



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

NAYANE MIRANDA SILVA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM
RESIDENTES MÉDICOS E MULTIPROFISSIONAIS DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

BRASÍLIA

2022

NAYANE MIRANDA SILVA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM
RESIDENTES MÉDICOS E MULTIPROFISSIONAIS DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Orientadora: Profa. Dra. Veronica Moreira Amado

BRASÍLIA

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de ensino, estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Miranda Silva, Nayane.

Prevalência de sintomas de transtornos mentais em residentes médicos e multiprofissionais durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. / Nayane Miranda Silva; orientadora Veronica Moreira Amado. – Brasília, 2022.

Orientadora: Profa. Dra. Veronica Moreira Amado

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília.
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas.

NAYANE MIRANDA SILVA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS MENTAIS EM
RESIDENTES MÉDICOS E MULTIPROFISSIONAIS DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Data da defesa da dissertação: 23/06/2022

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Veronica Moreira Amado (Presidente)
Universidade de Brasília – UnB

Professora Doutora Iruena Moraes Kessler
Universidade de Brasília – UnB

Professor Doutor Roberto Nascimento de Albuquerque
Centro Universitário de Brasília – UNICEUB

Professor Doutor Rivadavio Fernandes Batista de Amorim (Suplente)
Universidade de Brasília – UnB

*Dedico este trabalho aos meus pais, meus maiores
incentivadores.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pelas oportunidades concebidas, e por me dar sabedoria para ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do mestrado.

À toda minha família, em especial, aos meus pais José Araújo Silva e Maria de Jesus Miranda Lima Silva e a minha irmã Glaucia Miranda Silva de Assis por acreditarem em mim, por me apoiarem incondicionalmente e me incentivarem nos momentos de dificuldade, compreendendo a minha ausência enquanto me dedicava à realização deste trabalho.

Ao meu filho Antônio Miranda Lemos de Castro, por ser luz na minha vida e ao meu marido Virgilio Hipolito Lemos de Castro por ter suportado toda sobrecarga e acúmulo das minhas responsabilidades.

As amigas que sempre estiveram ao meu lado, em especial à minha grande amiga Luciane Echeverria, por todo conselho e incentivo; Amanda Mesquita e Luiza Moreira pela parceria, amizade e apoio nos momentos de dificuldade e aos vários amigos do Hospital Universitário de Brasília que estiveram comigo nessa jornada.

À minha amiga e parceira de pesquisa Rebeca da Nobrega Lucena Pinho por partilhar comigo seus conhecimentos, por me ajudar a cada processo desse trabalho e pela grande parceria ao longo do mestrado.

À Dra. Licia Maria Henrique da Mota e ao Dr. Cleandro Pires de Albuquerque, dois grandes cientistas no qual tive a honra de poder trabalhar com eles nesta pesquisa, me incentivando e colaborando ricamente com todo ensinamento para a execução e conclusão deste trabalho.

Em especial, à minha orientadora Profa. Dra. Veronica Moreira Amado, pela oportunidade de realizar esse trabalho e por acreditar em mim. Obrigada pela confiança e por me atender sempre com muito carinho todas as vezes que precisava de ajuda. Agradeço por todo ensinamento compartilhado de forma admirável, e por me guiar nessa etapa do mestrado.

A todos que participaram e contribuíram, direta e indiretamente no desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Introdução e Objetivos: A pandemia do coronavírus – SARS-CoV2 teve início em Wuhan, China, ao final de 2019, espalhando-se por todo o mundo de maneira rápida e desordenada. Diante de evento de tamanha magnitude, profissionais de saúde em todo mundo, dentre eles residentes médicos e de outras profissões de saúde, passaram a trabalhar diariamente sob forte pressão física e psicológica, expostos a maior risco de desenvolverem transtornos mentais e sofrimento psíquico. Este estudo foi elaborado com o objetivo de avaliar a prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais como depressão, ansiedade e estresse entre pós-graduandos de residência médica e multiprofissional em saúde, durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, assim como identificar fatores pessoais associados ao maior risco de transtornos mentais, fatores relacionados a estrutura pedagógica dos programas de residência associados ao maior risco de transtornos mentais e fatores relacionados a infraestrutura dos hospitais que abrigam programas de residência associados ao maior risco de transtornos mentais. **Métodos:** Estudo transversal em que foram incluídos pós-graduandos de programas de residência médica e de outras profissões de saúde do Brasil. O recrutamento aconteceu no período de 29 de julho a 05 de setembro de 2020. Os participantes responderam um formulário eletrônico via plataforma Microsoft Forms, pelo qual foram coletados dados epidemiológicos e clínicos, incluindo a avaliação de aspectos psíquicos e afetivos, através das escalas DASS-21, PHQ-9 e BRCS, seguindo um protocolo pré-definido. **Resultados:** No total, 1.313 residentes médicos e de outras profissões da área de saúde participaram do estudo. A escala DASS-21 identificou escores de 51,3%, 53,4% e 52,6% para depressão, ansiedade e estresse, respectivamente. Pela escala BRCS, 61,9% dos participantes apresentaram baixa resiliência. Quanto à escala de depressão PHQ-9, 60,9% dos residentes mostraram escores elevados. **Conclusão:** Encontramos alta prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse entre os residentes médicos e não médicos durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Os transtornos mentais têm natureza complexa e as demandas particulares da residência, alteradas pela assistência a pacientes com COVID-19, podem ser potenciais estressores e estarem associadas à elevada prevalência desses sintomas nessa população.

Palavras Chaves: saúde mental, residência médica, residência multiprofissional, COVID-19, estresse, ansiedade, depressão, profissional da saúde, estudante de medicina.

ABSTRACT

Background: The coronavirus (SARS-CoV-2) pandemic have begun in Wuhan, China, at the end of 2019, and spread across the world in a fast and disordered way. Because of the pandemic, health professionals, including residents in medicine and other health professions, started working under intense physical and psychological pressure daily and were exposed to a greater risk of developing mental disorders and psychological distress. This study aimed to identify the prevalence of symptoms indicative of mental disorders such as depression, anxiety and stress among postgraduate students who were residents in medicine and multiprofessional health residency, during the COVID-19 pandemic in Brazil as well as to identify personal factors associated with a higher risk of mental disorders, factors related to the pedagogical structure of residency programs associated with a higher risk of mental disorders, and factors related to the infrastructure of hospitals that house residency programs associated with a greater risk of mental disorders. **Methods:** This was a cross-sectional study that included postgraduate students in medical and other health residency programmes in Brazil. The recruitment period was from July 29 to September 5, 2020. Epidemiological and clinical data, including evaluations of psychological and affective aspects, through the DASS-21, PHQ-9 and BRCS scales, following a predefined protocol, were collected after the participants filled out an electronic form via the Microsoft Forms platform. **Results:** In total, 1,313 medical and other health residents were enrolled in the study. The Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) identified depression, anxiety and stress in 51.3%, 53.4% and 52.6% of the participants, respectively. Based on the Brief Resilient Coping Scale (BRCS), 61.9% of the participants had low resilience. A total of 60.9% of the residents had high scores on the Patient Health Questionnaire 9-item depression module (PHQ-9). **Conclusions:** We found a high prevalence of symptoms of depression, anxiety and stress among medical and non-medical residents during the COVID-19 pandemic in Brazil. Mental disorders are complex in nature, and the demands of residency, altered by the assistance to patients with COVID-19, may be potentials stressors related with the high prevalence of these symptoms among residents.

Keywords: mental health, medical residency, multiprofessional residency, COVID-19, stress, anxiety, depression, health care professional, medical student.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Instrumento DASS-21
- Figura 2** Instrumento PHQ-9
- Figura 3** Instrumento BRCS
- Figura 4** Instrumento para avaliar o grau de autonomia
- Figura 5** Instrumento para avaliar a organização pedagógica do programa de residência
- Figura 6** Instrumento para avaliar disponibilidade de equipamento de proteção individual
- Figura 7** Instrumento para avaliar o vínculo de trabalho externo ao programa de residência
- Figura 8** Instrumento para avaliar a prestação de cuidados a pacientes com a COVID-19
- Figura 9** Instrumento para avaliar a jornada de trabalho semanal do residente
- Figura 10** Análise multivariada de características associadas a depressão (DASS-21 e PHQ-9), ansiedade (DASS-21) e estresse (DASS-21) em profissionais de saúde (residentes médicos e não médicos) em treinamento durante a pandemia COVID-19.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Caracterização geral da amostra
- Tabela 2** Comparações entre residentes médicos e não médicos quanto a diversas características avaliadas
- Tabela 3** Análise bivariada da associação de características associadas a Depressão (DASS 21)
- Tabela 4** Análise bivariada da associação de características associadas a Ansiedade (DASS 21)
- Tabela 5** Análise bivariada da associação de características associadas a Estresse (DASS 21)
- Tabela 6** Análise bivariada da associação de características associadas a Depressão (PHQ-9).

LISTA DE ABREVIATURAS

BRCS	<i>Brief Resilient Coping Scale</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNMR	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DASS-21	Escala de 21 Itens para Depressão, Ansiedade e Estresse
DP	Desvio Padrão
EAV	Escala Analógica Visual
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalar
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FM	Faculdade de Medicina
IC	Intervalo de Confiança
MD	<i>Mean Difference</i>
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	Questionário de Saúde do Paciente com 9 Questões
SARS-CoV2	<i>Coronavirus Disease</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 ASPECTOS INICIAIS DA COVID-19	14
1.2 SAUDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	15
1.3 PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM FORMAÇÃO	15
2. OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3. PACIENTES E METÓDOS	20
3.1 DESENHO DO ESTUDO	21
3.2 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	21
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	21
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	21
3.5 COLETA DE DADOS	22
3.6 TAMANHO AMOSTRAL	26
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	26
3.8 QUESTÕES ÉTICAS	27
4. RESULTADOS	28
4.1 SELEÇÃO E CARACTERISTICAS DA AMOSTRAS ESTUDADA	29
4.2 COMPARAÇÃO ENTRE OS PROGRAMAS DE RESIDENCIA	31
4.3 ANÁLISES BIVARIADAS NÃO AJUSTADAS	33
4.4 ANÁLISE MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS PREDITORAS	36
5. DISCUSSÃO	38
5.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	43
6. CONCLUSÃO	45
7. REFERÊNCIAS	46
8. ANEXOS	53
ANEXO 1 – COMPROVANTE DE PUBLICAÇÃO	53
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	54
ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	55

1. INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS INICIAIS DA COVID-19

A epidemia do coronavírus – SARS-CoV2 (*coronavirus disease*, COVID-19) foi identificada em Wuhan, China, ao final de 2019, espalhando-se por todo o mundo de maneira rápida e desordenada.^{1,2} A OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional – o mais alto nível de alerta da Organização conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional e, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.²

No Brasil, o primeiro caso da doença foi registrado em 25 de fevereiro de 2020^{3,4}. Em abril de 2022, o registro cumulativo superou a marca de 650.000 óbitos pela doença⁵, com registro de novos casos diariamente. O Brasil enfrenta imensos desafios com a pandemia de COVID-19, que são relacionados, entre outros fatores, à vasta extensão territorial, alta densidade populacional em algumas cidades, grande variedade de rotas aéreas, terrestres e marítimas com conexões para todo o mundo e um sistema de saúde com recursos limitados, que dificultam o controle da epidemia e aumentam o número de pessoas suscetíveis à infecção^{4,6}.

O coronavírus tem um alto potencial de contágio. Informações dúbias, até mesmo falsas sobre os fatores relacionados à sua transmissão, o período de incubação longo, seu alcance geográfico, o aumento exponencial do número de infectados e de óbitos relacionados à doença geraram insegurança e medo na população em geral.⁷

Diante de evento de tamanha magnitude, profissionais de saúde em todo mundo, dentre eles residentes médicos e de outras especialidades em saúde⁸, passaram a trabalhar diariamente sob forte pressão física e psicológica⁹. Fatores como sobrecarga de trabalho, escassez e uso prolongado dos equipamentos de proteção individual, privação do sono, conhecimento ainda limitado acerca da doença, falta de medicamentos específicos e insumos adequados para tratamento dos pacientes predispuseram ao desenvolvimento de transtornos mentais e sofrimento psíquico nessa população¹⁰.

1.2 SAUDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DE SAUDE

A saúde tem conceitos complexos e historicamente influenciados por contextos sociopolíticos e pela evolução de práticas em saúde. A OMS define saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade¹¹. Os transtornos mentais são considerados um problema de saúde pública, uma vez que constituem 12% do total de doenças e incapacidades no mundo, sendo que um quarto das pessoas será afetada por um transtorno mental em alguma fase da vida.¹²

Os profissionais de saúde, apresentam alta predisposição para serem acometidos pelo sofrimento psíquico, tendo em vista a complexidade de suas atividades, o estresse associado ao manejo de pacientes graves, a vivência de sofrimento humano e à terminalidade. Por outro lado, o desenvolvimento de transtornos mentais podem contribuir para um pior desempenho profissional e pior qualidade no serviço prestado aos pacientes¹². Estudos publicados em bases nacionais e internacionais acerca dessa temática, sugerem índices de maior prevalência de depressão nos profissionais de saúde do que na população geral.¹³

Os surtos de doenças infecciosas, por sua vez, têm impacto psicológico nos profissionais de saúde, bem como na população geral.¹⁴ Estudos recentes mostraram prevalência elevada de transtornos mentais entre os profissionais de saúde, atribuída a intensas demandas emocionais e a condições de trabalho frequentemente adversas, durante a pandemia de COVID 19.¹⁰

1.3 PROFISSIONAIS DE SAUDE EM FORMACAO

A residência se caracteriza pelo treinamento em serviço sob supervisão, cuja finalidade é desenvolver habilidades e competências profissionais. O residente exercita a prática 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 morte. Nesse processo, configurado pela dualidade trabalhador-aprendiz, o residente médico ou multiprofissional enfrenta uma tensão interna constante que tanto pode ajudar no seu aperfeiçoamento quanto atuar como fator desencadeante de transtornos mentais.¹⁵

A Residência Médica no Brasil foi regulamentada através do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e posteriormente pela Lei 6.932 de 7 de julho de 1981 e é considerado padrão-ouro na formação de novos médicos. Ela constitui como uma modalidade de ensino de pós graduação, destinada à médicos, sob a forma de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, com programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de presumida qualificação ética e profissional.¹⁶

A Residência Multiprofissional em Saúde, assim como a Residência Médica, é uma pós-graduação *latu sensu* que tem como principal característica o treinamento em serviço de saúde. A Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS). A residência voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde, com exceção da Medicina. Tais programas abrangem: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinárias, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, e Terapia Ocupacional.¹⁷ A literatura aponta para o reconhecimento da importância desses programas como forma de preparação para o trabalho, ao permitir o enfrentamento de situações reais permeadas pelas trocas de experiências com os preceptores e demais profissionais do serviço. No entanto, também alerta para a necessidade de um acompanhamento sistemático da qualidade de vida dos residentes nos aspectos físicos, ambientais, psicológicos e relacionais, em função da extensa (60 horas semanais) e da intensa carga de trabalho.¹⁸

Os estudos a respeito da saúde mental de profissionais em formação que compõem os programas de residência médica e não médica (de outras especialidades) são escassos.¹⁹ Esses profissionais, além dos desafios inerentes às suas profissões, são requisitados a adquirir novos conhecimentos e habilidades de forma rápida e eficiente e são expostos a situações que exigem tomadas de decisões importantes, que até então não lhes cabiam.^{10,20} A saúde mental dos médicos residentes é um tema que já preocupava educadores médicos de todo o mundo, antes mesmo do surgimento da pandemia. Em 2014, as taxas de prevalência de transtornos mentais entre os residentes brasileiros foram de 41,3% e 21,6% para depressão e ansiedade, respectivamente.²¹

Há poucas publicações acerca do comportamento dos transtornos mentais na população de residentes médicos e de outras especialidades durante a pandemia pela COVID-19 e, até o momento, nenhum estudo que aborde simultaneamente a residência médica e multiprofissional foi realizado no Brasil. Entender o impacto do enfrentamento dessa pandemia na saúde mental desses residentes é essencial para compreender a questão, assim como para planejar ações de saúde destinadas a essa população.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais como depressão, ansiedade e estresse entre pós-graduandos de residência médica e multiprofissional em saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar fatores pessoais associados ao maior risco de transtornos mentais.
- Identificar fatores relacionados a estrutura pedagógica dos programas de residência associados ao maior risco de transtornos mentais.
- Identificar fatores relacionados a infraestrutura dos hospitais que abrigam programas de residência associados ao maior risco de transtornos mentais.

3. PACIENTES E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo de corte transversal, analítico.

Os dados foram coletados na fase inicial de uma linha de pesquisa, estudo parental, que objetivou avaliar longitudinalmente a incidência de burnout e seus fatores de risco entre residentes de profissões de saúde durante a pandemia de COVID-19, cujo protocolo já foi publicado²².

3.2 RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

O recrutamento aconteceu no período de 29 de julho a 05 de setembro de 2020, através de convite por e-mails, mensagens em redes sociais, enviados para 7.215 residentes em atuação nos 40 hospitais universitários, ligados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Além disso, cartazes foram afixados nos hospitais e veiculados pela intranet dos hospitais universitários, contendo QR codes com links para os formulários da pesquisa.

Todavia, considerando a capacidade de difusão oferecida pelas redes sociais digitais, a participação não ficou restrita somente aos hospitais geridos pela EBSERH, mas facultada também aos profissionais de saúde residentes de quaisquer instituições formadoras de recursos humanos em saúde no país.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Possuir idade maior ou igual a 18 anos, ser residente das áreas médica ou multiprofissional em saúde designados(as) para atividades que envolvessem, ou não, prestação direta de cuidados a pacientes durante a pandemia de COVID-19 e aceitar as condições do TCLE.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Recusar a participação, de forma explícita ou presumida, por ausência de resposta às tentativas de entrevista via formulário eletrônico.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu mediante formulário eletrônico estruturado (via *Microsoft Forms*), idealizado para reunir informações sobre as características clínico-epidemiológicas dos participantes, contendo os instrumentos de avaliação utilizados na pesquisa, conforme protocolo predefinido²², sendo utilizados os seguintes instrumentos:

1 – Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21): Instrumento traduzido e validado para o português²³, composto por três subescalas que abrangem três domínios de sintomas: depressão, ansiedade e estresse, com pontos de corte >9, >7 e >14, respectivamente, em relação ao categorizado como normal.

Figura 1 – Instrumento DASS-21

DASS-21 - ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (Referência: Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. J Affect Disord. 2014;155(1):104-109.	
0 - Não se aplica a mim	2 - Aplicado a mim em um grau considerável ou em boa parte do tempo
1 - Aplicado a mim em algum grau, ou algumas vezes	3 - Aplicado a mim muito ou na maioria das vezes
Itens	
1. Achei difícil relaxar.	
2. Eu estava ciente da secura da minha boca.	
3. Eu não conseguia experimentar nenhum sentimento positivo.	
4. Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida, falta de ar na ausência de esforço físico).	
5. Achei difícil trabalhar a iniciativa de fazer as coisas.	
6. Eu tendia a reagir exageradamente às situações.	
7. Eu experimentei tremores (por exemplo, nas mãos).	
8. Senti que estava usando muita energia nervosa.	
9. Eu estava preocupado com situações em que eu poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo.	
10. Senti que não tinha nada para esperar.	
11. Eu me vi ficando agitado.	
12. Achei difícil relaxar.	
13. Eu me senti triste e deprimido	
14. Eu era intolerante com qualquer coisa que me impedisse de continuar com o que estava fazendo.	
15. Senti que estava perto do pânico.	
16. Eu não conseguia me entusiasmar com nada.	
17. Senti que não valia muito como pessoa.	
18. Eu senti que era bastante sensível.	
19. Eu estava ciente da ação do meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo, sensação de aumento da frequência cardíaca, coração perdendo uma batida).	
20. Senti medo sem nenhuma boa razão	
21. Senti que a vida não tinha sentido.	

Fonte: J Affect Disord, 2014.

2 – Escala breve de depressão (PHQ-9): Instrumento traduzido e validado para o português²⁴. É composto por nove questões que cujas respostas avaliam a frequência de determinados sintomas: 0 (nenhum dia), 1 (menos de 1 semana), 2 (uma semana ou mais) e 3 (quase todos os dias), com ponto de corte >9 para valores anormais.

Figura 2 – Instrumento PHQ-9

PHQ-9 - ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DO PACIENTE (Referência: Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad Saude Publica. 2013;29(8):1533-1543.			
0 - Quase nada	1 - Vários dias	2 - Mais da metade dos dias	3 - Quase todos os dias
Itens			
1. Pouco interesse ou prazer de fazer as coisas.			
2. Sentindo-se para baixo, deprimido ou sem esperança.			
3. Problemas para adormecer ou permanecer dormindo, ou dormir demais.			
4. Sentindo-se cansado ou com pouca energia.			
5. Falta de apetite ou comer demais.			
6. Sentir-se mal consigo mesmo - ou que você é um fracasso ou decepcionou a si mesmo ou à sua família.			
7. Problemas para se concentrar em coisas, como ler o jornal ou assistir televisão.			
8. Movendo-se ou falando tão devagar que outras pessoas poderiam ter notado? Ou, tão inquieto ou inquieto que você tem se movido muito mais do que o habitual?			
9. Pensamentos de que você estaria melhor morto, ou pensamentos de se machucar de alguma forma.			

Fonte: Cad Saude Publica, 2013.

3 – Escala breve de *coping* resiliente (BRCS): Instrumento unidimensional, adaptado e validado em português, constituído por quatro itens que visa perceber a capacidade para lidar com o estresse de uma forma adaptativa. Classifica-se como “baixa resiliência” a pontuação < 13.²⁵

Figura 3 – Instrumento BRCS

BRCS - ADAPTAÇÃO DA ESCALA BREVE DE COPING RESILIENTE (Referência: RIBEIRO, J.L. Pais e MORAIS, Rita. Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. Psic., Saúde & Doenças [online]. 2010, vol.11, n.1 [citado 2020-06-23], pp.5-13.).				
Quase nunca	Ocasionalmente	Muitas vezes	Com muita frequência	Quase sempre
①	②	③	④	⑤
14. Procuo formas criativas de superar situações difíceis				
16. Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar minhas reações				
14. Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis				
16. Procuo ativamente formas de substituir as perdas que encontro na vida				

Fonte: Psic., Saúde & Doenças, 2010.

4 – Grau de autonomia para decidir condutas no trabalho: Escala visual numérica de avaliação da percepção do indivíduo quanto ao seu grau de autonomia para decidir condutas no trabalho. A resposta variou de 1 a 10, sendo o um “não tenho autonomia alguma” e o dez “tenho autonomia total”. O valor ≤ 4 foi estipulado para a percepção de baixa autonomia no trabalho.²⁶

Figura 4 - Instrumento para avaliar o grau de autonomia

EAV - Grau de autonomia pra decisão no trabalho (escala analógica visual)

Leia a questão a seguir e responda considerando sua profissão e seu ambiente de trabalho. Selecione o número que melhor represente sua resposta, sendo 1 (não tenho autonomia alguma) e 10 (tenho autonomia total).

Na sua opinião, qual o seu grau de autonomia para decidir condutas no trabalho?

Nenhuma ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Total

Fonte: elaborado pela autora.

5 - Adequação da organização pedagógica do programa de residência médica ou multiprofissional: constituída por uma escala visual numérica, que visa avaliar a percepção do indivíduo sobre a organização da estrutura pedagógica do seu programa de residência. A resposta varia de 1 a 10, sendo 1 “totalmente inadequado” e 10 “totalmente adequado”, onde a nota de corte foi definida em ≤ 5 ;

Figura 5 - Instrumento para avaliar a organização pedagógica

Adequação da organização pedagógica do programa de residência (escala analógica visual)

Na sua opinião, qual o grau de adequação da organização pedagógica de seu programa de residência profissional?

Totalmente inadequado ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Totalmente adequado

Fonte: elaborado pela autora.

6 – Disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI): Escala tipo Likert de 1 a 5 pontos, para avaliação da percepção do indivíduo quanto à disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI). Foi apresentada a seguinte questão: “Na sua prática profissional, no atendimento a pacientes, em que parte do tempo você tem à disposição equipamentos de proteção individual (EPI) suficientes e adequados?”. A nota de corte para classificação como “disponibilidade inadequada de EPI” foi definida ≤ 3 ;

Figura 6 - Instrumento para avaliar disponibilidade de equipamento de proteção individual

Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual - EPI	
Leia a questão a seguir e marque o número que melhor representa sua resposta, considerando:	
1 - Em nenhum momento	
2 - Em menos da metade do tempo	
3 - Na metade do tempo	
4 - Em mais da metade do tempo	
5 - O tempo todo	
Na sua prática profissional, especialmente no atendimento a pacientes, por quanto tempo você tem acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) suficientes e adequados?	
<input type="radio"/>	1
<input type="radio"/>	2
<input type="radio"/>	3
<input type="radio"/>	4
<input type="radio"/>	5

Fonte: elaborado pela autora.

7 – Vínculo de trabalho externo: o indivíduo foi instado a responder “SIM” ou “NÃO” quanto ao exercício de trabalho profissional externo ao programa de residência.

Figura 7 - Instrumento para avaliar o vínculo de trabalho externo ao programa de residência

Atividade externa ao programa de residência	
Possui vínculo de trabalho externo ao programa de residência	
<input type="radio"/>	Sim
<input type="radio"/>	Não

Fonte: elaborado pela autora.

8 – Prestação de cuidados diretos a pacientes com a COVID-19: o indivíduo foi instado a responder “SIM” ou “NÃO” quanto a se, em sua prática no programa de residência, era obrigatória prestação de assistência direta a pacientes com COVID-19.

Figura 8 - Instrumento para avaliar a prestação de cuidados a pacientes com a COVID-19

Prestação de cuidados a pacientes com a COVID-19	
Na sua prática profissional, você presta cuidados diretos a pacientes com a COVID-19?	
<input type="radio"/>	Sim
<input type="radio"/>	Não

Fonte: elaborado pela autora.

9 - Jornada de trabalho semanal: o indivíduo foi instado a responder sobre sua carga horária de trabalho semanal.

Figura 9 - Instrumento para avaliar a jornada de trabalho semanal do residente

Jornada de trabalho semanal	
Qual a sua jornada de trabalho semanal?	
<input type="radio"/>	< 24h/sem
<input type="radio"/>	> 24h/sem <60h/sem
<input type="radio"/>	> 60h/sem <90h/sem
<input type="radio"/>	> 90h/sem <120h/sem
<input type="radio"/>	> 120h/sem

Fonte: elaborado pela autora.

3.6 TAMANHO AMOSTRAL

O presente trabalho correspondeu à avaliação basal (em corte transversal) de dados originários de um estudo longitudinal ainda em curso, cujo protocolo já está disponível, o qual objetiva identificar preditores de *burnout* entre profissionais de saúde residentes.²² O tamanho amostral foi calculado com vistas ao estudo longitudinal, tomando-se como parâmetros:

- 1 - Prevalência esperada de 28% de *burnout* entre os profissionais de saúde²⁷;
- 2 - Expectativa de diferença de 10 pontos percentuais na incidência de *burnout* entre os grupos exposição e controle, após 12 semanas de seguimento;
- 3 - Perdas de seguimento a ser compensadas da ordem de 20%. Desse modo, calculou-se o tamanho amostral mínimo em N = 1144 participantes.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

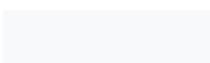
A caracterização geral da amostra foi realizada por técnicas descritivas, reportando-se frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, bem como médias e desvios padrões para variáveis numéricas contínuas. Nas análises bivariadas, associações entre variáveis categóricas dicotômicas foram verificadas através do teste chi-quadrado, com estimativas de tamanho de efeito por *odds ratio* e V de *Cramer*. Diferenças entre os residentes médicos e não médicos quanto a variáveis contínuas foram verificadas pelo teste t de *student*, com correção de *Welch* para variâncias não homogêneas. Correlações entre os escores de depressão, ansiedade e estresse entre os instrumentos PHQ-9 e DASS-21 com suas subescalas foram verificadas por meio do coeficiente r de Pearson. Modelos de regressão logística binomial foram ajustados para

classificação dos indivíduos quanto ao status de depressão, ansiedade e estresse, aos instrumentos DASS-21 e PHQ-9, com avaliação da contribuição independente de diversas variáveis preditoras candidatas. Foram levadas à análise multivariada as variáveis preditoras candidatas identificadas como significantes ($p < 0,05$) na etapa de análises bivariadas.

3.8 QUESTÕES ÉTICAS

Todos os participantes incluídos assinaram o termo de consentimento livre esclarecido e receberam uma cópia via e-mail. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP / FM) da Universidade de Brasília (CAAE: 33493920.0.0000.5558), por meio do sistema CEP / CONEP.

4. RESULTADOS



4.1 SELEÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRAS ESTUDADA

No total, 1.313 residentes médicos e de outras especialidades de saúde participaram do estudo. As características gerais da amostra de residentes estudada encontram-se na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização geral da amostra.

CARACTERÍSTICA	Total n = 1313
SEXO (1310 respostas)	
Feminino	1025 (78,2%)
Masculino	285 (21,8%)
RAÇA (1313 respostas)	
Branca	778 (59,3%)
Não Branca	535 (40,7%)
NATUREZA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO (1313 respostas)	
Pública	1277 (97,2%)
Privada ou Filantrópica	36 (2,8%)
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (1313 respostas)	
Sim	1177 (89,6%)
Não	136 (10,4%)
CATEGORIA PROFISSIONAL DO PARTICIPANTE (1272 respostas)	
Médicos	674 (53,0%)
Enfermeiros	115 (9,0%)
Farmacêuticos	91 (7,2%)
Nutricionistas	82 (6,4%)
Psicólogos	82 (6,4%)
Fisioterapeutas	63 (5,0%)
Assistentes Sociais	51 (4,0%)
Dentistas	37 (2,9%)
Terapeutas Ocupacionais	22 (1,7%)
Outros	55 (4,3%)
PRESTAÇÃO CUIDADOS DIRETOS À PACIENTES COM COVID-19 (1313 respostas)	
Sim	790 (60,2%)
Não	523 (39,8%)
PRESENÇA DE ENFERMIDADES (1305 respostas)	
Sim	234 (17,9%)
Não	1071 (82,1%)
RISCO AUMENTADO PARA FORMAS GRAVES DE COVID-19 (1305 respostas)	
Sim	218 (16,7%)
Não	1087 (83,3%)
PERCEÇÃO DA DISPONIBILIZAÇÃO DE EPI (1313 respostas)	
Má adequação	281 (21,4%)
Moderada a boa adequação	1032 (78,6%)
PERCEÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PEDAGÓGICA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (1313 respostas)	
Má adequação	558 (42,5%)
Moderada a boa adequação	755 (57,5%)
AUTONOMIA PARA DECIDIR CONDUTAS NO TRABALHO (1313 respostas)	
Baixa autonomia	224 (17,1%)
Moderada a alta autonomia	1089 (82,9%)
CARGA HORÁRIA SEMANAL (1313 respostas)	

<=60h	541 (41,2%)
≥ 60h	772 (58,8%)
ATIVIDADE EXTERNA AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (1313 respostas)	
Sim	424 (32,3%)
Não	889 (67,7%)

A maioria dos residentes respondedores era do sexo feminino (78,2%) e a média de idade foi 27,8 anos. Quanto a etnia, 59,3% se declararam brancos, 33% pardos, 6,2% negros e 1,6% informaram “outras”. Um total de 234 participantes (17,9%) declararam ter diagnóstico de enfermidades crônicas, sendo que 218 desses indivíduos (93,1%) informaram diagnóstico de condições mórbidas que cursam com risco aumentado para o desenvolvimento de formas graves de COVID-19, segundo critérios do CDC²⁸.

Os residentes foram oriundos de 135 instituições distribuídas por 25 unidades federativas do Brasil. A amostra foi composta por residentes médicos (51,3% dos participantes) e de outras especialidades da área da saúde (48,7%). A maioria dos participantes fazia parte do quadro de instituições públicas (96,7%), sendo 1177 residentes (89,6%) de hospitais universitários. Quanto à carga horária semanal, 682 residentes (51,9%) declararam trabalhar entre 60 e 90 horas. Atividades profissionais externas, além do programa de residência, foram informadas por 424 residentes (32,3%), sendo, mais frequentes entre os homens (64,9%) que entre as mulheres (57,1%). Os outros 889 residentes (67,7%) relataram não exercer atividades externas ao programa de residência. A maioria dos residentes (60,2%) prestavam cuidados diretos a pacientes com COVID-19 e consideravam adequada a disponibilização de EPI's (78,6%).

Em relação ao grau de autonomia para decidir condutas no trabalho, 1089 residentes (82,9%) classificaram sua percepção de autonomia como moderada a alta [média (DP) dos escores à escala de avaliação: 6,51 (2,10); IC95%: 6,39–6,62], e 755 residentes (57,5%) consideraram a estrutura pedagógica e a disponibilidade de recursos de aprendizagem no programa de residência de moderada a boa [média (DP) dos escores: 5,77 (2,46); IC95%: 5,64–5,91].

A escala DASS-21 identificou escores para depressão acima do ponto de corte de normalidade em 673 (51,3%) dos entrevistados. Para ansiedade, o número de indivíduos com escores elevados foi de 701 (53,4%) e para estresse 691 (52,6%). Destaca-se o percentual de respostas concordantes (indicando ocorrência “em boa parte” ou “na maior parte do tempo”) para afirmações como: “senti que não tinha valor como pessoa”,

assinhalada por 29,4% dos participantes, e “senti que a vida não tinha sentido”, admitida por 19,5%. À escala BRCS, 813 residentes (61,9%) apresentaram baixa resiliência. Quanto à escala de depressão PHQ-9, 799 residentes (60,9%) mostraram escores elevados. Destaca-se o percentual de respostas concordantes (que indicavam frequência de ocorrência “semanal” ou “quase diária”) para com as seguintes afirmações: “teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?”, admitida por 43,2% dos residentes, e “pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?”, relatada por 6,8% (aqui destacada pela extrema relevância de seu conteúdo).

4.2 COMPARAÇÃO ENTRE OS PROGRAMAS DE RESIDENCIA

Houve franco predomínio de mulheres em ambos os tipos de programa de treinamento, porém com representatividade ainda maior do sexo feminino nas residências não médicas em relação à residência médica. Observou-se uma predominância de brancos em ambos os programas, com prevalência ainda maior na residência médica (Tabela 2). A média (desvio padrão, DP) de idade dos residentes não médicos foi de 26,44 (4,40) anos, e a dos médicos, 29,21 (3,36), $p < 0,001$.

A tabela 2 sumariza os resultados obtidos pela aplicação dos diversos instrumentos utilizados na avaliação dos residentes, na comparação entre médicos e não médicos.

Tabela 2. Comparações entre residentes médicos e não médicos quanto a diversas características avaliadas[†].

	NÃO MÉDICO n (%)	MÉDICO n (%)	ODDS RATIO	IC 95%		V DE CRAMER	P VALOR
				Inferior	Superior		
SEXO							
Feminino	549 (86,3%)	476 (70,6%)	2,625	1,983	3,474	0,190	<0,001
Masculino	87 (13,7%)	198 (29,4%)					
RAÇA							
Branco	338 (52,9%)	440 (65,3%)	0,597	0,478	0,746	0,126	<0,001
Não Branco	301 (47,1%)	234 (34,7%)					
PRESENÇA DE ENFERMIDADE							
Sim	104 (16,4%)	130 (19,4%)	0,817	0,615	1,085	0,039	0,162
Não	530 (83,6%)	541 (80,6%)					
DASS-21 – DEPRESSÃO							
Anormal	334 (52,3%)	339 (50,3%)	1,082	0,871	1,344	0,020	0,475
Normal	305 (47,7%)	335 (49,7%)					
DASS-21 – ANSIEDADE							
Anormal	372 (58,2%)	329 (48,8%)	1,461	1,085	1,363	0,094	0,001
Normal	267 (41,8%)	345 (51,2%)					
DASS-21 –ESTRESSE							

Anormal	342 (53,5%)	349 (51,8%)	1,072	0,863	1,332	0,017	0,528
Normal	297 (46,5%)	325 (48,2%)					
PHQ-9							
Alto	404 (63,2%)	395 (58,6%)	1,214	0,972	1,516	0,047	0,087
Baixo	235 (36,8%)	279 (41,4%)					
BRCS							
Baixa resiliência	414 (64,8%)	399 (59,2%)	1,268	1,014	1,586	0,058	0,037
Moderada à alta	225 (35,2%)	275 (40,8%)					
PERCEPÇÃO DE AUTONOMIA							
Moderada à alta	535 (83,7%)	554 (82,2%)	1,114	0,835	1,486	0,020	0,462
Baixa autonomia	104 (16,3%)	120 (17,8%)					
ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA PEDAGÓGICA							
Moderada à alta	312 (48,8%)	443 (65,7%)	0,498	0,398	0,621	0,171	<0,001
Baixa adequação	327 (51,2%)	231 (34,3%)					
DISPONIBILIDADE DE EPI							
Moderada à alta	515 (80,6%)	517 (76,7%)	1,261	0,967	1,644	0,047	0,086
Baixa adequação	124 (19,4%)	157 (23,3%)					
ATIVIDADE EXTERNA AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA							
Sim	8 (1,3%)	416 (61,7%)	0,008	0,004	0,016	0,646	<0,001
Não	631 (98,7%)	258 (38,3%)					
CUIDADOS DIRETOS A PACIENTES COM COVID-19							
Sim	246 (38,5%)	544 (80,7%)	0,150	0,117	0,192	0,431	<0,001
Não	393 (61,5%)	130 (19,3%)					
CARGA DE TRABALHO SEMANAL CUMULATIVA							
>60h	294 (46,0%)	478 (70,9%)	0,349	0,278	0,439	0,253	<0,001
<=60h	345 (54,0%)	196 (29,1%)					

† Análises inferenciais bivariadas, por chi-quadrado, não ajustadas.

Não houve diferença significativa entre as residências médicas e de outras profissões de saúde quanto à presença de enfermidades crônicas, pontuações nas escalas DASS-21 – depressão, DASS-21 – estresse, BRCS (resiliência) e percepção de autonomia (Tabela 2). Entretanto, na variável DASS 21 – ansiedade, residentes não médicos apresentaram escores mais altos quando comparados aos residentes médicos média (DP) de 13,22 (10,51) vs 10,96 (10,00) respectivamente, *mean difference* (MD) 2,26 (IC 95%: 1,15 – 3,37; $p < 0,001$), com tendência semelhante (embora não alcançando significância estatística) na avaliação de depressão pela escala PHQ9, com escores de 12,31 (6,27) vs 11,71 (6,60), MD 0,60 (IC 95%: -0,098 – 1,299; $p = 0,092$).

Os programas de residência médica e não médica diferiram quanto à percepção de disponibilidade de EPI, exercício de atividade externa ao programa de residência, prestação de cuidados diretos a pacientes com COVID-19 e carga de trabalho semanal (Tabela 2). A percepção de adequação da estrutura pedagógica foi menor entre os residentes não médicos quando comparados aos médicos, média (DP) de 5,34 (2,50) vs 6,18 (2,36), MD -0,840 (IC 95%: -1,103 – -0,576; $p < 0,001$).

4.3 ANÁLISES BIVARIADAS NÃO AJUSTADAS

Nas análises bivariadas, não ajustadas, considerada a totalidade da amostra, houve associação significativa entre depressão - DASS-21 (Tabela 3) e presença de enfermidades crônicas, percepção de baixa autonomia, má adequação de estrutura pedagógica do programa de residência, disponibilidade inadequada de EPI e baixa resiliência ($p < 0,001$ em todos os casos).

Tabela 3. Análise bivariada da associação de características associadas a depressão (DASS 21) †

	NORMAL (%)	ANORMAL (%)	ODDS RATIO	IC 95%		V DE CRAMER	P VALOR
				Inferior	Superior		
SEXO							
Feminino	487 (47.5%)	538 (52.5%)	1.245	0.957	1.619	0.045	0.102
Masculino	151 (53.0%)	134 (47.0%)					
RAÇA							
Branco	393 (50.5%)	385 (49.5%)	1.190	0.955	1.484	0.043	0.122
Não Branco	247 (46.2%)	288 (53.8%)					
PRESENÇA DE ENFERMIDADE							
Sim	80 (34.2%)	154 (65.8%)	2.078	1.547	2.793	0.136	<0,001
Não	556 (51.9%)	515 (48.1%)					
PERCEPÇÃO DE AUTONOMIA							
Moderada à alta	576 (52.9%)	513 (47.1%)	0.356	0.260	0.487	0.183	<0,001
Baixa autonomia	64 (28.6%)	160 (71.4%)					
ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA PEDAGÓGICA							
Moderada à alta	448 (59.3%)	307 (40.7%)	0.359	0.286	0.451	0.247	<0,001
Baixa adequação	192 (34.4%)	366 (65.6%)					
DISPONIBILIDADE DE EPI							
Moderada à alta	545 (52.8%)	487 (47.2%)	0.456	0.346	0.601	0.156	<0,001
Baixa adequação	95 (33.8%)	186 (66.2%)					
CARGA DE TRABALHO SEMANAL CUMULATIVA							
>60 h	363 (47.0%)	409 (53.0%)	1.182	0.949	1.473	0.041	0.136
≤60 h	277 (51.2%)	264 (48.8%)					
ATIVIDADE EXTERNA AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA							
Sim	223 (52.6%)	201 (47.4%)	0.796	0.632	1.004	0.053	0.054
Não	417 (46.9%)	472 (53.1%)					
CUIDADOS DIRETOS A PACIENTES COM COVID-19							
Sim	383 (48.5%)	407 (51.5%)	1.027	0.823	1.281	0.006	0.815
Não	257 (49.1%)	266 (50.9%)					
BRCS							
Baixa resiliência	295 (36.3%)	518 (63.7%)	3.908	3.082	4.956	0.318	<0,001
Moderada à alta	345 (69.0%)	155 (31.0%)					

† Análises inferenciais bivariadas, por chi-quadrado, não ajustadas.

Quanto ao desfecho ansiedade - DASS-21 (Tabela 4), houve associação significativa para com o sexo feminino ($p < 0,001$), o exercício de atividade externa ao programa de residência ($p = 0,003$), presença de enfermidades crônicas ($p < 0,001$),

percepção de baixa autonomia ($p=0,023$), má adequação da estrutura pedagógica ($p<0,001$), disponibilidade inadequada de EPI ($p<0,001$) e baixa resiliência ($p<0,001$).

Tabela 4. Análise bivariada da associação de características associadas a Ansiedade (DASS 21) †

	NORMAL (%)	ANORMAL (%)	ODDS RATIO	IC 95%		V DE CRAMER	P VALOR
				Inferior	Superior		
SEXO							
Feminino	449 (43.8%)	576 (56.2%)	1.690	1.296	2.202	0.108	<0,001
Masculino	162 (56.8%)	123 (43.2%)					
RAÇA							
Branco	372 (47.8%)	406 (52.2%)	1.126	0.903	1.405	0.029	0.292
Não Branco	240 (44.9%)	295 (55.1%)					
PRESENÇA DE ENFERMIDADE							
Sim	75 (32.1%)	159 (67.9%)	2.108	1.562	2.844	0.137	<0,001
Não	534 (49.9%)	537 (50.1%)					
PERCEPÇÃO DE AUTONOMIA							
Moderada à alta	523 (48.0%)	566 (52.0%)	0.713	0.532	0.956	0.063	0.023
Baixa autonomia	89 (39.7%)	135 (60.3%)					
ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA PEDAGÓGICA							
Moderada à alta	412 (54.6%)	343 (45.4%)	0.465	0.372	0.582	0.186	<0,001
Baixa adequação	200 (35.8%)	358 (64.2%)					
DISPONIBILIDADE DE EPI							
Moderada à alta	519 (50.3%)	513 (49.7%)	0.489	0.371	0.645	0.141	<0,001
Baixa adequação	93 (33.1%)	188 (66.9%)					
CARGA DE TRABALHO SEMANAL CUMULATIVA							
>60 h	358 (46.4%)	414 (53.6%)	1.023	0.821	1.276	0.006	0.837
≤60 h	254 (47.0%)	287 (53.0%)					
ATIVIDADE EXTERNA AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA							
Sim	223 (52.6%)	201 (47.4%)	0.701	0.556	0.884	0.083	0.003
Não	389 (43.8%)	500 (56.2%)					
CUIDADOS DIRETOS A PACIENTES COM COVID-19							
Sim	362 (45.8%)	428 (54.2%)	1.083	0.868	1.351	0.019	0.482
Não	250 (47.8%)	273 (52.2%)					
BRCS							
Baixa resiliência	315 (38.7%)	498 (61.3%)	2.313	1.842	2.904	0.201	<0,001
Moderada à alta	297 (59.4%)	203 (40.6%)					

† Análises inferenciais bivariadas, por chi-quadrado, não ajustadas.

Para o desfecho estresse - DASS-21 (Tabela 5), houve associação significativa para com sexo feminino ($p<0,001$), presença de enfermidades crônicas ($p=0,001$), percepção de baixa autonomia ($p<0,001$), má adequação da estrutura pedagógica ($p<0,001$), disponibilidade inadequada de EPI ($p<0,001$) e baixa resiliência ($p<0,001$).

Tabela 5. Análise bivariada da associação de características associadas a Estresse (DASS21) †

	NORMAL (%)	ANORMAL (%)	ODDS RATIO	IC 95%		V DE CRAMER	P VALOR
				Inferior	Superior		
SEXO							
Feminino	451 (44.0%)	574 (56.0%)	1.881	1.441	2.457	0.129	<0,001
Masculino	170 (59.6%)	115 (40.4%)					
RAÇA							
Branco	368 (47.3%)	410 (52.7%)	0.993	0.797	1.238	0.002	0.950
Não Branco	254 (47.5%)	281 (52.5%)					
PRESENÇA DE ENFERMIDADE							
Sim	88 (37.6%)	146 (62.4%)	1.625	1.216	2.173	0.091	0.001
Não	530 (49.5%)	541 (50.5%)					
PERCEPÇÃO DE AUTONOMIA							
Moderada à alta	542 (49.8%)	547 (50.2%)	0.561	0.416	0.755	0.106	<0,001
Baixa autonomia	80 (35.7%)	144 (64.3%)					
ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA PEDAGÓGICA							
Moderada à alta	419 (55.5%)	336 (44.5%)	0.459	0.366	0.574	0.189	<0,001
Baixa adequação	203 (36.4%)	355 (63.6%)					
DISPONIBILIDADE DE EPI							
Moderada à alta	528 (51.2%)	504 (48.8%)	0.480	0.364	0.632	0.145	<0,001
Baixa adequação	94 (33.5%)	187 (66.5%)					
CARGA DE TRABALHO SEMANAL CUMULATIVA							
>60 h	354 (45.9%)	418 (54.1%)	1.159	0.930	1.445	0.036	0.188
≤60 h	268 (49.5%)	273 (50.5%)					
ATIVIDADE EXTERNA AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA							
Sim	213 (50.2%)	211 (49.8%)	0.844	0.670	1.064	0.040	0.151
Não	409 (46.0%)	480 (54.0%)					
CUIDADOS DIRETOS A PACIENTES COM COVID-19							
Sim	361 (45.7%)	429 (54.3%)	1.184	0.949	1.477	0.041	0.135
Não	261 (49.9%)	262 (50.1%)					
BRCS							
Baixa resiliência	310 (38.1%)	503 (61.9%)	2.693	2.140	3.388	0.236	<0,001
Moderada à alta	312 (62.4%)	188 (37.6%)					

† Análises inferenciais bivariadas, por chi-quadrado, não ajustadas.

Depressão, quando avaliada pelo PHQ-9 (Tabela 6), associou-se significativamente com o sexo feminino ($p<0,001$), a presença de enfermidades crônicas ($p<0,001$), percepção de baixa autonomia ($p<0,001$), má adequação da estrutura pedagógica ($p<0,001$), disponibilidade inadequada de EPI ($p<0,001$), carga horária >60h/sem ($p=0,036$) e baixa resiliência ($p<0,001$).

Tabela 6. Análise bivariada da associação de características associadas a Depressão (PHQ-9). †

	NORMAL (%)	ANORMAL (%)	ODDS RATIO	IC 95%		V DE CRAMER	P VALOR
				Inferior	Superior		
SEXO							
Feminino	375 (36.6%)	650 (63.4%)	1.627	1.249	2.121	0.100	<0,001
Masculino	138 (48.4%)	147 (51.6%)					
RAÇA							
Branco	301 (38.7%)	477 (61.3%)	0.954	0.761	1.195	0.011	0.682

Não Branco	213 (39.8%)	322 (60.2%)						
PRESENÇA DE ENFERMIDADE								
Sim	57 (24.4%)	177 (75.6%)	2.302	1.668	3.178	0.143	<0,001	
Não	456 (42.6%)	615 (57.4%)						
PERCEPÇÃO DE AUTONOMIA								
Moderada à alta	460 (42.2%)	629 (57.8%)	0.434	0.313	0.604	0.140	<0,001	
Baixa autonomia	54 (24.1%)	170 (75.9%)						
ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA PEDAGÓGICA								
Moderada à alta	371 (49.1%)	384 (50.9%)	0.357	0.281	0.452	0.238	<0,001	
Baixa adequação	143 (25.6%)	415 (74.4%)						
DISPONIBILIDADE DE EPI								
Moderada à alta	441 (42.7%)	591 (57.3%)	0.470	0.351	0.631	0.141	<0,001	
Baixa adequação	73 (26.0%)	208 (74.0%)						
CARGA DE TRABALHO SEMANAL CUMULATIVA								
>60 h	284 (36.8%)	488 (63.2%)	1.271	1.015	1.591	0.058	0.036	
≤60 h	230 (42.5%)	311 (57.5%)						
ATIVIDADE EXTERNA AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA								
Sim	180 (42.5%)	244 (57.5%)	0.816	0.645	1.033	0.047	0.090	
Não	334 (37.6%)	555 (62.4%)						
CUIDADOS DIRETOS A PACIENTES COM COVID-19								
Sim	300 (38.0%)	490 (62.0%)	1.131	0.902	1.418	0.030	0.285	
Não	214 (40.9%)	309 (59.1%)						
BRCS								
Baixa resiliência	228 (28.0%)	585 (72.0%)	3.429	2.713	4.333	0.290	<0,001	
Moderada à alta	286 (57.2%)	214 (42.8%)						

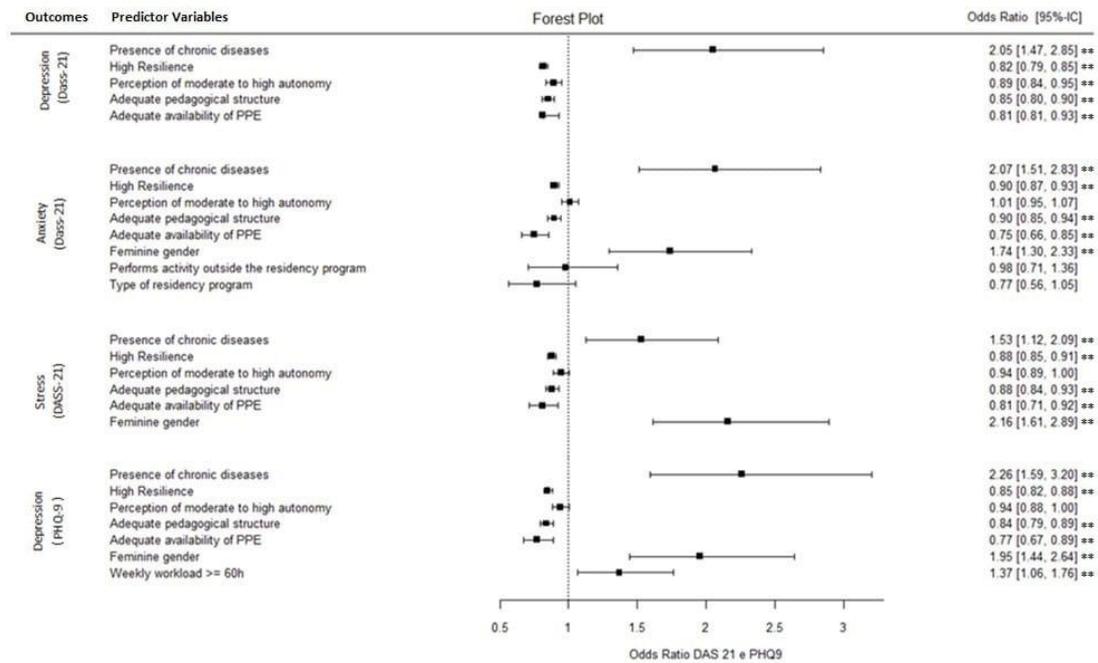
† Análises inferenciais bivariadas, por chi-quadrado, não ajustadas.

Houve forte correlação interna entre as subescalas do instrumento DASS-21, bem como destas para com o instrumento PHQ-9, conforme se segue: DASS21–depressão vs DASS21–ansiedade ($r=0,64$, $p<0,001$); DASS21–depressão vs DASS21–estresse ($r=0,72$, $p<0,001$); DASS21–ansiedade vs DASS21–estresse ($r=0,75$, $p<0,001$); PHQ9–depressão vs DASS-21–depressão ($r=0,79$, $p<0,001$); PHQ9–depressão vs DASS-21–ansiedade ($r=0,65$, $p<0,001$) e PHQ9–depressão vs DASS21–estresse ($r=0,73$, $p<0,001$).

4.4 ANÁLISE MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS PREDITORAS

Na análise multivariada (ajustada), permaneceram como variáveis independentes predictoras de depressão (DASS-21), a presença de enfermidades crônicas, grau de resiliência, percepção de autonomia, adequação da organização pedagógica do programa de residência e disponibilidade de EPI. (Figura 10).

Figura 10 – Análise multivariada de características associadas a depressão (DASS-21 e PHQ-9), ansiedade (DASS-21) e estresse (DASS-21) em profissionais de saúde (residentes médicos e não médicos) em treinamento durante a pandemia COVID-19.



** significant variables (p<0,05)

Fonte: Autor, 2022.

Para ansiedade (DASS-21), as variáveis preditoras independentes significativas foram: presença de enfermidades crônicas, grau de resiliência, adequação da estrutura pedagógica, disponibilidade de EPI e sexo. Com relação a estresse (DASS-21) e depressão (PHQ-9), mantiveram associações independentes significativas: presença de enfermidades crônicas, grau de resiliência, adequação da estrutura pedagógica, disponibilidade de EPI e sexo. Houve ainda associação independente significativa de carga horária semanal para com o escore de depressão PHQ-9. (Figura 10)

5. DISCUSSÃO

5.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo, observou-se alta prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais entre os residentes, mais de 50% dos indivíduos, pela escala DASS-21 e em mais de 60% dos indivíduos pela escala PHQ-9.

Atualmente, são poucos os estudos científicos que abordam dados e modelos de intervenção com foco na saúde mental dos profissionais de saúde em formação envolvidos na assistência a pacientes com COVID-19²⁹. A maioria dos estudos disponíveis a respeito dos impactos psicológicos da pandemia foram realizados na China e abordam grupos específicos de profissionais de saúde, além de estudos que avaliam a população em geral. No que tange países em desenvolvimento, em especial latino-americanos, há grande escassez de informações a esse respeito.

Um número expressivo de participantes relatou sintomas de depressão, ansiedade e estresse conforme a escala de DASS-21, com 51,3% dos participantes relatando sintomas depressivos, 53,4% de ansiedade e 52,6% de estresse. A avaliação de sintomas depressivos, feita pela escala de PHQ-9, que é específica para esse fim, mostrou percentuais ainda mais altos, acima de 60%.

Essas prevalências observadas em nossos residentes foram superiores às de outras pesquisas realizadas com profissionais de saúde^{14,19} e a população geral^{30,31,32,33}, no contexto da pandemia. Um estudo multicêntrico¹⁴, com profissionais da saúde utilizando a escala DASS-21 identificou prevalências de 10,6%, 15,7% e 5,2% para sintomas para depressão, ansiedade e estresse, respectivamente; tais valores se assemelham aos encontrados na população geral em um estudo conduzido na Espanha³². Em estudos que utilizaram a escala PHQ-9 para depressão, os índices foram de 50,4% para profissionais de saúde¹⁹ e 19% para a população geral em Hong Kong³³. Kannampallil et al³⁴ em seu estudo realizado com residentes médicos em treinamento nos Estados Unidos, observou prevalências de 28%, 22% e 29% para sintomas de depressão, ansiedade e estresse, respectivamente. Outros estudos revelam que antes da pandemia de COVID-19, depressão, angústia e esgotamento eram maiores entre os residentes médicos em comparação com a população trabalhadora geral dos Estados Unidos^{35,36}.

No início do ano de 2020, um estudo realizado com a população geral na China identificou que 53,8% dos entrevistados apresentavam impacto psicológico moderado a

grave decorrente das consequências da pandemia, dos quais 16,5% apresentavam sintomas de depressão, 28,8% ansiedade e 8,1% estresse³⁷. Valores elevados de ansiedade e depressão durante a pandemia também foram vistos em outros estudos realizados na China e Espanha com taxas de depressão e ansiedade por volta de 20% a 30%^{38,32}. Quando comparado à estudo envolvendo residentes médicos, realizado nos Estados Unidos já no período da pandemia, com taxas de sintomas depressivos em torno de 21%³⁹, nossa amostra apresenta níveis mais elevados dos sintomas citados. Esses dados são preocupantes tanto pelo aspecto relacionado à própria saúde dos residentes, como também por indicar um potencial risco em suas atividades assistenciais, uma vez que há estudos que apontam associação entre depressão e maior propensão à ocorrência de erros médicos⁴⁰.

Como em outros estudos relacionados à saúde mental de profissionais de saúde, a maioria dos respondedores na presente pesquisa (78,1%) foi do sexo feminino^{15,41,42}, com predomínio ainda maior nas residências não médicas. A média de idade de nossos participantes foi inferior a 30 anos; a maior parte se autodeclarou branca. Há estudos^{32,43} que indicam maior prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse na faixa dos 20 aos 28 anos de idade. Em nossos dados, não observamos relação entre esses sintomas e a idade, todavia nossa amostra foi eminentemente constituída por jovens, com distribuição etária relativamente homogênea, o que dificulta a detecção de diferenças entre faixas etárias.

O sexo feminino em nossa amostra se associou a maior prevalência de sintomas de ansiedade, estresse e depressão (DASS-21 e PHQ-9). Sabe-se que alguns transtornos mentais, como depressão e ansiedade, são mais frequentes na população feminina, provavelmente concorrendo para isso diversos elementos biológicos⁴⁴, culturais e sociais. Carvalho et al.¹⁵ postulam que a sobrecarga decorrente de demandas sociais e familiares que expõem as mulheres a jornadas duplas de trabalho predispõe a uma alta prevalência de sofrimento psíquico no sexo feminino. Barros et al.⁴² acrescenta ainda que, durante a pandemia, houve a intensificação das rotinas diárias de trabalho das mulheres, o que entre outros fatores possivelmente contribuiu para o aumento de sintomas de transtornos mentais nas mulheres.

A presença de enfermidades crônicas pré-existentes se associou a sintomas de depressão, ansiedade e estresse. A ligação entre transtornos mentais e enfermidades crônicas nunca esteve em tanta evidência quanto atualmente. Há estudos que apontam

que a presença de comorbidade crônica está significativamente associada a níveis mais elevados de sintomas psíquicos, potencializados em situações de estresse^{32,45,46}, como a que estamos vivenciando durante a pandemia de COVID-19. O cenário é ainda mais preocupante, quando consideramos que em muitos países em desenvolvimento, como no Brasil, o acesso aos serviços de saúde mental é limitado, especialmente para grupos de faixa etária mais jovem.

A alta carga horária de trabalho, evidenciada em 51,9% dos participantes em nossa pesquisa, é citada por outros estudos como predisponente de transtornos mentais. Fernandes et al⁴⁷ apontam que uma alta carga de trabalho pode aumentar o risco para o surgimento de transtorno mental ao longo da vida. Os programas de residência no Brasil possuem carga horária oficial de até 60 horas semanais. No entanto, essa modalidade de pós-graduação *lato sensu* é frequentemente acompanhada por queixas de excesso de horas trabalhadas durante os anos de treinamento. Dados apontam que uma extensa carga horária pode causar descontentamento e sofrimento entre os residentes⁴⁸, com sentimento de desgaste, frustração e sobrecarga.

Com intenção de amenizar o problema, em diversos países, tem sido proposta a redução da carga horária dos programas de residência¹³⁻⁴⁹. Apesar disso, uma proporção substancial (32,3%) do total de participantes relatou atividades profissionais externas ao programa de residência, com frequências ainda mais altas nos programas de residência médica (61,7%). Essa diferença em comparação aos outros programas de residência, se dá pois os residentes de outras áreas de saúde não podem exercer atividade profissional fora do programa de residência, se dedicando exclusivamente a ele⁵⁰. Além desses aspectos, essas pessoas comumente precisam complementar a renda da bolsa que lhes é fornecida, ampliando sua jornada de trabalho em outros serviços não supervisionados⁷.

Em contrapartida, identificamos que quanto melhor o escore de resiliência, grau de autonomia, adequação da organização pedagógica e disponibilidade de EPI o risco de escores indicativos de depressão, ansiedade e estresse pelo DASS-21 foi menor.

A resiliência nos serviços de saúde, principalmente nos que atuam no âmbito da COVID-19, se torna cada vez mais desejável, visto que está fortemente associada a proteção relacionada a transtornos mentais e inversamente relacionada ao risco de desenvolvê-los. Assim, mesmo com os desafios impostos pela pandemia, os profissionais

de saúde que tenham um perfil emocional mais resiliente têm melhores condições de gerenciar situações complexas e estressantes com menor impacto emocional.⁵¹

Além das questões intrínsecas individuais, problemas relacionados a infraestrutura dos hospitais contribuem para o desgaste emocional dos profissionais de saúde na linha de frente do atendimento aos pacientes com COVID 19. Dessa forma a quantidade reduzida de insumos como os EPI's, a falta de informações sobre medidas de proteção, dentre outros fatores, são questões que precisam ser equacionadas adequadamente pelos gestores.⁵²

Em nossos dados, uma boa estrutura pedagógica no programa de residência (em avaliação subjetiva do participante) se associou a menores chances de ocorrência de sintomas de transtornos mentais. No entanto, 51,2% dos residentes não médicos e 34,3% dos residentes médicos avaliaram a estrutura pedagógica de seu programa de residência como inadequada. Estudos apontam que o conflito entre a forma de organização do ambiente de trabalho e seu modo de funcionamento pode levar ao adoecimento psíquico¹³. Atividades que proporcionem discussão e elaboração de situações de tensão e sofrimento, com as quais invariavelmente os residentes irão se deparar em algum momento, são ferramentas úteis no enfrentamento do problema, porém pouco exploradas em ambientes hospitalares.⁵³

Este foi o maior estudo já conduzido no Brasil entre residentes médicos e de outras profissões de saúde durante a pandemia de COVID-19 (e um dos maiores já realizados no país, com essa população-alvo, em qualquer tempo), revelando uma alta prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais entre os profissionais de saúde em treinamento. O estudo teve representatividade nacional, com grande número participantes (n = 1313) vinculados a 135 instituições distribuídas em quase todos os estados brasileiros (25 das 27 unidades da federação, incluindo o Distrito Federal). Os resultados permitirão aprimorar o conhecimento sobre os agravos à saúde mental nessa população específica e assim contribuir para o planejamento de ações e suporte a esses jovens profissionais de saúde ainda em formação.

5.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente trabalho apresenta algumas limitações. Apesar de haver respostas provenientes de hospitais da quase totalidade dos estados brasileiros, os participantes foram predominantemente de hospitais universitários, o que pode não refletir a situação da totalidade dos residentes no país. Os hospitais universitários em geral compartilham certas semelhanças em relação à organização pedagógica, qualificação de recursos humanos e infraestrutura assistencial eminentemente voltada à alta complexidade. Essas características não necessariamente se aplicam à maioria dos hospitais não universitários. Assim, será importante ampliar a representatividade dos residentes de instituições não universitárias e avaliar eventuais diferenças em trabalhos futuros.

Entretanto, não esperamos que um estudo a ser conduzido em hospitais não universitários modificará a direção dos achados aqui reportados. Em geral a situação nesses hospitais tende a ser ainda mais desafiadora, com altas cargas de trabalho sobre os residentes (tal como nos universitários), porém frequentemente com infraestrutura de apoio acadêmico e de recursos assistenciais mais limitada em comparação à média dos hospitais universitários de porte semelhante. Por isso, considerando que em nossos dados a estrutura pedagógica da residência (que inclui aspectos de planejamento e métodos acadêmicos, mas também de recursos materiais necessários à aprendizagem) se associou consistentemente à prevalência de sintomas de transtornos mentais entre os residentes, acreditamos que a realidade possa ser ainda mais graves nos hospitais não universitários.

A utilização de redes sociais para contatar os participantes pode representar um viés de seleção, pelo fato dos que tinham maior afinidade com esses meios de comunicação responderem mais aos questionários. Ademais, as próprias redes sociais podem atuar como predisponentes ou amplificadoras de transtornos psíquicos (por sobrecarga de informações, interações sociais disfuncionais, amplificação de efeitos de grupo, etc.), de modo que a seleção preferencial de usuários assíduos de tais redes poderia, em tese, elevar a prevalência de transtornos mentais na amostra. Todavia, a população de residentes (participantes ou não do estudo) é tipicamente composta por jovens, entre os quais o uso de redes sociais é amplamente disseminado; os não usuários de qualquer rede social entre esses indivíduos provavelmente constituem uma minoria restrita.

O número mais elevado de participantes do sexo feminino no estudo pode estar relacionado a uma maior predisposição entre as mulheres para cuidados de saúde em geral

e de saúde mental em particular⁵⁴. Também pode indicar que, por serem mais afetadas por transtornos ansiosos e depressivos^{42,55}, as mulheres se sentiram mais motivadas a participar da pesquisa com esse tema. Todavia, embora comparativamente menor em relação às mulheres, o número de participantes do sexo masculino (n = 285) não foi pequeno. Assim, não acreditamos que quaisquer achados relativos ao sexo neste estudo possam ser invalidados por insuficiência de representatividade de homens na amostra.

O desenho transversal do estudo não permite estabelecer relações de causa e efeito entre a situação vivenciada na pandemia COVID-19 e os achados aqui reportados. Entretanto, a alta prevalência de sintomas de transtornos mentais observada em nosso estudo foi superior à relatada em outros estudos em períodos pré-pandemia^{35,36}, sugerindo, como hipótese plausível, um reflexo desse grave problema de saúde pública na saúde mental dos residentes. Essa população, que sabidamente é mais susceptível a transtornos mentais do que a população em geral⁵⁶, pode ter apresentado maior adoecimento em decorrência da pandemia e de seus efeitos colaterais sociais, ou sindemia, como alguns autores propõem⁵⁷.

6. CONCLUSÃO

Encontramos uma alta prevalência de sintomas de depressão, ansiedade e estresse entre os residentes médicos e não médicos durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Houve associação entre esses sintomas com o sexo feminino, a presença de enfermidades e a carga horária de trabalho semanal elevada. A estrutura pedagógica e a infraestrutura dos hospitais contribuem para o desgaste emocional dos profissionais de saúde e pode levar ao adoecimento psíquico. Os transtornos mentais têm natureza complexa, incluindo fatores biológicos, sociais e psicológicos, e o ambiente acadêmico particular da residência. É possível que a assistência a pacientes com COVID-19, seja um potencial estressor adicional e se associe à maior prevalência desses sintomas entre os residentes, no período em que o estudo foi realizado. Os nossos resultados reforçam a necessidade de maior atenção aos profissionais de saúde em treinamento, bem como a implementação de ações de suporte e promoção de sua saúde mental.

7. REFERÊNCIAS

1. Dimitriu MCT, Pantea-stoian A, Smaranda AC, Nica AA. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. 2020;144(January). doi:<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais 1. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras sí. Published online 2020:1-37.
3. Prado B. COVID-19 in Brazil: “So what?” *Lancet*. 2020;Vol 395 Ma(ISSUE 10235). doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
4. Moreira RM, Villa Montoya AC, Silveria Araujo SL, Trindade RA, da Cunha Oliveira D, de Oliveira Marinho G. How prepared is Brazil to tackle the COVID-19 disease? *J Glob Health*. 2020;10(2):020321. doi:10.7189/jogh.10.020321
5. Brasil M da S. Painel Coronavírus. Published 2021. Accessed January 3, 2021. <https://covid.saude.gov.br/>
6. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. 2020;35(January). doi:10.1016/j.tmaid.2020.101613
7. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Debates em Psiquiatr*. 2020;10(2):12-16. doi:10.25118/2236-918x-10-2-2
8. Fessell D, Cherniss C. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *J Am Coll Radiol*. 2020;17(6):746-748. doi:10.1016/j.jacr.2020.03.013
9. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15-e16. doi:10.1016/S2215-0366(20)30078-X

10. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? *Cureus*. 2020;12(4):10-12. doi:10.7759/cureus.7538
11. Gaino LV, Souza J de, Cirineu CT, Tulimosky TD. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD, Rev eletrônica saúde Ment alcool Drog*. 2018;14(2):108-116. doi:10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449
12. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalence of common mental disorders among health professionals. *Rev Enferm*. 2015;23(1):5-10. doi:10.12957/reuerj.2015.8150
13. Monteiro JK, Oliveira ALL de, Ribeiro CS, Grisa GH, Agostini N de. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. *Psicol Ciência e Profissão*. 2013;33(2):366-379. doi:10.1590/s1414-98932013000200009
14. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID- 19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020;88(January):559-565. doi:https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049
15. Carvalho CN, de Melo-Filho DA, de Carvalho JAG, de Amorim ACG. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *J Bras Psiquiatr*. 2013;62(1):38-45. doi:10.1590/S0047-20852013000100006
16. Berger CB, Dallegrave D, De Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2017;12(39):1-10. doi:10.5712/rbmfc12(39)1399
17. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Rev Katálysis*. 2018;21(1):200-209. doi:10.1590/1982-02592018v21n1p200
18. Vieira A, Gomes GDC, Moreira LR, Deconto JA. A qualidade de vida de quem cuida da saúde: a residência multiprofissional em análise. *Rev Gestão em Sist*

- Saúde*. 2019;8(3):371-383. doi:10.5585/rgss.v8i3.14419
19. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network open*. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
 20. Bond MMK, Oliveira MS de, Bressan BJ, Bond MMK, Silva ALFA da, Merlo ÁRC. Prevalência de Burnout entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(3):97-107. doi:10.1590/1981-52712015v42n3rb20170034.r3
 21. Mendonca VS, Steil A, Góis AFT. Mental health and the covid-19 pandemic: A study of medical residency training over the years. *Clinics*. 2021;76. doi:10.6061/clinics/2021/e2907
 22. Pinho RDNL, Costa T, Silva N, et al. Force Fellow - Mental health and burnout syndrome among postgraduate students in medical and multidisciplinary residencies during the COVID-19 pandemic in Brazil: Protocol for a prospective cohort study (Preprint). *JMIR Res Protoc*. Published online 2020. doi:10.2196/24298
 23. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. 2014;155(1):104-109. doi:10.1016/j.jad.2013.10.031
 24. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-1543. doi:10.1590/0102-311X00144612
 25. Ribeiro JLP, Morais R, Scale C. Adaptação Portuguesa Da Escala Breve De Coping Resiliente. *Psicol Saúde e Doenças*. 2010;11(1):5-13.
 26. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. 1986;27(1):117-126. doi:10.1016/0304-3959(86)90228-9
 27. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*. 2016;4(3):37. doi:10.3390/healthcare4030037
 28. CDC - Centers for Disease Control and Prevencion. No Title. People with

Certain Medical Conditions. Accessed November 2, 2020.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

29. Ornell F, Halpern SC, Paim Kessler FH, de Magalhães Narvaez JC. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4). doi:10.1590/0102-311X00063520
30. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2021;295(November 2020). doi:10.1016/j.psychres.2020.113599
31. Pierce M, Hope H, Ford T, et al. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(10):883-892. doi:10.1016/S2215-0366(20)30308-4
32. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):1-9. doi:10.1590/0102-311X00054020
33. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and anxiety in Hong Kong during covid-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10). doi:10.3390/ijerph17103740
34. Thomas G. Kannampallil, Charles W. Goss, Bradley A. Evanoff, Jaime R. Strickland, Rebecca P. McAlister JD. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. Published online 2020. doi:<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0237301>
35. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2015;314(22):2373-2383. doi:10.1001/jama.2015.15845
36. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among u.s. medical students, residents, and early career physicians relative to the general u.s. population. *Acad*

- Med.* 2014;89(3):443-451. doi:10.1097/ACM.0000000000000134
37. Cuiyan Wang, Riyu Pan, Xiaoyang Wan, Yilin Tan, Linkang Xu CSH and, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Heal Artic.* 2020;1729. doi:10.3390 / ijerph17051729
 38. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res J.* 2020;288(January):2-3. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954
 39. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: A multischool study. *Acad Med.* 2009;84(2):236-241. doi:10.1097/ACM.0b013e31819391bb
 40. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw open.* 2019;2(11):e1916097. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.16097
 41. Bond MMK, Oliveira MS de, Bressan BJ, Bond MMK, Silva ALFA da, Merlo ÁRC. Prevalência de Burnout entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(3):97-107. doi:10.1590/1981-52712015v42n3rb20170034.r3
 42. Barros MB de A, Lima MG, Malta DC, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras.* 2020;29(4):e2020427. doi:10.1590/s1679-49742020000400018
 43. Chaix B, Delamon G, Guillemassé A, Brouard B, Bibault J-E. Psychological distress during the COVID-19 pandemic in France: a national assessment of at-risk populations. *Gen Psychiatry.* 2020;33(6):e100349. doi:10.1136/gpsych-2020-100349
 44. Freitas-Silva LR, Ortega F. Biological determination of mental disorders: a discussion based on recent hypotheses from neuroscience. *Cad Saude Publica.*

- 2016;32(8):e00168115. doi:10.1590/0102-311X00168115
45. Wang J, Li Z, Cheng X, et al. Epidemiologic Characteristics, Transmission Chain, and Risk Factors of Severe Infection of COVID-19 in Tianjin, a Representative Municipality City of China. *Front Public Heal.* 2020;8(May):1-9. doi:10.3389/fpubh.2020.00198
 46. Silva GO, Costa Pereira Peixoto L, Souza DA de, Santos AL de S, Aguiar ACSA. Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas. *Rev Enferm UFPE line.* 2018;12(11):2923. doi:10.5205/1981-8963-v12i11a234540p2923-2932-2018
 47. Fernandes MA, Soares LMD, e Silva JS. Work-related mental disorders among nursing professionals: A Brazilian integrative review. *Rev Bras Med do Trab.* 2018;16(2):218-224. doi:10.5327/Z1679443520180228
 48. Silva RMB da, Moreira S da NT. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. *Rev Bras Educ Med.* 2019;43(4):157-166. doi:10.1590/1981-52712015v43n4rb20190031
 49. Coêlho PDLP, Becker SG, Leocárdio MASCL, Oliveira MLC de, Pereira RSF, Lopes G de S. Processo saúde-doença e qualidade de vida do residente multiprofissional TT - Health-disease process and quality of life of the multiprofessional resident. *Rev enferm UFPE line.* 2018;12(12):3492-3499.
 50. Brasil. RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012. *Diário Of da União; Pod Exec Brasília, DF.* 2012;Seção I:p.24-25.
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192
 51. Sousa VF da S, Araujo TCCF de. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicol Ciência e Profissão.* 2015;35(3):900-915. doi:10.1590/1982-370300452014
 52. Bezerra GD, Sena ASR, Braga ST, et al. O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev Enferm Atual Derme.* 2020;93. doi:10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.758
 53. Gracino ME, Zitta ALL, Mangili OC, Massuda EM. A saúde física e mental do

- profissional médico: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*. 2016;40(110):244-263. doi:10.1590/0103-1104201611019
54. Coelho EBS, Schwarz E, Bolsoni CC, Conceição TB. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde Do Homem.*; 2018.
55. Rolland Souza AS, de Albuquerque Souza GF, Figueredo Praciano G de A. A saúde mental das mulheres em tempos da COVID-19. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2020;2(3):663-665. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292020000300659&script=sci_arttext&tlng=pt
56. Katsurayama M, Gomes NM, Becker MAD, Santos MC dos, Makimoto FH, Santana LLO. Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. *Psicol hosp (São Paulo)*. 2011;9(1):75-96.
57. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. doi:10.1016/S0140-6736(20)32000-6

8. ANEXOS

ANEXO 1 – COMPROVANTE DE PUBLICAÇÃO

FULL TEXT LINKS



JMIR Res Protoc. 2021 Jan 19;10(1):e24298. doi: 10.2196/24298.

Mental Health and Burnout Syndrome Among Postgraduate Students in Medical and Multidisciplinary Residencies During the COVID-19 Pandemic in Brazil: Protocol for a Prospective Cohort Study

Rebeca Da Nóbrega Lucena Pinho ^{1 2}, Thais Ferreira Costa ³, **Nayane Miranda Silva** ^{1 2}, Adriana F Barros-Areal ^{1 3}, André De Mattos Salles ², Andrea Pedrosa Oliveira ^{2 4}, Carlos Rassi ^{4 5}, Caroline Elizabeth Brero Valero ⁶, Ciro Martins Gomes ^{1 2 7}, Dayde Mendonça-Silva ⁴, Fernando Oliveira ⁴, Isadora Jochims ², Ivan Ranulfo ^{1 4}, Juliana De Brito Seixas Neves ⁶, Lucas Oliveira ⁸, Maria Nogueira Dantas ⁶, Marta Rosal ⁹, Mayra Soares ², Patrícia Kurizky ^{1 2}, Viviane Uliana Peterle ¹⁰, Yasmin Furtado Faro ², Ana Paula Gomides ¹¹, Licia da Mota ^{1 2}, Cleandro Albuquerque ^{1 2}, Cezar Kozak Simaan ⁴, **Veronica M Amado** ⁴

Affiliations

PMID: 33290246 PMID: PMC7817252 DOI: 10.2196/24298

[Free PMC article](#)

Abstract

Background: The COVID-19 pandemic has led to high levels of physical, psychological, and social stress among health care professionals, including postgraduate students in medical and multidisciplinary residencies. This stress is associated with the intense fear of occupational exposure

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Ministério da
Educação

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Saúde mental e síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) entre pós-graduandos de residências médica e multiprofissional em saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: estudo de coortes prospectivo”, de responsabilidade de Rebeca da Nóbrega Lucena Pinho e Nayane Miranda Silva, ambas estudantes do curso de mestrado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é avaliar, entre pós-graduandos de residência médica e multiprofissional em saúde durante a pandemia COVID-19 no Brasil a prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais e de síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) e a incidência de fatores de risco (preditores) de síndrome do esgotamento profissional (*burnout*). Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, ou seja, os questionários que serão respondidos por meio de formulário eletrônico, se necessário via contato telefônico, e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

Você receberá a sua cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido sob a forma de e-mail. Caso decida colaborar com a pesquisa você deve responder SIM, também por e-mail, a seguinte pergunta: “O (a) senhor (a) confirma ter recebido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assim livremente consente em participar da pesquisa Saúde mental e síndrome do esgotamento profissional (*burnout*) entre pós-graduandos de residências médica e multiprofissionais em saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: estudo de coortes prospectivo”? Por favor retorne esse e-mail com sua resposta: SIM ou NÃO.” A mensagem com a resposta do indivíduo recrutado, consentindo sua participação na pesquisa, será armazenada pela coordenação do estudo em arquivo digital.

A coleta de dados será realizada por meio de eletrônico, e você responderá a seis instrumentos de pesquisa: a escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21), a escala breve de depressão (PHQ-9), o escore de resiliência (BRCS), a escala de grau de autonomia para tomadas de decisão no trabalho, uma pergunta sobre a disponibilidade de equipamentos de proteção individual no seu ambiente de trabalho, uma pergunta sobre a existência de vínculo de trabalho externo e uma pergunta sobre o atendimento direto à pacientes com COVID-19. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco a sua saúde. No entanto, as perguntas pessoais a serem respondidas podem gerar algum desconforto.

Apenas pesquisadores que não estão envolvidos com programas de residência participam desse contato inicial, assim como da coleta de dados e de comunicações posteriores com você. Nenhum superior hierárquico terá acesso a informações sobre sua participação ou não nessa pesquisa. O sigilo das informações é assegurado. Todos os dados que permitem a sua identificação serão removidos para a análise dos dados e divulgação dos resultados.

Espera-se com esta pesquisa entender a prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais e de síndrome do esgotamento profissional (*burnout*), assim como determinar os fatores de risco (preditores) de síndrome de *burnout* durante a pandemia COVID-19 no Brasil, entre pós-graduandos de residência médica e multiprofissional

Quando os escores dos questionários indicarem transtornos mentais potencialmente graves de depressão, ansiedade ou outros distúrbios mentais, você será comunicado dos resultados e recomendado a procurar tratamento especializado em serviços de saúde mental na área de psiquiatria e psicologia.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 (98343-6834 ou 99298-4464) ou pelo e-mail saude.residentes@ebserh.gov.br.

A equipe de pesquisa poderá publicar os dados posteriormente na comunidade científica, sem que haja qualquer identificação do participante.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP/FM) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br, horário de atendimento de 08:30hs às 12:30hs e de 14:30hs às 16:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FM está localizado na Faculdade de Saúde/Faculdade de Medicina no 2º andar do prédio, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado de forma eletrônica, onde a via do participante será enviada via e-mail, após aceite de participação na pesquisa.

Brasília DF, ____ de _____ de _____.

Assinatura do/da participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO 3 – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Saúde mental e síndrome do esgotamento profissional (burnout) entre pós-graduandos de residências médica e multiprofissionais em saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: estudo de coortes prospectivo

Pesquisador: Veronica Moreira Amado

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33493920.0.0000.5558

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.242.601

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa prospectivo, do tipo coorte, com estudantes de pós-graduação em residência médica e multiprofissional que estejam trabalhando na resposta à Covid-19. Os indivíduos recrutados serão entrevistados duas vezes: uma entrevista basal e outra 12 semanas depois. No contato inicial, serão aplicados seis questionários validados para avaliação de depressão, ansiedade, estresse e resiliência (coping). De acordo com as respostas a estes questionários, os participantes serão divididos nos grupos "exposição" e "controle". No contato final, será avaliada a incidência de burnout, que será correlacionada com fatores preditores obtidos no contato inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa não são alterados pela emenda sugerida pelos pesquisadores. Segundo eles, o objetivo da pesquisa é "Avaliar entre pós-graduandos de residência médica e multiprofissional em saúde a prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais e de síndrome do esgotamento profissional (burnout), assim como determinar os fatores de risco (preditores) de síndrome de burnout durante a pandemia COVID-19 no Brasil."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente emenda não altera a avaliação de riscos e benefícios deste projeto. Segundo os pesquisadores: "os principais riscos que se vislumbra aos participantes é o eventual desconforto

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

Continuação do Parecer: 4.242.601

diante das perguntas de cunho pessoal que farão parte da entrevista clínica inicial, para aplicação dos instrumentos (formulários) da pesquisa. Adicionalmente, há a preocupação com a possibilidade do impacto da relação hierárquica entre membros da equipe de pesquisa (preceptores) e participantes (residentes), que deve ser evitado. Dessa forma, apenas pesquisadores que não têm relação com programas de residência participarão da coleta de dados e demais contatos com os participantes. Todas as informações que permitam a identificação individual do participante serão removidas antes de serem repassadas aos demais pesquisadores. Quando os escores dos questionários indicarem transtornos mentais potencialmente graves de depressão, ansiedade ou outros distúrbios mentais, o participante será comunicado dos resultados e recomendado a procurar tratamento especializado em serviços de saúde mental na área de psiquiatria e psicologia."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo observacional previamente aprovado pelo CEP-FM. Os pesquisadores propõe uma emenda com a seguinte justificativa:

"Comunicamos uma pequena mudança no protocolo de pesquisa CAEE nº 33493920.0.0000.5558. Serão incluídos os residentes de todos os programas regulares do país, e não somente os inscritos nos programas dos Hospitais Universitários Federais da EBSEH. O perfil do participante permanecerá o mesmo. Observamos que assim que a pesquisa foi iniciada, houve uma demanda informal de vários outros serviços, incluindo a própria Comissão Nacional de Residência Médica. A ideia é aprimorar a qualidade da pesquisa, estendendo o número de participantes e serviços, o que aumentará também os benefícios esperados do estudo. Ressaltamos que essa ampliação da população estudada não implica em qualquer mudança nos aspectos éticos e metodológicos do estudo."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os únicos documentos adicionados ao processo são uma carta justificando a emenda e uma nova versão do documento de informações básicas. O documento de informações básicas ainda fala em realização do projeto "nos hospitais e unidades ambulatoriais da rede EBSEH" em dois momentos distintos do documento.

Recomendações:

Recomendo aos pesquisadores que chequem os documentos do projeto para deixar claro que o projeto não será realizado somente nos hospitais da EBSEH.

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.242.601

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A mudança proposta nesta emenda não traz impactos éticos além daqueles já apreciados anteriormente pelo CEP. Por este motivo o parecer é pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda apreciada na Reunião Ordinária do CEP-FM-UnB-08/2020. Após apresentação do parecer do (a) Relator (a), aberta a discussão para os membros do Colegiado. a emenda foi Aprovada.

De acordo com a Resolução 466/2012-CONEP/CNS, itens X.1. - 3.b. e XI. -2.d, este Comitê chama a atenção da obrigatoriedade de envio do relatório parcial semestral e final do projeto de pesquisa para o CEP -FM, através de Notificações submetidas pela Plataforma Brasil, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1605754_E1.pdf	04/08/2020 09:32:55		Aceito
Outros	EmendaCEP.pdf	04/08/2020 09:32:28	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FINAL.pdf	30/06/2020 07:39:31	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	Carta_de_Respostas_as_PendenciasN.pdf	29/06/2020 16:50:39	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	RESMO_ESTRUTURADO.pdf	29/06/2020 16:30:46	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	LATTES_Veronica.pdf	29/06/2020 16:25:40	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Force_Fellow_VERSAO_FINAL.docx	29/06/2020 16:19:33	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/06/2020 16:17:45	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	CURRICULO_TODOS.pdf	28/06/2020 18:42:13	REBECA DA NOBREGA LUCENA	Aceito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.242.601

Outros	CURRICULO_TODOS.pdf	28/06/2020 18:42:13	PINHO	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade.pdf	10/06/2020 16:06:04	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	termo_Sigilo.pdf	10/06/2020 16:01:49	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	10/06/2020 16:00:07	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Declaração de concordância	Concordancia_institucional.pdf	10/06/2020 12:04:46	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Orçamento	Planilha_de_Orcamento.pdf	10/06/2020 11:59:59	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	10/06/2020 10:49:05	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Agosto de 2020

**Assinado por:
Antônio Carlos Rodrigues da Cunha
(Coordenador(a))**

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br