



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2025;6(32):21-41

Artigos Temáticos

DOI:
<https://doi.org/10.51723/hrj.v6i32.1160>

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 31/01/2025

Aceito: 18/07/2025

Avaliação da prevalência de depressão e *burnout* em médicos treinandos no ano de 2024 em um hospital militar

Evaluation of the prevalence of depression and burnout in training doctors in the year of 2024 at a military hospital

Daisy Brito Monteiro de Carvalho^{1,2} , Rosane Rodrigues Martins¹ ,
Jacirema Simone Maciel Flôr^{1,2} , Sônia Maria Vieira Beltrão³ , Winne Noletto
Danda Martins¹ , Fabiano Maluf⁴ 

¹ Hospital das Forças Armadas, Brasília, Distrito Federal – Brasil.

² Hospital Regional de Taguatinga, Brasília, Distrito Federal – Brasil.

³ Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília, Distrito Federal – Brasil.

⁴ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Distrito Federal – Brasil.

Correspondência: daisybrito@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: determinar a prevalência de depressão e *burnout* em médicos residentes do programa de residência médica (PRM) do Ministério de Educação e Cultura (MEC) e militares do Programa de Instrução em Serviço (PIS) de um hospital militar. **Método:** foi realizado um estudo transversal com aplicação de questionário sociodemográfico e de questionários de depressão de Beck e de *burnout* de Maslach, validados para o Brasil. **Resultado e conclusão:** a prevalência destes distúrbios foi alta com taxa geral de depressão de 62,9%, *burnout* primária de 21,6% e *burnout* secundária de 34%. A especialidade de ginecologia/obstetrícia teve maior prevalência para depressão e as especialidades de radiologia e cirurgia geral para *burnout*. A associação entre depressão e *burnout* pela classificação primária esteve presente em 21,65% dos residentes, enquanto depressão com *burnout* pela classificação secundária foi identificada em 30,93% dos residentes mostrando a forte relação entre os dois distúrbios. Não foram observadas diferenças significativas para os *scores* de depressão/*burnout* entre o tipo de programa (MEC x PIS) evidenciando semelhança entre os dois programas de residência do hospital. Sugerimos realização de estudos longitudinais multicêntricos e multiespecialidades em instituições militares que utilizem critérios bem definidos, para propiciar uma unificação de resultados que possam ser generalizados, propiciando o estabelecimento de estratégias para redução destes transtornos mentais.

Palavras-chave: Saúde mental; Médicos residentes; Depressão; *Burnout*.

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of depression and burnout in medical residents of the medical residency program (PRM) of the Ministry of Education and Culture (MEC) and military personnel of the In-Service Instruction Program (PIS) of a military hospital. **Method:** a cross-sectional study was conducted using a sociodemographic questionnaire and the Beck depression and Maslach burnout questionnaires, validated for Brazil. **Results and conclusion:** the prevalence of

these disorders was high, with an overall depression rate of 62.9%, primary burnout of 21.6%, and secondary burnout of 34%. The gynecology/obstetrics specialty had the highest prevalence of depression, and the radiology and general surgery specialties had the highest prevalence of burnout. The association between depression and burnout by the primary classification was present in 21.65% of residents, while depression with burnout by the secondary classification was identified in 30.93% of residents, showing a strong relationship between the two disorders. No significant differences were observed for depression/burnout scores between the type of program (MEC x PIS), evidencing similarity between the two hospital residency programs. We suggest conducting multicenter and multispecialty longitudinal studies in military institutions that use well-defined criteria, to provide a unification of results that can be generalized, enabling the establishment of strategies to reduce these mental disorders.

Keywords: Mental health; Resident doctors; Depression; Burnout.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade¹. Este conceito de saúde mental engloba, além do indivíduo, aspectos sociais, sendo sabidamente relevante a interação de diversas atividades da vida com a promoção da saúde mental.

A depressão é um transtorno da saúde mental que afeta o indivíduo como um todo, alterando sua capacidade cognitiva, enquanto a síndrome de *burnout* (SB) é caracterizada por despersonalização, exaustão emocional e sensação de baixa realização pessoal, que leva à diminuição da eficácia no trabalho. Difere da depressão pois envolve apenas o relacionamento da pessoa com o trabalho enquanto a depressão afeta o indivíduo globalmente²⁻⁵.

Tanto a depressão quanto o *burnout* são altamente prevalentes entre residentes médicos em todo o mundo e em todas as especialidades e sua prevalência varia consideravelmente na literatura, sendo que um estudo prospectivo detectou taxas de *burnout* em residentes entre 41% e 76%, enquanto as taxas de depressão variaram de 7% a 56%⁴⁵.

A residência médica é uma etapa de grande mudança na vida de profissionais médicos, sendo desgastante devido à elevada carga horária, privação de sono, falta de tempo de lazer, cobrança de desempenho, plantões noturnos e salários insatisfatórios, o que pode trazer sofrimento emocional^{2,7-11}. Neste contexto é de grande importância a avaliação da saúde

de mental desses profissionais, visto que pode alterar tanto positiva quanto negativamente a vida posterior à especialização.

Dentre as atribuições do residente que podem causar situações estressantes, estão intensos estímulos emocionais, como o contato frequente com a dor e o sofrimento, o atendimento de pacientes terminais, o lidar com pacientes difíceis, poliqueixosos e não aderentes ao tratamento, o lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico, a sobrecarga de informação e falta de adequada preceptoria/mentoria, a cultura competitiva, o ambiente inadequado ao aprendizado, fatores negativos do currículo oculto, assédio moral e discriminação sexual, bem como atender às expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias^{2,12}. Os residentes são submetidos a anos prolongados de formação em comparação com quaisquer outras carreiras, acarretando desequilíbrio entre a vida profissional e pessoal.

Esse conjunto de fatores os torna propícios ao desenvolvimento de *burnout* e depressão, interferindo na sua capacidade de atuar como médico e estabelecer diagnósticos, prejudicando sua tomada de decisão sobre o tratamento, sua habilidade de lidar com problemas complexos e sua relação médico-paciente^{13,14}. A nível institucional pode ocorrer maior custo com licenças médicas e má qualidade do atendimento propiciando erros médicos^{5,15,16}.

Devido às barreiras que o médico em especialização enfrenta para buscar ajuda e tratamento, sobretudo o estigma de doença mental, medo das consequências da constatação do problema para a sua carreira profissional, custo do tratamento e aces-

sibilidade, ele tende a não pedir auxílio ou realizar autotratamento, o que pode interferir na sua atuação profissional, na sua formação como um todo e até se tornar uma ameaça à vida^{5,17-19}. Sabe-se que a exaustão física e mental do médico impacta também no ambiente familiar^{2,20,21}, propiciando abuso no uso de álcool e outras substâncias²².

O presente trabalho tem como objetivo determinar a prevalência de distúrbios da saúde mental em médicos residentes do programa de residência médica (PRM) do Ministério de Educação e Cultura (MEC) e militares do Programa de Instrução em Serviço (PIS), de um hospital militar de Brasília-DF, demonstrar a variação da prevalência destes distúrbios de acordo com fatores sociodemográficos, ano de residência e por especialidade, além de propor medidas para melhorar a saúde mental dos médicos treinandos do referido hospital.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, utilizando inventário de Burnout de Maslach específico para área da saúde (MBI-HSS), inventário de depressão de Beck (BDI I), validados e traduzidos para o Brasil, além de questionário sociodemográfico estruturado pelos pesquisadores, com público-alvo de médicos em especialização e subespecialização de todas especialidades do hospital militar em questão (total de 102 residentes e PIS), relação esta obtida na Comissão de Residência Médica e na Direção de Ensino e Pesquisa (DTEP) da instituição.

Foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa à Divisão de Pesquisa da instituição e a conformidade ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital (instituição coparticipante), além do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

A divulgação da pesquisa foi realizada via sistema integrado de informações (SEI), com a coleta dos questionários realizada no período de julho a agosto de 2024, sendo os mesmos aplicados na presença do pesquisador e respondidos no local e data previamente especificados. Aqueles que não puderam estar presentes na data agendada, foram reagendados dentro deste período.

Inicialmente foi explicado o objetivo do estudo e oferecido o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) para leitura e esclarecimento de dúvidas. Após assinatura do mesmo, foram entregues os questionários físicos, com questões de múltipla escolha, em envelopes lacrados, garantindo sigilo e privacidade.

Foram critérios de inclusão os médicos(as) que estavam cursando residência médica e PIS em todas as especialidades oferecidas pelo hospital, no período de julho a agosto de 2024.

Os critérios de exclusão foram médicos residentes em licença de afastamento, que não retornaram para suas atividades laborais por qualquer motivo no período de coleta de dados e participantes que não preencheram adequadamente os questionários.

O cálculo amostral foi realizado no programa *Epiinfo* e foi considerada a variável *burnout* como desfecho principal com prevalência de 35,7%²³. Considerou-se um erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95%, poder estatístico do teste 0,80, possibilidade de perda amostral de 20%, tendo como resultado um tamanho amostral de 65 médicos.

Em relação aos instrumentos utilizados, o inventário de Burnout de Maslach é um questionário validado de 22 itens que é considerado medida padrão ouro de *burnout*.

Atualmente, há três versões deste inventário e neste estudo será utilizado a versão para serviços de saúde (MBI-HSS), que foi validada para o Brasil por TR Trigo (2011)^{24,25}. Ele utiliza uma escala de *Likert* de 7 pontos (0 a 6) e mede três componentes: exaustão emocional (EE) através de 9 questões, despersonalização (DP) com 5 questões e realização profissional (RP) com 8 questões^{2,4,5,26,27}.

Cada subitem ou subescala é avaliado em baixo, médio e alto. Em relação à EE, uma pontuação baixa é aquela ≤ 14 ; um score médio é aquele compreendido entre 15 e 26; e alto com resultados ≥ 27 . Para o subitem DP, a pontuação ≤ 3 significa baixo índice, entre 4 e 9 é médio e ≥ 10 , alto. Por fim, para RP, pontuações ≤ 33 indicam baixo índice, entre 33 e 39 pontos é um índice médio e ≥ 40 é alto^{20,21}. Alta pontuação nos subitens exaustão emocional e despersonalização e baixa pontuação no subitem realização profissional (que é uma escala inversa às demais), é classificado como alto índice da SB^{28,29}.

De acordo com a literatura, é necessário que as três dimensões sejam afetadas para conferir maior fidedignidade ao real diagnóstico dessa doença pois um item alterado isoladamente não é suficiente para definir a SB^{7,25}.

Definimos *burnout* quando as pontuações foram altas nas escalas de EE (≥ 27) e DP (≥ 10) e baixa na escala RP (≤ 33), considerando essa a classificação primária da síndrome. Uma classificação secundária de *burnout* utilizada foi pontuação alta em EE e DP, desconsiderando-se RP, pois alguns autores a consideram uma subescala independente que se correlaciona menos com o *stress* psicológico^{23,24,29,45}.

O inventário de depressão de Beck (BDI) é teste de rastreio de depressão, composto por 21 questões pontuadas entre 0-3. Foi validado para o Brasil por Cunha (2001)²². A pontuação máxima é de 63 e a mínima de zero. Foram definidos os seguintes intervalos de pontuação do inventário de Beck (BDI) para classificar os indivíduos quanto à intensidade de sintomas depressivos: sem depressão ou depressão mínima (0 – 9), leve (10 – 18), moderada (19 – 29) e grave (igual ou maior que 30). Para efeitos de análise, considerou-se dois grupos de acordo com a presença de depressão: (Não < 10 pontos) x (Sim ≥ 10 pontos)^{26,27}.

O questionário sociodemográfico foi estruturado pelos pesquisadores, incluindo perguntas sobre idade, sexo, estado civil, filhos, se reside com familiar, amigo ou companheiro, qual o programa de residência, qual ano está cursando, especialidade ou subespecialidade, se faz uso de ansiolítico/antidepressivo e carga horária maior que 60 horas semanais.

Todos os pesquisadores participaram de todas as etapas da pesquisa, quais sejam levantamento bibliográfico, confecção de projeto de pesquisa, captação de participantes e oferta do TCLE, aplicação de questionário e coleta de dados e a confecção do trabalho final.

Apenas um dos pesquisadores previamente determinado, ficou responsável pela identificação dos participantes, para o caso de haver achado crítico, necessitando acolhimento e intervenção terapêutica imediata.

Os pesquisadores declaram não haver conflito de interesses.

O número CAAE é 80012124.4.0000.5553 e o número do parecer consubstanciado da aprovação é 6.898.317.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as análises foram realizadas usando o *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS, IBM Corporation, Armonk, NY, EUA, 25.0). O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para analisar a normalidade das variáveis. Por meio da análise descritiva, os dados foram apresentados em “frequências absolutas e relativas” (variáveis categóricas), “medidas de dispersão, média e desvio padrão, valores mínimos e máximos, mediana e percentis 25 e 75” (variáveis numéricas). As análises de associação foram realizadas pelo teste qui-quadrado (X^2) de Pearson ou teste exato de Fischer ($n < 5$ por célula). A Razão de Prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram calculados. A comparação das variáveis numéricas foi realizada por teste *t* independente (paramétricas) ou teste U de Mann-Whitney (não paramétricas). Coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para as hipóteses de correlação entre as variáveis. Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 97 médicos residentes com idades entre 24 e 50 anos. A maioria dos residentes era do sexo masculino (53,6%), com idade até 29 anos (70,1%), solteiros (67,0%), residiam com alguém (69,1%), não tinham filhos (86,6%), não utilizavam ansiolítico ou antidepressivo (71,1%). Quanto ao programa de residência, a maioria era do programa de residência MEC (84,5%), com carga horária com >60 horas (60,8%). A clínica médica foi a especialidade mais frequente (19,6%) e a maioria estava no 2º ano de curso no programa MEC (28,9%).

Em relação à depressão, a maioria dos residentes apresentou depressão leve (47,42%; $n=46$), 37,11% sem depressão/depressão mínima ($n=36$), 14,43% depressão moderada ($n=14$) e 1,03% ($n=1$) apresentou depressão severa, conforme Figura 1.

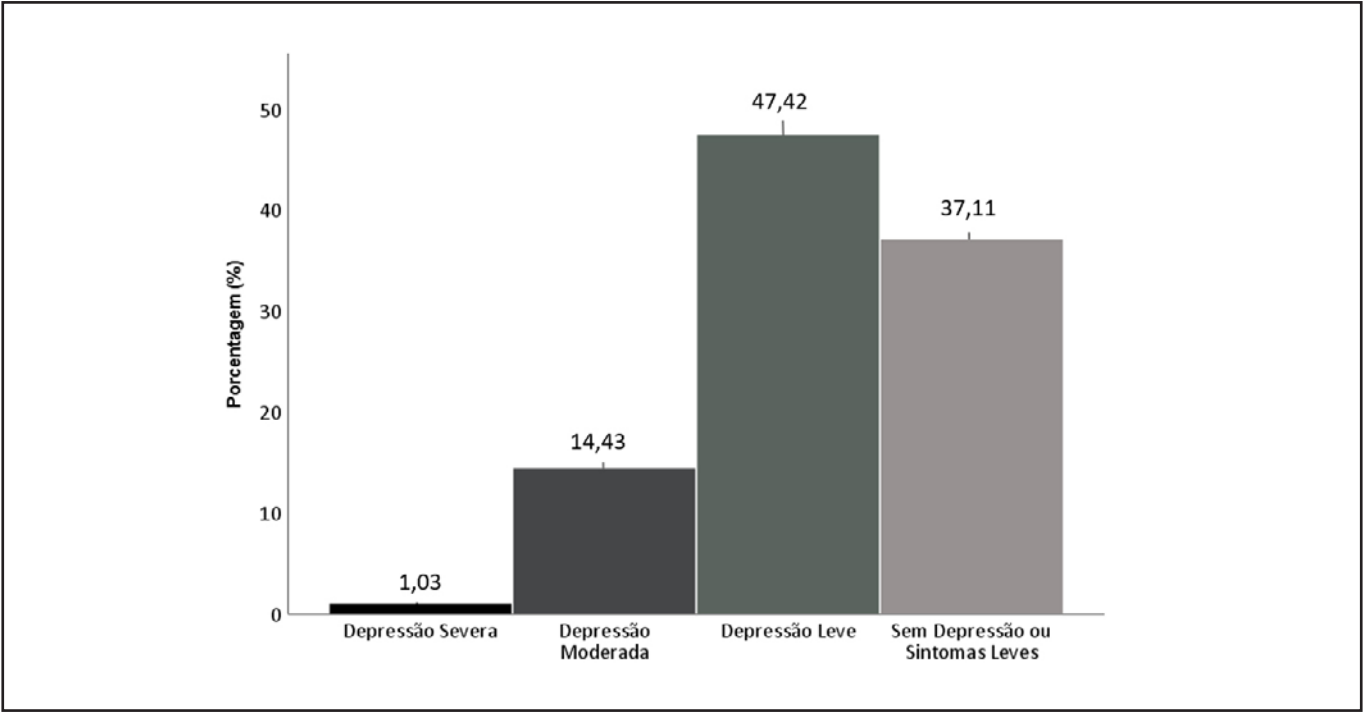


Figura 1 – Prevalências da intensidade de sintomas depressivos presente nos residentes (n=97).

Após classificar os residentes de acordo com a presença de depressão, 62,9% apresentaram depressão (n=61) e 37,1% sem depressão (n=36). Sexo feminino e uso de ansiolítico/antidepressivo foram associados ao aumento da prevalência de depressão

($p<0,05$; $RP>1,0$), enquanto idade acima dos 30 anos e subespecialidade foram associados a menor prevalência de depressão ($p<0,05$; $RP<1,0$), sendo que os demais fatores sociodemográficos não tiveram relação significativa conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Prevalência de depressão de acordo com as características sociodemográficas e características do programa de residência médica dos médicos residentes (n=97).

		Depressão			P-valor	RP	IC(RP)95%
		Total	Presença	Ausência			
		(n=97)	(n=61)	(n=36)			
		n (%)	n (%)	n (%)			
Sexo	Feminino	45 (46,4)	34 (55,7)	11 (30,6)	0,016	1,455	(1,067-1,983)
	Masculino	52 (53,6)	27 (44,3)	25 (69,4)			
Faixa etária	>30 anos	29 (29,9)	13 (21,3)	16 (44,4)	0,016	0,635	(0,412-0,978)
	até 29 anos	68 (70,1)	48 (78,7)	20 (55,6)			
Estado civil	Solteiro	65 (67,0)	40 (65,6)	25 (69,4)	0,824	0,937	(0,683-1,286)
	Casado	32 (33,0)	21 (34,4)	11 (30,6)			
Reside com alguém	Sim	67 (69,1)	44 (72,1)	23 (63,9)	0,396	1,158	(0,810-1,657)
	Não	30 (30,9)	17 (27,9)	13 (36,1)			
Filhos	Sim	13 (13,4)	7 (11,5)	6 (16,7)	0,468	0,837	(0,494-1,420)
	Não	84 (86,6)	54 (88,5)	30 (83,3)			

Continua na próxima página

		Depressão			P-valor	RP	IC(RP)95%
		Total	Presença	Ausência			
		(n=97)	(n=61)	(n=36)			
		n (%)	n (%)	n (%)			
Uso A/A	Sim	28 (28,9)	22 (36,1)	6 (16,7)	0,041	1,390	(1,047-1,845)
	Não	69 (71,1)	39 (63,9)	30 (83,3)			
Programa	MEC	82 (84,5)	51 (83,6)	31 (86,1)	0,742	0,933	(0,628-1,386)
	PIS	15 (15,5)	10 (16,4)	5 (13,9)			
Carga >60h	Sim	59 (60,8)	41 (67,2)	18 (50,0)	0,093	1,32	(0,934-1,866)
	Não	38 (39,2)	20 (32,8)	18 (50,0)			
Especialidade	Anestesiologia	8 (8,2)	4 (6,6)	4 (11,1)	0,464	0,78	(0,384-1,588)
	Cirurgia geral	7 (7,2)	5 (8,2)	2 (5,6)	0,947	1,148	(0,670-1,884)
	Clínica Médica	19 (19,6)	14 (23,0)	5 (13,9)	0,411	1,223	(0,885-1,690)
	Ginecologia/obst	5 (5,2)	5 (8,2)	0 (0)	–	–	–
	Medicina intensiva	3 (3,1)	2 (3,3)	1 (2,8)	1,000	1,062	(0,470-2,400)
	Oftalmologia	6 (6,2)	4 (6,6)	2 (5,6)	1,000	1,064	(0,591-1,916)
	Ortopedia	11 (11,3)	7 (11,5)	4 (11,1)	1,000	1,013	(0,630-1,630)
	Otorrino	3 (3,1)	2 (3,3)	1 (2,8)	1,000	1,062	(0,470-2,400)
	Psiquiatria	8 (8,2)	5 (8,2)	3 (8,3)	1,000	0,993	(0,567-1,739)
	Radiologia	14 (14,4)	10 (16,4)	4 (11,1)	0,561	1,162	(0,801-1,687)
	Subespecialidade	13 (13,4)	3 (4,9)	10 (27,8)	0,003	0,334	(0,123-0,911)
	PIS 1º ano	6 (6,2)	3 (4,9)	3 (8,3)	0,667	0,785	(0,347-1,772)
Ano Cursando	PIS 2º ano	3 (3,1)	1 (1,6)	2 (5,6)	0,553	0,522	(0,105-2,606)
	PIS 3º ano	6 (6,2)	6 (9,8)	0 (0)	–	–	–
	MEC 1º ano	26 (26,8)	17 (27,9)	9 (25,0)	0,758	1,055	(0,756-1,473)
	MEC 2º ano	28 (28,9)	21 (34,4)	7 (19,4)	0,180	1,239	(0,964-1,734)
	MEC 3º ano	15 (15,5)	10 (16,4)	5 (13,9)	0,968	1,072	(0,722-1,592)
	Subespecialização	13 (13,4)	3 (4,9)	10 (27,8)	0,003	0,334	(0,123-0,911)

Notas: os dados são apresentados em frequências absolutas e relativas, razão de prevalência e intervalo de confiança. P-valor obtidos por teste Qui-quadrado ou Exato de Fischer.

Abreviações: A/A = ansiolítico/antidepressivo; RP = razão de prevalência.

Utilizando as duas diferentes maneiras de classificar a síndrome de *burnout*, observou-se uma prevalência da síndrome em 21,6% dos residentes quando consideradas as três subescalas do inventário de

Maslach. Quando desconsiderada a subescala de realização profissional, observou-se uma prevalência da síndrome de *burnout* em 34,0% dos residentes, conforme Figura 2.

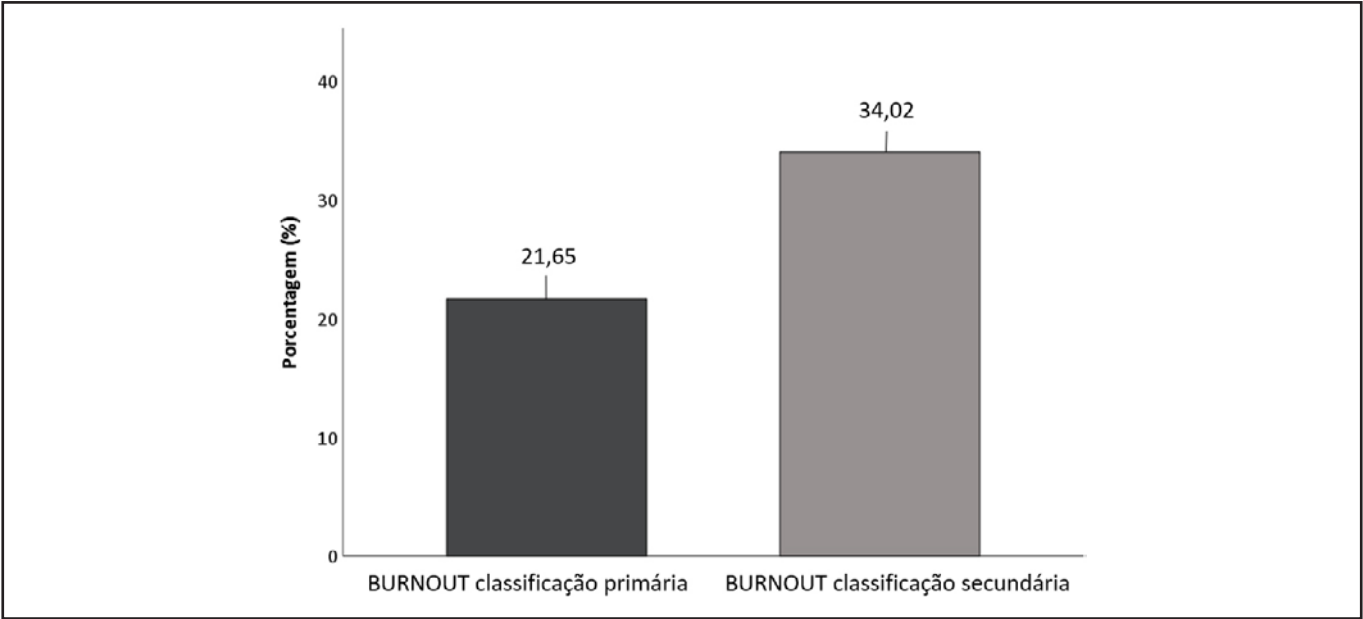


Figura 2 – Prevalência de *burnout* de acordo com as diferentes classificações.

De acordo com as classificações de presença de *burnout*, na classificação primária, levando em consideração a presença das três subescalas, não foram observadas associações das características sociodemográficas dos médicos residentes

e PIS com *burnout* ($p>0,05$). Na classificação secundária, idade maior que 30 anos foi associada a menor prevalência de *burnout* ($p = 0,041$; $RP = 0,416$; $IC = 0,180-0,976$), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência de *burnout* de acordo com as características sociodemográficas dos médicos residentes (n=97).

		Burnout classificação primária		P-valor	RP	IC(RP) 95%	Burnout classificação secundária		P-valor	RP	IC(RP) 95%
		Sim (n=21)	Não (n=76)				Sim (n=33)	Não (n=64)			
		n (%)	n (%)				n (%)	n (%)			
Sexo	Feminino	12 (57,1)	33 (43,4)	0,384	1,541	(0,7158- 3,317)	18 (54,5)	27 (42,2)	0,346	1,387	(0,794- 2,420)
	Masculino	9 (42,9)	43 (56,6)				15 (45,5)	37 (57,8)			
Faixa etária	>30 anos	5 (23,8)	24 (31,6)	0,675	0,733	(0,296- 1,812)	5 (15,2)	24 (37,5)	0,041	0,419	(0,180- 0,976)
	≤30 anos	16 (76,2)	52 (68,4)				28 (84,8)	40 (62,5)			
Estado civil	Solteiro	14 (66,7)	51 (67,1)	0,970	0,984	(0,441- 2,197)	23 (69,7)	42 (65,6)	0,821	1,132	(0,615- 2,084)
	Casado	7 (33,3)	25 (32,9)				10 (30,3)	22 (34,4)			

Continua na próxima página

		Burnout classificação primária		P-valor	RP	IC(RP) 95%	Burnout classificação secundária		P-valor	RP	IC(RP) 95%
		Sim (n=21)	Não (n=76)				Sim (n=33)	Não (n=64)			
		n (%)	n (%)				n (%)	n (%)			
Reside com alguém	Sim	16 (76,2)	51 (67,1)	0,596	1,433	(0,578- 3,550)	24 (72,7)	43 (67,2)	0,743	1,194	(0,634- 2,250)
	Não	5 (23,8)	25 (32,9)				9 (27,3)	21 (32,8)			
Filhos	Sim	2 (9,5)	11 (14,5)	0,728	0,680	(0,179- 2584)	2 (6,1)	11 (17,2)	0,210	0,417	(0,113- 1,538)
	Não	19 (90,5)	65 (85,5)				31 (93,9)	53 (82,8)			
Uso A/A	Sim	9 (42,9)	19 (25,0)	0,185	1,848	(0,878- 3,891)	13 (39,4)	15 (23,4)	0,160	1,602	(0,931- 2,757)
	Não	12 (57,1)	57 (75,0)				20 (60,6)	49 (76,6)			

Notas: os dados são apresentados em frequências absolutas e relativas, razão de prevalência e intervalo de confiança. P-valor obtidos por teste Qui-quadrado ou Exato de Fischer.

Abreviações: A/A = ansiolítico/antidepressivo.

A especialidade de radiologia foi a única associada à maior prevalência de *burnout* ($p < 0,001$; $RP = 3,648$; $IC = 1,858-7,162$) na classificação primária. Na classificação secundária de *burnout* a radiologia ($p = 0,048$;

$RP = 1,897$; $IC = 1,084-3,320$) e a especialidade de cirurgia geral ($p = 0,043$; $RP = 2,296$; $IC = 1,311-4,021$) foram associadas a altas prevalências de *burnout*, sendo esta última de maior prevalência (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de *burnout* de acordo com as características do programa de residência, especialidade e ano de curso (n=97).

		Burnout classificação primária		P-valor	RP	IC(RP) 95%	Burnout classificação secundária		P-valor	RP	IC(RP) 95%
		Sim (n=21)	Não (n=76)				Sim (n=33)	Não (n=64)			
		n (%)	n (%)				n (%)	n (%)			
Progra- ma	MEC	17 (81,0)	65 (85,5)	0,733	0,777	(0,304- 1,990)	29 (87,9)	53 (82,8)	0,571	1,326	(0,545- 3,226)
	PIS	4 (19,0)	11 (14,5)				4 (12,1)	11 (17,2)			
Carga >60h	Sim	11 (52,4)	48 (63,2)	0,520	0,706	(0,334- 1,505)	21 (63,6)	38 (59,4)	0,851	1,127	(0,631- 2,014)
	Não	10 (47,6)	28 (36,8)				12 (36,4)	26 (40,6)			

Continua na próxima página

		Burnout classificação primária		P-valor	RP	IC(RP) 95%	Burnout classificação secundária		P-valor	RP	IC(RP) 95%
		Sim (n=21)	Não (n=76)				Sim (n=33)	Não (n=64)			
		n (%)	n (%)				n (%)	n (%)			
Especia- lidade	Aneste- siologia	2 (9,5)	6 (7,9)	0,811	1,171	(0,331- 4,148)	2 (6,1)	6 (9,4)	0,712	0,718	(0,209- 2,464)
	Cirurgia geral	2 (9,5)	5 (6,6)	0,646	1,353	(0,393- 4,665)	5 (15,2)	2 (3,1)	0,043	2,296	(1,311- 4,021)
	Clínica médica	4 (19,0)	15 (19,7)	1,000	0,966	(0,367- 2,540)	6 (18,2)	13 (20,3)	0,803	0,912	(0,440- 1,891)
	Ginecolo- gia/obst	0 (0)	5 (6,6)	-	-	-	0 (0)	5 (7,8)	-	-	-
	Medicina intensiva	0 (0)	3 (3,9)	-	-	-	0 (0)	3 (4,7)	-	-	-
	Oftalmo- logia	0 (0)	6 (7,9)	-	-	-	1 (3,0)	5 (7,8)	0,661	0,474	(0,078- 2,899)
	Ortope- dia	3 (14,3)	8 (10,5)	0,927	1,303	(0,457- 3,719)	6 (18,2)	5 (7,8)	0,234	1,737	(0,931- 3,241)
	Otorrino	1 (4,8)	2 (2,6)	0,523	1,567	(0,302- 8,132)	2 (6,1)	1 (1,6)	0,266	2,022	(0,864- 4,732)
	Psiquia- tria	1 (4,8)	7 (9,2)	0,835	0,556	(0,085- 3,622)	1 (3,0)	7 (10,9)	0,258	0,348	(0,054- 2,221)
	Radiolo- gia	8 (38,1)	6 (7,9)	<0,001	3,648	(1,858- 7,162)	8 (24,2)	6 (9,4)	0,048	1,897	(1,084- 3,320)
Ano cursan- do	Subespe- cialidade	0 (0)	13 (17,1)	-	-	-	2 (6,1)	11 (17,2)	0,208	0,417	(0,113- 1,538)
	PIS 1º ano	2 (9,5)	4 (5,3)	0,607	1,597	(0,481- 5,302)	2 (6,1)	4 (6,3)	1,000	0,976	(0,305- 3,144)
	PIS 2º ano	0 (0)	3 (3,9)	-	-	-	0 (0)	3 (4,7)	-	-	-
	PIS 3º ano	2 (9,5)	4 (5,3)	0,607	1,597	(0,481- 5,302)	2 (6,1)	4 (6,3)	1,000	0,976	(0,305- 3,144)
	MEC 1º ano	5 (23,8)	21 (27,6)	0,942	0,853	(0,348- 2,095)	10 (30,3)	16 (25,0)	0,751	1,187	(0,658- 2,144)
	MEC 2º ano	8 (38,1)	20 (26,3)	0,434	1,517	(0,707- 3,254)	12 (36,4)	16 (25,0)	0,350	1,408	(0,807- 2,458)
	MEC 3º ano	4 (19,0)	11 (14,5)	0,733	1,286	(0,503- 3,293)	5 (15,2)	10 (15,6)	1,000	0,976	(0,449- 2,122)
	Subespe- cialização	0 (0)	13 (17,1)	-	-	-	2 (6,1)	11 (17,2)	0,208	0,417	(0,113- 1,528)

Notas: os dados são apresentados em frequências absolutas e relativas, razão de prevalência e intervalo de confiança.

Não foram observadas diferenças significativas para os *scores* de depressão/*burnout* entre o tipo de programa (MEC x PIS) assim como para carga horária de trabalho (>60h x <60h) (Tabelas 1 e 3).
Considerando a prevalência de depressão em 62,9%, *burnout* em 21,6% dos residentes na classifi-

cação primária e em 34% na classificação, na Tabela 4 são apresentadas as prevalências destes desfechos de acordo com os programas (MEC e PIS) e em cada uma das especialidades. A especialidade de ginecologia teve taxa de prevalência de depressão de 100% (5/5) e não apresentou *burnout* em nenhuma das classificações.

Tabela 4 – Análise descritiva das prevalências de depressão e *burnout* classificação primária e secundária (n=97).

		Depressão	Burnout classificação primária	Burnout classificação secundária
		Presença (n=61/97)	Sim (n=21/97)	Sim (n=33/97)
		n (%)	n (%)	n (%)
Programa	MEC	51 (62,2)	17 (20,7)	29 (35,4)
	PIS	10 (66,7)	4 (26,7)	4 (26,7)
Especialidade	Anestesiologia	4 (50,0)	2 (25,0)	2 (25,0)
	Cirurgia geral	5 (71,4)	2 (28,6)	5 (71,4)
	Clínica médica	14 (73,7)	4 (21,1)	6 (31,6)
	Ginecologia/obstetrícia	5 (100)	0 (0)	0 (0)
	Medicina intensiva	2 (66,7)	0 (0)	0 (0)
	Oftalmologia	4 (66,7)	0 (0)	1 (16,7)
	Ortopedia	7 (63,6)	3 (27,3)	6 (54,5)
	Otorrino	2 (66,7)	1 (33,3)	2 (66,7)
	Psiquiatria	5 (62,5)	1 (12,5)	1 (12,5)
	Radiologia	10 (71,4)	8 (57,1)	8 (57,1)
	Subespecialidade	3 (23,1)	0 (0)	2 (15,4)

Notas: os dados são apresentados em frequências absolutas e relativas, razão de prevalência e intervalo de confiança.

De forma concomitante, a presença de depressão com *burnout* na classificação primária esteve presente em 21,65% dos residentes, enquanto de-

pressão juntamente com *burnout* na classificação secundária foi identificada em 30,93% dos residentes (Figura 3).

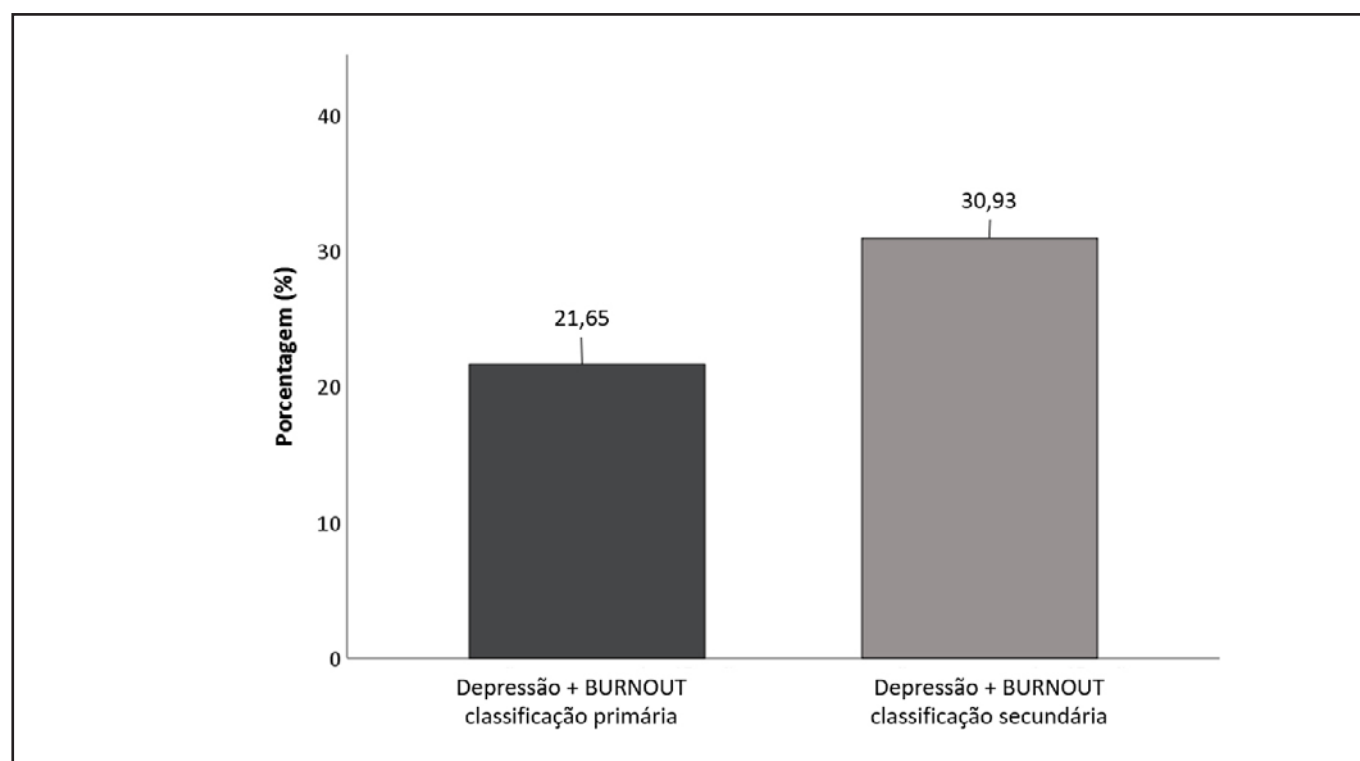


Figura 3 – Prevalência de depressão concomitante com *burnout* de acordo com as diferentes classificações.

DISCUSSÃO

Burnout e depressão na profissão médica são tópicos em destaque nos últimos anos, acreditando-se que as sementes do *burnout* são plantadas já na faculdade de medicina, atingem o pico durante o treinamento de residência e permanecem altas quando os médicos enfrentam desafios relacionados à sua prática profissional¹⁴.

A síndrome de *burnout* (SB) é um desequilíbrio da saúde mental resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi adequadamente administrado (OMS).

Segundo Trigo, a síndrome é caracterizada pela tríade de exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e redução da realização profissional (RP) e está relacionada a *stress* no trabalho de forma excessiva e contínua, sendo uma interação complexa de fatores organizacionais e laborais no trabalho, fatores próprios do indivíduo como a personalidade e fatores sociais. Este processo se traduz na exaustão emocional por sentimentos de tristeza, desesperança, raiva, impaciência e irritabilidade. Na despersonalização há o distanciamento afetivo e alienação em relação aos outros e na baixa realização profissional a impressão de não se alcançar realizações no trabalho²⁴.

A depressão afeta o indivíduo em todos os aspectos da sua vida diária, incluindo a capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida, prejudicando a capacidade cognitiva. É causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos (OMS). Quando grave a depressão pode colocar em risco a vida do indivíduo se não tratada. Os médicos cometem suicídio a uma taxa superior à da população em geral³⁵.

Depressão e *burnout* são distúrbios prevalentes da saúde mental em médicos residentes em todas as especialidades conforme a literatura, sendo que numa metanálise a taxa de prevalência de *burnout* em médicos residentes foi de 35,1% variando de 26,8 a 43,5%²³ e em uma revisão da literatura internacional essa taxa foi de 50%, variando de 27 a 75%, dependendo da especialidade¹⁴.

Em alguns estudos brasileiros utilizando o mesmo instrumento adotado por nós neste estudo, a prevalência variou entre 20 e 50%^{14,31} e em outra metanálise a prevalência variou de 35,7% a 51,0% nas diversas especialidades³⁶.

Em relação à depressão, uma metanálise incluindo 54 estudos publicada em 2015 mostrou taxa de prevalência em médicos residentes de 28,8%, variando de 20,9% a 43,2%, estando relacionada com a especialidade e outros fatores²⁸ e em

um estudo nacional brasileiro a taxa de prevalência foi de 46,9%³⁷.

A associação entre *burnout* e transtornos depressivos tem sido relatada por vários autores na literatura. Um deles detectou a associação de transtornos depressivos em 50% dos indivíduos com *burnout* grave³⁸ e o estudo nacional brasileiro detectou associação de *burnout* e depressão em 25,3% dos residentes³⁷.

A depressão pode se seguir ao *burnout* e segundo um autor os fatores que levam ao *burnout* são preditores significativos de depressão^{39,40}.

Em vários estudos tem sido constatadas variações na prevalência de *burnout* e depressão de acordo com a especialidade em médicos residentes, sendo os *scores* mais elevados em especialidades cirúrgicas que as clínicas, tendo sido detectado em alguns estudos altas taxas de prevalência de *burnout* na especialidade de radiologia^{31,36,41}.

Ambos os distúrbios da saúde mental podem impactar negativamente tanto a nível individual como institucional, afetando o cuidado e a segurança do paciente, com aumento do risco de erros médicos e pior qualidade de atendimento. As consequências negativas para o residente incluem dificuldade de aprendizado, doenças médicas, absenteísmo, ideias suicidas, desistência do emprego e, para a instituição, licenças médicas com maior custo para reposição do profissional, maior dificuldade para acreditação pela má qualidade do atendimento, litígios judiciais devido a erros médicos, maior tempo de internação, devendo ser desenvolvidas intervenções eficazes para abordar e tratar estas duas alterações da saúde mental em ambos os níveis^{14,15}.

Um artigo da clínica Mayo relata que *burnout* tem relação forte com rotatividade médica e engajamento profissional e que o custo de substituição de um médico, entre recrutamento, integração, perda de receita de atendimento e realocação é estimado em 2 a 3 vezes o salário anual do médico, e mesmo que o médico não saia, existe um impacto importante na produtividade⁴².

Apesar do grande número de estudos na literatura sobre estas alterações da saúde mental em residentes, tem havido poucos estudos direcionados para residentes de múltiplas especialidades em instituições militares, tendo sido detectado no nosso levantamento bibliográfico apenas dois estudos re-

alizados em hospitais militares nos EUA, analisando *burnout* em residentes da ortopedia e de medicina de emergência^{27,43}.

Nosso estudo então seria pioneiro por demonstrar a prevalência destes distúrbios da saúde mental em diversas especialidades em um único hospital militar. Isso possibilitará uma visão mais ampla dos gestores militares no sentido de incentivar pesquisas nesta área, para que utilizando a medicina baseada em evidências, possam embasar suas tomadas de decisões, para melhoria da saúde mental dos residentes civis e militares sob seu comando.

A população geral de treinandos do hospital em questão é de 102 alunos, sendo 88 civis (86,27%) e 14 militares (13,72%). Destes, 97 participaram da pesquisa, com índice de resposta de 95%. Como tivemos uma alta taxa de resposta podemos afirmar que nossos resultados são representativos da população em estudo.

Nossos resultados demonstraram uma taxa de prevalência geral de *burnout* na classificação primária de 21,65% e na classificação secundária de 34,02% o que está de acordo com a literatura. Em dois estudos brasileiros de multiespecialidades^{31,44} que consideraram as três subescalas de Maslach, as taxas gerais foram de 27,9% e 21,56% e em um estudo canadense de medicina interna, a taxa geral foi de 21% também utilizando as 3 subescalas⁴⁵.

Uma revisão da literatura considerando as 3 subescalas encontrou uma taxa geral de 50%, variando de 27% a 75 %¹⁴.

Existe uma grande variação na literatura nas taxas de prevalência geral de *burnout* em residentes médicos, sendo a produção científica mundial permeada por divergências teóricas quanto à sua definição e critérios diagnósticos. Isso se deve à variação na especificidade quando se usa uma, duas ou as três subescalas de Maslach, além disso há variação nas escalas de frequência de *Likert* e nos pontos de corte que classificam as dimensões das subescalas. Alguns autores definem a doença considerando as 3 subescalas, outros defendem o conceito bidimensional e outros acreditam que uma dimensão em nível grave, independente de qual seja, é suficiente para o diagnóstico, demonstrando a falta de padronização para definição da síndrome.

Em uma metanálise considerando apenas uma ou duas das subescalas (EE e DP desconsiderando RP), a

taxa geral de *burnout* foi de 35,1% e em outro estudo também utilizando estas duas subescalas a taxa geral de *burnout* encontrada foi de 37% em alinhamento com o nosso trabalho^{23,37}.

Em um estudo brasileiro com residentes de medicina intensiva houve uma grande diferença na taxa geral de *burnout* ao se considerar alta pontuação em apenas uma escala com taxa de 63,8% e quando se considerou as três subescalas, a taxa caiu para 7%⁴⁵.

Foi constatado no nosso estudo que entre as especialidades, a radiologia apresentou uma prevalência significativa de *burnout* utilizando-se a classificação primária, em relação às outras especialidades, o que tem sido relatado por vários autores na literatura^{36,46-48}.

Os fatores que determinam esta alta prevalência são diversos, segundo estes autores, e já começam na escolha da especialidade, pois muitos alunos optam pela radiologia devido à falta de habilidades sociais para lidar com o paciente, preferindo ficar menos expostos a esse contato⁴⁷ o que pode reduzir sua capacidade psicoterapêutica, de empatia e interação para lidar com emoções negativas. Somando-se a isso, a natureza do trabalho nesta especialidade é diferente, demandando imenso conhecimento e habilidades técnicas, o que pode ser muito opressor principalmente nos anos iniciais. O fluxo de trabalho é constante devido à grande demanda de exames e cobranças dos médicos assistentes dos pacientes, principalmente no que se relaciona a laudos da emergência, muitas vezes não havendo tempo para mentoria adequada. Também existe uma maior concentração de pessoas trabalhando juntas em um espaço físico único, o que acarreta maior interação entre elas, tanto positivas quanto negativas, gerando outros fatores, quais sejam, dificuldades de relacionamento entre os pares^{36,48}.

Um estudo com residentes de radiologia sugere um alto nível de *burnout* em residentes *juniors*³⁶ e em uma metanálise a idade jovem foi fator de risco para *burnout*²³.

Não observamos relação da presença de *burnout* na classificação primária com nenhuma das características sociodemográficas estudadas. Na classificação secundária, apenas idade maior que 30 anos foi associada a menor prevalência de *burnout*. Vários estudos na literatura não mostram correlação entre *burnout* e depressão com idade^{6,14,37}. No entanto alguns estudos corroboram nosso achado

de maior idade como fator de proteção para *burnout* e depressão^{49,23}.

Nossos achados relativos à depressão mostraram uma prevalência geral de 62,9%, acima do relatado por vários estudos na literatura. Em uma metanálise a taxa de prevalência de depressão em médicos residentes foi de 28,8%, variando de 20,9% a 43,2%, dependendo do instrumento utilizado²⁸.

Uma pesquisa nacional brasileira com residentes de diversas especialidades, a taxa geral encontrada de depressão foi de 46,9%³⁷.

Um estudo egípcio com 220 residentes de várias especialidades de um hospital escola utilizando o mesmo instrumento, mostrou taxa de prevalência de depressão semelhante à nossa, com 169 residentes apresentando algum grau de depressão (72,73%), com escores de depressão com gravidade diferente variando de leve (24,55%), limítrofe (17,27%), moderada (23,18%), grave (4,55%) e extremo (3,18%)⁵⁰.

Nossos achados mostraram que a maioria dos residentes apresentou depressão leve (47,4%), 37,1% não apresentaram depressão e 14,4% apresentaram depressão moderada e apenas um residente apresentou depressão severa (1,0%). A especialidade de ginecologia e obstetrícia (GO) teve 100% (5/5) de taxa de prevalência de depressão, o que está acima do relatado na literatura. Segundo um estudo americano com 23 programas de residência em GO (n=125) 34,2% dos residentes apresentavam depressão⁴⁷.

Talvez isso ocorra pelo fato da GO ser especialidade cirúrgica com altos níveis de *stress*, associado a índices de litigância mais elevados ou ainda a fatores estressores individuais⁵⁰.

Não houve nesta especialidade correlação com taxas de prevalência de *burnout* tanto na classificação primária quanto na secundária, sendo que nenhum apresentou *burnout*, resultado não esperado. Provavelmente o número pouco expressivo de residentes (n=5) impossibilitou uma análise estatística adequada.

Sexo feminino e uso de ansiolítico/antidepressivo foram associados ao aumento da prevalência de depressão, o que está de acordo com a literatura^{5,37,52}.

Uma revisão sistemática da literatura sobre depressão em médicos residentes constatou que em vários estudos as mulheres residentes eram mais propensas a ter depressão e com maior severidade e por outro lado, em outros estudos, não foi encontrada relação significativa entre sexo e depressão⁵³.

A associação de uso de medicação para ansiedade e depressão com *burnout* foi relatada em um estudo de multiespecialidades nos EUA, em que 74% dos residentes que usavam estas medicações apresentavam *burnout* e 33% apresentavam depressão⁵².

Em um estudo brasileiro houve concomitância de *burnout* e depressão em 25,3% dos residentes sendo que participantes com *burnout* apresentaram maiores chances de depressão e relataram que tiveram uma curva de aprendizado ruim³⁷.

Não houve diferenças estatisticamente significativas nas taxas de prevalência de depressão e *burnout* entre os residentes do MEC e PIS. Na literatura apesar de não termos encontrado trabalhos com enfoque em multiespecialidades em hospital militar, um estudo comparando residentes militares e civis em medicina de emergência também não encontrou diferenças significativas entre civis e militares⁴³.

Nós observamos também que não houve associação significativa entre depressão, *burnout* e demais fatores sociodemográficos, especialidades e o ano de programa, o que é relatado na literatura por alguns autores^{6,46,47}.

Segundo estudos de revisão, os fatores sociodemográficos de idade, sexo, parentalidade e estado civil apresentam resultados contraditórios nos vários trabalhos analisados^{14,54}.

Nossos resultados não mostraram diferença estatisticamente significativa entre os anos de residência nos dois programas MEC e PIS, mas a prevalência de *burnout* primária e secundária, assim como de depressão foi maior no segundo ano de residência no programa MEC.

Alguns autores encontraram resultados variáveis e inconclusivos em relação a *burnout* e ano de residência, por exemplo, enquanto alguns estudos sugerem que a prevalência de *burnout* pode aumentar ou diminuir com a progressão na residência, outros estudos sugeriram que tem uma tendência semelhante em todos os anos de formação, ou então pode maximizar durante um determinado ano, como o segundo ano de residência⁵⁵.

Alguns autores relacionam anos mais avançados de formação com menor prevalência de depressão, sendo possível que com o tempo os residentes se tornem mais confortáveis com seu papel, sejam mais capazes de lidar com os desafios e tenham mais confiança e autonomia, isso é consistente com resultados de estudos anteriores⁵⁶.

Em relação à carga horária, apesar dos nossos resultados não terem mostrado diferenças significativas nos scores de depressão e *burnout* para carga horária de trabalho maior ou menor que 60 horas semanais, a literatura tem mostrado que uma maior carga horária está associada a maior prevalência de *burnout* e depressão^{5,14,37}.

MITIGAÇÃO

O primeiro passo para mitigação das alterações de saúde mental em residentes é reconhecer que o problema existe e quais são as suas consequências. A partir disso desenvolver estratégias que envolvam práticas preventivas para proteger, promover e manter a saúde mental.

Muitos autores consideram que o enfrentamento do problema deve se fazer a nível individual e organizacional, sendo que o nível organizacional seria o maior responsável por *burnout* em médicos^{14,42,54,57-59}.

Entre as medidas individuais para reduzir a prevalência de *burnout* e depressão destacam-se treinamento cognitivo-comportamental, psicoterapia, aconselhamento e treinamento de habilidades adaptativas. O corpo docente deve incentivar a indicação destes serviços aos residentes visto que estes são mais propensos a usá-los quando recomendados pelo seu mentor e os residentes também devem ter certeza de que o uso desses serviços é confidencial e não é reportável ao programa de residência, podendo ser realizado fora do local de trabalho⁴⁸.

Outras abordagens seriam técnicas de gestão do estresse como exercícios físicos e relaxamento muscular, treinos de resiliência, autocuidado como qualidade de sono, dieta, controlar horários de estudo, trabalho, família e atividades de lazer para atingir equilíbrio entre vida pessoal e profissional, fortalecer o senso de comunidade e relações sociais com encontros fora do trabalho^{60,61}.

Da mesma forma, o recurso à espiritualidade englobando religião, meditação, lidar com a natureza, também parece ter um efeito positivo^{46,62}.

A empatia também é importante para formar uma conexão positiva entre médico e paciente e bom relacionamento entre os pares, sendo seus efeitos benéficos para ambos, aumentando o bem-estar, melhorando a comunicação, reduzindo a litigância, a depressão e o *burnout*^{59,62,63}.

A nível organizacional o ideal é que a instituição avalie regularmente a prevalência dos distúrbios da saúde mental, através de instrumentos validados que devem ser aplicados aos estagiários e residentes periodicamente. Isto não só permitirá uma visão da situação como também aferir a efetividade das medidas propostas posteriormente^{23,42}. Dentre as medidas mitigadoras tem-se o estímulo à formação de lideranças eficazes que saibam motivar seu time, implementar intervenções-alvo em áreas críticas, promover integração e flexibilidade no trabalho com redução da carga horária, da carga burocrática e escolha de turno, desenvolvendo estratégias baseadas em evidências. Estas estratégias devem ser adequadas à cada instituição^{42,62}.

Existe uma associação positiva significativa entre programas de mentoria estruturados, *burnout* e depressão⁶. A supervisão adequada leva à aprendizagem ideal fazendo com que os residentes se envolvam mais em suas atividades e com os pacientes e tenham mais autonomia^{37,60}.

Um autor sugere que a instituição possibilite sua própria equipe de psiquiatria a fornecer apoio aos residentes em dificuldades, incluindo palestras de conscientização, o acesso às consultas e tratamento de saúde mental, facilitar a permissão de licenças médicas para os casos graves⁵², visando criar um ambiente seguro para obter tratamento minimizando a automedicação e a prescrição informal, para evitar que a depressão e *burnout* sejam doenças contínuas não tratadas ou mal tratadas, influenciando negativamente na vida e carreira do residente⁶⁴.

Acreditamos que seria muito importante também uma mudança cultural e curricular na residência médica, de forma que se minimize o currículo oculto negativo, que engloba as relações interpessoais que podem trazer empecilho ao aprendizado do residente, com redução das habilidades humanísticas em relação à técnica, tendo como enfoque uma mudança da dinâmica de poder entre preceptores e residentes, melhorando o bem-estar de todos, o que também é defendido por outros autores¹⁶.

Até onde sabemos, nenhum currículo formal nos programas brasileiros de residência médica fornece aos residentes estratégias para reconhecer seus sentimentos e atender às suas necessidades emocionais.

Santos VH et al. em sua revisão integrativa sobre currículo oculto na educação médica e profissionalis-

mo, pontuam que o currículo oculto positivo pode ser usado de forma transformadora por meio de práticas educativas democráticas e inclusivas, com metodologias de ensino ativas mais centradas no residente e a valorização do trabalho em equipe⁶⁵. Segundo alguns autores, o *feedback* é importante para desenvolver a competência e a confiança dos residentes⁴⁴.

Trabalhos na literatura enfatizam a necessidade dessa mudança curricular, de forma que a profissão médica como um todo se conscientize da necessidade de reforço no apoio aos estagiários¹⁶. Nesse contexto as instituições devem proporcionar ainda a seus preceptores e supervisores cursos de aperfeiçoamento, pós-graduação, visando sua conscientização para esta nova filosofia da medicina, com a utilização das metodologias de ensino compatíveis levando à efetivação da mudança curricular.

LIMITAÇÕES

Nosso estudo é limitado por seu desenho transversal, pelo pequeno tamanho de amostra, por se limitar à apenas uma instituição e ao fato do hospital não dispor de todas as especialidades/subespecialidades médicas, não podendo haver generalização dos resultados para outras instituições ou especialidades. Estudos longitudinais e com uma maior amostra poderão ter uma maior capacidade preditiva e resultados generalizáveis.

Além disso a pesquisa é baseada em questionários, que pela natureza retrospectiva depende da memória dos residentes sobre suas experiências para avaliar seu nível de saúde mental. Os questionários também não levam em consideração algum problema pessoal que a pessoa esteja passando no momento, como, por exemplo, doença física em si ou familiar, perda de ente querido, sindicâncias, término de relacionamento, dentre outros. O ideal para a coleta de informações seria entrevista clínica diagnóstica com instrumentos psiquiátricos e psicológicos estruturados para confirmar os achados.

Ademais pode haver o viés de resposta que é qualquer fator que poderia encorajar uma resposta falsa, como, por exemplo, a preocupação com as consequências negativas de fornecer informações que sejam depreciativas para si mesmos e para a organização, ou ainda a própria vontade do residente em responder correta e fidedignamente as perguntas.

Avaliamos um grupo de variáveis demográficas e sociais que foram examinadas em estudos anteriores, mas fatores como mentoria, qualidade de vida no trabalho, assédio moral, erro médico, estresse financeiro e outros fatores que podem afetar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional não foram avaliados neste estudo e podem desempenhar um papel importante na prevalência destas alterações mentais.

Podemos ter também viés de comparação, pois apesar do nosso trabalho estar sendo realizado em um hospital militar, a proporção de residentes civis (88 residentes) foi bem maior que a dos residentes militares (14 residentes).

Tivemos como limitação também a dificuldade de comparação com outros estudos, pois cada estudo tem diferente objetivo e utilizou diferentes instrumentos com diferentes pontos de corte tanto para rastreio de depressão quanto de *burnout*.

CONCLUSÕES

A literatura evidencia que tanto *burnout* quanto depressão são muito prevalentes entre os residentes médicos em todos os lugares do mundo e em todas as especialidades. Nosso estudo evidencia essa prevalência com resultados que mostram algum nível de depressão em 62,9% dos entrevistados, embora a maioria tenha sido classificado como depressão leve (47,4%). A especialidade de Ginecologia/obstetrícia apresentou a mais alta taxa de depressão (100%) e sexo feminino e uso de ansiolítico/antidepressivo foram os principais fatores associados.

Já *burnout* foi evidenciado em 21,65% pela classificação primária e em 34,02% pela classificação secundária. A especialidade de radiologia foi a única associada a maior prevalência de *burnout*

na classificação primária somando-se a essa a especialidade de cirurgia geral quando considerada a classificação secundária

A associação entre depressão e *burnout* pela classificação primária esteve presente em 21,65% dos residentes, enquanto depressão com *burnout* pela classificação secundária foi identificada em 30,93% dos residentes mostrando a forte relação entre os dois distúrbios.

Não foram observadas diferenças significativas para os scores de depressão/*burnout* entre o tipo de programa (MEC x PIS) evidenciando semelhança entre os dois programas de residência do hospital, com a participação equivalente dos residentes nas partes prática e teórica dos programas.

Após análise dos nossos resultados e comparações com a literatura nacional e internacional, considerando-se todo o exposto, torna-se clara a necessidade imperativa de realizar estudos de preferência longitudinais e multicêntricos, em multiespecialidades, para determinar a prevalência de depressão e *burnout*, formular fatores preditores e/ou agravantes e gerar uma estratégia para redução destes transtornos mentais, contribuindo para o bem-estar dos residentes de forma holística, abrangendo as facetas psicológicas, físicas e sociais.

Embora tenhamos encontrado poucos estudos realizados em instituições militares, temos a convicção de que novas informações produzidas abrirão caminhos para estudos futuros e levarão a melhorias da saúde mental dos médicos nas forças armadas.

Sugerimos que os próximos estudos utilizem instrumentos com critérios bem definidos que propiciem uma unificação de classificação dos indivíduos, assim como a padronização de instrumentos, escala de frequência e dos pontos de corte para que os dados obtidos possam ser generalizados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
2. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(1):81-91. doi:10.1590/S0104-42302010000100021.
3. Macedo PCM. Avaliação da qualidade de vida em residentes de medicina da UNIFESP-EPM [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2004.

4. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358-67. doi:10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008.
5. Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, McCarthy RJ. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg.* 2013;117(1):182-93. doi:10.1213/ANE.0b013e3182917da9.
6. Fahrnkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, Edwards S, Wiedermann BL, Landrigan CP. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008;336(7642):488-91. doi:10.1136/bmj.39469.763218.BE.
7. Masotti E, Alves C, Sonogo J. Indicadores de saúde mental e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Psicol IMED.* 2022;14:37-52. doi:10.18256/2175-5027.
8. Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA. Well-being in residency: effects on relationships with patients, interactions with colleagues, performance, and motivation. *Patient Educ Couns.* 2008;72(2):194-200. doi:10.1016/j.pec.2008.04.010.
9. Nakamura L, Aoyagi GA, Dorneles SF, Barbosa SRM. Correlação entre produtividade, depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde. *Braz J Dev.* 2020;6(12):96892-905. doi:10.34117/bjdv6n12-254.
10. Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(6):557-65. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.4.
11. Macedo PCM. Avaliação da qualidade de vida em residentes de medicina da UNIFESP-EPM [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2004.
12. Al-Maddah EM, Al-Dabal BK, Khalil MS. Prevalence of sleep deprivation and relation with depressive symptoms among medical residents in King Fahd University Hospital, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2015;15(1):e78-84.
13. Demir F, Ay P, Erbaş M, Ozdil M, Yaşar E. The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul. *Turk Psikiyatri Derg.* 2007;18(1):31-7.
14. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, Ogunyemi D, Bernstein CA. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ.* 2009;1(2):236-42. doi:10.4300/JGME-D-09-00054.1.
15. 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.
16. Santos VH, Ferreira JH, Alves GCA, Naves NM, Oliveira SL, Raimondi GA, et al. Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. *Interface (Botucatu) [Internet].* 2020;24:e190572. doi:10.1590/Interface.190572.
17. Hasan S, Pozdol SL, Nicholson BK, Cunningham SJ, Lasek DG, Dankoski ME. The development of a comprehensive mental health service for medical trainees. *Acad Med.* 2022;97(11):1610-5. doi:10.1097/ACM.0000000000004789.

18. Stoesser K, Cobb NM. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. *Fam Med*. 2014;46(10):797-801.
19. Lima GKM, Gomes LMX, Barbosa TLA. Qualidade de vida no trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. *Saúde Debate*. 2020;44(126):774-89. doi:10.1590/0103-1104202012614.
20. Esquivel DA, Yazizi L, Nogueira-Martins LA. Um estudo sobre a saúde mental de residentes em ortopedia. *ACiS*. 2022;10:28-45.
21. Moreira HA, Souza KN, Yamaguchi MU. Síndrome de burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Ocup [Internet]*. 2018;43:e3. doi:10.1590/2317-6369000013316.
22. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, Lu B, Sin Fai Lam CC, Tran BX, Nguyen LH, Ho CS, Tam WW, Ho RC. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 26;16(9):1479. doi:10.3390/ijerph16091479. PMID: 31027333; PMCID: PMC6539366.
23. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, Souza T, Gonçalves AK. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018 Nov 12;13(11):e0206840. doi: 10.1371/journal.pone.0206840. PMID: 30418984; PMCID: PMC6231624.
24. Trigo TR. Validade fatorial do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de enfermagem de um hospital universitário: influência da depressão [dissertação de mestrado na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2011. doi:10.11606/D.5.2011.tde-26052011-123120
25. Silva JH, Lima SBS, Almeida RGS. Esgotamento profissional e cultura de segurança do paciente na atenção primária de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(3):e20220311. doi:10.1590/0034-7167-2022-0311.
26. Pereira SS, Fornés-Vive J, Unda-Rojas SG, Guadalupe S, et al. Análise fatorial confirmatória do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey em profissionais de saúde dos serviços de emergência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3386. doi:10.1590/1518-8345.3320.3386.
27. Simons BS, Foltz PA, Chalupa RL, Hylden CM, Dowd TC, Johnson AE. Burnout in U.S. Military Orthopaedic Residents and Staff Physicians. *Mil Med*. 2016 Aug;181(8):835-9. doi: 10.7205/MILMED-D-15-00325. PMID: 27483521.
28. Mata DA, Ramos MA, Bansal N et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373-2383. <https://doi:10.1001/jama.2015.15845>
29. Brito VCA, Bello-Corassa R, Stopa SR. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31:e2021384. doi:10.1590/SS2237-9622202200006esp.
30. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste: guia para vencer o estresse na empresa. 1999 Jan 1;239-9. <https://app.bczm.ufrn.br/home/#/item/31931>
31. Gouveia PAC, Ribeiro Neta MHC, Aschoff CAM, Gomes DP, Silva NAF, Cavalcanti HAF, et al. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2017;63(6):504-11. doi:10.1590/1806-9282.63.06.504.
32. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

33. Martins CMS. Análise da ocorrência de estresse precoce em pacientes psiquiátricos adultos [dissertação de mestrado na Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2012. doi:10.11606/D.17.2012.tde-30052012-130123.
34. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988 Dec;56(6):893-7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893. PMID: 3204199.
35. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry.* 2004;161(12):2295-302. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2295.
36. Ferguson C, Low G, Shiao G. Burnout in Canadian Radiology Residency: A National Assessment of Prevalence and Underlying Contributory Factors. *Can Assoc Radiol J.* 2020 Feb;71(1):40-47. doi: 10.1177/0846537119885672. Epub 2020 Jan 22. PMID: 32062989.
37. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry.* 2004;161(12):2295-302. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2295.
38. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders: results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord.* 2005;88(1):55-62. doi:10.1016/j.jad.2005.06.004.
39. Carneiro Monteiro GM, Marcon G, Gabbard GO, Baeza FLC, Hauck S. Psychiatric symptoms, burnout and associated factors in psychiatry residents. *Trends Psychiatry Psychother [Internet].* 2021;43(3):207-16. doi:10.47626/2237-6089-2020-0040.
40. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord.* 2003 Aug;75(3):209-21. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00101-5. PMID:12880934.
41. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, Souza T, Gonçalves AK. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018 Nov 12;13(11):e0206840. doi: 10.1371/journal.pone.0206840. PMID: 30418984; PMCID: PMC6231624.
42. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(1):129-46. doi:10.1016/j.mayocp.2016.10.004.
43. Williams BJ, Rudinsky SL, Matteucci MJ. Burnout in military emergency medicine resident physicians: a cross-sectional study with comparisons to other physician groups. *Mil Med.* 2020;185(3-4):331-4. doi:10.1093/milmed/usz236.
44. Costa JA, Fasanella NA, Schmitz BM, Siqueira PC. Burnout Syndrome: an analysis of the mental health of medical residents in a teaching hospital. *Rev bras educ med [Internet].* 2022;46(1):e009. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210179.ING>
45. Tironi MOS, Teles JMM, Barros DS, Vieira DFVB, Silva Filho CM, Martins Júnior DF, et al. Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(3):270-7. doi:10.5935/0103-507X.20160053.
46. Zubairi AJ, Noordin S. Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Ann Med Surg (Lond).* 2016 Feb 2;6:60-63. doi: 10.1016/j.amsu.2016.01.090. PMID: 26955475; PMCID:PMC4761626.
47. McNeeley MF, Perez FA, Chew FS. The emotional wellness of radiology trainees: prevalence and predictors of burnout. *Acad Radiol.* 2013 May;20(5):647-55. doi: 10.1016/j.acra.2012.12.018. PMID: 23570939.

48. Mendoza D, Bertino FJ. Why Radiology Residents Experience Burnout and How to Fix It. *Acad Radiol*. 2019 Apr;26(4):555-558. doi: 10.1016/j.acra.2018.08.009. Epub 2018 Sep 19. PMID: 30243891.
49. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents. *Acad Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;32(1):13-19. doi: 10.1176/appi.ap.32.1.13. PMID: 18270276.
50. Mohamed MY, Elbatrawy AN, Mahmoud DAM, Mohamed MM, Rabie ES. Depression and suicidal ideations in relation to occupational stress in a sample of Egyptian medical residents. *Int J Soc Psychiatry*. 2023;69(1):14-22. doi:10.1177/00207640211061981
51. Becker JL, Milad MP, Klock SC. Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(5):1444-9. doi:10.1016/j.ajog.2006.06.075
52. Holmes EG, Connolly A, Putnam KT, et al. Taking care of our own: a multispecialty study of resident and program director perspectives on contributors to burnout and potential interventions. *Acad Psychiatry*. 2017;41(2):159-66. doi:10.1007/s40596-016-0590-3.
53. Joules N, Williams DM, Thompson AW. Depression in resident physicians: a systematic review. *Open J Depress*. 2014;3(3):89-100. doi:10.4236/ojd.2014.33013.
54. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R, Van Tongeren M, Bower P. Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2013761. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.13761.
55. Shalaby R, Oluwasina F, Eboreime E, El Gindi H, Agyapong B, Hrabok M, Dhanoa S, Kim E, Nwachukwu I, Abba-Aji A, Li D, Agyapong VIO. Burnout among residents: prevalence and predictors of depersonalization, emotional exhaustion and professional unfulfillment among resident doctors in Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3677. doi:10.3390/ijerph20043677.
56. Govardhan LM, Pinelli V, Schnatz PF. Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents. *Conn Med*. 2012;76(7):389-95.
57. De Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33(4):883-94. doi:10.1007/s40520-019-01368-3.
58. Abdulrahman M, Nair SC, Farooq MM, Al Kharmiri A, Al Marzooqi F, Carrick FR. Burnout and depression among medical residents in the United Arab Emirates: a multicenter study. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(2):435-41. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_199_17. Erratum in: *J Family Med Prim Care*. 2018;7(4):839. doi:10.4103/2249-4863.240419.
59. Busireddy KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of interventions to reduce resident physician burnout: a systematic review. *J Grad Med Educ*. 2017;9(3):294-301. doi:10.4300/JGME-D-16-00372.1.
60. Chan MK, Chew QH, Sim K. Burnout and associated factors in psychiatry residents: a systematic review. *Int J Med Educ*. 2019;10:149-60. doi:10.5116/ijme.5d21.b621.
61. Nituica C, Bota OA, Blebea J, et al. Factors influencing resilience and burnout among resident physicians: a national survey. *BMC Med Educ*. 2021;21:514. doi:10.1186/s12909-021-02950-y.
62. Siegel TR, Nagengast AK. Mitigating burnout. *Surg Clin North Am*. 2019;99(5):1029-35. doi:10.1016/j.suc.2019.06.015.

63. Vendeloo SN, Brand PL, Verheyen CC. Burnout and quality of life among orthopaedic trainees in a modern educational programme: importance of the learning climate. *Bone Joint J.* 2014;96-B(8):1133-8. doi:10.1302/0301-620X.96B8.33609.
64. Stoesser K, Cobb NM. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. *Fam Med.* 2014;46(10):797-801.
65. Santos VH, Ferreira JH, Alves GCA, Naves NM, Oliveira SL, Raimondi GA, et al. Currículo oculto, educação médica e profissionalismo: uma revisão integrativa. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e190572. doi:10.1590/Interface.190572.

