

PERFIL DO MÉDICO RESIDENTE ATENDIDO NO GRUPO DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO ALUNO (GRAPAL) DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

EMMANUEL NUNES DE SOUZA¹, REINALDO JOSÉ GIANINI², RAYMUNDO SOARES DE AZEVEDO NETO³, JOSÉ ELUF-NETO⁴

Trabalho realizado no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno - Grapal, departamento de Medicina Preventiva – Laboratório de Investigação Médica - LIM 38 e 39 Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

RESUMO

OBJETIVOS. Definir o perfil do médico residente atendido em um serviço de assistência à saúde mental a fim de contribuir para o conhecimento das necessidades deste grupo.

MÉTODOS. Estudo observacional do tipo coorte retrospectivo. Os dados foram obtidos por meio de revisão de prontuários de uma série de residentes atendidos pelo Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal) no período de 1998 a 2002 e pelo acesso ao registro geral de matrícula de residentes. Inclui a descrição da proporção de residentes atendidos segundo ano [cronológico], ano de residência, sexo, idade, especialidade, faculdade de origem e distância do núcleo familiar; e a análise das diferenças de proporções entre as categorias das variáveis investigadas.

RESULTADOS. Durante o período estudado temos o registro de 2.131 residentes matriculados, totalizando 4.727 residentes-ano de seguimento. Neste conjunto, computando-se somente o primeiro atendimento, temos 104 residentes atendidos pelo Grapal (4,9% residentes atendidos, ou 2,2 atendidos para cada 100 residentes-ano de seguimento). Os dados revelam maior proporção de residentes atendidos com as seguintes características: primeiro ano de residência (4,5%), idade inferior a 26 anos (6,1%), sexo feminino (6,9%), egresso de outras escolas médicas (5,9%) e residentes de especialidades cognitivas (6,7%).

CONCLUSÃO. A assistência psiquiátrica mostrou-se associada ao gênero, a fatores ligados a crises adaptativas e a especialidades cognitivas. Não houve crescimento da proporção de residentes atendida pelo serviço durante o período analisado.

UNITERMOS: Psiquiatria. Saúde mental. Programa de Saúde Ocupacional. Epidemiologia. Especialidades Médicas. Internato e Residência.

*Correspondência:

Av. Dr. Arnaldo, nº 455 - 2º andar
CEP: 01246-903
São Paulo-SP
Tel: (11) 3061-8278 / 7285
/ 7444 - Fax:(11) 3062 6018
www.fm.usp.br/preventiva

INTRODUÇÃO

Uma das justificativas para a criação e manutenção de serviços de assistência à saúde mental para alunos e residentes¹ é o elevado grau de sofrimento emocional entre médicos e estudantes de Medicina descrito na literatura. Expresso como altas taxas de suicídio², elevada prevalência de transtornos depressivos e ansiosos³, de abuso de álcool e drogas⁴, além de disfunções profissionais muito frequentes⁵.

As taxas de suicídio entre médicos são superiores às taxas encontradas na população geral e diferem segundo o gênero: Schernhammer e Colditz² estimaram a partir de meta-análise *odds ratio* de 1,41 para médicos e 2,27 para médicas.

Com relação ao consumo, abuso ou dependência de álcool e

drogas, na maioria dos estudos, as taxas nos médicos e estudantes de Medicina são semelhantes ou inferiores à população geral. Comparando médicos residentes de diferentes especialidades constata-se que os residentes que atuam em serviços de emergência médica e os residentes de psiquiatria apresentam maiores taxas de abuso de substâncias, destacando-se o uso de cocaína e maconha entre os primeiros, e de benzodiazepínicos e maconha entre os últimos. As menores taxas de abuso são verificadas entre os residentes em Pediatria, Cirurgia e Patologia, situando-se os residentes de Clínica Médica e Ginecologia-Obstetrícia em patamares intermediários^{6,7}.

A época de início do abuso de substâncias entre residentes foi estudada por Conard et al.⁸, constatando que com exceção de tranquilizantes e barbitúricos, o uso de drogas ilícitas começou

1. Psiquiatra - Médico assistente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP
2. Pós-doutorado – Pesquisador pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- USP, São Paulo, SP
3. Professor doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP
4. Professor doutor e Titular pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP

antes da faculdade. Flaherty e Richman⁹ descrevem que os problemas relacionados com o consumo de álcool entre médicos, ao contrário do que ocorre na população geral, tendem a aumentar com a idade. Também chamou a atenção destes autores o fato de que o padrão de consumo de álcool entre as mulheres, ao concluírem o curso de Medicina, era semelhante ao dos homens.

No que se refere à depressão, embora os estudos apontem taxas médias de prevalência de depressão próximas às da população para os residentes em geral, alguns subgrupos de residentes apresentam taxas de prevalência maiores. Quanto ao gênero, Peterlini et al.³ encontraram taxas de prevalência maiores entre residentes primeiranistas do sexo feminino. Goebert et al.¹⁰ observaram que a ocorrência de depressão entre médicos residentes foi de 21,2%, verificando que as taxas de prevalência de depressão decresciam ao longo dos anos da formação. São ainda descritos os seguintes fatores associados à depressão: estágios que exigiam mais de 100 horas semanais de trabalho, alta rotatividade de rodízio de estágios, presença de histórico familiar de depressão e de episódios depressivos progressivos¹¹.

É descrita na literatura a Síndrome de Estresse do Médico Residente¹²: distúrbios cognitivos episódicos, sentimentos crônicos de raiva, desenvolvimento de cinismo perversivo, discórdia conjugal e familiar, presença de episódios de depressão maior, ideação suicida e abuso de substâncias. Esta síndrome apresenta como fatores associados privação do sono, carga excessiva de trabalho, mudança no grau de responsabilidade no cuidado aos pacientes, mudanças frequentes nas condições de trabalho e presença de competição entre os colegas. Shanafelt et al.¹³ estudaram a presença de *burnout* (ou síndrome do esgotamento profissional) entre os médicos residentes e suas consequências no cuidado dispensado aos pacientes, sendo que 76% dos residentes investigados apresentaram esta síndrome no período de três anos de residência. É composta de despersonalização, exaustão emocional e sentimentos de pouca realização pessoal, havendo associação entre a presença da síndrome e a piora no atendimento aos pacientes. Seus resultados são consistentes com os achados de Fahrenkopf et al., que encontraram prevalência de 74% em coorte (período de seguimento de 45 dias) de residentes de hospitais pediátricos nos Estados Unidos¹⁴.

No que se refere aos transtornos mentais de modo geral, a literatura aponta como fatores de risco importantes a falta de apoio social, que entre outros aspectos inclui morar separado ou distante da família; baixo grau de relacionamento ou conhecimento entre colegas de trabalho e dificuldades financeiras^{15,16}.

A presença de altas taxas de estresse e transtornos mentais na população médica traz elevados custos sociais. Segundo informações do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), a principal causa de aposentadoria entre médicos são os transtornos mentais, sendo os transtornos depressivos e ansiosos os mais comuns¹⁷. Outras consequências funestas são o absenteísmo, maior número de conflitos com colegas e com a população atendida, maior número de erros médicos e piores cuidados dispensados aos pacientes¹⁸. A relevância do assunto tem levado a inúmeras iniciativas institucionais visando reduzir as possibilidades de adoecimento e disfunção profissional entre médicos, estudantes de medicina e residentes¹⁹⁻²¹.

O objetivo desta pesquisa é definir o perfil do médico residente atendido em serviços de assistência à saúde mental, o que

pode contribuir com o conhecimento das necessidades deste grupo, em âmbito geral e especificamente em nossa instituição formadora. Seus resultados poderão colaborar para a redução das disfunções ocupacionais e do sofrimento dessa população de residentes, melhorar suas possibilidades de aprendizado e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

MÉTODOS

A população referência deste estudo é o total de indivíduos cadastrados pela Comissão de Residência Médica (Coreme) no início de cada ano letivo e que cursaram programa de residência médica no período de 1998 a 2002. A amostra analisada é o total de residentes atendidos pelo Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal) no período de 1998 a 2002. Trata-se de um estudo observacional do tipo coorte retrospectivo com análise de dados secundários.

O Grapal foi criado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) no ano de 1983 e teve início de funcionamento a partir de 1986. Nos anos 80 e 90, muitos serviços com o mesmo objetivo - oferecer assistência psicológica e psiquiátrica ao estudante de medicina - foram criados nas principais faculdades de medicina do Brasil¹. O Grapal dispõe de médicos psiquiatras e psicólogos, sua clientela abrange o conjunto dos estudantes de medicina, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional da Universidade de São Paulo e os médicos residentes do Hospital das Clínicas - FMUSP. As atividades do Grapal são de caráter estritamente assistencial, incluindo psicoterapia, consulta médica psiquiátrica, atendimento familiar, orientação aos docentes e promoção de grupos de reflexão. Levando-se em conta o período 1998-2006, a média mensal de atendimentos foi de 99 indivíduos, assim distribuídos: 69 alunos de medicina; 20 médicos residentes e 10 alunos de fisioterapia, terapia ocupacional ou fonoaudiologia.

A procura pelo Grapal pode ser espontânea ou por encaminhamento dos tutores, dos colegas e dos departamentos. Uma série de iniciativas é realizada com o objetivo de divulgação e facilitação do acesso: todos os estudantes passam por entrevistas no primeiro ano; o serviço é apresentado aos médicos residentes no ingresso à instituição, em palestra específica sobre saúde mental na residência médica; todos os anos o Grapal envia carta explicativa a todos os médicos residentes, professores titulares, chefes de departamento e responsáveis pelos programas de residência médica, esclarecendo a natureza de suas atividades, seu modo de funcionamento e como procede o agendamento. O Grapal presta assistência somente durante o período de formação de alunos de graduação e residentes, referindo para outras instituições e/ou profissionais quando é necessário prosseguir tratamento após esse período.

Os procedimentos realizados para a pesquisa incluíram: para o conjunto total dos médicos residentes utilizaram-se os dados dos arquivos da Coreme da FMUSP, em que se encontram os registros sobre sexo, idade, domicílio, ano de residência, faculdade de origem e especialidade - estes dados, no formato de banco eletrônico, foram disponibilizados pela Coreme para o Grapal; no que se refere às informações sobre os residentes atendidos, o material analisado corresponde aos dados coletados pelo Grapal em seus prontuários - os atendimentos foram realizados em salas de consultório apropriadas, localizadas fora

das dependências do Hospital das Clínicas, onde os médicos residentes cumprem as atividades dos programas que cursam, de modo a oferecer privacidade. As seguintes modalidades assistenciais foram realizadas: consulta médica em psiquiatria clínica; atendimento em psicoterapia (de orientação psicanalítica; com sessões variando entre 30 e 50 minutos; estendendo-se por períodos variáveis de até três anos de duração); consulta médica e psicoterapia (quando os dois procedimentos foram realizados concomitantemente pelo mesmo profissional); orientação aos familiares e orientação aos docentes envolvidos nos programas de residência médica.

As variáveis pesquisadas foram: Ano [cronológico] - 1998, 1999, 2000, 2001 ou 2002; Ano de residência - de primeiro (R1) a quinto (R5); Sexo; Idade - agrupada em duas categorias segundo a mediana; Especialidades - Cognitivas, lidam diretamente com o paciente, enfatizando em sua prática o conhecimento clínico, o raciocínio clínico e a relação subjetiva (Ex.: Clínica Médica, Psiquiatria, Pediatria, Geriatria), Técnico-Cirúrgicas e de Habilidades, lidam diretamente com pacientes, porém, a relação médico-paciente é classificada como burocratizada, padronizada e programada, sendo mediada por equipes de apoio diagnóstico e de equipamentos sofisticados, a ênfase é dada ao conhecimento técnico (Ex.: todas as especialidades cirúrgicas), Mistas, associam habilidades técnicas e conhecimento cognitivo, formando clínicas autônomas (Ex.: Ginecologia e Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia), Tecnológicas e/ou Burocráticas, não lidam diretamente com o paciente, encontram-se voltados para a pesquisa, diagnósticos laboratoriais e gerência (Ex.: Medicina Preventiva, Administração Hospitalar, Patologia Clínica)²²; Faculdade de origem - FMUSP ou outras faculdades; Proximidade do núcleo familiar - próximo quando os familiares dos residentes têm domicílio na região metropolitana de São Paulo segundo o critério do DATASUS²³ e distante quando as famílias residem fora desta região.

Os diagnósticos foram estabelecidos em conformidade com as diretrizes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais²⁴ em sua 4ª edição (DSM-IV). Foi utilizado o sistema multiaxial proposto pelo DSM-IV. Os diagnósticos foram reunidos nas grandes categorias nosográficas do capítulo dos transtornos mentais, independentemente das especificações de curso e gravidade, e foram agrupados em Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade, Outros Transtornos (categoria arbitrária que inclui Transtornos de Alimentação, do Sono, de Adaptação, de Personalidade e Déficit de Atenção) e Conflitos Psíquicos que reúne várias queixas formuladas pelos médicos residentes, nas quais se verificam sofrimento, desadaptação e disfuncionalidade, mas que não chegam a satisfazer os critérios para Transtorno Mental. As queixas mais comuns agrupadas sob o item conflitos psíquicos foram: desadaptação ao ambiente humano dos departamentos; preocupação e estresse com o cumprimento das atividades específicas dos programas de residência médica; dúvidas sobre o acerto na escolha da especialidade; perda de entes queridos; solidão e falta de relacionamento amoroso; afastamento dos familiares e do círculo de amigos; temor em divulgar condição de homossexualidade e conflitos familiares (separação dos pais e/ou brigas no seio da família).

Para a análise, o conjunto de dados foi transferido para um banco eletrônico compatível com o programa Stata²⁵. A análise

dos dados incluiu o estudo da distribuição de frequência das variáveis investigadas e testes de associação entre diagnósticos psiquiátricos e as demais variáveis, empregando-se o Qui quadrado ou teste exato de Fisher conforme a necessidade, e considerando-se um nível de significância de 5%. Mais especificamente, os seguintes procedimentos foram realizados: Descrição da proporção de residentes atendidos pelo Grapal segundo: ano [cronológico], ano de residência, sexo, idade, especialidade, faculdade da origem, distância do núcleo familiar; Análise das diferenças entre categorias (teste de associação e/ou da diferença entre proporções – Qui quadrado ou teste exato de Fisher); Descrição da distribuição proporcional de diagnósticos psiquiátricos entre os residentes atendidos pelo Grapal segundo: ano [cronológico], ano de residência, sexo, idade, especialidade, faculdade da origem, distância do núcleo familiar; Análise das diferenças entre categorias (teste de associação e/ou da diferença entre proporções – Qui quadrado ou teste exato de Fisher).

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Durante o período 1998-2002, o número de indivíduos cadastrados pela Coreme foi de 2.131, sendo que boa parte deles cursaram mais de um ano de residência, tendo-se no total 4.727 residentes-ano (= número de residentes x número de anos cursados no período). Neste conjunto, computando-se somente o primeiro atendimento, temos 104 residentes atendidos pelo Grapal, que representam 4,9% residentes atendidos, ou 2,2 residentes atendidos para cada 100 residentes-ano observados. Por questões éticas (sigilo absoluto sobre o nome dos atendidos) não foi possível estabelecer relação direta entre os dados dos indivíduos existentes nos dois bancos diferentes de dados.

Na Tabela 1, verifica-se que entre os residentes atendidos pelo Grapal não há diferenças significantes entre as proporções quando se comparam as categorias das variáveis 'ano [cronológico]' e 'núcleo familiar'; há proporções significantemente maiores nas categorias 'sexo feminino', 'idade menor que 26 anos' e 'outras escolas'; há proporções significantemente menores nas categorias 'R2', 'R3' e 'R4' quando comparados a 'R1', nas especialidades 'habilidades' e 'mistas' quando comparadas a 'cognitivas', e para os diagnósticos 'transtornos de ansiedade' e 'outros transtornos' quando comparados a 'transtornos do humor'.

Observa-se na Tabela 2, referente aos transtornos do humor, que as proporções de R2, R3 e R4 atendidos com este diagnóstico são significantemente menores (0,6%, 0,3% e 0,2%) quando comparados a R1 (2,2%), sendo nula para R5; a proporção de residentes do sexo feminino com este diagnóstico (3,2%) é significantemente maior que a proporção do sexo masculino (1,5%); e a proporção de residentes das especialidades habilidades com o mesmo diagnóstico (0,7%) é significantemente menor que das especialidades cognitivas (3,1%). Não há diferenças significantes entre as proporções para outras categorias ou variáveis.

Na Tabela 3, em relação ao conflito psíquico, nota-se que as proporções de R2 e R3 (0,6% e 0,1%) atendidos com este diagnóstico são significantemente menores que a proporção

**Tabela 1 — Proporção de residentes atendidos segundo as variáveis pesquisadas.
GRAPAL-HC/FMUSP, 1998-2002, São Paulo**

Variável	Categoria	N	N	%	IC95%	p**
		Total	Atendidos	Atendidos		
Ano (cronológico)						
	1998	891	15	1,7	0,9-2,8	
	1999	906	25	2,8	1,8-4,0	
	2000	981	15	1,5	0,9-2,5	
	2001	987	24	2,4	1,6-3,6	
	2002	962	25	2,6	1,7-3,8	
Ano de residência						
	R1*	1534	69	4,5	3,5-5,7	
	R2	1491	22	1,5	0,9-2,2	<0,001
	R3	1077	9	0,8	0,4-1,6	<0,001
	R4	516	3	0,6	0,1-1,7	<0,001
	R5	109	1	0,9	0,0-5,0	0,08
Sexo						
	Masculino	1218	41	3,4	2,4-4,5	
	Feminino	913	63	6,9	5,3-8,7	
Idade (anos)						
	<26	1053	64	6,1	4,7-4,7	
	26 ou +	1078	40	3,7	2,7-5,0	<0,05
Especialidade						
	Cognitiva*	1226	82	6,7	5,4-8,2	
	Tecnológicas	224	12	5,4	2,8-9,2	
	Habilidades	561	8	1,4	0,6-2,8	<0,001
	Mista	120	2	1,7	0,2-5,9	
Núcleo Familiar****						
	Próximo	1049	45	4,3	3,1-5,7	
	Distante	1065	58	5,4	4,2-7,0	
Escola de Origem						
	FMUSP	1042	40	3,8	2,8-5,2	
	Outras	1089	64	5,9	4,6-7,4	<0,05
Diagnóstico						
	Transtornos do Humor*	2131	47	2,2	1,6-2,9	
	Conflito Psíquico	2131	31	1,5	1,0-2,1	0,07
	Transtorno de Ansiedade	2131	12	0,6	0,3-1,0	
	Outros Transtornos***	2131	14	0,7	0,4-1,1	
Total		2131	104	4,9	4,0-5,9	

*categoria referência; ****qui quadrado; ***inclui Transtornos de Alimentação, do Sono, de Adaptação, de Personalidade e Déficit de Atenção; ****1 dado ignorado para núcleo familiar entre os residentes que foram atendidos e 17 para o total de residentes.

Tabela 2 — Análise da associação entre as variáveis pesquisadas e diagnóstico de transtorno do humor entre os residentes atendidos. GRAPAL/HC/FMUSP, 1998-2002, São Paulo

Variável	Categoria	Transtornos do humor			
		N	%	Razão entre as proporções	IC95%
Ano da Residência					
	R1	34	2,2	1,00	
	R2	9	0,6	0,27	0,13-0,57
	R3	3	0,3	0,13	0,04-0,41
	R4	1	0,2	0,09	0,01-0,64
	R5	0	0		
Sexo					
	Masculino	18	1,5	1,00	
	Feminino	29	3,2	2,15	1,20-3,85
Idade					
	<26	29	2,8	1,00	
	26 ou +	18	1,7	0,61	0,34-1,08
Especialidade					
	Cognitiva	38	3,1	1,00	
	Habilidades	4	0,7	0,23	0,08-0,64
	Mista	1	0,8	0,27	0,04-1,94
	Tecnológicas	4	1,8	0,58	0,21-1,60
Escola de Origem					
	FMUSP	24	2,3	1,00	
	Outras	23	2,1	0,92	0,52-1,62

de R1 (1,4%), sendo nulas para R4 e R5; a proporção do sexo feminino (2,4%) é significativamente maior que a do sexo masculino (0,7%); a proporção de residentes das especialidades habilidades (0,2%) é significativamente menor que das especialidades cognitivas (2%); e a proporção de residentes de outras escolas de origem (2,2%) é significativamente maior que a proporção da FMUSP (0,7%) para o mesmo diagnóstico. Não há diferenças significantes para outras variáveis ou categorias.

Quanto aos transtornos de ansiedade, assim como para o grupo de outros transtornos, não se verificam diferenças significantes nas proporções entre categorias para as variáveis estudadas.

Discussão

Os resultados apresentaram diferenças significantes, entre especialidades, nas proporções de procura por atendimento no Grapal, notadamente as especialidades cognitivas foram as que mais procuraram o serviço, enquanto nas especialidades de habilidades a procura foi baixa.

Várias possibilidades explicativas podem ser formuladas a partir destes dados. Quando comparadas às especialidades cirúrgicas (habilidades), as especialidades cognitivas (clínicos) apresentam maior proporção de residentes egressos de outras escolas e maior número de residentes do sexo feminino e

Tabela 3 — Análise da associação entre as variáveis pesquisadas e diagnóstico de conflito psíquico entre os residentes atendidos. GRAPAL/HC/FMUSP, 1998-2002, São Paulo

Variável	Categoria	Transtornos do humor			
		N	%	Razão entre as proporções	IC95%
Ano da Residência					
	R1	21	1,4	1,00	
	R2	9	0,6	0,4	0,20-0,96
	R3	1	0,1	0,07	0,01-0,50
	R4	0	0		
	R5	0	0		
Sexo					
	Masculino	9	0,7	1,00	
	Feminino	22	2,4	3,56	1,51-7,05
Idade					
	<26	19	1,8	1,00	
	26 ou +	12	1,1	0,62	0,30-1,26
Especialidade					
	Cognitiva	25	2,0	1,00	
	Habilidades	1	0,2	0,09	0,01-0,64
	Mista	0	0		
	Tecnológicas	5	2,2	1,16	0,45-2,99
	Distante				
Escola de Origem					
	FMUSP	7	0,7	1,00	
	Outras	24	2,2	3,28	1,42-7,58

ambos são fatores associados à procura por nosso serviço. Nas especialidades cirúrgicas valoriza-se a atitude forte, viril, pragmática e descomplicada, chamando a atenção o fato de parcela significativa dos residentes destas especialidades ter chegado ao Grapal por meio de encaminhamentos feitos por responsáveis pelos programas, além de demonstrarem nos atendimentos grande preocupação sobre a repercussão que este fato poderia desempenhar em seu futuro profissional.

Uma importante contribuição ao entendimento desta diferença entre especialidades é o estudo de Bellodi²⁶. A autora realizou testes de personalidade em residentes de Clínica Médica e de Clínica Cirúrgica.

Observou que os cirurgiões apresentaram menor oposição ao ambiente, ou seja, são mais submissos à autoridade e valorizam excessivamente a hierarquia - o cirurgião mais velho e experiente é quem tem a última palavra. Estas características podem favorecer uma melhor adaptação ao ambiente dos departamentos e uma convivência menos conflituosa.

Os clínicos apresentaram maior dificuldade em controlar vivências de ansiedade, característica que acompanhada de atitude hiper crítica em relação às tarefas por eles desenvolvidas, pode conduzir a estados de angústia e depressão.

Os clínicos projetam mais a agressividade, vivenciando-a

mais em fantasia e deslocando-a para o ambiente, enquanto os cirurgiões apresentariam uma agressividade mais dirigida diretamente para as atividades que realizam. O que vale dizer que os clínicos teriam uma tendência maior a reconhecer seus impulsos agressivos e, muitas vezes, ao projetarem-nos no ambiente, possam introjetá-los equivocadamente como hostis e ameaçadores, implicando em vivências de conflito, oposição e sofrimento psíquico.

Outro resultado importante é a maior procura de residentes de primeiro ano pelo serviço. O momento da passagem de sextanista para residente encerra muitas mudanças.

O residente é médico formado, incidindo sobre ele a atribuição de responsabilidade que antes era depositada apenas sobre o médico assistente. Ao mesmo tempo, seu período de formação continua, ele está iniciando seu aprendizado em determinada especialidade, configurando uma situação ambígua com a qual o residente deve lidar ao longo de seu novo período formativo. Outros aspectos da vida do médico residente também requerem novos investimentos, tais como sua emancipação em relação aos pais, independência financeira e, por vezes, vínculos afetivos significativos, como noivado, casamento e paternidade.

Para alguns residentes, que vêm de outras cidades ou regiões do país, entrar na residência HC-FMUSP significa afastar-se dos vínculos familiares, afetivos e sociais que lhe conferiam estabilidade emocional. Para uma parcela dos residentes, mais vulnerável psicologicamente, tais mudanças podem implicar em vivências de ansiedade e sentimentos de culpa, colocando em funcionamento os mecanismos de defesa do ego²⁷ pelo indivíduo, buscando evitar a irrupção de uma dor psíquica insuportável que possa levar ao sofrimento ou ao adoecimento. É lícito afirmar que se instala uma situação de crise ante a qual o indivíduo põe em ação seus recursos defensivos.

Dois significados da palavra crise devem ser destacados por ensejarem possibilidades de manejo terapêutico: crise enquanto ruptura - os referenciais antigos, conhecidos, já não bastam, são insuficientes para enfrentar a nova situação; e crise enquanto desenvolvimento - a mobilização de mecanismos de defesa egoicos pelo indivíduo cria as condições para a mudança, a transformação em que as impossibilidades e limitações podem ser superadas. O sinalizador da crise é o sintoma. Percorrer as condições de seu aparecimento e seus determinantes são os caminhos pelos quais o processo terapêutico pode lograr êxito.

Encontrar-se distante dos familiares não representa um importante fator de procura pelo serviço. Embora haja uma tendência de maior proporção de residentes com núcleo familiar distante comparecerem ao serviço, tal valor não teve significância estatística. Uma possibilidade de compreensão pode ser feita levando-se em conta o fato de que grande parte dos residentes, quando de sua entrada na faculdade de Medicina como estudantes, já teve que afastar-se de seus familiares e meio social, tendo superado em período anterior esta etapa adaptativa. Pode-se, ainda, questionar o critério geográfico utilizado para núcleo familiar próximo: residir na Grande São Paulo. Dadas as dimensões metropolitanas de nossa cidade, com grande dificuldade de locomoção para os outros municípios que compõem a região, tornando impraticável uma presença familiar efetiva, senão para aqueles

cujas famílias também residem na cidade de São Paulo.

Ser egresso da própria instituição de ensino representa um fator associado à menor procura pelo serviço. A explicação pode residir no fato de serem mantidos os laços afetivos desenvolvidos durante o período universitário, afora a permanência dos mesmos referenciais de ensino a que se achavam habituados.

Outro resultado significativo foi maior procura do sexo feminino ao nosso serviço. Embora haja controvérsias sobre existir maior prevalência de morbidade psiquiátrica na população feminina, há forte consenso na literatura científica quanto à maior presença de transtorno depressivo, transtorno de ansiedade e transtorno somatoforme entre as mulheres²⁸. É também conhecido o fato de as mulheres aceitarem mais facilmente a necessidade de procurar por assistência.

Estudo realizado por Ransay et al.²⁹ encontrou maior presença de transtornos leves e transtornos alimentares entre mulheres. Entretanto alcoolismo e abuso de drogas foram duas a três vezes mais prevalentes entre homens. Pode-se supor que a discriminação e o estigma social da dependência de álcool ou drogas dificultam a procura pelo serviço por parte de residentes do sexo masculino.

Uma interessante contribuição ao esclarecimento deste assunto foi fornecida por Millan³⁰. Testes de personalidade, realizados entre estudantes de Medicina primeiranistas da FMUSP, enfocando possíveis diferenças entre os gêneros, encontrou variação significativa em três fatores: Brandura (Prático X Sensível); Imaginação (Prático X Imaginoso) e Autossuficiência (Dependente do grupo X Autossuficiente). De acordo com os resultados, o sexo feminino apresentou-se mais sensível (quanto ao fator Brandura), mais prático (no que se refere ao fator Imaginação) e dependente do grupo (em relação ao fator Autossuficiência). Estas características de personalidade podem favorecer a procura por assistência.

Alguém mais sensível pode apresentar maior contato com a própria subjetividade, o que poderia facilitar a identificação e a aceitação das condições subjetivas que merecem atenção. Da mesma forma, ser menos autossuficiente e dependente do apoio dos outros caminha na mesma direção.

Com relação aos diagnósticos obtidos nas consultas, verifica-se proporção maior, respectivamente, de transtornos de humor, seguido de conflito psíquico, outros transtornos e transtornos de ansiedade.

A análise demonstrou que os transtornos de humor e os conflitos psíquicos apresentam distribuições proporcionais similares segundo as variáveis estudadas, estando associados a cursar primeiro ano de residência médica, pertencer ao sexo feminino e cursar especialidades cognitivas. Dados populacionais indicam prevalência de transtornos depressivos duas vezes maiores entre mulheres³¹ e a associação com primeiranistas também está de acordo com a literatura³². Quanto às especialidades, seguem a tendência geral da amostra já discutida.

Entretanto, os residentes egressos da FMUSP apresentam proporção de conflito psíquico (que não caracteriza nenhum transtorno mental específico) significativamente menor quando comparados aos de outras escolas. O que demonstra a presença de forte influência ambiental, levando estes residentes a procurar pelo serviço, motivados não por doenças, mas por necessidade

de adaptação. Não há diferença na proporção de transtornos do humor entre estas categorias, o que pode significar forte presença de fatores biológicos na eclosão destes quadros, sendo que o estresse de cursar o primeiro ano de residência médica cumpre o papel de agente desencadeador dos episódios depressivos.

Quanto aos transtornos de ansiedade e 'outros transtornos', tiveram sua análise seriamente limitada por insuficiente poder estatístico em decorrência da baixa frequência destes eventos observada nesta amostra.

Finalmente, deve-se destacar como limitação do estudo que, em virtude da impossibilidade de relacionar as características dos indivíduos entre os dois bancos de dados, análises multivariadas para se verificar o efeito independente de cada variável estudada sobre a procura por atendimento não foram realizadas.

Em síntese, os achados revelam uma maior procura por atendimento por parte de residentes com as seguintes características: ser primeiranista, ter idade inferior a 26 anos, pertencer ao sexo feminino, ser oriundo de outras escolas médicas e estar cursando especialidade cognitiva.

Estes achados estão de acordo com os dados disponíveis de literatura já citados. Alguns resultados, contudo, chamam a atenção, pedem maior esclarecimento e sugerem ações.

A quase ausência de residentes de especialidades cirúrgicas nos atendimentos, embora esperada, surpreendeu pelos baixos escores de porcentagem. Trata-se das especialidades com as maiores cargas de horas trabalhadas, com forte exposição à privação do sono e grande quantidades de estágios estressantes em serviços de emergência. Apesar das características associadas a estas especialidades, pertencer ao sexo masculino e serem egressos da FMUSP, fatores relacionados com baixa procura por assistência, mesmo assim fica a impressão de que devem ter ocorrido transtornos mentais nesta população que ou ficou sem tratamento ou foi buscar apoio fora da instituição.

Outro fato relevante é a procura por atendimento não ter apresentado crescimento ao longo dos anos. Apesar de o Grupal oferecer atenção em saúde mental para alunos e residentes da FMUSP, a procura por parte de alunos mantém-se em patamares muito mais elevados do que a de residentes, sugerindo grandes mudanças subjetivas neste momento de passagem de estudante para médico graduado cursando residência médica. O aluno tem mais facilidade de conciliar o tempo para comparecer ao atendimento, mostra-se menos preocupado com os efeitos sobre sua imagem e conta com maior acolhimento institucional.

Os residentes têm dificuldade de se afastar de suas atividades, pois, muitas vezes, sua ausência terá que ser coberta por algum colega; outra possibilidade é que o residente encontra-se em outra etapa de vida, em que suas forças parecem convergir para o aprimoramento de sua formação, para um bom início de vida profissional, relegando a um segundo plano, momentaneamente, os cuidados com sua vida pessoal. Neste momento predomina o profissional sobre a pessoa do médico.

Justifica-se, portanto, a discussão da relação existente entre a procura do Grupal por residentes e os seguintes fatores: divulgação da existência deste serviço na instituição, ambiente subjetivo presente nos diferentes departamentos e diferenças de personalidade entre os residentes das várias especialidades.

Os médicos residentes, ao ingressarem na residência médica HC-FMUSP, assistem à palestra específica sobre as

atividades do Grupal. Os professores titulares, os chefes de departamento e os responsáveis pelos programas de residência médica, anualmente, recebem material explicativo sobre o funcionamento do serviço. Todos os residentes de primeiro ano, nos três primeiros meses, recebem, junto ao contracheque e o vale-refeição, uma carta esclarecendo a missão do Grupal e fornecendo instruções de como providenciar o agendamento de consultas. Não parece ser problema de ineficácia de informação, mas sim do ambiente subjetivo presente nos departamentos e das diferenças de personalidade entre os residentes que cursam as várias especialidades.

Investir numa aproximação com os preceptores dos residentes seria uma alternativa para superar o problema. Estes profissionais são ex-residentes que terminaram sua formação e permanecem nos departamentos por mais um ano, cumprindo o papel de articulação entre os residentes e os níveis superiores de hierarquia. Esta espécie de irmão mais velho é o representante institucional mais próximo dos residentes, desempenhando muitas vezes o papel de confidente e conselheiro. Em inúmeras situações isoladas foi muito proveitosa a colaboração deste profissional na solução de alguns casos de residentes atendidos pelo Grupal. É importante pensar uma programação específica para o conjunto dos preceptores, não apenas de caráter informativo, mas algo mais detalhado, oferecendo escuta sobre situações problemáticas em sua rotina de trabalho e dando maior esclarecimento sobre quais delas poderiam ser encaminhadas para o Grupal.

Concluindo, nesse estudo a assistência psiquiátrica e psicológica mostrou-se associada ao sexo feminino e a fatores ligados a crises adaptativas. Além disso, mostrou-se associada a especialidades clínicas, cujos residentes tendem a apresentar personalidades diferentes das especialidades cirúrgicas e vivenciam distintos ambientes de trabalho. Finalmente, a ausência de crescimento da proporção de residentes atendida pelo serviço, no período analisado, estimula o planejamento de novas ações que ampliem sua cobertura.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

PROFILE OF THE RESIDENT PHYSICIAN ATTENDED BY THE GROUP OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE FOR STUDENTS AT THE SAO PAULO UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

OBJECTIVES. To define the profile of medical residents assisted by a mental health care service, aiming to contribute to the understanding of this group's needs.

Methods. Observational study, retrospective cohort design. Data were collected from the medical records of a series of residents assisted by the group of psychological care for students of the Sao Paulo University School of Medicine, during the period 1998-2002; and from the institution's general register of residents. Proportions of residents assisted according to time, year of residency, gender, age, specialty, graduation school and distance from family home are described and differences between proportions of these variables categories are analyzed.

RESULTS. The total of residents included was 2,131 with a follow-up time of 4,727 resident-years. Among them, computing first episode of care only, there were 104 residents assisted

(4.9% residents assisted, or 2.2 residents assisted per 100 resident-years of follow-up). Their most frequent characteristics were: first year of residency (4.5%), age under 26 years (6.1%), female (6.9%), graduates from other schools (5.9%), and residents of cognitive specialties (6.7%).

Psychiatric assistance in this sample shows an association with gender and factors related to a crisis of adaptation. The proportion of residents assisted has not increased during the period analyzed. [Rev Assoc Med Bras 2009, 55(6): 684 - 91]

KEY WORDS: Occupational Health.Epidemiology.Mental Health. Specialties, Medical.Internship and Residency.Psychiatry.

REFERÊNCIAS

1. Millan LR, Arruda PC. Assistência psicológica ao estudante de medicina: 21 anos de experiência. Rev Assoc Med Bras 2008; 54:90-4.
2. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 2004;161:2295-302.
3. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. Med Educ. 2002;36:66-72.
4. Milling TJ. Drug and alcohol use in emergency medicine residency: an impaired resident's perspective. Ann Emerg Med. 2005;46:148-51.
5. Weinger MB, Ebdon P. Sleep deprivation and clinical performance. JAMA. 2002;287:955-8.
6. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. Crit Care Med. 2007;35(Suppl 2):106-16.
7. Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004;39:502-6.
8. Conard SE, Hughes P, Baldwin D, Achenbach K, Sheehan D. Substance use and the resident physician: a national study. Res Med Educ. 1998;27:256-61.
9. Flaherty JA, Richman JA. Substance use and addiction among medical students, residents, and physicians. Psychiatr Clin North Am. 1993;16:189-97.
10. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, Kent A, Kunkel M, Schechter J, Tate J. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. Acad Med. 2009;84:236-41.
11. Fletcher KE, Underwood W 3rd, Davis SQ, Mangrulkar RS, McMahon LF Jr, Saint S. Effects of Work Hour Reduction on Residents' Lives: A Systematic Review. JAMA. 2005;294:1088-100.
12. Prins JT. Burnout in medical residents: a review. Med Educ. 2007;41:788-800.
13. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002;136:358-67.
14. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 2008;336(7642):488-91.
15. Boniatti MM, Zubarán C, Panarotto D, Delazeri GJ, Tirello JL, Feldens MDEO, Sperotto VF. The use of psychoactive substances among medical students in southern Brazil. Drug Alcohol Rev. 2007;26:279-85.
16. Lima MC, Domingues MS, Cerqueira AT. Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students Rev Saúde Pública. 2006;40:1035-41.
17. Laranjeira R, Alves H. Médicos dependentes e com problemas psicológicos. J Cremesp. 2004; 198(fev).
18. Stewart SM, Betson C, Marshall I, Wong CM, Lee PW, Lam TH. Stress and vulnerability in medical students. Med Educ. 1995;29:119-27.
19. Barden CB, Specht MC, MacCarter MD, Daly JM, Fahey TJ. Effects of limited work hours on surgical training. J Am Coll Surg. 2002;195: 531-8.
20. Dunn LB, Moutier C, Green Hammond KA, Lehmann J, Roberts LW. Personal Health Care of Residents: Preferences for Care Outside of the Training Institution. Acad Psychiatry. 2008;32:20-30.
21. Goldstein MJ, Kim E, Widmann WD, Hardy MA. A 360 degrees evaluation of a night-float system for general surgery: a response to mandated work-hours reduction. Curr Surg. 2004;61:445-51.
22. Machado MH. Características sociológicas da profissão médica-Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.21-51.
23. Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS, Informações em Saúde. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br>.
24. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Dayse Batista. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
25. Stata Corp LP. Intercooled Stata 9.0 for Windows. Texas; 2005.
26. Bellodi PL. Surgery or general medicine: a study of the reasons underlying the choice of medical specialty. São Paulo Med J. 2004;122:81-6.
27. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Bond M, et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? Os mecanismos de defesa se modificam de acordo com o transtorno psiquiátrico? Rev Bras Psiquiatr. 2006;28:179-83.
28. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, César CL. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública. 2006;22:1639-48.
29. Ransay L, Welch S, Youard E. Needs of women patients with mental illness. Adv Psychiatr Treat. 2001;7:85-92.
30. Millan LR. Vocaçao médica: um estudo com primeiranistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 309-310. 4th ed. Washington (DC): APA; 1994.
32. Sargent C. Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. J Bone Joint Surg Am. 2004;86:1579-86.

Artigo recebido: 27/11/08
Aceito para publicação: 25/08/09
