

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional

Prevalence and factors associated with common mental disorders in medical and multiprofessional health residents

Carla Novaes Carvalho¹, Djalma Agripino de Melo-Filho², João Alberto Gomes de Carvalho¹, Ana Carla Guedes de Amorim³

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e sua associação a fatores sociodemográficos e profissionais em residentes de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva da cidade do Recife (PE). **Métodos:** Estudo transversal foi conduzido, em 2007, envolvendo uma amostra aleatória de 178 residentes que responderam a questões sociodemográficas e sobre a formação profissional e ao *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Calcularam-se as prevalências de TMC e estimaram-se as razões de prevalência (RP) e os intervalos de confiança. **Resultados:** A prevalência total dos TMC foi de 51,1% e não se observou associação aos fatores sociodemográficos. A prevalência do evento foi 39% maior nos médicos que nos não médicos ($p = 0,049$) e 46% maior em residentes médicos das especialidades cirúrgicas que entre os de enfermagem, nutrição e saúde coletiva ($p = 0,048$). Cinco das queixas do SRQ-20 foram mais frequentes no sexo feminino ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os dados demonstram a elevada magnitude dos TMC nessa população, principalmente nos residentes médicos, e servem para educadores e gestores de serviços de saúde no sentido de viabilizar estratégias para prevenir e recuperar a qualidade de vida dos residentes.

Palavras-chave

Transtornos mentais, saúde mental, residência médica, educação médica.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of common mental disorders (CMD) and its association with sociodemographics and professionals resident in medicine, nursing, nutrition and public health from the city of Recife (PE). **Methods:** A survey was conducted in 2007, involving a random sample of 178 residents, who responded to question about sociodemographics and professional training and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The prevalence of CMD were calculated, also prevalence ratios (PR) and confidence intervals were estimated. **Results:** The overall prevalence of CMD was 51.1%, and there was no association with sociodemographics factors. The prevalence of the event was 39% higher among the

Recebido em
5/10/2012
Aprovado em
3/2/2013

1 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

2 UFPE, Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social.

3 Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Endereço para correspondência: Carla Novaes Carvalho
Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento,
Universidade Federal de Pernambuco
Av. Professor Moraes Rego, s/n, bloco A, térreo, Cidade Universitária
50670-420 – Recife, PE, Brasil
Telefone: (81) 2126-8539
E-mail: carlanovaes1971@gmail.com

Keywords

Mental disorders, mental health, internship and residency, medical education.

physicians than in the non-medical ($p = 0,049$) and 46% greater in the surgical specialties medical residents than among nursing, nutrition and public health ($p = 0,048$). Five of the SRQ-20 items were more frequent in female ($p < 0,05$). **Conclusion:** These findings indicate the high magnitude of CMD in this population, especially medical residents and serve to educators and managers of health services in order to define strategies to prevent and recover the mental health and the quality of life of the residents.

INTRODUÇÃO

O conceito de transtornos mentais comuns (TMC) desenvolveu-se, na década de 1970, por meio de pesquisas sobre adoecimento mental no âmbito da atenção primária em saúde, contexto em que se verifica maior prevalência de transtornos não psicóticos em contraste com o perfil de casos psiquiátricos mais graves do ambiente hospitalar¹. A expressão TMC foi criada por Goldberg e Huxley¹ e se refere a sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Esses autores destacam que os transtornos, apesar de inicialmente não serem graves, causam enorme sofrimento e, posteriormente, podem estar associados à incapacidade e ao absenteísmo no trabalho.

Os TMC, embora não configurem uma entidade clínica específica, descrita em manuais nosológicos, estão relacionados, segundo Mari e Jorge², aos transtornos de ansiedade, somatização e depressão sem sintomas psicóticos, constituindo, portanto, uma dimensão desses fenômenos psicopatológicos, expressa no nível coletivo, cuja abordagem é realizada principalmente pelos estudos epidemiológicos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)³, os transtornos depressivos ocupam o quarto lugar entre as dez primeiras causas de incapacidade no mundo. Eles representam, como categoria diagnóstica única, a principal causa de inaptidão quando se consideram os anos vividos com esse problema.

Os estudos iniciais sobre TMC em países industrializados referiam uma variação na prevalência entre 7% e 30%¹. No Nordeste do Brasil, investigação realizada, em 1993, em Olin da (PE), encontrou prevalência de 35% e associação desses transtornos às condições de vida e estrutura ocupacional⁴. Inquérito desenvolvido, em 1994, em Pelotas (RS), revelou que 22,7% da população adulta da zona urbana sofria de TMC⁵.

Os transtornos mentais são resultado de múltiplos determinantes, destacando-se os de origem genética, comportamentais e ambientais, e se associam a alguns fatores como sexo, faixa etária, situação conjugal, condições de vida e trabalho¹⁴.

O interesse em perscrutar o construto TMC tem crescido para além de sua detecção na população geral. Estudos foram desenvolvidos para mensurar sua magnitude em várias profissões⁶⁻⁸, incluindo os profissionais de saúde⁹⁻¹². Pitta⁹ observou prevalência elevada em trabalhadores do setor de hemodiálise (45,5%) e da UTI pediátrica (32,1%) em um hospital geral de São Paulo. Constata-se uma concordância

entre os estudos quando revelam que médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde constituem grupos expostos à insalubridade mental⁹⁻¹².

Segundo Smith *et al.*¹³, a magnitude dos transtornos mentais em residentes médicos parece estar aumentando, caracterizando o grupo como de maior risco de adoecimento^{14,15}. A residência constitui uma das fases mais estressantes na formação do médico, principalmente durante o primeiro ano de treinamento, quando expõe o jovem treinando a sofrimentos que podem provocar alterações comportamentais indesejáveis¹⁵⁻¹⁷. Small¹⁸ descreveu, em residentes médicos, um quadro sindrômico, denominado de *house officer stress syndrome*, caracterizado por distúrbios cognitivos episódicos, raiva crônica, ceticismo, discórdia familiar, depressão, ideação suicida e suicídio e abuso de drogas.

A residência se caracteriza pelo treinamento em serviço sob supervisão, cuja finalidade é a criação de competência profissional para desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades. O residente exercita a prática médica amparando-se nos saberes científico e tecnológico, ao mesmo tempo em que está em contato permanente com a dor, o sofrimento, a doença e a morte¹⁶. Nesse processo, configurado pela dualidade trabalhador-aprendiz, o residente enfrenta uma tensão interna constante que tanto pode ajudar no seu aperfeiçoamento quanto atuar como fator desencadeante de transtornos mentais. Antes restrita aos médicos, a modalidade de treinamento se expandiu para enfermeiros, nutricionistas e outras categorias profissionais da área de saúde.

As investigações sobre saúde mental em grupos de profissionais sob treinamento em regime de residência são escassas, ao contrário daquelas desenvolvidas em graduandos¹⁹⁻²¹ ou em grupos profissionalizados^{12,22}.

Nesse sentido, esta investigação teve como objetivo determinar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com variáveis sociodemográficas e relativas à formação profissional em pós-graduandos dos programas de residência de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva da cidade do Recife.

MÉTODO

Universo e amostra

O universo do estudo foi formado pelo total de pós-graduandos, do primeiro e segundo anos, matriculados,

em 2007, nos programas de residência da cidade do Recife (PE), com acesso direto para as áreas de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva, gerenciados pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz-PE) e Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE). Na época de investigação, havia 617 pessoas nessa condição. Para o cálculo amostral, utilizaram-se os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95%, erro de amostragem de 10% e uma prevalência estimada do evento de 50%, com a finalidade de maximizar o tamanho amostral. O cálculo foi desenvolvido no programa Epi-Info, versão 6,0, obtendo-se um $n = 167$. Considerando possíveis perdas, o tamanho da amostra foi aumentado em 20%, obtendo-se um total de 200 participantes. A composição da amostra foi estratificada segundo a proporção de residentes em cada programa, considerando as diferentes especialidades, medicina, enfermagem, nutrição, saúde coletiva, e ano de treinamento. O procedimento de seleção dos participantes foi aleatório e realizado de modo sistemático a partir dos intervalos de amostragem. Nos casos em que o residente escolhido encontrava-se em férias, em viagem, em algum treinamento fora da cidade ou, ainda, em gozo de licença-maternidade, selecionava-se, na listagem, o nome localizado logo abaixo do seu. Não houve reposição amostral, e quando, após três tentativas, o residente não era encontrado, considerava-se perda.

Desenho de estudo e coleta de dados

Conduzido entre outubro e dezembro de 2007, o estudo transversal avaliou 178 residentes para detecção de TMC por meio da versão brasileira do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Além disso, foram respondidas questões sobre dados sociodemográficos e formação profissional, incluindo idade, sexo, estado conjugal, profissão, ano de conclusão do curso de graduação, nome do programa de residência, ano de treinamento, cidade em que residia antes do treinamento, número de filhos e situação de moradia, que fizeram parte do questionário original procedente da dissertação de mestrado da autora²³. O instrumento de coleta foi testado em estudo piloto. A coleta dos dados ocorreu no próprio local de trabalho dos participantes, em geral após as reuniões das equipes da residência ou, por meio de agendamento, quando os residentes sorteados não estivessem presentes. Após serem prestadas as orientações sobre a pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todos os residentes sorteados preenchiam o questionário, em uma sala isolada, sob supervisão direta da autora ou de um dos auxiliares da pesquisa, que permaneciam no local para prestar esclarecimentos. Os questionários foram distribuídos dentro de envelopes padronizados e, após devolução, cada residente os depositava em uma urna, de modo a garantir a confidencialidade do processo.

O SRQ-20 foi desenvolvido por Harding *et al.*²⁴. Quando um instrumento é aplicado, dois aspectos devem ser considerados em sua avaliação: a validade e a confiabilidade. O primeiro, também chamado de acurácia, se refere à sua capacidade de medir o que se propõe medir, e o segundo, também chamado de precisão ou fidedignidade, revela o grau de concordância entre as múltiplas medidas de um mesmo fenômeno. Embora a confiabilidade seja uma condição necessária, ela não é suficiente para avaliar a validade.

Do ponto de vista operacional, a validade do SRQ-20 é aferida tomando-se como padrão-ouro a entrevista psiquiátrica. Nesse sentido, percebe-se variação entre 62,9% e 90% de sua sensibilidade e entre 44% e 95,2% de sua especificidade²⁵. Em relação à confiabilidade desse instrumento, Santos *et al.*²⁶, usando a fórmula de Kuder-Richardson (KD-20) para avaliar a consistência interna do instrumento, encontraram um coeficiente geral e padronizado de 0,80, semelhante ao do estudo de Iacoponi e Mari²⁷.

O SRQ-20 é composto por 20 questões do tipo "sim/não", das quais quatro se referem a queixas somáticas e 16, a sintomas psíquicos. Cada um dos 20 itens pode apresentar como escore 0 ou 1, indicando, respectivamente, ausência ou presença do sintoma nos últimos 30 dias. O ponto de corte utilizado em muitas investigações tem sido de 7 ou 8^{6,11,25}, no entanto muitos autores defendem o uso de ponto de corte diferenciado entre os sexos, 7 ou 8 para o feminino e 5 ou 6 para o masculino, a fim aumentar a validade, diminuindo os bias de classificação^{19,21,24,25,28}. Neste estudo, considerou-se caso de TMC o participante do sexo masculino que respondeu de modo afirmativo a, no mínimo, seis questões do SRQ-20 ou do sexo feminino que respondeu, dessa maneira, a pelo menos oito questões.

Numa primeira abordagem, os programas de residência foram categorizados segundo áreas: medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva. Em relação aos programas médicos, buscou-se, ainda, agregá-los segundo a natureza predominante da prática: clínica ou cirúrgica. Assim, as especialidades cujos profissionais desenvolviam rotineiramente a prática cirúrgica, incluindo o ato anestésico, foram classificadas como "cirúrgicas" e as outras foram consideradas "clínicas". Nesse sentido, procurou-se vincular os profissionais a seus ambientes de trabalho e a inserção no bloco cirúrgico foi um critério demarcador de "exposição". Desse modo, elaborou-se a seguinte classificação: "especialidades cirúrgicas": cirurgia geral, obstetrícia-ginecologia, anestesiologia, oftalmologia, traumatologia-ortopedia e otorrinolaringologia; e "especialidades clínicas": clínica médica, pediatria, radiologia, infectologia, neurologia, psiquiatria e dermatologia.

Plano de descrição e análise

Os dados foram processados e analisados no programa Epi-Info, versão 6,0 (2001), determinando-se as prevalências de

TMC, global e específicas, e sua associação com as variáveis sociodemográficas e relativas à formação profissional pela razão de prevalência (RP), cuja significância estatística foi avaliada pelo teste X^2 ou, quando necessário, pelo teste exato de Fisher, considerando os intervalos de confiança a 95% e valores do p. A probabilidade máxima de erro para rejeição da hipótese nula foi de 5%.

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

RESULTADOS

Registrou-se uma perda de 11% (22/200), sete recusaram-se a participar e 15 não foram localizados. O grau de preenchimento médio das questões foi de 99,1%. A idade média dos participantes foi de $27 \pm 2,43$ anos e 68,5% eram do sexo feminino. Cerca de 67% residiam no Recife antes do treina-

mento e 88% moravam com outra(s) pessoa(s). Aproximadamente 74% eram solteiros e 90% não tinham filhos. A prevalência global de TMC foi de 51,1% e não se observou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) com sexo, idade, cidade onde residia antes do treinamento, situação de moradia, estado conjugal e número de filhos (Tabela 1).

A maioria dos residentes era formada de médicos (68%). Aproximadamente 67% dos participantes concluíram a graduação em/ou depois de 2005 e quase 95% realizavam seu primeiro treinamento, 55,1% cursavam o primeiro ano (R1) e 44,9%, o segundo (R2). Cerca de 31% se concentravam nas especialidades "cirúrgicas" da medicina, 36% nas especialidades "clínicas" da medicina e 32% nas áreas de enfermagem, nutrição e saúde coletiva. A prevalência de TMC foi 39% maior nos residentes médicos do que nos não médicos ($p = 0,049$). Os treinandos vinculados a especialidades "cirúrgicas" apresentaram prevalência de TMC 46% maior do que a dos residentes de enfermagem, nutrição ou saúde coletiva ($p = 0,048$), mas não se observou diferença quando se comparou com os residentes das áreas "clínicas" ($p > 0,05$). Não se mostraram como fatores associados aos TMC o tempo de conclusão do curso de graduação, a existência de treinamento anterior e o ano de treinamento ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 1. Prevalência de TMC segundo variáveis sociodemográficas

Variáveis	Total ^a		Prevalência		RP ^b (IC 95%)	p
	no	%	no	%		
Total	178	100	91	51,1		
Sexo						
Feminino	122	68,5	63	51,6	1,03 (0,76-1,41)	> 0,05
Masculino	56	31,5	28	50,0	1,00	
Idade						
≤ 27	111	62,4	58	52,3	1,06 (0,79-1,43)	> 0,05
> 27	67	37,6	33	49,3	1,00	
Cidade onde residia anteriormente						
Recife	120	67,4	62	51,7	1,03 (0,76-1,41)	> 0,05
Outra cidade	58	32,6	29	50,0	1,00	
Mora sozinho						
Não	157	88,2	81	51,6	1,08 (0,67-1,74)	> 0,05
Sim	21	11,8	10	47,6	1,00	> 0,05
Estado conjugal						
Solteiro	131	73,6	67	51,1	1,00 (0,72-1,39)	> 0,05
Casado ou unido	47	26,4	24	51,1	1,00	
Número de filhos						
Nenhum	161	90,4	86	53,4	1,82 (0,86-3,85)	> 0,05
1 ou mais	17	9,6	5	29,4	1,00	

^a A soma do total em cada categoria varia em virtude da exclusão de indivíduos para os quais não havia informação.

^b RP: razão de prevalência.

Tabela 2. Prevalência de TMC segundo formação profissional

Variáveis	Total ^a		Prevalência		RP ^b (IC95%)	p
	no	%	no	%		
Médico						
Sim	121	68,0	68	56,2	1,39 (0,98-1,98)	0,049
Não	57	32,0	23	40,4	1,00	
Ano de conclusão da graduação						
2005 e depois	118	66,7	65	55,1	1,30 (0,93-1,83)	> 0,05
antes de 2005	59	33,3	25	42,4	1,00	
1ª residência						
Sim	169	94,9	88	52,1	1,56 (0,61-3,98)	> 0,05
Não	9	5,1	3	33,3	1,00	
Ano do treinamento						
Primeiro (R1)	98	55,1	53	54,1	1,14 (0,85-1,53)	> 0,05
Segundo (R2)	80	44,9	38	47,5	1,00	
Programa de residência						
Medicina "Esp. Cirúrgicas"	56	31,5	33	58,9	1,46 (0,99-2,14)	0,048
Medicina "Esp. Clínicas"	65	36,5	35	53,8	1,33 (0,91-1,97)	> 0,05
Enfermagem ou Nutrição ou Saúde Coletiva	57	32,0	23	40,4	1,00	

^a A soma do total em cada categoria varia em virtude da exclusão de indivíduos para os quais não havia informação.

^b RP: razão de prevalência.

As três queixas, incluídas no SRQ-20, mais relatadas pelo conjunto dos residentes foram: "sentir-se nervoso, tenso ou preocupado" (73%), "dormir mal" (69,1%) e "cansar-se com facilidade" (61,2%). Entre as mulheres, a queixa mais prevalente foi "sentir-se nervosa, tensa ou preocupada" (73,8%) e entre os homens, "dormir mal" (76,8%). De um total de 20 queixas, somente cinco delas apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os sexos, e em todos os casos a magnitude foi maior no sexo feminino. "Cansar-se com facilidade" e "ter sensações desagradáveis no estômago" foram, respectivamente, 62% ($p < 0,001$) e 66% ($p = 0,02$) mais relatadas pelas mulheres do que pelos homens ($p < 0,02$). No mesmo sentido, as prevalências das queixas "sentir dores de cabeça", "assustar-se com facilidade" e "chorar mais do que de costume" foram, respectivamente, duas ($< 0,01$), mais de três ($< 0,001$) e mais de seis ($< 0,001$) vezes maior nas mulheres do que nos homens (Tabela 3).

No grupo dos médicos, as três queixas mais frequentes foram: "sentir-se nervoso, tenso ou preocupado" (73,6%), "dormir mal" (68,6%) e "sentir-se cansado o tempo todo" (61,2%). Já entre os profissionais não médicos, foram: "sentir-se nervoso, tenso ou preocupado" (71,9%), "dormir mal" (70,2%) e "cansar-se com facilidade" (68,4%). Quando se compararam os dois grupos, a única queixa cuja prevalência mostrou diferença estatisticamente significativa foi "dificuldade no serviço (seu trabalho lhe causa sofrimento)", cerca de 2,7 vezes maior entre os médicos do que entre os não médicos ($p = 0,001$) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A prevalência global dos TMC entre os residentes foi de 51,1%, magnitude considerada elevada quando comparada à encontrada em investigações envolvendo a população em geral (7%-35%)^{1,3,4,29} ou grupos específicos, como estudantes da área de saúde (29,6%-44,7%)¹⁹⁻²¹ ou médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (26%-43,3%)^{9,11,12,22,30,31}

Nenhuma variável sociodemográfica se associou aos TMC, e isso já era esperado em relação à idade, uma vez que a amostra foi bastante homogênea. O diferencial por sexo é sempre observado em outros estudos que mostram maior prevalência no sexo feminino³²⁻³⁵. A explicação dada nesses casos é que a mulher se expõe à sobrecarga de papéis sociofamiliares, como a dupla jornada de trabalho, no lar e fora dele³²⁻³⁵. Quando as perguntas do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foram avaliadas isoladamente, diferenças nas prevalências entre os sexos foram verificadas e em todas as situações a magnitude foi maior no sexo feminino. Coutinho et al.³³ alegam que a explicação para se detectar uma maior frequência de TMC no sexo feminino vincula-se a um possível viés de informação, gerado no momento da classificação. A adoção de pontos de corte diferenciados entre os sexos possivelmente minimizou a ocorrência desse bias neste estudo.

Tabela 3. Prevalência das “queixas” do SRQ-20 segundo sexo

Queixas	Total		Masculino		Feminino		p
	n	%	n	%	n	%	
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	130	73,0	40	71,4	90	73,8	> 0,05
Dorme mal	123	69,1	43	76,8	80	65,6	> 0,05
Cansa-se com facilidade	109	61,2	24	42,9	85	69,7	< 0,001
Sente-se cansado o tempo todo	108	60,7	31	55,4	77	63,1	> 0,05
Sente-se triste ultimamente	102	57,3	27	48,2	75	61,5	> 0,05
Dificuldade para realizar atividades diárias	99	55,6	26	46,4	73	59,8	> 0,05
Má digestão	75	42,1	21	37,5	54	44,3	> 0,05
Tem sensações desagradáveis no estômago	74	41,6	16	28,6	58	47,5	0,02
Dores de cabeça	70	39,3	13	23,2	57	46,7	< 0,01
Dificuldade para tomar decisões	66	37,1	18	32,1	48	39,3	> 0,05
Dificuldade de pensar com clareza	62	34,8	19	33,9	43	35,2	> 0,05
Assusta-se com facilidade	56	31,5	7	12,5	49	40,2	< 0,001
Dificuldade no serviço (seu trabalho lhe causa sofrimento)	54	30,3	18	32,1	36	29,5	> 0,05
Chora mais do que de costume	46	25,8	3	5,4	43	35,2	< 0,001
Perda do interesse pelas coisas	42	23,6	11	19,6	31	25,4	> 0,05
Falta de apetite	25	14,0	11	19,6	14	11,5	> 0,05
Tremores nas mãos	23	12,9	7	12,5	16	13,1	> 0,05
Incapacidade de desempenhar um papel útil na vida	16	9,0	5	8,9	11	9,0	> 0,05
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	12	6,7	4	7,1	8	6,6	> 0,05
Tem tido ideia de acabar com a vida	5	2,8	2	3,6	3	2,5	> 0,05

Tabela 4. Prevalência das “queixas” do SRQ-20 segundo profissão

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

A migração entre cidades não esteve associada aos TMC no estudo de Almeida-Filho *et al.*³⁶, e a condição de morar sozinho foi considerada fator de risco por Coutinho *et al.*³³ e Lima³⁷.

Em relação à vida conjugal, a ausência na amostra de situações que aumentam o risco de TMC, como divórcio, separação e filhos com idade até 14^{33,35}, possivelmente explicaria a igualdade estatística nas prevalências observadas.

A prevalência de TMC em residentes médicos foi 39% maior do que em residentes não médicos ($p = 0,049$). Caso o tamanho da amostra fosse maior, possivelmente a precisão dessa associação aumentaria. Hipóteses vinculadas à organização do processo do trabalho médico podem explicar essa diferença²³. O perfil sobre o relato das “queixas” foi muito semelhante nos dois grupos. Somente uma “queixa” apresentou diferença estatisticamente significativa: os médicos vincularam seu trabalho com sofrimento.

Ao comparar a saúde mental de médicos com a de outros profissionais, alguns autores verificaram naqueles maior incidência de suicídio e de reações depressivas³⁸⁻⁴⁰. A prevalência de TMC observada nos residentes médicos (56,2%) foi mais elevada do que a encontrada em professores (entre 44% e 50,3%)^{6,41} e em médicos-residentes americanos (50%)⁴².

O treinamento vinculado ao trabalho em ambiente cirúrgico, por ser mais estressante do que aquele realizado nas áreas de enfermagem, nutrição e saúde coletiva, constitui uma possibilidade de explicação para o fato de se observar uma prevalência de TMC maior nos residentes médicos das especialidades cirúrgicas que requerem habilidade técnica, controle emocional, autoconfiança, maior pragmatismo, capacidade para direcionar ações para resolução de problemas num curto espaço de tempo¹⁴.

As diferenças de prevalência de TMC encontradas entre os profissionais médicos e das outras áreas de saúde pesquisadas pode ser em parte explicada pelas particularidades entre elas. Muito embora todas as profissões investigadas lidem com questões de saúde, o residente médico enfrenta situações de maior responsabilidade diante do paciente. Na literatura são relatados fatores estressantes como a relação médico-paciente, o comunicar doenças graves, o lidar com a morte, o medo de adquirir doenças contagiosas, rodízios em ambientes diferentes, isolamento familiar e social, fadiga, privação de sono, sobrecarga de trabalho, pavor de cometer erros, entre outras demandas que envolvem a formação médica^{13-18,43,44}.

O tempo de conclusão do curso e o fato de o residente estar no primeiro treinamento não se mostraram associados aos TMC. Alguns estudos^{14,15} mostram que a prevalência de depressão e ansiedade é maior no primeiro ano de treinamento, com tendência à queda até sua conclusão.

Algumas limitações vinculadas ao desenho de estudo poderiam relativizar essas conclusões. Trata-se de um corte transversal que avalia em um só momento a “exposição” e o “efeito”, limitando ou impedindo o estabelecimento da sequência temporal correta entre eles. Não se pode afastar a possibilidade

de que uma parcela dos residentes já sofresse de TMC antes de entrar nos programas de residência, o que diminuiria a força de associação entre a vinculação ao treinamento e a ocorrência do efeito. Uma investigação do tipo coorte ajudaria a esclarecer as dúvidas quanto à magnitude e aos fatores de risco.

A estratégia montada para prevenir perdas se mostrou eficaz, reduzindo o viés de seleção. O uso de questionário autoaplicável e o anonimato das respostas minimizaram o viés de informação concernente a perguntas sobre a intimidade dos pesquisados. O elevado grau de preenchimento médio das questões não comprometeu a análise dos dados.

O ponto de corte diferenciado entre os sexos para o SRQ-20 procurou evitar bias de classificação^{6,19,21,24,25}. Quanto ao risco de subestimação do evento não parece ter ocorrido, uma vez que foi observada uma elevada prevalência de TMC na amostra. Deve-se ressaltar, ainda, que o instrumento do SRQ-20 permite apenas a suspeição de um caso de transtorno mental, sendo a entrevista psiquiátrica o padrão-ouro para o diagnóstico.

CONCLUSÃO

O estudo revelou elevada magnitude de TMC na população de trainandos em programas de residência no estado de Pernambuco, além de mostrar diferenciais nas prevalências do problema entre médicos e não médicos e no perfil de “queixas” do SRQ-20 entre os sexos.

Esses resultados servem de reflexão para educadores, preceptores, gestores e coordenadores dos programas e serviços de saúde no sentido de elaborar estratégias para o enfrentamento da questão que afeta a qualidade de vida desses profissionais em formação.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Carla Novaes Carvalho – Participou da concepção do projeto, revisão da literatura, coleta e análise dos dados, interpretação dos resultados, redação do artigo, aprovação da versão final a ser publicada.

Djalma Agripino de Melo-Filho – Contribuiu com a concepção do projeto, orientação sobre a literatura, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

João Alberto Gomes de Carvalho – Colaborou na concepção do projeto, revisão do artigo e aprovação da versão final.

Ana Carla Guedes de Amorim – Participou na concepção e coleta de dados do projeto, da redação do artigo e da aprovação da versão a ser publicada.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a Igor Henrique Figueira da Silva, pelo grande auxílio prestado na laboriosa coleta de dados.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não houve conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. 1st ed. London: Tavistock/Routledge; 1992. 194p.
- Mari JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. *Psychiatry On-line Brazil*. 1997;2. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano97/tpqcm.php>>. Acesso em: 22 jul. 2011.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, editors; WHO. Global burden of disease and risk factors. New York: Oxford University Press; 2006.
- Ludermir AB, Melo-Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*. 2002;36(2):213-21.
- Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*. 1996;26(2):211-22.
- Porto LA, Carvalho FM, Oliveira NF, Silvany Neto AM, Araújo TM, Reis EJFB, et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Rev Saude Publica*. 2006;40(5):818-26.
- Souza SF, Carvalho FM, Araújo TM, Porto LA. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):710-7.
- Ulhoa MA, Marqueze EC, Lemos LC, Silva LG, Silva AA, Nehme P, et al. Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1130-6.
- Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HUCITEC; 1994. 198p.
- Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TA, Cirino CA, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):131-40.
- Cabana MC, Ludermir AB, Silva ER, Ferreira ML, Pinto ME. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(1):33-40.
- Silva AT, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):921-9.
- Smith JW, Denny WF, Witzke DB. Emotional impairment in internal medicine house staff. *JAMA*. 1986;255(9):1155-8.
- Nogueira-Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. 201p.
- Campbell J, Prochazka AV, Yamashita T, Gopal R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Acad Med*. 2010;85(10):1630-4.
- Resident Services Committee, Association of Program Directors in Internal Medicine. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. *Ann Intern Med*. 1988;109(2):154-61.
- Girard DE, Hickam DH, Gordon GH, Robison RO. A prospective study of internal medicine residents' emotions and attitudes throughout their training. *Acad Med*. 1991;66(2):111-4.
- Small GW. House officer stress syndrome. *Psychosomatics*. 1981;22(10):860-9.
- Almeida AM, Godinho TM, Bitencourt AG, Teles MS, Silva AS, Fonseca DC, et al. Common mental disorders among medical students. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):245-51.
- Lima MC, Domingues MS, Cerqueira AT. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saude Publica*. 2006;40(6):1035-41.
- Facundes VL, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(3):194-200.
- Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saude Publica*. 2003;37(4):424-33.
- Carvalho CN. Transtornos mentais comuns associados ao processo de trabalho e qualidade de vida em pós-graduandos dos programas de residência na área de saúde no Recife [dissertação]. [Recife (PE)]: Universidade Federal de Pernambuco; 2008. 118p.
- Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41.
- WHO. A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire. Geneva: World Health Organization; 1994. 81p.
- Santos KO, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):214-22.
- Iacoponi E, Mari JJ. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *Int J Soc Psychiatry*. 1989;35(3):213-22.
- Maragão L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639-48.
- Rocha SV, Almeida MM, Araújo TM, Virtuoso-Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):630-40.
- Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TA, Cirino CA, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):131-40.
- Braga LC, Carvalho LR, Binder MC. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl 1):1585-96.
- Cesar CL, Carandina L, Alves MC, Barros MB, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no estado de São Paulo – ISA/SP. São Paulo: USP/FSP; 2005. 212p.
- Coutinho ES, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clín*. 1999;26(5):246-56.
- Justo LP, Calil HM. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiq Clín*. 2006;33(2):74-9.
- Araújo TM, Pinho PD, Almeida MM. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(3):337-48.
- Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho ESF. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. *Rev Psiq Clín*. 1999;26(5):237-45.
- Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(Supl 1):1-5.
- Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. 244p.
- Meleiro AM. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Ass Med Bras*. 1998;44(2):135-40.
- Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health*. 2007;45(5):599-610.
- Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2679-91.
- Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295(6597):533-6.
- Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*. 1987;144(12):1561-6.
- Ripp J, Fallar R, Babyatsky M, David R, Reich L, Korenstein D. Prevalence of resident burnout at the start of training. *Teach Learn Med*. 2010;22(3):172-5.