psicanalista Herbert J. Freudenberger em 1974, a partir de seu trabalho com as clínicas gratuitas e nas comunidades terapêuticas. Freudenberger averiguou que muitos dos voluntários com os quais trabalhava, exibiam um processo gradual de desgaste no humor e/ou desmotivação (FREUDENBERGER, 1974). Comumente, esse processo perdurava aproximadamente um ano e era acompanhado de sintomas físicos e psíquicos que denotavam um estado de estar ‘*exausto*’ (BISPO; AGUIAR, 2018; GUIDO; DA SILVA; *et al.*, 2012; KOVALESKI *et al.*, 2012).

Esta síndrome se caracteriza por um tipo de estresse ocupacional, que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado relacionado com a atenção direta, contínua e altamente emocional. Christina Maslach, psicóloga social, foi protagonista nos primeiros estudos que conceituaram esta síndrome, que trata de um adoecimento psíquico em função do esgotamento profissional, que surge nas relações interpessoais em que o sujeito está inserido (BENEVIDES PEREIRA, 2015; CARLOTTO; CÂMARA, 2004). Contudo, não existe uma concordância referente à definição da síndrome de *burnout* e permanece um entendimento multidimensional de três componentes: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho (ABREU *et al.*, 2002; BOVIER *et al.*, 2009; LIMA, 2014; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

A exaustão emocional passa a existir quando os trabalhadores sentem que não podem dar mais de si mesmos, provocando a sensação de esgotamento da

energia e dos recursos emocional e físico, que surge pela cronificação do estresse ocupacional, devido ao contato diário com diversos problemas, gerando o sentimento de incapacidade na realização das atividades laborais (ABREU *et al.*, 2002; BOVIER *et al.*, 2009). Na despersonalização, ocorre o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas e de cinismo às pessoas destinatárias do trabalho, tanto clientes, quanto colegas. Sendo uma dimensão considerada como defensiva da síndrome de *burnout*, ficando caracterizado como insensibilidade emocional e impessoalidade, ou seja, endurecimento afetivo (BISPO; AGUIAR, 2018; GUIDO; DA SILVA; *et al.*, 2012). Além disso, emerge uma reduzida realização pessoal, devido à insatisfação com o trabalho, perda da eficiência nas atividades laborais, avaliação negativa de si próprio que está constantemente acompanhada por insatisfação. A falta de envolvimento pessoal no trabalho provoca a tendência de uma evolução negativa, afetando a habilidade para realização do trabalho no contato com as pessoas usuárias, bem como com a organização (BENEVIDES PEREIRA, 2015; CAHÚ *et al.*, 2014; ECKLEBERRY-HUNT *et al.*, 2009; KOVALESKI *et al.*, 2012; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SOARES *et al.*, 2012).

Além da síndrome de *burnout* que os profissionais de saúde podem experienciar dentro de um contexto de trabalho permeado por estressores, surge a ansiedade e depressão como outros problemas de saúde mental (BOVIER *et al.*, 2009; DE OLIVEIRA *et al.*, 2013; GOVARDHAN; PINELLI; SCHNATZ, 2012; LEBENSOHN *et al.*, 2013; LIMA, 2014; PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017).

2.1.3 Ansiedade e Depressão

A ansiedade é uma resposta emocional comum a todos os seres humanos, sendo identificada como a antecipação de ameaça futura ou desconhecidas que provoca sensações fisiológicas de tensão muscular, vigilância em preparação para perigos futuros, comportamentos de cautela ou esquivas, percepção de estar nervoso, assustado, podendo afetar o pensamento, percepção e o aprendizado. Porém, a ansiedade pode ser um problema quando persiste além do nível apropriado ao seu desenvolvimento, trazendo consequências negativas para quem vivencia por resultar em transtornos de ansiedade (GASPAR; MORENO; MENNA-BARRETO, 1998; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010; SOUZA; SILVA, 2002).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V* (DSM-V) (APA, 2014), os transtornos de ansiedade apresentam como característica central o excesso de ansiedade, que ocorrem de forma persistente, o que diferencia de uma ansiedade adaptativa que está associada a um estado provisório com uma situação que induz medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e/ou ideação cognitiva associada (ARAÚJO; NETO, 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2015).

O conceito de depressão se caracteriza pela alteração de humor como tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia, como ainda alterações cognitivas psicomotoras e vegetativas que se relacionam como o sono e apetite. Embora a característica proeminente do estado depressivo seja os sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos apresentam esta sensação subjetiva. Muitas vezes, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades e a redução do interesse pelo ambiente, esta associada à sensação de fadiga ou perda de energia, sendo caracterizada pelo cansaço exagerado, lentificação ou retardo psicomotor (CAVALCANTI *et al.*, 2018; PAIS-RIBEIRO; HONRADO; LEAL, 2004; ROTTA *et al.*, 2016; TENG; DE CASTRO HUMES; NAVAS DEMETRIO, 2005)

A descrição do transtorno depressivo maior segundo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - V* (DSM-V) (APA, 2014), se caracteriza por humor deprimido na maior parte do dia, que se configura por sentir-se triste, vazio, sem esperança, acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso, redução ou aumento do apetite, alteração do sono como a insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar, se concentrar ou indecisão, e pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida sem um plano específico ou com plano específico para cometer suicídio (ARAÚJO; NETO, 2014; DEL PORTO, 1999).

2.1.4 Habilidades Sociais

Evidências científicas demonstram a suscetibilidade a qual os profissionais de saúde vivenciam diariamente nas suas atividades laborais, devido ao estresse excessivo, demandas psíquicas e emocionais, fator de relevância para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas relacionadas ao ambiente de trabalho,

que frequentemente resulta em sinais e sintomas de ansiedade, depressão e síndrome de *burnout* (BOVIER *et al.*, 2009; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). É imprescindível a atenção à saúde do profissional da saúde, com o objetivo de proporcionar qualidade de vida, afastando-o do sofrimento, incertezas e distorções de pensamento. Outra característica essencial a ser considerada refere-se à perda de produtividade, declínio funcional, o afastamento do trabalhador, engajamento em diversas atividades de risco, como o abuso de substâncias psicoativas e risco de suicídio (DE OLIVEIRA *et al.*, 2013; VAN DER HEIJDEN *et al.*, 2008).

Desta forma, surge a necessidade de criar medidas preventivas para saúde mental dos residentes em formação, buscando recursos para a proteção dos residentes médicos, conforme descrito por Pereira-Lima e Loureiro (2017), que relacionaram as habilidades sociais como características imprescindíveis para o bem-estar do profissional-estudante no período de residência médica.

A habilidade social é um fenômeno de interesse de diversas disciplinas, sobretudo da psicologia, porém não há consenso referente à definição. MacKay (1988) faz uma crítica à definição de Alberti e Emmons (1970) sobre habilidades sociais identificando que o enfoque está sob o comportamento da pessoa, desconsiderando as características positivas da interação. Alberti e Emmons em 1979 revisam suas definições de 1970 e atribuem maior importância às consequências obtidas diante de respostas sociais assertivas, não assertivas e agressivas (ALBERTI; EMMONS, 1989; CABALLO, 1993).

Caballo (1993) apresenta uma definição ampla de HS descrevendo-as como comportamentos socialmente habilidosos e/ou mais adequados que se referem à expressão do indivíduo como: atitudes, sentimentos, opiniões, desejos, respeitando a si próprio e aos outros. Para Bolsoni-Silva (2002), todos os autores descrevem comportamentos que parecem maximizar a obtenção de reforçadores sociais.

Segundo Del Prette e Del Prette (1999), as habilidades sociais são caracterizadas como conjunto de comportamentos emitidos pelo indivíduo perante as demandas de uma situação interpessoal na qual busca elevar ao máximo os ganhos e que se amortizem as perdas para as pessoas envolvidas numa interação social. Os comportamentos de comunicar-se, civilidade, relacionamento afetivo/sexual, assertivas de enfrentamento, empatia, sociais de trabalho, sentimento

positivo e educativo, são exemplos de habilidades sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2012) (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação das Habilidades Sociais.

Habilidade Social	Descrição
Comunicação	Fazer e responder perguntas, ser grato e elogiar, dar e pedir feedback nas relações interpessoais, iniciar, manter e encerrar conversações.
Civilidade	Apresentar-se, cumprimentar, despedir-se, agradecer, dizer “por favor”.
Assertiva de enfrentamento	Admitir falhas e desculpar-se, lidar com críticas, interagir com autoridades, manifestar opinião, concordar, discordar, recusar, aceitar e fazer pedidos, estabelecer relacionamento afetivo/sexual, encerrar relacionamento.
Empática	Refletir sentimentos, expressar apoio, parafrasear.
Trabalho	Habilidades sociais educativas, resolver transtornos, tomar decisões e mediar conflitos, coordenar grupo, falar em público.
Expressão de sentimento positivo	Cultivar o amor, fazer amizade, expressar solidariedade.

Fonte: (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

As HS são reconhecidas como fator de proteção no curso do desenvolvimento humano. Por consequência, programas para o desenvolvimento de HS têm sido desenvolvidos para promover saúde mental. Desta maneira, deve-se considerar as características pessoais, tais habilidades, como possíveis recursos de proteção para os profissionais do campo da saúde. Contudo, os *déficits* neste campo podem trazer diversos prejuízos sociais e adaptativos para o sujeito referente às interações sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

Ainda o termo competência social é utilizado para referenciar o comportamento adaptativo e de HS (CABALLO, 1993; GRESHAM, 1981; FOSTER, 1979). Todavia, é importante diferenciar HS de competência social, tendo em vista que um comportamento social somente pode ser considerado habilidade social se contribuir para a competência social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2012).

Embora a aprendizagem e aperfeiçoamento das HS e da competência social aconteçam de forma natural pelas relações diárias, também existe a possibilidade de um aprendizado formal de tais habilidades, no contexto terapêutico

e de ensino (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2012). Murta (2005) apresenta uma classificação para intervenções de aprendizagem formal de HS, dividindo as intervenções em prevenção primária, secundária ou terciária de acordo com seus objetivos gerais, que podem ser relacionados a diminuir os fatores de risco e favorecer os fatores de proteção; tratamento de problemas instalados e passíveis de remissão; bem como abrandar o efeito de déficits graves de HS em pessoas com condições crônicas (PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017).

Atualmente, as HS estão sendo estudadas em diferentes profissões, tendo a premissa que a carreira profissional é mediada por tais habilidades (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002). Os profissionais que se mostram competentes socialmente, comumente apresentam maior produtividade, sustentam relações profissionais e pessoais satisfatórias, e com maior durabilidade. Além disso, as HS influenciam diretamente na saúde física e mental (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013).

O desempenho do profissional de saúde envolve excessiva interação com os pacientes, equipe de trabalho, entre outros. Desta maneira, é possível compreender que a interação social pode influenciar o exercício profissional quando este não apresenta os recursos necessários para as suas atividades laborais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002).

Portanto, os *deficits* de HS podem gerar sofrimento para o profissional que não consegue responder de maneira assertiva às demandas ocupacionais, gerando possíveis sintomas psicopatológicos decorrentes do estresse ocupacional, ansiedade, despersonalização, falta de auto realização profissional e depressão (OLIVEIRA *et al.*, 2013; GALAM *et al.*, 2013; RIPP *et al.*, 2011; ROSEN *et al.*, 2006; SHANAFELT *et al.*, 2002; THOMAS, 2004).

2.2 CONSIDERANDO A LITERATURA SOBRE BURNOUT, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E HABILIDADES SOCIAIS EM RESIDENTES MÉDICOS E MULTIPROFISSIONAIS

No Brasil a primeira residência médica foi implantada em 1940, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Entretanto, somente no ano de 1970 houve uma real expansão da residência médica que conferiu em 1977 o decreto nº 80.281 da Comissão Nacional

de Residência Médica (CNRM), regulamentando o processo de formação dos médicos (GEISEL, 1977; HORII, 2013; LEITE *et al.*, 2008; RANKIN, 2006). O curso de residência médica é considerado padrão ouro da especialização médica, sendo uma pós-graduação de modalidade “*latu sensu*”, que confere título de especialista. Os programas são estruturados em instituições de saúde sob a orientação de profissionais com elevada qualificação ética e profissional denominados de tutores e preceptores. Esta característica dos programas é considerada como fundamental para a consolidação do conhecimento médico geral e específico (BOTTI, 2009; BOTTI; REGO, 2010; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

A duração média dos programas de residência médica é de um a seis anos e a maioria das vagas está nas capitais dos Estados, com exceção do Estado de São Paulo que apresenta uma distribuição uniforme. Entretanto, as vagas existentes atualmente não acompanham o crescimento de formados, atendendo cerca de 70%. Existe uma concentração dos cursos de residência médica no Brasil, tendo a seguinte distribuição por região: 1,9% no Norte, 7,1% no Centro-Oeste, 11,6% no Nordeste, 15,9% no Sul e 63,5% no Sudeste (LEITE *et al.*, 2008).

Já a residência em área profissional da saúde, a denominada residência multiprofissional, é definida como modalidade de ensino de pós-graduação “*latu sensu*”, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde exceto a médica e foi promulgada pela Lei no. 11.129, de 30 de junho de 2005, orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei no. 8.080 de 19 de setembro de 1990, abrangem as profissões da área da saúde: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e; Terapeutas Ocupacionais (CAVALCANTI *et al.*, 2018; COLLOR, 1990; ROTTA *et al.*, 2016; CNS, 1998; SILVA, 2005).

Os programas se constituem de maneira intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS. A residência é desenvolvida em regime de dedicação exclusiva, para isso o profissional em formação recebe bolsa de estudo e é realizada sob supervisão de docentes-assistenciais, denominados de tutores e preceptores como na residência médica (CHEADE *et al.*, 2013; GUIDO; GOULART; *et al.*, 2012).

Entretanto, a convivência com os pacientes e doenças graves, pressão para tomada de decisões, medo de errar, excesso de trabalho, falta de infraestrutura adequada dos serviços de saúde, causam temores entre os profissionais, desestruturando o seu desempenho e gerando desgastes emocional e físico (KOVÁCS, 2010; KOVALESKI *et al.*, 2012; NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Diversos estudos evidenciam o risco durante o período de residência médica, demonstrando elevada taxa de estresses (COHEN; PATTEN, 2005; RÍOS *et al.*, 2006; VIEIRA, 2009), ansiedade (FAGNANI NETO *et al.*, 2004), fadiga (MATHIAS *et al.*, 2004), depressão (FAGNANI NETO *et al.*, 2004; FAHRENKOPF *et al.*, 2008), privação do sono (MATHIAS *et al.*, 2004; GASPAR; MORENO; MENNA-BARRETO, 1998; HANDEL; RAJA; LINDSELL, 2006), uso de substâncias psicoativas (PEREIRA-LIMA; LOUREIRO; CRIPPA, 2016), síndrome de burnout (PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017) e má qualidade de vida ruim (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

Na literatura são reconhecidas diversas dificuldades no campo da saúde, evidenciando associações entre o estresse no trabalho, dificuldades com os pacientes, os outros profissionais e com a própria instituição. Contudo, é comprovado que a realidade a qual o profissional de saúde encontrará não é abordada de modo satisfatório durante o período de graduação, tendo a qualificação técnica um valor excessivo, em detrimento do desenvolvimento de habilidades interpessoais, que são de substancial importância para o exercício profissional (LOPES, 2003).

O ensino dos profissionais de saúde segue o rigor da racionalidade técnica, que busca a resolução de problemas instrumentais pela aplicação da teoria. Entretanto, a prática acadêmica estruturada, por vezes é marcadamente afastada das dificuldades que o profissional deverá lidar no seu cotidiano, tendo que enfrentar problemas complexos e não definidos, exigindo tomada de decisões dos profissionais sob condições de incerteza e ambíguas (AGUIAR; RIBEIRO, 2010; SOUZA; SILVA, 2002).

Prejuízos no repertório de HS e competências interpessoais são documentadas em diversos estudos como contribuintes para o surgimento de sintomas psicopatológicos no profissional de saúde ingressante na residência médica e multiprofissional. Desta forma, é imprescindível a formação de programas de promoção e prevenção para os profissionais da saúde desde o início da

graduação, como também os que se mantêm na sua atividade laboral há longa data (ECKLEBERRY-HUNT *et al.*, 2009; HERNANDEZ, 2014; PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017).

Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, com 305 residentes médicos, de ambos os sexos, com idades distintas, de especialidades diversas de áreas clínicas e cirúrgicas. Detectou uma prevalência elevada para síndrome de burnout, identificando ainda, de maneira branda, aspecto de depressão e ansiedade. Além disso, foram encontradas associações significativas e diretas entre burnout, ansiedade e depressão. O repertório de habilidades sociais apresentados pelos participantes foi satisfatório. Este estudo utilizou um delineamento transversal, correlacional e de comparação entre grupos de residentes distribuídos por áreas de atuação. Foram utilizados nesta investigação o Inventário da Síndrome de Burnout (ISB) (BENEVIDES PEREIRA, 2015), Patient Health Questionnaire – four itens (PHQ-4), Inventário de Habilidades Sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013) e questionário sociodemográfico e de atividades profissionais. Os resultados deste estudo confirmaram a hipótese de que as habilidades sociais podem atuar como um recurso protetor para as condições de risco relacionadas à síndrome de burnout, ansiedade e depressão. Além disso, coloca em proeminência a necessidade do desenvolvimento de habilidades interpessoais, com o intuito de favorecer o profissional em sua prática laboral. Desta forma, a autora identifica a necessidade de instrumentalizar os dados do estudo na busca de criar medidas preventivas referentes à saúde mental dos residentes médicos (LIMA, 2014; PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017).

Outra pesquisa realizada com residentes médicos do hospital público de Goiânia buscou descrever e analisar a prevalência de burnout e pensamentos suicidas. Esta investigação foi um estudo analítico-descritivo de corte transversal que utilizou o Malasch Burnout Inventory - MBI e o questionário de suicídio de Paykel com 72 residentes. A amostra participante apresentou 18,05% de prevalência para burnout. Os participantes que apresentaram manifestação de burnout evidenciaram a ocorrência de pensamentos suicidas, em um percentual de 61,53%. Já os 42 participantes que apresentaram baixo risco de manifestação burnout, 28,57% apresentaram pensamentos suicidas. Assim, fica evidente a necessidade de

programas preventivos que favoreça a saúde mental para os residentes médicos (SOARES *et al.*, 2012).

Em um programa de residência médica em radiologia e diagnóstico por imagem, foi desenvolvido um estudo buscando avaliar a maturidade psicológica, tendo como hipótese que a imaturidade gera a insegurança e conseqüentemente a ansiedade. Para isso foi adotado como objetivo do estudo identificar os níveis de ansiedade e depressão, relacionando esses aspectos na motivação e desempenho curricular. Foi utilizado um questionário com 11 perguntas e a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS). Os resultados deste estudo demonstraram que a ansiedade se apresentava em 50% dos alunos de residência e 56% expressaram depressão quanto à atuação profissional. O baixo desempenho acadêmico e profissional está relacionado a processos estressores, que resulta em falta de determinação e organização dos alunos, problemas socioeconômicos e familiares que são expressos pela ansiedade e/ou depressivo (SILVA *et al.*, 2010).

Na Universidade Federal de interior do Rio Grande do Sul, foi realizada uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa, com o intuito de analisar estressores, estratégias de coping, burnout, sintomas depressivos e hardiness em residentes médicos. Foram participantes deste estudo 112 residentes médicos com prevalência do sexo masculino, com faixa etária entre 26 a 30 anos, sem filhos, que residem com a família, prática de esporte, com atividade de lazer e satisfação com a residência. Para realização deste estudo foi utilizado um formulário para caracterização individual dos participantes, com variáveis sociodemográficas e funcionais, além disso, utilizou-se a Escala de Estresse no Trabalho, Inventário de Estratégias de Coping, Inventário de Depressão de Beck, Maslach Burnout Inventory e Escala de Hardiness. Foi detectado que 58,04% dos participantes apresentaram estresse moderado, resultante principalmente de excesso de horas trabalhadas. O fator resolução de problemas foi compreendido como a estratégia de coping mais utilizada. Em 29,46% dos participantes foram identificadas características de burnout, sendo alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional. Os sintomas depressivos atingiram o marco de 11,61, sendo considerado relativamente baixo. Na escala de Hardiness foi identificado que 23,21% dos residentes apresentavam elevada prevalência nos domínios de compromisso, controle e desafio. Os achados identificam o estresse como um desafio para as atividades ocupacionais dos residentes médicos, que necessitam

utilizar esforços físicos e cognitivos para se adequarem às exigências do ambiente e da profissão. Este estudo corroborou a hipótese que pessoas que apresentaram um constructo de personalidade em hardiness, conseguem utilizar as estratégias de coping focado no problema e, além disso, possuem um senso de significado que se opõe ao burnout e aos sintomas depressivos (BOLZAN, 2012; GUIDO; GOULART; *et al.*, 2012).

Uma pesquisa realizada com 46 residentes multiprofissionais de um programa multiprofissional de saúde em oncologia que buscou compreender o duplo papel do estudante-trabalhador que ingressa nesses programas. Foi realizado um estudo prospectivo longitudinal, que utilizou de três instrumentos para coleta de informações sendo um para identificar características sociodemográficas e afastamentos por motivos de saúde, o Maslach Burnout Inventory e o Inventário de Depressão de Beck. A coleta ocorreu em três momentos distintos, no início da residência, no final do primeiro e do segundo ano da residência. Neste estudo ficou caracterizado que 75,0% dos participantes exibiram síndrome de burnout e 72,5% expuseram algum nível de depressão. Os principais itens elencados na síndrome de burnout foram: exaustão emocional e baixa realização pessoal. Além disso, foi identificado um aumento da frequência e da intensidade de depressão. A síndrome de burnout apresentou correlação à ocorrência de depressão, como também um aumento significativo ao longo do programa de residência. Desta forma, fundamenta-se a necessidade de estratégias preventivas na busca de preservar e possibilitar um aprendizado significativo, proporcionando qualidade de vida aos residentes e, além disso, qualidade no serviço prestado aos pacientes (CAVALCANTI *et al.*, 2018).

Em um programa de residência multiprofissional da Universidade de Pernambuco, foi realizada uma pesquisa quantitativa-descritiva, com delineamento transversal, que buscou identificar o estresse e a qualidade de vida. Participaram deste estudo 45 residentes das áreas de saúde mental e saúde da família, nas profissões de psicologia, educação física, terapia ocupacional, enfermagem, serviço social, fisioterapia, nutrição, farmácia e odontologia. Foi utilizado para coleta de dados um questionário sociodemográfico e comportamental, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o WHO Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref). Em 77,8% dos participantes foi possível identificar estresse, sendo distribuído em 37,8% com predominância de sintomas psicológicos e 17,8% com

agravamento de estresse. Além disso, 33,3% avaliavam a sua qualidade de vida como ruim, seguido 42,2% que apresentaram insatisfação com a sua saúde. Desta forma, foi concluído que os profissionais residentes estão sob elevada carga de estresse e a qualidade de vida foi avaliada negativamente. Assim, é de substancial importância a realização de mais estudos para aprofundar esses achados, como também de criar medidas de intervenção para melhorar a qualidade de vida dos residentes (CAHÚ *et al.*, 2014).

Na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, foi realizado um estudo transversal descritivo, na busca de compreender a realidade prática dos profissionais da área da saúde que participam do programa de residência multiprofissional, tendo como marcadores que esses trabalhadores estão expostos a elevado nível de demanda emocional, o que os tornam suscetíveis à ansiedade e depressão. Os instrumentos utilizados foram um questionário socioeconômico e demográfico elaborado pela pesquisadora, como também a Escala de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala de Depressão de Beck (BDI-II). Participaram desse estudo 50 profissionais com predominância do sexo feminino representando 92%, com idade entre 21 a 35 anos, 88% solteiros, com renda familiar de dois a cinco salários que foi expresso por 56%, foi relatado por 82% satisfação com o trabalho e 56% relataram que pensaram em desistir do programa. Além disso, foi identificado que 50% dos participantes apresentavam ansiedade e 28% expressaram depressão, 42% dos residentes não apresentaram sintomas de ansiedade e depressão e um profissional apresentou ansiedade e depressão grave. Desta forma, fica evidente a associação entre ansiedade e depressão em residentes multiprofissionais, o que implica na necessidade de repensar estratégias de identificação precoce desses sintomas, como também de desenvolver programas de promoção e prevenção de saúde mental (ROTTA *et al.*, 2016).

2.3 FUNDAMENTANDO A JUSTIFICATIVA EM REALIZAR O ESTUDO

O campo das habilidades sociais e competência social tem fornecido a fundamentação de metodologias para avaliação de repertório social, programas de treinamento de habilidades e competências em contextos clínicos, educacionais e organizacionais nas diversas áreas do conhecimento. Tem contribuído para inovações no ensino e pesquisa de maneira a promover a formação plena de

profissionais, permitindo transcender o aprendizado de conhecimentos básicos e técnicos. Investigar os indicadores de saúde mental são essenciais e possibilitam relacionar o comportamento do indivíduo nos vários contextos e verificar como os modelos, metodologias e técnicas adotadas são capazes de levá-lo a mudanças efetivas de comportamento voltado à saúde.

Desta forma, é necessário penetrar no processo de saúde dos residentes médicos e multiprofissionais, observando que essas pessoas estão trabalhando no campo da saúde para proporcionar a promoção, prevenção e recuperação da saúde de terceiros. Assim, as habilidades sociais se tornam essenciais para adequar os mecanismos de proteção da pessoa que está vivenciando um contexto de dor e sofrimento. Atualmente, o modelo adotado pelas residências tanto médica quanto multiprofissional não proporciona uma estruturação de repertório social satisfatório. O enfoque desse programa de pós-graduação está no aperfeiçoamento técnico, o que provoca risco à saúde do profissional em formação que não dispõe de um repertório prévio, gerando a vulnerabilidade para o adoecimento psicopatológico como a síndrome de burnout, ansiedade e depressão.

A hipótese norteadora deste estudo é que durante o período de residência médica e multiprofissional surgem manifestações de burnout, ansiedade e depressão, nos diversos profissionais do campo da saúde que não apresentam um repertório prévio de habilidades sociais. Conforme descrito por Pereira-Lima (2014) em sua dissertação de mestrado na qual buscou as associações em residentes médicos de diferentes áreas, as habilidades sociais podem atuar como um fator de proteção para o enfrentamento das condições que serão vivenciadas na prática profissional. Nesta lacuna, se insere a justificativa para verificar a relação entre ansiedade, depressão e burnout, nos residentes médicos e multiprofissionais, como ainda, avaliar o repertório de habilidades sociais, visando contribuir com a sistematização de dados que possam auxiliar em medidas preventivas para saúde mental desses profissionais em início de carreira.

3 PROPOSIÇÃO

3.1 GERAL

Comparar e verificar as possíveis associações entre condições organizacionais, manifestações de burnout, indicadores de ansiedade, depressão e habilidades sociais em residentes médicos e multiprofissionais de diferentes áreas de atuação.

3.2 ESPECÍFICOS

a) comparar o perfil sociodemográfico de formação acadêmica e das condições organizacionais dos residentes médicos e multiprofissionais;

b) caracterizar as variáveis alusivas ao clima organizacional e sociodemográficas de formação acadêmica e relativas às condições organizacionais dos programas de residência médica e multiprofissional, cursados por residentes médicos e multiprofissionais.

c) comparar as taxas de problemas relativas à burnout, ansiedade e depressão entre os grupos de residentes médicos e multiprofissionais;

d) comparar os recursos relativos às habilidades sociais entre os grupos de residentes médicos e multiprofissionais;

e) relacionar as variáveis demográficas, condições organizacionais, indicadores de saúde mental e habilidades sociais da casuística.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP) (nº: 3.091.893).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi executado utilizando ferramentas eletrônicas de avaliação psicológica para constatar a saúde mental e habilidades sociais de residentes médicos e multiprofissionais.

4.3 PARTICIPANTES

Participaram desse estudo residentes que foram divididos em dois grupos: residência médica (PRMED) e residência multiprofissional (PRMULT). Inicialmente este trabalho foi estruturado para aplicar os testes nos residentes médicos e multiprofissionais na cidade de Bauru, entretanto a amostra ficaria reduzida a duas instituições que possuem a residência médica e uma com a residência multiprofissional que são a Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP); Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). Assim, foi traçado um raio de 100 km da cidade de Bauru para localizar outras residências que pudessem contribuir participando da pesquisa. Desta maneira, o Hospital Amaral Carvalho, que fica na cidade de Jaú a 55 km da Cidade de Bauru foi incluída no estudo, a Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas que pertencente à Universidade Estadual Paulista (UNESP), que fica na cidade de Botucatu à 95 km de Bauru, a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e Universidade de Marília (UNIMAR) ambas na cidade de Marília que fica a 107 km. Entretanto, o Hospital Amaral Carvalho respondeu de forma negativa aos estudos, mesmo com diversas reuniões para apresentar explicações sobre a importância do estudo. Nesta prestigiada instituição tem o programa de residência médica aprovado pelo Ministério da Educação (MEC)

desde 1995 e residência multiprofissional tendo iniciado no ano de 2017, ou seja, um ano antes deste estudo. À Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas pertencente à Universidade Estadual Paulista (UNESP), não foi possível nem apresentar os objetivos do trabalho, pois apresentaram que não haveria professor que se responsabilizaria para acompanhar o estudo na instituição, sendo assim a execução do mesmo não foi permitida. Essa instituição conta com um aglomerado de residências médicas, como também multiprofissional, o que traria uma riqueza ímpar para o trabalho. Já as outras instituições consentiram com a participação do estudo após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOB-USP como instituição proponente e da instituição coparticipante, obedecendo às normas que são exigidas pela proponente e coparticipante.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi transmitido o termo de aprovação e assim as instituições disponibilizaram uma listagem contendo os e-mails dos alunos das residências médica e multiprofissional, exceto a instituição Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), que disponibilizou o link para ser enviado aos alunos pela secretaria. Foram realizadas cinco tentativas de envio para que os alunos respondessem no intervalo de uma semana de um envio para outro, tanto o pesquisador quanto pela secretaria, igualando assim as tentativas para obtenção das respostas.

A quantidade amostral foi de 390 alunos que estavam efetivamente matriculados nos programas de residência, entretanto 10 residentes médicos (PRMED) e 18 residentes multiprofissionais (PRMULT) responderam à pesquisa, totalizando 28 participantes.

4.4 NÚMERO DESCRITIVO DE PARTICIPANTES POR INSTITUIÇÃO

Quadro 2 – Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA – Residência Integrativa Multiprofissional									
R1 e R2	FARMÁCIA	FISIOTERAPIA	ENFERMAGEM	SERVIÇO SOCIAL	FONOAUDIOLOGIA	TERAPIA OCUPACIONAL	PSICOLOGIA	NUTRICIONISTA	TOTAL POR ÁREA
Programa Materno Infantil	2	2	1	1	1	1	1	0	9
Programa de Urgência	0	0	3	2	0	0	2	0	7
Programa de Saúde Coletiva	2	2	2	2	2	0	0	0	10
Programa de Saúde Mental	0	0	4	1	0	4	2	0	11
Programa de Cirurgia Especializada	0	4	6	0	0	0	1	2	13
TOTAL GERAL									50

Quadro 3 – Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA – Residência Médica	
R1, R2 e R3	TOTAL POR ÁREA
ANESTESIOLOGIA	12
CIRURGIA GERAL	14
CLÍNICA MÉDICA	24
DERMATOLOGIA	6
INFECTOLOGIA	2
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	2
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	10
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	1
NEUROLOGIA	9
NEUROCIRURGIA	2
OFTALMOLOGIA	15
OTORRINOLARINGOLOGIA	5
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10

PEDIATRIA	11
PSIQUIATRIA	12
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	7
MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	2
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	1
CARDIOLOGIA	2
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	6
GERIATRIA	3
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	2
REUMATOLOGIA	2
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	1
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	3
CIRURGIA PLÁSTICA	7
CIRURGIA VASCULAR	4
UROLOGIA	4
TOTAL GERAL	179

Quadro 4 – Associação Beneficente Hospital Universitário – ABHU – Universidade de Marília (UNIMAR) – Residência Médica	
R1, R2 e R3	TOTAL POR ÁREA
ANESTESIOLOGIA	4
CLÍNICA MÉDICA	6
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	6
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	8
ORTOPEDIA	6
PEDIATRIA	6
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	6
CARDIOLOGIA	4
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	4
MEDICINA INTENSIVA	4
NEONATOLOGIA	4
TOTAL GERAL	58

Quadro 5 – Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP) – Residência Médica	
R1, R2 e R3	TOTAL POR ÁREA
Cirurgia Geral	5
Pediatria	8
Clínica Médica	9
TOTAL GERAL	22

Quadro 6 – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) – Residência Médica	
R1, R2 e R3	TOTAL POR ÁREA
Otorrinolaringologia	6
Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial	1
TOTAL GERAL	7

Quadro 7 – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) - Residência Multiprofissional							
R1 e R2	BIOMEDICINA	ENFERMAGEM	FONOAUDIOLOGIA	ODONTOLOGIA	PSICOLOGIA	SERVIÇO SOCIAL	TOTAL POR ÁREA
Saúde Auditiva	0	0	30	0	6	4	40
Síndromes e Anomalias Craniofaciais	4	6	6	8	6	4	34
TOTAL GERAL							74

4.5 INSTITUIÇÕES E PARTICIPANTES

Foi obtida a anuência de quatro instituições com programas de residência médica e multiprofissional no estado de São Paulo:

- a) Associação Beneficente Hospital Universitário – ABHU – Universidade de Marília (UNIMAR);
- b) Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA);
- c) Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP);
- d) Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP).

A UNIMAR iniciou suas atividades na década de 1950, como Faculdades Integradas de Marília. Em 1988, diversos cursos foram credenciados pela portaria ministerial nº 261, incluindo o de medicina. Entretanto, o curso de medicina passou a funcionar em 1996 e o programa de residência médica em 2012. A FAMEMA foi criada pela lei 9236/66. O programa da residência médica foi instituído pela lei 6.932/81 e o da residência multiprofissional em 2013. A FAMESP foi fundada em 30 de junho de 1981 e é qualificada como Organização Social de Saúde (OSS) desde 2011. O credenciamento do programa de residência médica aconteceu em 2013, tendo sua primeira turma em 2014. O HRAC-USP é uma ramificação da faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP). O hospital teve início de suas atividades entre 1965 e 1967. No ano de 2000, iniciou o programa de residência médica e em 2010 teve início a residência multiprofissional.

Inicialmente foi realizado um mapeamento do perfil dos residentes médicos e multiprofissionais das instituições no ano de 2019 junto ao setor de Recursos Humanos, no qual foram obtidas as informações referentes à quantidade de residentes distribuídos por especialidades, e-mail e local de atuação, como também nome, contato telefônico e e-mail dos coordenadores, preceptores e responsáveis pela residência.

Todos foram convidados a participar formando uma amostra total, sendo considerados ambos os sexos, todas as idades e residentes iniciantes e que estão no término da residência. Posteriormente foram distribuídos de acordo com as áreas de atuação específicas. Para a categorização das especialidades, foi utilizado o tipo de atividade predominante desenvolvida pelo residente médico e multiprofissional e o modo como a literatura trata as subespecialidades. De modo a garantir a

adequação da inclusão, as categorias foram submetidas à avaliação de um docente de cada instituição da área médico e multiprofissional, com experiência na coordenação de programas de residência e de participação na Comissão de Residência médica e multiprofissional.

4.6 INSTRUMENTOS

4.6.1 Questionário Sociodemográfico e de Atividades Profissionais (Anexo A)

Questionário elaborado por Pereira-Lima (2014), exclusivamente para utilizar em sua dissertação, com informações sobre diferentes domínios, a saber: a) variáveis sociodemográficas - sexo, idade, estado civil, número de filhos, com quem reside; b) variáveis de formação acadêmica – tipo de faculdade em que concluiu a graduação e estágio, considerando a localização nos estados da federação e a instituição fonte da pesquisa; c) variáveis organizacionais - programa de residência cursado, ano de residência, carga horária de trabalho semanal, incluindo todas as atividades profissionais, número de plantões exigidos pela residência, número de plantões extras aos da residência, contendo um total de 18 perguntas.

4.6.2 Questionário para Residentes – (QR)

(Karina Pereira-Lima, Ana Paula Casagrande Silva-Rodrigues, Flávia Andressa Farnocchi Marucci, Flávia de Lima Osório, José Alexandre Crippa e Sonia Regina Loureiro).

O questionário para residentes foi desenvolvido por Seelig; Dupre; Adelman (1995). Os itens do questionário foram obtidos por meio de revisão de literatura e, principalmente, de uma tese de doutorado. Esta última foi uma pesquisa qualitativa que utilizou a “metodologia da teoria fundamentada” para fornecer uma explicação teórica para o fenômeno da responsabilidade e os processos envolvidos no ambiente clínico da Universidade de Ciências Médicas de Shiraz (SUMS). Consequentemente, foram extraídas três categorias que poderiam explicar como os diferentes grupos de graduandos de graduação e pós-graduação de medicina assumiram e cumpriram suas responsabilidades educacionais: 1) Tentar encontrar aceitação em relação às expectativas; 2) Tentar comprometer-se a atender às expectativas (incluindo três subtemas de “compromisso com os outros”,

“compromisso com o autoaperfeiçoamento” e “compromisso de cumprir os deveres acadêmicos”); e 3) Tentar lidar com expectativas inaceitáveis (incluindo dois subtemas de “adotar estratégias eficazes” e “adotar estratégias não efetivas”) (ASEMANI *et al.*, 2014).

Com base na pesquisa qualitativa, a responsabilidade em diferentes grupos de graduandos de graduação e pós-graduação de medicina pode ser definida como:

“capacidade de obter aceitação em relação às expectativas educacionais existentes e seu desejo e tentativa de atender a essas expectativas ou sua reação a expectativas inaceitáveis. usando estratégias eficazes ou não eficazes”.

Eventualmente, os itens do instrumento foram gerados com base nos temas emergentes e subtemas do estudo qualitativo acima mencionado (ASEMANI *et al.*, 2014; SEELIG; DUPRE; ADELMAN, 1995).

No Brasil o questionário para residentes foi traduzido e adaptado para o português-brasileiro por Karina Pereira-Lima, Ana Paula Casagrande Silva-Rodrigues, Flávia Andressa Farnocchi Marucci, Flávia de Lima Osório, José Alexandre Crippa e Sonia Regina Loureiro. Os resultados da análise fatorial confirmatória corroboraram com o modelo tridimensional do Resident Questionnaire (RQ) verificado em residentes norte-americanos para a amostra brasileira de 288 médicos residentes. Todos os três fatores verificados pela análise fatorial confirmatória (estresse emocional, satisfação com ambiente de aprendizagem e satisfação com a carga de trabalho) apresentaram boa consistência interna ($\alpha > .80$), confiabilidade (Raykov's rho $> .80$) e correlações na direção e magnitude esperadas com medidas de sintomas depressivos, carga horária de trabalho, condições organizacionais e exaustão emocional.

4.6.3 Inventário da Síndrome de Burnout (ISB)

(BENEVIDES PEREIRA, 2015)

Instrumento proposto para avaliar a Síndrome de Burnout, em qualquer categoria profissional, composto por 35 itens distribuídos em duas partes (16 e 19 itens, respectivamente), a primeira avalia os fatores antecedentes, organizacionais indicados pela literatura como desencadeantes ou moduladores de processos de

estresse ocupacional e, conseqüentemente, burnout; e a segunda parte avalia a síndrome por meio de quatro dimensões a saber: exaustão emocional (EE), distanciamento emocional (DE), desumanização (DS) e realização pessoal (RP) (Benevides-Pereira, 2007).

Os itens estão compostos por afirmações para serem respondidas em uma escala Likert de 5 pontos, sendo que, na primeira parte são escalonadas as respostas de “0” como nunca a “4” como muito frequentemente, e na segunda parte, de “0” a “4”, sendo 0 “nunca” e o 4 “todos os dias” (BENEVIDES PEREIRA, 2015).

A correção do instrumento é informatizada em planilhas do Excel – Microsoft Office, sendo as notas de corte aplicadas automaticamente, quando da digitação do protocolo. Com relação às notas de corte para a Parte I do instrumento, tem-se os seguintes valores, uma pontuação de 22 a 26 é considerada média para a dimensão *Condições Organizacionais Positivas* (COP), sendo que a presença de notas inferiores a essa média indica problemas; já para *Condições Organizacionais Negativas* (CON) tem-se que a pontuação média é de 8 a 13, com notas superiores a 13 sendo um indicador de problemas.

Exemplificando o conteúdo da Parte I do instrumento, destacam-se os itens 01 e 03, sendo o primeiro proposto para a avaliação de condições organizacionais negativas *item 01 - A burocracia toma grande parte do meu tempo no meu trabalho*, e o item 3 proposto para avaliação de condições organizacionais positivas *item 03 - Sinto que efetivamente faço parte de uma equipe de trabalho*.

Com relação as notas de corte para a Parte II do ISB, tem-se pontuações médias de 4 a 9 para exaustão emocional; 2 a 6 para distanciamento emocional; 4 a 7 para desumanização e 10 a 15 para realização pessoal.

Desse modo, notas superiores a nove para exaustão, a seis para distanciamento emocional e a sete para desumanização, bem como notas inferiores a 10 para realização pessoal são indicadores de problemas.

De modo a ilustrar o conteúdo da Parte II do instrumento, apresenta-se a seguir um exemplo de item de cada uma das dimensões: a) Exaustão Emocional – *item 13 - Sinto que não tenho mais ânimo para nada*; b) Distanciamento Emocional – *item 02 - Mantenho um contato impessoal com as pessoas de meu trabalho*; c) Desumanização – *item 14 - Tenho me tornado mais insensível com as pessoas do meu trabalho*; d) Realização Pessoal – *item 05 - Exerço a atividade que sempre almejei*.

A amostra de padronização do instrumento foi composta por 1505 participantes de ambos os sexos, com idades variando de 18 a 73 anos (média 31,5), e com atividades profissionais diversas, incluindo a área da saúde. Com relação às propriedades psicométricas do instrumento, na Parte I a variância total explicada foi de 43,29%, com saturações entre 0,79 e 0,57 para Condições Organizacionais Positivas, com alfa de Cronbach de 0,84 e saturações entre 0,67 a 0,34 para Condições Organizacionais Negativas, com alfa de 0,78. A Parte II obteve variação total explicada de 62,64%, sendo que Exaustão Emocional apresentou saturações entre 0,85 a 0,65, com alfa de Cronbach de 0,86, Realização Profissional denotou saturações entre 0,84 e 0,72 ($\alpha=0,90$), Desumanização teve saturações entre 0,81 e 0,38 ($\alpha=0,793$), sendo que Distanciamento Emocional apresentou saturações entre 0,86 e 0,47 ($\alpha=0,73$) (BENEVIDES PEREIRA, 2015).

4.6.4 *General Anxiety Disorder 7 (GAD-7)*

Instrumento de breve avaliação, desenvolvido por Spitzer *et al.*, 2006), para diagnóstico e monitoramento de ansiedade de acordo com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Validado por (KROENKE *et al.*, 2007), traduzido para a língua portuguesa, com registro de evidência e validade no Brasil por Moreno *et al.* (2016). Na amostra de validação a escala demonstrou boa evidência de confiabilidade; tanto o coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,916$) quanto o coeficiente de confiabilidade composto rho ($\rho = 0,909$) foram adequados.

Composto por sete itens, dispostos em uma escala Likert de quatro pontos, sendo “0” (nenhuma vez) e “3” (quase todos os dias). A avaliação do instrumento é feita através das pontuações obtidas, entre 0 a 21 pontos, onde são medidas as frequências de ocorrência de sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas, sendo considerado indicador positivo de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade valor maior ou igual a 10.

4.6.5 *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*

O PHQ-9 é um questionário autoaplicável, proposto para rastrear indicadores de episódio depressivo maior na população geral. É um instrumento que

possui nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-IV). Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas.

A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias", respectivamente. O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias, como trabalhar e estudar. Para os transtornos depressivos, possui sensibilidade e especificidade de 92%. Estudos de comparação ao *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) e ao *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID) demonstraram bons índices psicométricos para o diagnóstico de episódio depressivo maior, sendo um questionário diagnóstico mais breve e de aplicação mais simples no contexto de um estudo populacional.

O escore do PHQ-9 é calculado de duas maneiras: primeiro, usando o teste de forma contínua; e segundo, usando o algoritmo recomendado por seus autores. Quando calculado de forma contínua, somaram-se os valores correspondentes a cada resposta do participante na escala Likert. Já o algoritmo define o teste como positivo na presença de cinco ou mais sintomas, desde que pelo menos um seja humor deprimido ou anedonia, e que cada sintoma corresponda à resposta 2 ou 3 ("uma semana ou mais" e "quase todos os dias", respectivamente), com exceção do sintoma 9, para o qual é aceitável qualquer valor de 1 a 3 ("menos de uma semana", "uma semana ou mais" e "quase todos os dias", respectivamente).

Para o teste contínuo, o melhor ponto de corte foi definido através do índice de Youden, que corresponde aquele com maior valor na equação (sensibilidade + especificidade - Acurácia do PHQ-9 (proporção de resultados corretos, tanto positivos quanto negativos para depressão) foi estimada através da área sob a curva ROC relativa a 0,8606 (SANTOS *et al.*, 2013).

4.6.6 Escala Multidimensional de Expressão Social (EMES-M)

Desenvolvida por (CABALLO, 1993) e traduzida para o português brasileiro por Pereira, Dutra-Thomé e Koller (2017). Na validação da amostra estudada, a escala apresentou propriedades psicométricas adequadas, com CFI (*Comparative Fit Index*) 0,910, TLI (*Tucker Lewis Index*) de 0,904, RMSEA (*Root-Mean-Square Error of Aproximation*) de 0,049 e consistência interna da escala total de 0,945 (PEREIRA; DUTRA-THOMÉ; KOLLER, 2017).

A EMES-M é uma escala que tem por objetivo avaliar a frequência de comportamentos socialmente hábeis nos contextos em que as pessoas estão inseridas, podendo ser utilizada no meio clínico, no qual é possível identificar em quais áreas os pacientes apresentam maiores déficits nas habilidades sociais. Com esse dado, é possível elaborar intervenções que possam suprir esses *déficits*, bem como identificar situações nas quais cognições negativas atrapalham a execução de comportamentos socialmente hábeis, podendo também ser utilizado no contexto de pesquisa, fornecendo dados sobre *déficits* e padrões de habilidades sociais em populações.

Compreende 64 itens, em uma escala Likert de cinco pontos, que trazem situações sociais e comportamentos do indivíduo, sendo “0” (nunca ou muito raramente) e “4” (sempre ou com muita frequência), sendo os fatores avaliados descritos no Quadro 8.

Quadro 8 – Descrição fatorial e interpretação dos escores da Escala Multidimensional de Expressão Social – Parte Motora (EMES-M).

Fator	Questões	Interpretação – bom repertório de HS escores acima de:
Fator 1 – Habilidade de iniciar conversações	3*, 11, 16*, 22*, 23, 26*, 30*, 32*, 36*, 47*, 49	28
Fator 2 – Habilidade de dizer não	2*, 8*, 13*	8
Fator 3 – Habilidade de receber elogios	1*, 39, 40*	8
Fator 4 – Habilidade de falar em público	12*, 14*, 41*	8
Fator 5 – Habilidade de expressar afeto positivo	6, 15, 18, 19*, 34*, 37, 42*, 46*, 48*	23
Fator 6 – Habilidade de expressar afeto negativo	5, 9*, 17, 24, 38, 44, 51	18
Fator 7 – Habilidade de expressar desacordo/ opiniões contrárias	10*, 25, 28*, 29, 35*	13
Fator 8 – Habilidade de defender direitos	7, 21, 27*, 33*, 45	13
Habilidade Social Geral	-	92

Fonte: Arquivo pessoal. *pontuações invertidas.

Destes itens, 38 têm suas pontuações invertidas durante a avaliação, isto é, se o sujeito assinalou "4", muda-se para a pontuação "0"; se assinalou "3", muda-se para "1"; se assinalou "1", muda-se para "3"; e se assinalou "0", muda-se para "4". O "2" permanece inalterado. As demais pontuações dos itens não são modificadas.

Para interpretação do questionário soma-se a pontuação de todos os itens e obtêm-se as pontuações fatoriais e gerais, que resulta na compreensão subjetiva da habilidade social do indivíduo, ao longo de diferentes situações.

4.7 PROCEDIMENTO E COLETA DE DADOS

Após contato com o setor de Recursos Humanos dos centros responsáveis pelos programas de residência médica e multiprofissional, os coordenadores dos programas de residência foram contatados via telefone, sendo transmitidas as informações referentes ao estudo, seus objetivos e metodologia. Em seguida foi encaminhado um e-mail (Apêndice D) contendo uma carta apresentação/convite no qual informou de maneira discriminada o teor da pesquisa, como também o coordenador do programa de residência médica e multiprofissional foi convidado a ser membro da equipe de pesquisa na instituição que atua.

No caso em que o coordenador autorizou a pesquisa e não pôde ser membro da equipe de pesquisa, foi solicitada a indicação de um preceptor que pudesse ser responsável pela pesquisa nesta instituição. Além disso, neste e-mail estava em anexo o Termo de Aquiescência, conforme exigência do CEP-FOB, que foi assinado e encaminhado pelo pesquisador responsável.

Após a anuência dos CEP, foi realizada uma divulgação nas instituições coparticipantes por meio de informativos onde foi apresentada a importância do cuidado da saúde dos profissionais, como também a divulgação da pesquisa. Para isso foi encaminhado para os residentes um e-mail contendo uma carta apresentação/convite para participar da pesquisa no qual continha o link para o formulário da pesquisa na plataforma *Google Forms*[®]. Esta plataforma foi escolhida, pois assegura a confidencialidade de suas informações, por meio da codificação automática e acesso restrito às respostas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) precedeu a aplicação do questionário e deveria ser lido por completo pelo participante, podendo

o mesmo concordar ou não (Apêndice A). O participante que concordou com o termo teve sua decisão registrada automaticamente no sistema, por meio de assinatura digital de forma assíncrona, e, portanto, prosseguiu com a resolução das perguntas na plataforma online. Os que não concordaram com o TCLE foram automaticamente excluídos da pesquisa, sem ônus.

Após a concordância com o TCLE o participante deveria responder todas as etapas na seguinte sequência de aplicação dos instrumentos:

- a) Questionário sociodemográfico e de atividades profissionais;
- b) Questionário para Residentes (QR);
- c) Inventário da Síndrome de Burnout (ISB);
- d) *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7);
- e) *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9);
- f) Escala Multidimensional de Expressão Social - Parte Motora (EMES-M)

Ao final das respostas do participante, havia a opção de receber a devolutiva dos resultados dos instrumentos aplicados, de forma que foi garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos mesmos, logo após o término da pesquisa. Somente os pesquisadores teriam conhecimento da identidade dos participantes com o comprometimento de mantê-la em sigilo ao publicar os resultados. Ao término da atividade todas as informações coletadas no formulário foram compiladas e tabuladas no Excel[®] e interpretadas de acordo com a padronização de cada instrumento

4.8 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, realizou-se a codificação dos instrumentos de acordo com as normas técnicas da FOB-USP, em seguida, os dados foram digitados em planilhas do programa *Excel* da *Microsof Corporation*[®] e se realizou uma conferência do banco por amostragem. Em seguida, procederam-se as estatísticas descritivas dos dados agrupados (frequência absoluta e relativa).

Com a finalidade de verificar e comparar as taxas de transtornos mentais na amostra avaliada, os dados relativos às variáveis Burnout, ansiedade e depressão foram dicotomizados considerando a presença ou ausência dos indicadores. Com base na literatura sobre Burnout, esse estudo trabalhou com dois diferentes critérios para avaliação da síndrome, sendo o primeiro (critério 1) a

presença de elevadas taxas de exaustão emocional (EE) e distanciamento emocional (DE) e/ou desumanização (DS); e o segundo critério (critério 2) a presença de elevados níveis de exaustão emocional (EE), reduzidos níveis de realização pessoal (RP) e escores elevados em desumanização (DS) e/ou distanciamento emocional (DE). Quanto aos indicadores de ansiedade (GAD-7) e depressão (PHQ-9), como critério utilizou-se as notas de corte dos instrumentos, tendo sido considerada presença de ansiedade e depressão um escore maior ou igual a dez. Nos escores fatoriais e gerais de Habilidades Sociais foi considerada a presença deste indicador conforme descrito no Quadro 2.

Quanto às variáveis sociodemográficas, acadêmicas e organizacionais, procedeu-se ao cálculo das médias e desvios padrões para as variáveis numéricas, sendo elas idade; ano de residência; duração programa anterior; número de plantões regulares da residência; número de plantões regulares da residência por mês; número de plantões extras por mês; carga horária semanal da residência; carga horária semanal total de atividades profissionais; escore de condições organizacionais positivas e negativas (COP/CON-ISB); escore de sofrimento emocional, satisfação profissional com o ambiente de aprendizagem e com a carga de trabalho (RQ-F1,F2,F3).

Em relação às variáveis categóricas, as mesmas foram dicotomizadas do seguinte modo: sexo: masculino (M) X feminino (F); estado civil: com companheiro (C) X sem companheiro (S); condição de moradia: só (S) X com outras pessoas (C); filhos: com filhos (C) X sem filhos (S); localização da escola de graduação: estado atual (SP) X outros estados (OUTRO); programa de residência: médica (PRMED) X multiprofissional (PRMULT).

Foi utilizado o teste t de *Student* para avaliar diferença estatisticamente significativa, considerando valor $p \leq 0,05$, entre as médias das duas amostras PRMED e PRMULT e a relação entre as variáveis estudadas na amostra total.

5 RESULTADOS

A pesquisa teve um total de 28 respondentes, sendo destes, 10 (35,71%) do PRMED e 18 (64,28%) do PRMULT. A participação no estudo foi em sua maioria por mulheres (82,14% [23/28]), e a faixa etária média de 28 anos. Destes, 57,14% (16/28) não tinham companheiro(a); 92,85% (26/28) alegaram não terem filhos e 53,57% (15/28) moravam sozinhos (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequências absoluta e relativa dos dados sociodemográficos da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais (n = 28)

Características	f_i	f_{ri} (%)
Sexo		
Masculino	05	17,85
Feminino	23	82,14
Estado Civil		
Com companheiro (a)	12	42,85
Sem companheiro (a)	16	57,14
Com filhos	02	07,14
Sem filhos	26	92,85
Moradia		
Com outras pessoas	13	46,42
Sozinho (a)	15	53,57

f_i: frequência absoluta. *f_{ri}* (%): frequência relativa

Dentre todos os participantes, 50% (14/28) encontravam-se no primeiro ano de residência e 50% (14/28) no segundo e terceiro ano, (67,85% [19/28]) realizaram a graduação em instituições no estado de São Paulo (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequências absoluta e relativa dos dados sobre atividades profissionais e organizacionais da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais (n = 28)

Características	f_i	f_{ri} (%)
Local graduação		
São Paulo	19	67,85
Outro Estado	07	25,00
Programa		
PRMED	10	35,71
PRMULT	18	64,28
Ano de residência		
1º. Ano	14	50,00
2º./3º. Ano	14	50,00

f_i: frequência absoluta. *f_{ri}* (%): frequência relativa

Tanto os residentes do PRMED quanto os do PRMULT realizavam plantões regulares da residência por mês (82,14% [23/28]), porém uma quantidade

Resultados

considerável alegou não realizar plantões extras (60,71% [17/28]). Contudo a carga horária semanal dos residentes chegou a ultrapassar 60 horas semanais em todas as atividades profissionais, sendo 80% (8/10) para PRMED e 22,22% (4/18) para o PRMULT. Ao comparar os dois grupos observa-se diferença estatisticamente significativa para as variáveis ano e número de plantões/mês e plantões extras/mês, sobretudo no que se refere ao número de plantões cumpridos ao longo do mês sendo para o grupo PRMED a média de 8,60 plantões contra 2,83 do grupo PRMULT, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação entre PRMED e PRMULT para as variáveis idade, ano de residência, número de plantões/mês e número de plantões extras/mês.

Comparação	PRMED		PRMULT		P
	M	DP	M	DP	
Idade	30,77	4,46	27,41	5,65	0,1180
Ano	2,10	0,74	1,33	0,49	*0,0027
Nº plantões/mês	8,60	2,12	2,83	2,48	*0,0000
Nº plantões extras/mês	3,70	3,20	0,50	0,99	*0,0005

Legenda: * $\leq 0,05$

Em relação às taxas de problemas apresentadas pelos residentes, a análise foi feita de acordo com a população geral e por programa. Avaliando a população em geral foi possível observar um número expressivo de residentes (82.14% [23/28]) que apresentaram ansiedade, depressão e/ou burnout (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequências absoluta e relativa a problemas (ansiedade, depressão e burnout) da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais (n=28).

Problemas	Fi	fri (%)
Burnout	21	75.00
Critério 1	14	50.00
Critério 2	07	25.00
EE	23	82.14
DS	15	53.57
DE	20	71.43
Ansiedade	18	64.29
Depressão	17	60.71

fi: frequência absoluta. fri (%): frequência relativa

Foi notável ainda a alta frequência de exaustão emocional, sendo detectado em 82,14% (23/28) dos participantes por meio do ISB. Entre as pessoas com burnout, as altas taxas de EE, associadas a altos escores em DS e/ou DE, que caracterizam o critério um, foram observadas em 66,66% (14/21) dos residentes.

Resultados

A análise de indicadores de saúde mental por programa pode ser observada na Tabela 5.

Tabela 5 – Frequências absoluta e relativa a indicadores de saúde mental por programa, da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais.

Programa	Indicadores de Saúde Mental					
	Ansiedade		Depressão		Burnout (critério 1 e/ou critério 2)	
	f_i	f_{ri} (%)	f_i	f_{ri} (%)	f_i	f_{ri} (%)
PRMED	07	70,00	07	70,00	09	90,00
PRMULT	11	61,11	09	50,00	12	66,66

f_i : frequência absoluta. f_{ri} (%): frequência relativa. PRMED: Programa de residência médica (n=10). PRMULT: Programa de residência multiprofissional (n=18).

Na análise comparativa por programa, foi possível observar que em ambos as maiores taxas de problemas foram da síndrome de burnout, considerando os critérios 1 e/ou 2, sendo 90% (9/10) no PRMED e 66,66% (12/18) no PRMULT (Tabela 5). Entretanto, apenas para a dimensão ISB_DS (desumanização) foi verificada diferença estatisticamente significativa), conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6: Comparação das taxas de indicadores de saúde mental entre PRMED e PRMULT.

Comparação	PRMED		PRMULT		P
	M	DP	M	DP	
ISB_COP	16,70	4,76	18,61	5,62	0,3722
ISB_CON	18,60	5,56	14,33	6,75	0,1010
ISB_EE	14,40	4,09	13,67	5,32	0,7092
ISB_RP	14,70	4,24	11,89	5,66	0,1830
ISB_DS	12,10	2,51	5,17	4,38	*0,0001
ISB_DE	10,70	4,74	8,67	4,38	0,2631
GAD-7 (Ansiedade)	11,10	5,30	10,17	6,37	0,6976
PHQ-9 (Depressão)	13,00	5,70	11,17	7,11	0,4913

Legenda: * $\leq 0,05$

Tabela 6 apresenta a comparação entre o PRMED e PRMULT, exibindo as dimensões: condições organizacionais positivas (COP), condições organizacionais negativas (CON), exaustão emocional (EE), distanciamento emocional (DE) e desumanização (DS) como insatisfatórias. Entretanto, a dimensão que se refere à realização profissional (RP) está apropriada para o PRMED e PRMULT. Além disso, o GAD-7 identificou que os residentes de ambos os

Resultados

programas apresentam elevado grau de ansiedade e estado moderado para depressão segundo o instrumento PHQ-9.

Proporcionalmente, os residentes de ambos os programas alegaram insatisfação com a organização nas variáveis: presença de “alto sofrimento emocional/estresse (QR_F1)”, “insatisfação com o ambiente de aprendizagem (QR_F3)”, ausência de COP e presença de CON (Tabela 7).

Tabela 7 – Frequências absoluta e relativa de condições organizacionais negativas fatoriais do questionário de residentes (QR) e Inventário da Síndrome de Burnout (IBS) por programa, da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais.

Programa	Variáveis organizacionais											
	QR						ISB					
	F1 (presente)		F2 (ausente)		F3 (ausente)		COP (ausente)		CON (presente)		RP (ausente)	
<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> (%)	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> (%)	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> (%)	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> (%)	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> (%)	<i>f_i</i>	<i>f_{ri}</i> (%)	
PRMED	08	80,00	01	10,00	06	60,00	09	90,00	09	90,00	02	20,00
PRMULT	16	88,88	07	38,88	10	55,55	12	66,66	10	55,55	06	33,33

f_i: frequência absoluta. *f_{ri}* (%): frequência relativa. PRMED: Programa de residência médica (n=10). PRMULT: Programa de residência multiprofissional (n=18). F1: sofrimento emocional. F2: Satisfação com a carga de trabalho. F3: Satisfação com o ambiente de aprendizagem. COP: Condições organizacionais positivas. CON: Condições organizacionais negativas. RP: Realização profissional.

Ao comparar as condições organizacionais pelas variáveis do QR observa-se que não houve diferença entre os grupos (Tabela 8).

Tabela 8: Comparação dos grupos PRMED e PMULT nos fatores do QR.

Comparação	PRMED		PRMULT		<i>P</i>
	M	DP	M	DP	
QR_F1	42,40	9,43	40,56	8,56	0,6024
QR_F2	27,00	4,74	25,33	3,22	0,2779
QR_F3	24,60	5,74	24,50	7,12	0,9700

Legenda: * $\leq 0,05$; F1: sofrimento emocional. F2: Satisfação com a carga de trabalho. F3: Satisfação com o ambiente de aprendizagem.

Em relação às HS, a análise do escore geral e dos fatores do EMES-M de todos os participantes, em termos de frequências absoluta e relativa, apontou que as habilidades menos presentes nos participantes foram a de “receber elogios” (92,86% [26/28]), “defender direitos” (82,14% [23/28]), “expressar afeto negativo” (78,57% [22/28]), “expressar desacordo/opiniões contrárias” (71,43% [20/28]), “iniciar conversações” (60,71% [17/28]) e “dizer não” (60,71% [17/28]) (Tabela 9).

Resultados

Tabela 9 – Frequências absoluta e relativa dos escores fatoriais e gerais de habilidades sociais da amostra do estudo de avaliação da saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais (n=28).

Habilidade Social	Ausente		Presente	
	f_i	f_{ri} (%)	f_i	f_{ri} (%)
F1 - Iniciar conversações	17	60.71	11	39.29
F2 - Dizer não	17	60.71	11	39.29
F3 - Receber elogios	26	92.86	02	07.14
F4 - Falar em público	11	39.29	17	60.71
F5 - Expressar afeto positivo	11	39.29	17	60.71
F6 - Expressar afeto negativo	22	78.57	06	21.43
F7 - Expressar desacordo/opiniões contrárias	20	71.43	08	28.57
F8 - Defender direitos	23	82.14	05	17.86

f_i : frequência absoluta. f_{ri} (%): frequência relativa

A comparação do desempenho no EMES-S entre PRMED e PRMULT (Tabela 10) mostra que apesar das diferenças entre as médias obtidas pelos participantes em cada grupo, somente para os fatores F2 (Habilidade de dizer não) e F4 (Habilidade de falar em público) observa-se diferença estatisticamente significativa. Conforme a interpretação do instrumento EMES_M, considera-se como *repertório habilidoso* escores iguais ou acima: TOTAL=92, F1=28, F2=8, F3=8, F4=8, F5=23, F6=18, F7=13 e F8=13. Observa-se que apesar das médias obtidas pelos participantes na EMESM_TOTAL (escore repertório habilidosos=92) e F5 (escore=23) estejam acima do esperado, os fatores F1 encontram-se levemente abaixo e os demais bem abaixo do esperado (exceto F2 e F4 do grupo PRMULT).

Tabela 10: Comparação do desempenho de PRMED e PRMULT na escala EMES-M

Comparação	PRMED		PRMULT		P
	M	DP	M	DP	
EMESM_F1	25,20	7,58	25,06	4,93	0,9517
EMESM_F2	5,60	1,58	7,56	2,31	*0,0249
EMESM_F3	4,40	2,17	5,22	2,26	0,3589
EMESM_F4	5,90	3,57	9,00	2,35	*0,0101
EMESM_F5	24,70	6,83	23,06	4,60	0,4531
EMESM_F6	15,10	4,86	13,94	3,35	0,4639
EMESM_F7	8,70	4,11	10,67	3,56	0,1966
EMESM_F8	7,40	3,34	8,78	3,12	0,2844
EMESM_TOTAL	97,00	18,38	103,28	17,03	0,3716

Legenda: * $\leq 0,05$

Resultados

As Tabelas 11 e 12 mostram as correlações estatisticamente significantes encontradas entre as variáveis sociodemográficas e aquelas dos instrumentos utilizados.

Tabela 11 – Correlação entre variáveis demográficas, condições organizacionais, indicadores de saúde mental e fator proteção (HS) com valores estatisticamente significantes.

Correlações	R	P
Ano x N ^o plantões/mês	,4481	,017
Ano x ISB_DS	,4277	,023
N ^o plantões/mês X ISB_CON	,4147	,028
N ^o plantões/mês X ISB_DS	,7283	,000
N ^o plantões/mês X PHQ-9	,4630	,013
N ^o plantões/mês X EMES-M F2	-,3758	,049
N ^o plantões/mês X EMES-M F4	-,5755	,001
N ^o plantões extras/mês X ISB_DS	,3811	,045
N ^o plantões Extras/mês X EMES-M F4	-,4790	,010
N ^o plantões Extras/mês X EMES-M F6	,4197	,026
QR_F1 x ISB_COP	-,3809	,046
QR_F1 x ISB_CON	,4341	,021
QR_F1 x ISB_EE	,6590	,000
QR_F1 x ISB_RP	-,5696	,002
QR_F1 x ISB_DS	,4432	,018
QR_F1 x ISB_DE	,4190	,026
QR_F1 x GAD-7	,6991	,000
QR_F1 x PHQ-9	,6497	,000
QR_F2 x EMES-M F3	,4164	,028
QR_F2 x EMES-M F5	,4796	,010
QR_F2 x EMES-M F6	,4052	,032
QR_F3 x ISB-COP	,5708	,002
QR_F3 x ISB-COM	-,4809	,010
QR_F3 x ISB-EE	-,6592	,000
QR_F3 x ISB-RP	,5420	,003
QR_F3 x ISB-DE	-,4372	,020
QR_F3 x GAD-7	-,5230	,004
QR_F3 x PHQ-9	-,6689	,000

Houve correlação estatisticamente significante entre o ano da residência e o número de plantões e desumanização (DS). Além disso, o número de plantões favorece de forma insatisfatória os itens: condições organizacionais negativas (CON), desumanização (DS), aspectos depressivos identificáveis pelo PHQ-9 e nos fatores do EMES-M F2 que se refere ao dizer não e de falar em público F4. Foi identificado que o número de plantão extras no mês trazem prejuízo para o

surgimento de desumanização (DS), falar em público fator do EMES-M F4 e F6 que se refere a expressar afeto negativo. Ao correlacionar os testes surgem evidências estatisticamente significativas quando comparado o QR-F1 que se refere ao sofrimento emocional relacionando a condições organizacionais positivas (COP), condições organizacionais negativas (CON), exaustão emocional (EE), desumanização (DS), realização pessoal (RP), distanciamento emocional (DE), GAD-7 e PHQ-9, corroborando características negativas. O QR-F2 apresenta a satisfação com carga de trabalho proporciona o entendimento positivo nas habilidades sociais de receber elogio (F3), expressar afeto positivo (F5) e expressar afeto negativo (F6) do instrumento EMES-M. Quando comparado o QR-F3 que se refere à satisfação com o ambiente de aprendizagem, é associado positivamente às condições organizacionais positivas (COP), condições organizacionais negativas (CON), exaustão emocional (EE), realização pessoal (RP), desumanização (DE), GAD-7 e PHQ-9.

Tabela 12 – Correlação entre os indicadores de saúde mental e habilidades sociais com valores estatisticamente significantes

Correlações	R	P
ISB-COP X PHQ-9	-,3964	,037
ISB-CON X GAD-7	,5449	,003
ISB-CON X PHQ-9	,4415	,019
ISB-CON X EMES-M GERAL	-,4572	,014
ISB-CON X EMES-M F4	-,4736	,011
ISB-CON X EMES-M F7	-,4428	,018
ISB-EE X GAD-7	,5188	,005
ISB-EE X PHQ-9	,6477	,000
ISB-RP X GAD-7	-,4160	,028
ISB-RP X PHQ-9	-,4568	,015
ISB-DS X GAD-7	,4589	,014
ISB-DS X PHQ-9	,4782	,010
ISB-DS X EMES-M F4	-,5453	,003
ISB-DS X EMES-M F8	-,4496	,016
ISB-DE X GAD-7	,5272	,004
ISB-DE X PHQ-9	,4795	,010
EMES-M GERAL X GAD-7	-,4380	,020
EMES-M F3 X GAD-7	-,4012	,034
EMES-M F3 X PHQ-9	-,4726	,011
EMES-M F4 X PHQ-9	-,4267	,024

As condições organizacionais positivas se mostraram como um fator de proteção para a sintomatologia da depressão, entretanto quando existem condições organizacionais negativas surgem evidências que ampliam os sintomas de ansiedade, depressão e as habilidades sociais de forma geral, mas com destaque para o F4 que corresponde ao falar em público e F7 que é expressar desacordo/opiniões contrárias do EMES-M. Além disso, a exaustão emocional (EE) favorece o surgimento para ansiedade e aspectos depressivos. A realização profissional (RP) é outro fator que se mostra essencial para proteção do adoecimento no qual foi demonstrado pelos instrumentos GAD-7 e PHQ-9.

Houve correlação significativa entre o fator distanciamento emocional (DE) e desumanização (DS) o que demonstra a ampliação dos sintomas de ansiedade e depressivos, como ainda a desumanização interfere nas habilidades sociais, com destaque no F4 que é falar em público e F8 sendo defender direitos do EMES-M. Entretanto, o EMES-M de forma geral trouxe evidências significativas que age como fator de proteção para a ansiedade, com destaque para o F3 que se refere ao receber elogios que foi associado ao GAD-7 e PHQ-9, como também o F4 foi considerado um aspectos positivo para o PHQ-9.

6. DISCUSSÃO

Na literatura consultada foi observado que existem diversas publicações acerca da saúde mental de residentes, porém, no Brasil o foco maior se encontra em programas de residência médica (FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014; LIMA, 2014; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010; SOARES *et al.*, 2012). Ainda não foram identificadas pesquisas que abordassem a residência médica e multiprofissional em conjunto, com foco na detecção de indicadores de ansiedade, depressão e síndrome de burnout, e, sobretudo na correlação com as habilidades sociais. Portanto, enfatizando a lacuna existente no meio científico, de forma inédita este trabalho poderá contribuir com informações acerca do tema a despeito do número amostral pretendido ter ficado muito aquém do esperado.

A utilização do meio eletrônico para a aplicação dos questionários pode influenciar indiretamente na adesão à pesquisa, uma vez que os participantes podem se sentir desmotivados, desinteressados ou desconfortáveis em expor questões pessoais a terceiros. Porém a escolha desse método se deu no intuito de facilitar o acesso à pesquisa, aumentar o alcance institucional e também reduzir o tempo de coleta e processamento das respostas, o que vem sendo amplamente utilizado em diversos estudos na atualidade (FALEIROS *et al.*, 2016).

A prevalência dos participantes nesta pesquisa, quanto aos dados sociodemográficos, foi equivalente ao observado em outros trabalhos, principalmente em relação à quantidade de mulheres e a faixa etária média de 28 anos (GALAM *et al.*, 2013; GUIDO; GOULART; *et al.*, 2012; ROTTA *et al.*, 2016; ROCHA; CASAROTTO; SCHMITT, 2018). A intensa feminização vem sendo amplamente observada em todos os campos da saúde, especialmente em carreiras como a enfermagem, onde as mulheres ocupam mais de 80% da profissão. Na medicina as mulheres dominam quatro das seis cadeiras básicas, ao passo que em algumas especialidades básicas como cirurgias os homens ainda ocupam cerca de 70% dos cargos (SCHEFFER *et al.*, 2018). No nosso estudo as mulheres atingiram mais de 80% do total de participantes.

Possivelmente a faixa etária pode justificar outros dados observados, como o estado civil, condição de moradia e quantidade de filhos, uma vez que nessa idade é mais provável que o foco seja a carreira profissional sobre a vida familiar, já

que a maioria dos participantes relatou não ter companheiro, morar sozinho e não ter filhos (FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014).

Os programas de residência multiprofissional, por serem regidos pelo Ministério da Educação (MEC), podem determinar uma carga horária de trabalho semanal em torno de 60 horas. Da mesma forma, algumas regras quanto a realização de plantões extras podem ser determinadas, já que os programas costumam exigir dedicação exclusiva. Assim é possível justificar a diferença de carga horária entre os dois grupos analisados, uma vez que o PRMED apresentou as maiores taxas de carga horária semanal acima de 60 horas. No PRMULT essa carga horária não chegou a ultrapassar 60 horas semanais na maioria dos residentes multiprofissionais.

Além da intensa carga horária a qual os residentes médicos e multiprofissionais são submetidos, deve-se levar em consideração a quantidade de plantões regulares exigidos pelo programa e ainda os plantões extra-residência. Alguns trabalhos chegaram a apontar que a realização de plantões e uma carga horária acima de 60 horas semanais pode trazer consequências à saúde mental de residentes, levando a um desequilíbrio entre a vida profissional e pessoal, havendo ainda falta de tempo para atividades de lazer e bem-estar (CAVALCANTI *et al.*, 2018).

No presente estudo foi observado que o número de plantões/mês ou de plantões extras/mês foi correlacionado com condições negativas e desmotivação no ISB, depressão e impacto negativo nos fatores F2, F4 do repertório de HS. Além do efeito deletério à saúde mental, a sobrecarga horária também dificulta inserir na agenda atividades de lazer e restaurativas necessárias para o bem-estar biopsicossocial. Conforme apontou estudo de Rocha, Casarotto e Schmitt (2018) junto a residentes multiprofissionais de uma universidade do Estado de São Paulo, a realização de atividades de lazer mostrou-se um fator de proteção, em nível ambiental, e influenciou de maneira positiva os domínios em nível geral, físico e psicológico do WHOQOL-BREF de qualidade de vida.

Os resultados de diversas pesquisas sugerem que a síndrome de burnout, ansiedade e depressão são as expressões mais descritas na área da saúde, devido ao nível de estresse que os profissionais estão submetidos (CAHÚ *et al.*, 2014; CAVALCANTI *et al.*, 2018; ECKLEBERRY-HUNT *et al.*, 2009; GUIDO; GOULART; *et al.*, 2012; LIMA, 2014; PEREIRA-LIMA; LOUREIRO, 2017; ROTTA *et*

al., 2016; SILVA *et al.*, 2010; SOARES *et al.*, 2012). Essa informação foi observada neste trabalho através das altas taxas de problemas detectadas tanto em residentes médicos quanto multiprofissionais, acometendo 82,14% dos participantes.

Na análise comparativa dos residentes por programa, foi possível observar que em ambos as maiores taxas de problemas foram da síndrome de burnout, considerando os critérios 1 e/ou 2, sendo 90% (9/10) no PRMED e 66,66% (12/18) no PRMULT (Tabela 5). Entretanto, apenas para a dimensão ISB_DES foi verificada diferença estatisticamente significativa, conforme mostra a Tabela 6. Portanto, ambos os grupos estão em processo de adoecimento mental, sendo o nível de desumanização mais acentuado no grupo PRMED. De fato, Pasqualucci e colaboradores (2019) observaram altas taxas de burnout, com altos níveis de exaustão emocional e despersonalização, correlacionados diretamente ainda com ansiedade e depressão, em residentes médicos brasileiros.

Nas correlações encontradas no presente estudo (Tabelas 11 e 12) as condições organizacionais positivas se mostraram como um fator de proteção para a sintomatologia da depressão, entretanto quando existem condições organizacionais negativas surge à ampliação dos sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, a exaustão emocional (EE) favorece o surgimento para ansiedade e aspectos depressivos. A realização profissional (RP) é outro fator que se mostra essencial para proteção do adoecimento, sendo demonstrado pelos níveis de ansiedade e depressão dos avaliados. Houve correlação significativa entre o fator distanciamento emocional (DE) e desumanização (DS) no qual demonstra a ampliação dos sintomas de ansiedade e depressivo,

Segundo Lourenção, Moscardini e Soler (2009) há uma grande dificuldade de enfrentamento do estresse e das más condições de trabalho pelos residentes médicos sendo que aqueles com estilos de enfrentamento não-funcionais são mais suscetíveis a sofrer Síndrome de Burnout. Assim, o clima organizacional representa um grande desafio nos programas de residência, uma vez que desempenha influência direta na satisfação dos jovens profissionais e em sua saúde mental. A falta de um clima organizacional equilibrado pode ainda levar a altos níveis de estresse e exaustão emocional, fazendo com que haja uma alta desistência no programa (STAN *et al.*, 2020).

Pereira-Lima (2014) ao avaliar residentes médicos demonstrou que a presença de problemas de saúde mental estava relacionada diretamente com a

baixa realização profissional dos participantes. No nosso estudo tanto os residentes do PRMED quanto do PRMULT, no geral, apresentaram bons níveis de realização profissional, mas assim como na pesquisa citada anteriormente todas as pessoas que não estavam realizadas profissionalmente apresentaram ansiedade, depressão e/ou burnout e eram em sua maioria do PRMULT.

Essa alta taxa de problemas pode ter relação direta com a presença de condições organizacionais negativas, relacionadas a falhas nas relações interpessoais e hierárquicas, ou até mesmo falta de recursos estruturais adequados oferecidos pela instituição. Proporcionalmente, a maioria dos participantes dos dois programas em diferentes localidades relataram a ausência de COP e presença de CON. O que pode demonstrar, por exemplo, a presença de fatores como um ambiente desagradável; falta de segurança e flexibilidade no ambiente de trabalho, assim como apoio de supervisores ausente; equipe desconectada e pouco colaborativa; falta de respeito e transparência da equipe. Ainda levando em consideração a avaliação do instrumento “questionário para residentes”, neste estudo podemos observar que grande parte dos residentes, principalmente do PRMED, estavam insatisfeitos com o ambiente de aprendizagem.

A influência de CON na saúde mental de residentes foi também observada por Fabichak, Silva-Júnior e Morrone (2014), uma vez que a falta de reconhecimento/valorização do trabalho, de recompensas pela instituição e de incentivo ao desenvolvimento, assim como o excesso de demandas, fatores que foram mais relatados pelos participantes, estavam relacionadas diretamente com a exaustão emocional e baixa realização profissional. Outro estudo (SCANLAN; DEVINE; WATKINS, 2019) avaliando uma equipe multidisciplinar de profissionais da saúde na Austrália observou que fatores como a alta carga de trabalho, administração excessiva e o tempo reduzido com clientes e no ambiente de prestação de serviços foram considerados como barreiras contra a satisfação profissional, ao passo que a liderança de equipe positiva, equipe de apoio e a comunicação respeitosa, estavam relacionadas diretamente à maior satisfação destes profissionais

Ser mulher no nosso estudo se correlacionou negativamente com a realização profissional, ao passo que os participantes com menos de 30 anos demonstraram o inverso. Estas correlações foram também observadas por Carrillo-Garcia e colaboradores (2013), onde homens apresentaram maior satisfação

profissional em relação a mulheres levando em consideração a estabilidade ocupacional, e jovens profissionais na faixa etária de 20 a 30 anos também estavam satisfeitos profissionalmente. Uma justificativa pode ser levantada a respeito, uma vez que geralmente jovens profissionais demonstram maior desejo pela aprendizagem e ganho de experiências, fazendo com que avaliem de forma mais positiva todos os aspectos do trabalho (CARRILLO-GARCÍA *et al.*, 2013).

A excelência técnica e a racionalidade predominantemente exercem uma tradição na formação de médicos e outros profissionais da saúde, prevalecendo até sobre as competências pessoais do indivíduo em formação. Contudo na realidade prática cotidiana muitos dilemas são enfrentados em que apenas a capacidade técnica não é suficiente. Neste contexto se inserem as competências e habilidades sociais, que, via de regra, são contempladas pelas orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do MEC, de acordo com as necessidades do SUS, desde a graduação (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Neste contexto as habilidades sociais surgem como recurso de proteção à saúde mental, como o observado por Pereira-Lima (2014) onde detectou médias significativamente maiores de habilidades sociais em residentes sem transtornos de saúde mental quando comparados aos residentes com tais transtornos. Algo semelhante também foi notado por Borro (2016) em um estudo avaliando estudantes de graduação. Os discentes classificados como “clínicos”, ou seja, com transtornos de saúde mental tiveram correlação direta com a falta de habilidades sociais, ao passo que os do grupo “não clínico” apresentaram os melhores repertórios de habilidades sociais. As habilidades mais visualizadas nos participantes deste estudo foram as habilidades de auto-afirmação na expressão de sentimentos positivos; auto-exposição a desconhecidos e situações novas; enfrentamento em situações de risco; expressão de opiniões; falar em público e controle de agressividade (BORRO, 2016).

No presente estudo, o repertório de habilidades sociais fatoriais menos presentes nos participantes foram as habilidades de “iniciar conversações”, “dizer não”, “receber elogios”, “expressar afeto negativo”, “expressar desacordo/opiniões contrárias” e de “defender direitos”. Além disso, o desempenho no EMES-M de forma geral trouxe evidências que age como fator de proteção para a ansiedade e/ou depressão, com destaque para F3 (receber elogios), F4 (falar em público) e F7 (expressar desacordo/opiniões contrária). A presença de assertividade, autoestima e

inteligência emocional no ambiente de trabalho podem desempenhar importante papel na saúde mental dos profissionais da saúde (ADIN; ROYAL; ADIN, 2020; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2012).

Por outro lado, a falta de assertividade torna o indivíduo incapaz de expressar sentimentos e ideias, sentindo-se ansioso e desvalorizado como resultado. Da mesma forma, para garantir o reconhecimento profissional e alcançar os objetivos, a aplicação da assertividade fará com que o indivíduo tenha a capacidade de se posicionar e ser ouvido frente a diversas situações cotidianas (BOLSONI-SILVA, 2002). O que vem ao encontro dos dados obtidos nos quais os participantes com maior dificuldade em habilidades de expressão apresentaram altos níveis de estresse e problemas de saúde mental.

A baixa autoestima é outro fator que pode ter relação direta com a falta da habilidade de “receber elogios”, por exemplo, no nosso estudo. Frequentemente pessoas que possuem um baixo repertório de habilidades sociais estão relacionadas ao desenvolvimento de ansiedade social, e quando esta é elevada pode levar ao isolamento social e a picos de ansiedade, podendo conseqüentemente levar a transtornos psicológicos como a depressão e burnout (PEREIRA, 2015). Desta forma, o frequente sentimento de inadequação no ambiente de trabalho relacionado a baixa autoestima pode influenciar na auto eficácia e desempenho social, que como um ciclo levam o indivíduo a se sentir cada vez mais desvalorizado à medida que a ansiedade social se instala (PEREIRA, 2015).

Embora os escores totais de HS apontem para um repertório habilidoso dos dois grupos de residentes a análise dos fatores mostram altas taxas de problemas. Em contrapartida, indiretamente a hipótese norteadora do nosso estudo pôde ser confirmada, uma vez que todos os participantes que não apresentavam problemas de saúde mental possuíam melhor repertório de habilidades sociais, demonstrando o seu caráter de proteção à saúde mental dos indivíduos analisados. O contrário também foi observado, já que todos os residentes com repertório menos habilidoso apresentavam maiores níveis de ansiedade, depressão e/ou burnout, algo também observado em outros trabalhos (BORRO, 2016; FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003; PEREIRA-LIMA; LOUREIRO; CRIPPA, 2016).

Como limitação do estudo, o número amostral restringiu o poder do teste estatístico para formar um corpo mais robusto para as relações estabelecidas. Foi possível verificar o poder do teste ($\alpha = 0,050$) apenas para a escala EMES-M, que foi

selecionada por ser um dos principais desfechos para o estudo. Desta maneira, novas pesquisas devem ser desenvolvidas no sentido de ampliar a amostra na tentativa de ampliar o conhecimento sobre a dinâmica do trabalho dos residentes médicos e multiprofissionais, focando as habilidades sociais como fator de proteção. Além disso, seria de grande valor o desenvolvimento de treinos de habilidade social na busca de proporcionar autorreflexão coletiva pelos participantes de maneira a melhorar suas práticas educacionais e desenvolver habilidades sociais que não se fazem presentes, possibilitando assim melhor qualidade na saúde mental.

O estudo traz contribuições importantes no sentido de ser inédito ao comparar dois grupos distintos de residentes englobando a análise da percepção do clima organizacional e do repertório de habilidades sociais e suas associações com indicadores de saúde mental. Também permite legitimar a necessidade de políticas legislativas e institucionais para que os programas de residência, seja qual for a área de conhecimento, contemplem em sua organização e planejamento de condições de ensino-aprendizagem, o desenvolvimento contínuo profissional e pessoal destes jovens englobando as habilidades aqui descritas para se tornarem profissionais competentes do ponto de vista técnico e socioemocional.

7 CONCLUSÕES

Foi demonstrado neste estudo que:

- um número expressivo de residentes apresentaram indicativos de ansiedade, depressão e burnout, especialmente no programa de residência médica;
- tanto residentes médicos quanto multiprofissionais, encontravam-se insatisfeitos com a organização e com elevado nível de estresse, muito embora a maioria deles tenham a percepção de que estão realizados profissionalmente. O que indica que embora estressante, a residência ainda é uma experiência válida e enriquecedora para o desenvolvimento profissional e pessoal.
- a presença de um bom repertório de habilidades sociais mostrou ser um fator protetivo à saúde mental dos participantes, já que os residentes mais habilidosos apresentaram menores taxas de problemas de saúde mental.

Apesar de confirmar a hipótese norteadora desse estudo, mais pesquisas precisam ser realizadas a fim de investigar de forma mais aprofundada todos os aspectos envolvidos na avaliação e comparação de programas de residência distintos da área da saúde. Com os dados apresentados é essencial que as instituições implementem medidas que favoreçam uma boa estrutura, condições de trabalho e sobretudo que permitam boas relações interpessoais e hierárquicas para a expressão de habilidades de cada indivíduo inserido neste contexto. Desta forma será reduzido conseqüentemente o estresse e insatisfação, aumentando o desempenho e a realização profissional dos residentes.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. L. de *et al.* Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 22, n. 2, p. 22–29, 2002. DOI: 10.1590/s1414-98932002000200004. .
- ADIN, D. B.; ROYAL, K. D.; ADIN, C. A. Cross-sectional assessment of the emotional intelligence of fourth-year veterinary students and veterinary house officers in a teaching hospital. *Journal of Veterinary Medical Education*, v. 47, n. 2, p. 193–201, 2020. DOI: 10.3138/jvme.0518-065r. .
- AGUIAR, A. C. de; RIBEIRO, E. C. de O. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 3, p. 371–378, 2010. DOI: 10.1590/s0100-55022010000300006. .
- ALBERTI, R.E; EMMONS, M. . *Your perfect right: A guide to assertive living*. San Luis Obispo: Impact Publishers, 1989.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *DSM-V-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. [S.l: s.n.], 2014.
- ARAÚJO, Á. C.; NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 16, n. 1, p. 99–116, 2014. DOI: 10.31505/rbtcc.v16i1.659. .
- ASEMANI, O. *et al.* Development and validation of a questionnaire to evaluate medical students' and residents' responsibility in clinical settings. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, v. 7, p. 1–8, 2014. .
- BENEVIDES PEREIRA, A. M. T. Elaboração E Validação Do Isb – Inventário Para Avaliação Da Síndrome De Burnout. *Boletim de Psicologia*, v. LXV, p. 059–071, 2015. .
- BISPO, P. M. D. O.; AGUIAR, C. V. N. Saúde E Adoecimento Psíquico De Professores: Estudo Sobre Burnout E Qualidade De Vida No Trabalho. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 7, n. 1, p. 10, 2018. DOI: 10.17267/2317-3394rpds.v7i1.1665. .
- BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 233–242, 2002. DOI: 10.5380/psi.v6i2.3311. .
- BOLZAN, M. E. de O. *Estresse, coping, burnout, sintomas depressivos e hardiness*

- em residentes médicos. 2012. 133 f. Universidade Federal de Santa Maria =, 2012.
- BORRO, N. P. V. *Habilidades sociais e saúde mental: caracterização de universitários da FOB-USP*. 2016. 106 f. Universidade de São Paulo, 2016.
- BOTTI, S. H. de O. *O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino*. 2009. 104 f. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www.albayan.ae>.
- BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1, p. 132–140, 2010. DOI: 10.1590/s0100-55022010000100016. .
- BOVIER, P. A. *et al.* Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *European Journal of Public Health*, v. 19, n. 6, p. 611–617, 2009. DOI: 10.1093/eurpub/ckp056. .
- BRASIL, M. D. S. *Doenças relacionadas ao trabalho*. [S.l.]: Editora MS, 2001. v. 1. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Doen?as+relacionadas+ao+trabalho#8>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atecao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf
- CABALLO, V. E. La multidimensionalidad conductual de habilidades sociales: Propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. *Psicología Conductual*, v. 1, n. 2, p. 221–231, 1993. .
- CAHÚ, R. A. G. *et al.* Stress and quality of life in multi-professional residency. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 10, n. 2, p. 76–83, 2014. DOI: 10.5935/1808-5687.20140013. .
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Professional competence: The building of concepts and strategies developed by health services and implications for nursing. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 552–560, 2013. DOI: 10.1590/S0104-07072013000200034. .
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory

- (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, v. 9, n. 3, p. 499–505, 2004. DOI: 10.1590/s1413-73722004000300018. .
- CARRILLO-GARCÍA, C. *et al.* Influência do gênero e da idade: Satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 6, p. 1314–1320, 2013. DOI: 10.1590/0104-1169.3224.2369. .
- CARVALHO, C. N. *et al.* Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residents médicos e da área multiprofissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 62, n. 1, p. 38–45, 2013. DOI: 10.1590/S0047-20852013000100006. .
- CAVALCANTI, I. L. *et al.* Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 1, p. 190–198, 2018. DOI: 10.1590/1981-52712018v42n1rb20170078. .
- CHEADE, M. de F. M. *et al.* Residência Multiprofissional Em Saúde: a Busca Pela Integralidade. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 592–595, 2013. DOI: 10.5380/ce.v18i3.46360. .
- COHEN, J. S.; PATTEN, S. Well-being in residency training: A survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, v. 5, p. 1–11, 2005. DOI: 10.1186/1472-6920-5-21. .
- COLLOR, F. *Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990*. . Brasil: [s.n.]. , 1990
- DA SILVA TELLES MATHIAS, L. A. *et al.* O plantão noturno em anestesia reduz a latência ao sono. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 54, n. 5, p. 694–699, 2004. DOI: 10.1590/s0034-70942004000500012. .
- DE OLIVEIRA, G. S. *et al.* 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. DOI: 10.1213/ANE.0b013e3182917da9. .
- DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico de depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, p. 06–11, 1999. DOI: 10.1590/S1516-44461999000500003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- DEL PRETTE, Z.A.P, DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- DEL PRETTE, ZAP; DEL PRETTE, A. *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e*

- Educação*. 4 edição (ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Social skills inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and studies in Brazil. *Social Anxiety Disorder: From Research to Practice*, n. February 2015, p. 47–62, 2013. .
- DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. Transtornos psicológicos e habilidades sociais. *In: GUILHARDI, M.; QUEIROZ, P.; SCOZ, M. (Org.). Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento*. Santo André: ESETec, 2002. p. 377–386.
- ECKLEBERRY-HUNT, J. *et al.* An exploratory study of resident burnout and wellness. *Academic Medicine*, v. 84, n. 2, p. 269–277, 2009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181938a45. .
- FABICHAK, C.; DA SILVA-JUNIOR, 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. .
- FAGNANI NETO, R. *et al.* Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *Sao Paulo Medical Journal*, v. 122, n. 4, p. 152–157, 2004. DOI: 10.1590/s1516-31802004000400004. .
- FAHRENKOPF, A. M. *et al.* Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *Bmj*, v. 336, n. 7642, p. 488–491, 2008. DOI: 10.1136/bmj.39469.763218.BE. .
- FALEIROS, F. *et al.* Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 4, p. 3–8, 2016. DOI: 10.1590/0104-07072016003880014. .
- FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, v. 30, n. 1, p. 159–165, 1974. .
- FURTADO, E. D. S.; FALCONE, E. M. D. O.; CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, v. 7, n. 2, p. 43–51, 2003. DOI: 10.5380/psi.v7i2.3222. .
- GALAM, E. *et al.* Burnout among French GPs in training: A cross-sectional study. *British Journal of General Practice*, v. 63, n. 608, p. 217–224, 2013. DOI: 10.3399/bjgp13X664270. .
- GASPAR, S.; MORENO, C.; MENNA-BARRETO, L. Os plantões médicos, o sono e

- a ritmicidade biológica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 44, n. 3, p. 239–245, 1998. DOI: 10.1590/s0104-42301998000300013. .
- GEISEL, E. *Decreto Federal No 80.281, De 5 De Setembro De 1977*. . Brasil: [s.n.]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm#:~:text=D80281&text=DECRETO No 80.281%2C DE,Médica e dá outras providências. , 1977
- GOVARDHAN, L.; PINELLI, V.; SCHNATZ, P. F. Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Connecticut Medicine*, v. 76, n. 7, p. 389–395, 2012. .
- GRESHAM, F. M. Validity of social skills measures for assessing social competence in low-status children: A multivariate investigation. *Developmental Psychology*, v. 17, n. 4, p. 390–398, 1981. DOI: 10.1037/0012-1649.17.4.390. .
- GUIDO, L. de A.; DA SILVA, R. M.; *et al.* Burnout syndrome in multiprofessional residents of a public university. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 46, n. 6, p. 1477–1483, 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000600027. .
- GUIDO, L. de A.; GOULART, C. T.; *et al.* Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 6, p. 1064–1071, 2012. DOI: 10.1590/S0104-11692012000600008. .
- GUIMARÃES, A. M. V. *et al.* Transtornos De Ansiedade: Um Estudo De Prevalência Sobre As Fobias Específicas E a Importância Da Ajuda Psicológica. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 3, n. 1, p. 115–128, 2015. .
- HANDEL, D. A.; RAJA, A.; LINDSELL, C. J. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: A web based survey. *BMC Health Services Research*, v. 6, p. 1–8, 2006. DOI: 10.1186/1472-6963-6-136. .
- HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, v. 17, n. 2, p. 102–108, 2003. DOI: 10.1590/s0102-88392003000200011. .
- HERNANDEZ, E. G. Prevenção e Intervenção na Síndrome de Burnout. Como Prevenir (ou remediar) o processo de Burnout. *In: BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. (Org.). Burnout :Quando O Trabalho Ameaca O Bem-Estar Do Trabalhador*. 4 ed. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. p. 227–272.
- HORII, C. L. Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores. p. 114, 2013. DOI: 10.11606/D.81.2013.tde-10042014-195851. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/81/81131/tde->

10042014-195851/.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 4, p. 420–429, 2010. DOI: 10.15343/0104-7809.20104420429. .

KOVALESKI, D. F. *et al.* Saúde & Transformação Social A síndrome de Burnout em profissionais de saúde Burnout Syndrome in health professionals. p. 107–113, 2012.

KROENKE, K. *et al.* Anxiety Disorders in Primary Care : Prevalence , *Annals of Internal Medicine* Anxiety Disorders in Primary Care : Prevalence , Impairment , *Annals of Internal Medicine*, n. April, 2007. DOI: 10.7326/003-4819-146-5-200703060-00004. Disponível em:

file:///C:/Users/Jane/Desktop/Kroenke_AnxDisordPrimCare_AnnInternMed_2007.pdf.

LEBENSCHN, P. *et al.* Resident Wellness Behaviors. *Family medicine*, v. 45, n. 8, p. 541–9, 2013. .

LEITE, I. C. G. *et al.* Preparatórios para Residência Médica. *Revista Brasileira de Educação*, v. 32, n. 4, p. 445–451, 2008. .

LIMA, K. P. Associações e comparações entre burnout, ansiedade, depressão e habilidades sociais de residentes médicos de diferentes áreas. *Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências*, 2014. .

LIPP, M. N., MALAGRIS, L. N. Manejo do estresse. *In*: RONGE, B. (Org.). *Psicoterapia comportamental cognitiva: pesquisa prática, aplicações e problemas*. São Paulo: Psy, 1995. .

LLOYD, C.; CAMPION, D. P. Occupational stress and the importance of self-care and resilience: Focus on veterinary nursing. *Irish Veterinary Journal*, v. 70, n. 1, p. 1–7, 2017. DOI: 10.1186/s13620-017-0108-7. .

LOPES, A. de A. *FORMAÇÃO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM INTERAÇÃO COM PACIENTES ONCOLÓGICOS*. 2003. 273 f. Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, 2003.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 56, n. 1, p. 81–91, 2010. DOI: 10.1590/s0104-42302010000100021. .

MACKAY, D. Dificuldades sociais e interpessoais. *In*: LETTNER, H. W.; RANGÉ, B. P. (Org.). *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Editora Manole, 1988. p. 137–146.

- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, v. 52, p. 397–422, 2001. .
- MORENO, A. L. *et al.* Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 1, p. 367–376, 2016. DOI: 10.9788/TP2016.1-25. .
- MURTA, S. G. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 2, p. 283–291, 2005. DOI: 10.1590/s0102-79722005000200017. .
- NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saude mental dos profissionais da Saude. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 1, n. 1, p. 56–68, 2003. .
- PAIS-RIBEIRO, J. L.; HONRADO, A.; LEAL, I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. V, n. 2, p. 229–239, 2004. .
- PASQUALUCCI, P. L. *et al.* Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. *BMC Medical Education*, v. 19, n. 1, p. 1–5, 2019. DOI: 10.1186/s12909-019-1621-z. .
- PEREIRA-LIMA, K.; LOUREIRO, S. R. Associações entre habilidades sociais e dimensões de burnout em médicos residentes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 34, n. 2, p. 281–292, 2017. DOI: 10.1590/1982-02752017000200009. .
- PEREIRA-LIMA, K.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. Mental health in medical residents: Relationship with personal, work-related, and sociodemographic variables. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 38, n. 4, p. 318–324, 2016. DOI: 10.1590/1516-4446-2015-1882. .
- PEREIRA, A. S. *Avaliação das habilidades sociais e de suas relações com fatores de risco e proteção em jovens adultos brasileiros*. 2015. 81 f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.
- PEREIRA, A. S.; DUTRA-THOMÉ, L.; KOLLER, S. H. Propriedades psicométricas da escala multidimensional de expressão social -parte motora (EMES-M) em uma amostra brasileira. *Revista Avaliação Psicológica*, v. 17, n. 01, p. 131–141, 2017. DOI: 10.15689/ap.2017.1701.14.13651. .
- RANKIN, J. S. William Stewart Halsted: a lecture by Dr. Peter D. Olch. *Annals of surgery*, v. 243, n. 3, p. 418–425, 2006. DOI: 10.1097/01.sla.0000201546.94163.00. .
- RÍOS, A. *et al.* Influence of residency training on personal stress and impairment in

- family life: Analysis of related factors. *Medical Principles and Practice*, v. 15, n. 4, p. 276–280, 2006. DOI: 10.1159/000092990. .
- RIPP, J. *et al.* The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: A five-institution study. *Academic Medicine*, v. 86, n. 10, p. 1304–1310, 2011. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31822c1236. .
- ROSEN, I. M. *et al.* Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine*, v. 81, n. 1, p. 82–85, 2006. DOI: 10.1097/00001888-200601000-00020. .
- ROTTA, D. S. *et al.* Anxiety and depression levels among multidisciplinary health residents. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 17, n. 3, p. 372, 2016. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000300010. .
- SANTOS, I. S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saude Publica*, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00144612. .
- SANTOS ROCHA, J.; APARECIDA CASAROTTO, R.; BASSO SCHMITT, A. C. Saúde e trabalho de residentes multiprofissionais. *Revista Ciencias de la Salud*, v. 16, n. 3, p. 462, 2018. DOI: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7265. .
- SAÚDE, C. N. de. *Resolução no. 287 de 8 de outubro de 1998*. . Brasil: [s.n.]. , 1998
- SCANLAN, L. M.; DEVINE, S. G.; WATKINS, D. L. Job satisfaction of mental healthcare workers in multidisciplinary teams. *Journal of Mental Health*, v. 0, n. 0, p. 1–8, 2019. DOI: 10.1080/09638237.2019.1644489. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1644489>.
- SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia médica no Brasil 2018*. [S.l: s.n.], 2018. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=15&edicao=4278#page/1>.
- SEELIG, C. B.; DUPRE, C. T.; ADELMAN, H. M. *Development and validation of a scaled questionnaire for evaluation of residency programs*. *Southern Medical Journal*. [S.l: s.n.]. , 1995
- SHANAFELT, T. D. *et al.* Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Int Med*, v. 136, n. February 2001, 2002. DOI: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>.
- SHARON L FOSTER, W. L. R. Issues in the assessment of social competence in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v. 12, n. 4, p. 625–638, 1979. .

- SILVA, M., MARCHI, R. *Saúde e qualidade de vida no trabalho*. São Paulo: Best Seller, 1997.
- SILVA, G. C. C. da *et al.* Ansiedade e depressão em residentes em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 2, p. 199–206, 2010. DOI: 10.1590/s0100-55022010000200003. .
- SILVA, L. I. L. da. *Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005*. . [S.l: s.n.]. , 2005
- SILVA, G. *et al.* Ansiedade e depressão em residentes em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 2, p. 199–206, 2010. DOI: 10.1590/s0100-55022010000200003. .
- SOARES, L. R. *et al.* Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 1, p. 77–82, 2012. DOI: 10.1590/s0100-55022012000100011. .
- SOUZA, W. C.; SILVA, A. M. M. a Influência De Fatores De Personalidade E De Organização Do Trabalho No Burnout Em Profissionais De Saúde the Influence of Personality and Job Factors on Burnout Among Health Professionals. *Revista de estudo de psicologia*, v. 19, n. 021, p. 37–48, 2002. .
- SPITZER, R. L. *et al.* A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 2006. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092. .
- STAN, V. A. *et al.* Support, technology and mental health: correlates of trainee workplace satisfaction. *Perspectives on Medical Education*, 2020. DOI: 10.1007/s40037-019-00555-2. .
- TENG, C. T.; DE CASTRO HUMES, E.; NAVAS DEMETRIO, F. Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 149–159, 2005. DOI: 10.1590/s0101-60832005000300007. .
- THOMAS, N. K. Resident burnout. *Journal of the American Medical Association*, v. 292, n. 23, p. 2880–2889, 2004. DOI: 10.1001/jama.292.23.2880. .
- TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 34, n. 5, p. 223–233, 2007. DOI: 10.1590/s0101-60832007000500004. .
- VAN DER HEIJDEN, F. *et al.* Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Archives of Suicide Research*, v. 12, n. 4, p. 344–346, 2008. DOI: 10.1080/13811110802325349. .
- VIEIRA, J. E. Resenha de “Residência médica: estresse e crescimento”. *Revista*

Brasileira de Educação Médica, v. 33, n. 2, p. 307–308, 2009. DOI: 10.1590/s0100-55022009000200020. .

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos interessados em estudar como situações de estresse no trabalho podem influenciar na saúde mental dos profissionais de saúde. Sabe-se que a residência médica e multiprofissional é um período no qual o profissional está sob treinamento, enfrenta muitos desafios tais como longas jornadas de trabalho, tarefas complexas, alta responsabilidade sobre si e sobre outros, fadiga e privação de sono, o que pode estar associado ao estresse no trabalho, definido como síndrome de burnout e ao de risco para o desenvolvimento de eventuais problemas de saúde mental, como a ansiedade e depressão. Por outro lado sabe-se que algumas condições pessoais e do ambiente de trabalho podem proteger as pessoas do desenvolvimento dessas dificuldades.

Pretendemos verificar as possíveis associações entre os fatores de risco, manifestações de burnout e indicadores de ansiedade, depressão e os fatores de proteção relacionados às habilidades sociais, apresentadas por residentes médicos e multiprofissionais de diversas áreas de atuação, como também em diferentes instituições. Justifica-se tal estudo pela relevância da identificação de fatores de risco e de proteção para problemas de saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais, o que poderá favorecer a prevenção em saúde mental.

A presente pesquisa não apresenta qualquer risco para a sua saúde física e/ou mental, porém poderá dar acesso à exposição de informações pessoais abordadas por meio dos instrumentos, o que configura em risco uma vez que pode trazer à memória experiências ou situações vividas que podem causar sofrimento psíquico. Caso o participante sinta algum desconforto, ele deverá notificar o psicólogo responsável pela pesquisa que estará à disposição para realizar suporte emocional no decorrer da pesquisa, assim como será oferecido atendimento e/ou encaminhamento psicológico. Como benefícios busca obter informações sobre saúde mental e fatores de proteção relacionados ao repertório de habilidades sociais dos residentes que possam subsidiar políticas de prevenção voltadas a esta população para minimizar os fatores de risco e potencializar os recursos individuais de enfrentamento. Ao responder os instrumentos, o participante terá a oportunidade de refletir sobre a sua relação com si mesmo, com o mundo e as pessoas que se relaciona, promovendo autoconhecimento, que consequentemente auxiliara na tomada de decisão, inclusive de procurar ajuda especializada se for o caso. Esses instrumentos são utilizados em muitas pesquisas com residente médico e/ou multiprofissional, inclusive de outras unidades da USP, não havendo registro de desconfortos, riscos fisiológicos ou psicológicos para os respondentes.

Pedimos a sua colaboração no sentido de participar, de modo voluntário, deste estudo. Caso você concorde, o TCLE deverá ser assinado digitalmente de maneira *online*, o que vai redirecioná-lo para o preenchimento de seis instrumentos, tipo questionário e escalas, validados para o Brasil, que avaliam respectivamente: burnout, depressão, clima organizacional, ansiedade e habilidades sociais. Os instrumentos deverão ser respondidos de forma *online* em momento que o residente identificar como adequado para realização desta atividade. Você não será identificado. Tomaremos todos os cuidados para garantir o sigilo das informações. Os resultados individuais não serão divulgados, a não ser para você mesmo, por

solicitação direta. Não haverá qualquer tipo de despesas com as atividades ou material. A qualquer momento poderá desistir da participação neste estudo, sem nenhum constrangimento ou ônus, devendo apenas assinalar sua discordância *online*. Informamos que as instituições envolvidas no estudo estão isento de qualquer responsabilidade sobre o estudo, que está sendo desenvolvido como um trabalho de pós-graduação. Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

_____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente autoexplicativo em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do que foi lido, DECLARA e FIRMA seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o participante da pesquisa, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 16º do Código de Ética Profissional do Psicólogo). Por fim, como pesquisador responsável pela pesquisa, DECLARO o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466 de 2012, contidos nos itens IV. 3, item IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012. Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que receberá assinatura online, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 2012, itens IV. 3.f e IV.5.d.

Bauru, SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome Assinatura do Responsável Principal

O **Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**, organizado e criado pela **FOB-USP**, em 29/06/98 (**Portaria GD/0698/FOB**), previsto no item VII da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (publicada no DOU de 13/06/2013), é um Colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Para esclarecimentos de dúvidas em relação à pesquisa, por favor, entrar em contato com João Pletti (mestrando e responsável pela pesquisa), pelos telefones (14) 3016-4153 ou 99791-9128 ou pelo e-mail joao.pletti@usp.br. Como também, os esclarecimentos podem ser fornecidos pela Profa. Dra. Dagma Venturini M

Abramides (orientadora da pesquisa) pelo telefone (14) 32348534 ou pelo e-mail dagmavma@usp.br.

Qualquer denúncia e/ou reclamação sobre sua participação na pesquisa poderá ser reportada a este CEP:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira (em dias úteis), no horário das **14hs às 17h30**.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75.

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

APÊNDICE B

CARTA SOLICITAÇÃO PARA O SETOR DE RECURSOS HUMANOS

Bauru, __de_____de 20__.

Prezado (a) Sr (a).

IDENTIFICAÇÃO

Meu nome é João W. Pletti sou aluno de mestrado pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, pelo programa de mestrado de fonoaudiologia, área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Dagma Venturini Marques Abramides.

EXPLICAÇÕES REFERENTES AO ESTUDO

E estou realizando este contato devido à pesquisa de mestrado que estamos interessados em desenvolver, na qual busca compreender a saúde mental e habilidades sociais dos residentes médicos e multiprofissionais.

O objetivo deste estudo é investigar como as situações do estresse no trabalho podem influenciar na saúde mental dos profissionais de saúde. Sabe-se que a residência médica e multiprofissional é um período no qual o profissional que está sob treinamento, enfrenta muitos desafios tais como longas jornadas de trabalho, tarefas complexas, alta responsabilidade sobre si e sobre outros, fadiga e privação

de sono, o que pode estar associado ao estresse no trabalho, definido como síndrome de *burnout* e ao de risco para o desenvolvimento de eventuais problemas de saúde mental, como a ansiedade e depressão. Por outro lado sabe-se que algumas condições pessoais e do ambiente de trabalho podem proteger as pessoas do desenvolvimento dessas dificuldades.

Nesse estudo pretendemos verificar as possíveis associações entre os fatores de risco, manifestações de *burnout* e indicadores de ansiedade, depressão e os fatores de proteção relacionados às habilidades sociais, apresentadas por residentes médicos e multiprofissionais de diversas áreas de atuação, como também em diferentes instituições.

Justifica-se tal estudo pela relevância da identificação de fatores de risco e de proteção para problemas de saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais, o que poderá favorecer a prevenção em saúde mental, ressaltando-se assim a aplicabilidade dos dados.

Este estudo acontecerá de maneira *online*, no qual o participante deverá assinalar a sua anuência de modo voluntário, caso esteja de acordo em participar. O TCLE deverá ser assinado digitalmente de forma *online* assíncronica, o que vai redirecioná-lo para o preenchimento de seis instrumentos, tipo questionário e escalas, validados para o Brasil, que avaliam respectivamente: *burnout*, depressão, clima organizacional, ansiedade e habilidades sociais. Os instrumentos deverão ser respondidos de forma *online* no momento que o residente identificar como adequado para realização desta atividade.

INFORMAÇÕES SOLICITADAS AO SETOR DE RECURSOS HUMANOS

Pedimos a sua colaboração para que informe qual programa(s) de residência(s) possua esta instituição, o número exato de residentes matriculados nos seus respectivos programas de residência no ano de 2018, identificando o tipo de atividade predominante desenvolvida pelo residente, local de atuação e e-mail. Também solicito o nome do coordenador e preceptores da residência, contato telefônico e e-mail.

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO AO SETOR DE RECURSOS HUMANOS

Após o recebimento dessas informações, os coordenadores dos programas de residência serão contatados via telefone, no qual serão transmitidas as informações

referentes ao estudo, seus objetivos e metodologia. Em seguida será encaminhado um e-mail contendo uma carta apresentação/convite no qual informa de maneira discriminada o teor da pesquisa, como também o coordenador do programa de residência médica e multiprofissional é convidado a ser membro da equipe de pesquisa na instituição que atua. Caso o coordenado autorize a pesquisa e não possa ser membro da equipe de pesquisa, será solicitada a indicação de um preceptor que possa ser responsável pela pesquisa nesta instituição. Além disso, neste e-mail estará em anexo o Termo de Aquiescência, conforme exigência do CEP-FOB, que deverá ser assinado e encaminhado ao pesquisador responsável. Posteriormente a este procedimento prévio o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de cada instituição na qual será realizada a pesquisa.

Agradeço a sua colaboração, atentiosamente,

João Wellinton Pletti

Psicólogo – CRP: 06/118305

Mestrando

Faculdade de Odontologia de Bauru

CV: <http://lattes.cnpq.br/9470595011115204>

Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

Psicóloga – CRP: 06/30432-7

Orientadora da pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru

CV: <http://lattes.cnpq.br/123413576135800>

Nome do Pesquisador Responsável: João Wellinton Pletti - Psicólogo – CRP 06/118305.

Endereço institucional: Avenida Nossa Senhora de Fátima, 15-39; Bairro: Jardim América; Cidade: Bauru/SP; CEP: 17.017-337 – Telefone: 55 – 14 3016-4153 / 99791-9128 E-mail: joao.pletti@usp.br

APÊNDICE C

CARTA SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Bauru, __ de _____ de 20__.

Prezado (a) Sr (a).

IDENTIFICAÇÃO

Meu nome é João W. Pletti sou aluno de mestrado pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, pelo programa de mestrado de fonoaudiologia, área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Dagma Venturini Marques Abramides.

EXPLICAÇÕES REFERENTES AO ESTUDO

E estou realizando este contato devido à pesquisa de mestrado que estamos interessados em desenvolver, na qual busca compreender a saúde mental e habilidades sociais dos residentes médicos e multiprofissionais.

O objetivo deste estudo é investigar como as situações do estresse no trabalho podem influenciar na saúde mental dos profissionais de saúde. Sabe-se que a residência médica e multiprofissional é um período no qual o profissional que está sob treinamento, enfrenta muitos desafios tais como longas jornadas de trabalho, tarefas complexas, alta responsabilidade sobre si e sobre outros, fadiga e privação de sono, o que pode estar associado ao estresse no trabalho, definido como síndrome de *burnout* e ao de risco para o desenvolvimento de eventuais problemas de saúde mental, como a ansiedade e depressão. Por outro lado sabe-se que algumas condições pessoais e do ambiente de trabalho podem proteger as pessoas do desenvolvimento dessas dificuldades.

Nesse estudo pretendemos verificar as possíveis associações entre os fatores de risco, manifestações de burnout e indicadores de ansiedade, depressão e os fatores de proteção relacionados às habilidades sociais, apresentadas por residentes médicos e multiprofissionais de diversas áreas de atuação, como também em diferentes instituições.

Justifica-se tal estudo pela relevância da identificação de fatores de risco e de proteção para problemas de saúde mental de residentes médicos e

multiprofissionais, o que poderá favorecer a prevenção em saúde mental, ressaltando-se assim a aplicabilidade dos dados.

Este estudo acontecerá de maneira *online*, no qual o participante deverá assinalar a sua a anuência de modo voluntário, caso esteja de acordo em participar. O TCLE deverá ser assinado digitalmente de forma *online* assíncronica, o que vai redirecioná-lo para o preenchimento de seis instrumentos, tipo questionário e escalas, validados para o Brasil, que avaliam respectivamente: burnout, depressão, clima organizacional, ansiedade e habilidades sociais. Os instrumentos deverão ser respondidos de forma *online* no momento que o residente identificar como adequado para realização desta atividade.

INFORMAÇÕES SOLICITADAS AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Por trata-se de um estudo com delineamento transversal, correlacional e de comparação entre grupos de residentes distribuídos por áreas de atuação. Pedimos a sua colaboração para que informe os documentos necessários para que seja realizada a pesquisa nesta instituição.

Agradeço a sua colaboração, atenciosamente,

João Wellinton Pletti

Psicólogo – CRP: 06/118305

Mestrando

Faculdade de Odontologia de Bauru

CV: <http://lattes.cnpq.br/9470595011115204>

Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

Psicóloga – CRP: 06/30432-7

Orientadora da pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru

CV: <http://lattes.cnpq.br/123413576135800>

Nome do Pesquisador Responsável: João Wellinton Pletti - Psicólogo – CRP 06/118305.

Endereço institucional: Avenida Nossa Senhora de Fátima, 15-39; Bairro: Jardim América; Cidade: Bauru/SP; CEP: 17.017-337 – Telefone: 55 – 14 3016-4153 / 99791-9128 E-mail: joao.pletti@usp.br

APÊNDICE D

CARTA DE APRESENTAÇÃO/CONVITE AOS COORDENADORES DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL.

Bauru, __de_____de 20_.

Prezado (a) Sr (a).

IDENTIFICAÇÃO

Meu nome é João W. Pletti sou aluno de mestrado pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, pelo programa de mestrado de fonoaudiologia, área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Dagma Venturini Marques Abramides.

EXPLICAÇÕES REFERENTES AO ESTUDO

E estou realizando este contato devido à pesquisa de mestrado que estamos interessados em desenvolver, na qual busca compreender a saúde mental e habilidades sociais dos residentes médicos e multiprofissionais.

O objetivo deste estudo é investigar como as situações do estresse no trabalho podem influenciar na saúde mental dos profissionais de saúde. Sabe-se que a residência médica e multiprofissional é um período no qual o profissional que está sob treinamento, enfrenta muitos desafios tais como longas jornadas de trabalho, tarefas complexas, alta responsabilidade sobre si e sobre outros, fadiga e privação de sono, o que pode estar associado ao estresse no trabalho, definido como síndrome de *burnout* e ao de risco para o desenvolvimento de eventuais problemas de saúde mental, como a ansiedade e depressão. Por outro lado sabe-se que algumas condições pessoais e do ambiente de trabalho podem proteger as pessoas do desenvolvimento dessas dificuldades.

Nesse estudo pretendemos verificar as possíveis associações entre os fatores de risco, manifestações de burnout e indicadores de ansiedade, depressão e os fatores de proteção relacionados às habilidades sociais, apresentadas por residentes médicos e multiprofissionais de diversas áreas de atuação, como também em diferentes instituições.

Justifica-se tal estudo pela relevância da identificação de fatores de risco e de proteção para problemas de saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais, o que poderá favorecer a prevenção em saúde mental, ressaltando-se assim a aplicabilidade dos dados.

Este estudo acontecerá de maneira *online*, no qual o participante deverá assinalar a sua anuência de modo voluntário, caso esteja de acordo em participar. O TCLE deverá ser assinado digitalmente de forma *online* assíncronica, o que vai redirecioná-lo para o preenchimento de seis instrumentos, tipo questionário e escalas, validados para o Brasil, que avaliam respectivamente: burnout, depressão, clima organizacional, ansiedade e habilidades sociais. Os instrumentos deverão ser respondidos de forma *online* no momento que o residente identificar como adequado para realização desta atividade.

CONVITE PARA SER MEMBRO DA EQUIPE DE PESQUISA

Venho formalizar o convite para o prezado coordenador e/ou preceptor a ser membro da equipe de pesquisa referente à pesquisa de saúde mental e habilidades sociais nos residentes médicos e multiprofissionais. Peço à anuência que deverá ser expressa no Termo de Aquiescência (que se encontra em anexo neste e-mail), conforme exigência do CEP-FOB/USP, que deverá ser assinado e encaminhado ao pesquisador responsável.

COMPROMISSO

Informo ainda que os resultados da pesquisa serão socializados com todos os programas de residência médica e multiprofissional. Entretanto, assegurando que todos os preceitos éticos conforme a norma estabelecida pela CEP/CONEP e Código de Ética Profissional do Psicólogo será cumprida.

Agradecendo a sua colaboração, atentamente,

João Wellinton Pletti
Psicólogo – CRP: 06/118305
Mestrando
Faculdade de Odontologia de Bauru

CV: <http://lattes.cnpq.br/9470595011115204>

Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides

Psicóloga – CRP: 06/30432-7

Orientadora da pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru

CV: <http://lattes.cnpq.br/123413576135800>

Nome do Pesquisador Responsável: João Wellinton Pletti - Psicólogo – CRP 06/118305.

Endereço institucional: Avenida Nossa Senhora de Fátima, 15-39; Bairro: Jardim América; Cidade: Bauru/SP; CEP: 17.017-337 – Telefone: 55 – 14 3016-4153 / 99791-9128 E-mail: joao.pletti@usp.br

APÊNDICE E

CARTA DE APRESENTAÇÃO/CONVITE DA PESQUISA AO PARTICIPANTE

Bauru, ___ de _____ de 20__.

Prezado (a) Sr (a).

IDENTIFICAÇÃO

Meu nome é João W. Pletti sou aluno de mestrado pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, pelo programa de mestrado de fonoaudiologia, área de concentração Processos e Distúrbios da Comunicação, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Dagma Venturini Marques Abramides.

EXPLICAÇÕES REFERENTES AO ESTUDO

Estamos realizando este contato devido à pesquisa de mestrado que estou desenvolver, na qual busca compreender a saúde mental e habilidades sociais apresentadas por residentes médicos e multiprofissionais dos programas do centro-oeste paulista.

O objetivo deste estudo é investigar como as situações do estresse no trabalho podem influenciar na saúde mental dos profissionais de saúde. Sabe-se que a residência médica e multiprofissional é um período no qual o profissional que está sob treinamento, enfrenta muitos desafios tais como longas jornadas de trabalho, tarefas complexas, alta responsabilidade sobre si e sobre outros, fadiga e privação de sono, o que pode estar associado ao estresse no trabalho, definido como síndrome de *burnout* e ao de risco para o desenvolvimento de eventuais problemas de saúde mental, como a ansiedade e depressão. Por outro lado sabe-se que algumas condições pessoais e do ambiente de trabalho podem proteger as pessoas do desenvolvimento dessas dificuldades.

Nesse estudo pretendemos verificar as possíveis associações entre os fatores de risco, manifestações de burnout e indicadores de ansiedade, depressão e os fatores de proteção relacionados às habilidades sociais, apresentadas por residentes médicos e multiprofissionais de diversas áreas de atuação, como também em diferentes instituições.

Justifica-se tal estudo pela relevância da identificação de fatores de risco e de proteção para problemas de saúde mental de residentes médicos e multiprofissionais, o que poderá favorecer a prevenção em saúde mental, ressaltando-se assim a aplicabilidade dos dados.

CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Portanto, solicito a sua contribuição como participante desta pesquisa, respondendo ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) + os instrumentos, ambos *online*, por meio dos endereços eletrônicos:

<https:-----> (TCLE + Instrumentos)

Solicito, por gentileza, que o TCLE + Instrumentos seja respondido impreterivelmente até o dia ___/___/20___. Lembrando que a ausência de sua participação comprometerá a proposta do estudo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Ser oferecidas e realizadas sessões de devolutiva dos dados individuais para os residentes que manifestarem interesse ou que fizerem uma solicitação direta ao pesquisador por meio de e-mail joao.pletti@usp.br. Para realização das devolutivas será adotado o recurso de videoconferência, utilizando o áudio e vídeo do aplicativo do WhatsApp do pesquisador, com horário e data previamente agendada, no qual será informado de maneira individual ao participante os resultados das avaliações. Na ocorrência de problemas com a tecnologia adotada ou de intercorrência devido às atividades laborais do participante será disponibilizada nova data para a devolutiva. Além disso, na constatação de indicadores que traga risco a saúde do participante, será realizada as orientações e os encaminhamentos apropriados.

No término dos instrumentos será apresentado aos residentes duas questões: a) solicito a devolutiva do resultado dos instrumentos aplicados;
b) dispense a devolutiva dos instrumentos aplicados.

O material será respondido *online* de forma assíncrona. Todas as informações serão enviadas apenas para o pesquisador responsável.

COMPROMISSO

Informo ainda que os resultados da pesquisa serão socializados com todos os programas de residência médica e multiprofissional. Entretanto, assegurando que todos os preceitos éticos conforme a norma estabelecida pela CEP/CONEP e Código de Ética Profissional do Psicólogo será cumprida.

Agradecendo a sua colaboração, atenciosamente,

João Wellington Pletti
Psicólogo – CRP: 06/118305
Mestrando
Faculdade de Odontologia de Bauru
CV: <http://lattes.cnpq.br/9470595011115204>

Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides
Psicóloga – CRP: 06/30432-7
Orientadora da pesquisa
Faculdade de Odontologia de Bauru
CV: <http://lattes.cnpq.br/123413576135800>

Nome do Pesquisador Responsável: João Wellington Pletti - Psicólogo – CRP 06/118305.

Endereço institucional: Avenida Nossa Senhora de Fátima, 15-39; Bairro: Jardim América; Cidade: Bauru/SP; CEP: 17.017-337 – Telefone: 55 – 14 3016-4153 / 99791-9128 E-mail: joao.pletti@usp.br

ANEXO A**QUESTIONÁRIO RELATIVO A DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ÀS ATIVIDADES PROFISSIONAIS**

- 1) Nome (opcional) _____
- 2) Data de nascimento ____/____/_____
- 3) Gênero: () Masculino ()Feminino
- 4)Estado civil: () Solteiro () Casado ou em união estável () Divorciado () Viúvo
- 5) Filhos: () Sim, quantos? ____ () Não
- 6) Com quem reside:_____
- 7) Faculdade em que concluiu a graduação: _____
- 8) Realizou estágio durante a graduação? () Sim () Não
- 9) Programa de residência atual: _____
- 10) Ano de residência: ____ Programa de acesso direto () Sim () Não Duração do programa anterior ____ (anos)
- 11) Plantões regulares da residência () Sim () Não
- 12) Número de plantões da residência por mês: _____
- 14) Plantões extras aos da residência () Sim () Não
- 15) Número de plantões extras por mês: _____
- 17) Carga horária de trabalho semanal dedicada apenas as atividades da residência

- 18) Carga horária de trabalho semanal incluindo todas as atividades profissionais
