



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Sintomas de ansiedade, depressão e stress em residentes multiprofissionais de um hospital
universitário

Cláudia Miró Gerlach
Orientadora Prof^ª. Dra. Fernanda Machado Lopes

Florianópolis - SC
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Cláudia Miró Gerlach

**Sintomas de ansiedade, depressão e stress em residentes multiprofissionais de um hospital
universitário**

Artigo apresentado na disciplina de Trabalho de
Conclusão da Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde da Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito para
defesa. Orientadora Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Machado
Lopes.

FLORIANÓPOLIS

2021

Resumo: Neste estudo objetivou-se identificar sintomas de ansiedade, depressão e estresse em residentes multiprofissionais de um hospital universitário. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, em que 60 residentes de oito profissões da área da saúde responderam à Depression Anxiety and Stress Scale. Verificou-se que 93,3% eram mulheres, com média de 25 anos de idade. A média do nível de ansiedade dos participantes foi classificada como moderada e dos níveis de depressão e estresse classificados como leve. Houve diferença entre os residentes de primeiro (R1) e segundo ano (R2), sendo que a média dos R2 foi superior à dos R1 em ansiedade, depressão e estresse. Quase todos (98,3%) afirmaram já terem se sentido estressados durante a residência, sendo “carga horária” o estressor mais citado. Metade afirmou já ter pensado em desistir da residência, sendo “esgotamento físico e emocional” o motivo mais frequente. A estratégia de enfrentamento mais citada foi “meditação/respiração”.

Palavras-chave: Residência multiprofissional. Ansiedade. Depressão. Stress.

Abstract: This study aims to identify symptoms of anxiety, depression and stress in multi-professional residents of a public hospital. In this descriptive and cross-sectional survey, 60 residents from eight health specialties responded to the Depression Anxiety and Stress Scale. It was found that 93.3% were women, of an average 25 years of age. The participants' average level of anxiety was classified as moderate and the levels of depression and stress were classified as mild. A difference was perceived between first-year (R1) and second-year (R2) residents, with the average of R2 being higher than that of R1 regarding anxiety, depression and stress. Almost all (98.3%) stated they had already felt stressed during their residency, with "workload" being the most cited stressor. Half of them said they had thought about giving up residence, with "physical and emotional exhaustion" being the most frequent reason. The most cited coping strategy was “meditation / breathing exercises”.

Keywords: Multiprofessional residence. Anxiety. Depression. Stress

Introdução

Os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde foram criados por meio da Lei nº 11.129 de 2005, articulados entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) e coordenados pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Segundo a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, em forma de curso de especialização por ensino em serviço, tendo carga horária de 60h semanais e duração mínima de 2 anos (Brasil, 2005).

Tais programas seguem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e buscam transformar o modelo de formação de seus trabalhadores através do processo de ensino-aprendizagem. Para isso, procuram reconhecer a atuação dos residentes por meio do trabalho

multiprofissional e interdisciplinar, objetivando o desenvolvimento de ações intersetoriais (Fernandes et al., 2015).

Sendo assim, participar dessa modalidade de formação causa mudanças na vida profissional e muitas vezes pessoal do indivíduo, como a mudança de cidade, a distância da família e dos amigos e a adaptação a uma nova cidade. O termo saúde mental é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “ um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, p.30, 2002) ou seja, não se refere apenas à ausência de enfermidades e doenças, mas a um estado que permite ao indivíduo lidar com os estresses cotidianos, além de ser produtivo e capaz de contribuir para a sua comunidade. Muitos residentes sofrem com ansios e tensões decorrentes das mudanças geradas pela residência e do alto nível de cobrança em relação ao desempenho na área profissional, constituindo um grupo de risco para estresse e distúrbios emocionais e comportamentais (Lourenção et al., 2017; Meleiro, 1998).

Embora existam diferentes definições de estresse, ele pode ser descrito a partir de uma perspectiva multidimensional, como uma experiência emocional, acompanhada de aspectos psicológicos, cognitivos, comportamentais e bioquímicos. Selye (1956) caracteriza o estresse como uma “síndrome geral de adaptação” a partir de um evento estressor que altera a homeostase interna do indivíduo, exigindo um esforço por parte do sujeito em termos de adaptação. Cada indivíduo percebe as situações de estresse de maneira diferente, estando relacionada a agentes moderadores, como personalidade, apoio social, nível educacional, entre outros (Santos & Cardoso, 2010; Vignola & Tucci, 2014).

Para Lourenção, Moscardini e Soler (2010), o trabalho do residente envolve um ambiente profissional composto por intensos estímulos emocionais que estão presentes no processo de adoecer e considerados como estressores, como o atendimento a pacientes em processo de morte, pacientes considerados poliqueixosos, hostis, rebeldes, cronicamente deprimidos ou que não aderem ao tratamento. Frequentemente entrar em contato com a dor e o sofrimento de pacientes e familiares, além das limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial para com os usuários, contrapondo-se às demandas e expectativas de garantias que esses esperam da equipe e do tratamento, são constantes fatores geradores de estresse.

No entanto, a maior parte das pesquisas sobre a qualidade de vida e os efeitos da residência no residente se referem à residência médica. Sobre esses estudos, apontam um alto índice de prevalência de sonolência diurna entre os médicos (Asaiag, Perotta, Martins, &

Tempiski, 2010), qualidade de vida menor em residentes do que da população em geral (Nogueira-Martins, 2010) e altos níveis de burnout presente entre os residentes de medicina (Katsurayama et al., 2011; Lourenção et al., 2010). Levando em consideração essas pesquisas e o exposto anteriormente, considera-se que o processo de formação do residente perpassa por desafios que surgem durante esse período de formação e que influenciam na saúde mental desses profissionais.

Para Santos (2002), transtorno mental comum (TMC) diz respeito à situação de saúde de indivíduos que não satisfazem os critérios formais para diagnóstico de depressão, ansiedade ou somatoforme segundo as classificações do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -- Fifth Edition (DSM 5) ou da Classificação Internacional de Doenças -- 10ª revisão (CID-10), mas que manifestam sintomas que trazem sofrimento e por vezes incapacitação funcional comparável aos quadros crônicos já estabelecidos. Os transtornos mentais comuns podem ser caracterizados através de diferentes sintomas, como humor irritado, insônia, dor de cabeça, fadiga, queixas somáticas inespecíficas, falta de concentração, assim como outras formas de manifestação que poderiam ser caracterizadas como sintomas depressivos, ansiosos ou somatoformes. A dificuldade de diferenciação entre alguns sintomas e o continuum entre essas três síndromes, faz do conceito de transtorno mental comum uma importante ferramenta para capturar a prevalência dessas formas de manifestação na comunidade e em outros ambientes sem que necessariamente se confirme um diagnóstico com os critérios específicos para os transtornos de ansiedade, depressão e somatoformes (Fonseca, Guimarães & Vasconcelos, 2008).

Chaves e Wagner (2016) ressaltam o papel adaptativo que a ansiedade tem, sendo uma emoção que surge em situações de ameaça, tida como parte da resposta de sobrevivência evolutiva de “luta ou fuga”. Nas situações em que não é adaptativa, pode vir a se desenvolver em transtornos de ansiedade, dependendo da frequência, intensidade e nível de prejuízo dos sintomas apresentados. A ansiedade pode ser experimentada como uma sensação de apreensão desagradável e difusa, podendo estar relacionada com inquietações e sensação de aperto no peito, por vezes acompanhada de sintomas autônomos como cefaleia, palpitações, entre outros. É capaz de afetar o pensamento, a memória e a percepção, além de produzir alterações sociais que podem comprometer as relações e o desempenho (Kaplan, Sadock, & Sadock, 2007).

Apesar de ser considerada uma maneira eficiente de capacitação profissional, a residência profissional pode ser uma experiência intensa e exaustiva, tornando os profissionais um grupo de

risco para o desenvolvimento de perturbações de ordem emocional e profissional, com incidência de ansiedade e depressão (Lourenção et al., 2017). De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2014) os principais sintomas atribuídos os transtornos depressivos são insônia, perda ou ganho significativo de peso, humor triste, vazio ou irritável com adição de alterações somáticas e cognitivas, atingindo significativamente a capacidade de funcionamento do sujeito. Segundo a World Health Organization (2008), é estimado que a terceira causa da carga global das doenças seja causada pela depressão, configurando uma das maiores causas de incapacidade no mundo.

Diversos estudos (Araújo, Mattos, Almeida, & Santos, 2016; Ferreira, Kluthcovsky, & Cordeiro, 2016; Lima, Domingues, & Cerqueira, 2006; Rodrigues, Rodrigues, Oliveira, Laudano, & Sobrinho, 2014) têm utilizado o SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*) para identificar a prevalência de transtornos mentais comuns em profissionais e estudantes da área da saúde. É um instrumento proposto por Harding et al. (1980) e recomendado pela Organização Mundial de Saúde para o rastreamento de transtornos não-psicóticos. No entanto, acredita-se que a população a ser estudada possa estar abaixo do ponto de corte para transtornos mentais graves, mas que esteja em sofrimento e possa apresentar sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Por isso, neste estudo optou-se pelo uso do *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), que tem a finalidade de medir e diferenciar, o máximo possível, sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

Desta forma, evidencia-se como fundamental o conhecimento sobre a saúde mental do residente, no intuito de possibilitar a elaboração de melhores condições de trabalho e ensino-aprendizagem, além de fomentar a saúde física e mental dos estudantes. A promoção dessas melhorias resultaria na realização de atendimentos com maior qualidade e profissionais mais seguros e preparados futuramente, por meio do desenvolvimento de novos conhecimentos, atitudes e habilidades.

Objetivos

Objetivo geral

- Identificar sintomas de ansiedade, depressão e estresse em residentes multiprofissionais de um hospital público universitário da região sul do Brasil.

Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos residentes multiprofissionais de um hospital público universitário da região sul do Brasil;
- Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas por residentes multiprofissionais em situações de estresse durante o período da residência multiprofissional;
- Avaliar o nível (intensidade) de ansiedade, depressão e estresse em residentes multiprofissionais de um hospital público universitário da região sul do Brasil;
- Comparar o nível (intensidade) de ansiedade, depressão e estresse entre estudantes de primeiro (R1) e segundo ano (R2) de uma residência multiprofissional.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, que mediu variáveis e possíveis relações entre elas, com o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (Minayo & Sanches, 1993). Em relação aos objetivos, a pesquisa é caracterizada como descritiva, pois visa conhecer e descrever as características de determinado grupo (Gil, 2008); e comparativa, pois permite estabelecer relações entre variáveis e os dois grupos investigados (Gil, 2008). Em relação ao tempo, este estudo possui corte transversal, em que os dados são coletados em um ponto no tempo, com base em uma amostra selecionada nesse determinado momento (Richardson, 1999).

Participantes

A amostra foi não probabilística e por conveniência. Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais participantes do programa de residência multiprofissional em saúde de um hospital público universitário da região sul do Brasil. A equipe é composta por aproximadamente 70 profissionais entre enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e dentistas, divididos em três diferentes ênfases: alta complexidade, saúde da mulher e da criança e atenção em urgência e emergência. A amostra foi composta buscando a participação de profissionais de todas as profissões presentes no programa e nos dois diferentes anos da residência (R1 e R2), totalizando 60 participantes.

Os critérios de inclusão foram: a) alunos do programa de residência multiprofissional em saúde que trabalham no referido hospital. Foram excluídos do estudo os profissionais que não

responderam às escalas da pesquisa de forma integral e aqueles que estavam afastados por motivos de férias ou saúde no período da coleta de dados.

Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram o Questionário de Perfil Sociodemográfico e Laboral e o *Depression, Anxiety and Stress Scale* descritos a seguir.

O Questionário de Perfil Sociodemográfico e Laboral dos profissionais de saúde foi desenvolvido pela autora e investigará questões referentes ao perfil sociodemográfico e laboral do trabalhador de saúde. Itens como idade, sexo, nível de escolaridade e profissão são exemplos de itens do questionário (Apêndice 2)

O *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) é um instrumento que foi desenvolvido por Levibond e Levibond em 1993 com a finalidade de medir e diferenciar, o máximo possível, os sintomas de ansiedade, depressão e estresse. É composto por 21 itens com escala do tipo Likert, de 4 pontos, que variam de 0-3, em que 0 significa “não se aplicou de nenhuma maneira”, 1 significa “aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo”, 2 significa “aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte de tempo” e 3 significa “aplicou-se muito, ou na maioria do tempo”. Os 21 itens são divididos em três subescalas com 7 itens cada, que irão avaliar sintomas de depressão, ansiedade e stress (Patias, Machado, Bandeira, & Dell'Aglio, 2016). Os resultados são classificados conforme explicitado na Tabela 1.

Tabela 1

Classificação do DASS-21

	Normal	Leve	Moderado	Severo	Extremo
Ansiedade	0-7	8-9	10-14	15-19	20+
Depressão	0-9	10-13	14-20	21-27	28+
Stress	0-14	15-18	19-25	26-33	34+

Procedimentos

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer nº 3.996.124, CAAE nº 30563320.0.0000.0121) e pela GEP do hospital em questão, sob o protocolo de número 029/2020. Os participantes foram convidados pessoalmente pela pesquisadora dentro do hospital para que respondessem os instrumentos. Cada voluntário que concordou em participar da pesquisa recebeu orientações individualmente sobre todos os procedimentos e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Os participantes que concordaram responderam individualmente aos instrumentos de avaliação, em sala previamente agendada, dentro do hospital. O tempo aproximado para o participante responder aos questionários foi de cerca de 10-15min.

Análise de dados

Foi utilizada estatística descritiva para apresentar o perfil sociodemográfico e laboral, assim como os níveis de ansiedade, depressão e estresse dos profissionais de saúde em termos de distribuição de frequências, médias, escores e desvio padrão. Para a comparação dos escores das variáveis entre os grupos (R1 e R2) foi utilizado Teste T de Student, conforme resultado do teste de normalidade de distribuição dos dados ($p > 0,05$ no teste de Kolmogorov-Smirnov).

Resultados

Participaram do estudo 60 residentes multiprofissionais, de oito categorias profissionais distintas, sendo elas: enfermagem ($n = 17$), nutrição ($n = 7$), farmácia ($n = 7$), psicologia ($n = 9$), fisioterapia ($n = 4$), serviço social ($n = 9$), odontologia ($n = 4$) e fonoaudiologia ($n = 3$). A média de idade dos participantes foi de 25,27 anos ($DP = 2,49$), com idade mínima de 21 anos e máxima de 34 anos. Desses, 93,3% ($n=56$) são mulheres e 6,7% ($n=4$) são homens.

Em relação ao ano da residência, 51,7% ($n=31$) dos residentes que participaram da pesquisa são R1 e 48,3% ($n=29$) se encontram no segundo ano do programa (R2). Sobre o item “Você já se sentiu estressado durante a residência?”, a maior parte das respostas foram positivas 98,3% ($n=59$), enquanto apenas 1,7% ($n=1$) respondeu que não. No que se refere ao item “Você já pensou em desistir da residência?”, 51,7% ($n=31$) dos residentes responderam que sim, enquanto 48,3% ($n=29$) responderam que não.

Considerando a amostra total dos participantes ($n=60$), os residentes apresentaram média de 11,07 ($DP = 8,74$) para níveis de ansiedade, sendo classificada como moderada. No que se refere ao nível de depressão, apresentaram média de 10,37 ($DP = 8,23$), classificada como nível

leve. O mesmo aconteceu quanto ao nível de stress, com média de 18,3 (DP = 9,09), sendo assim classificados como nível leve.

Na análise de comparação dos residentes de primeiro e segundo ano (R1 e R2) houve diferença significativa entre os grupos nos níveis de ansiedade ($t(58)=2,16$; $p=0,035$), depressão ($t(58)=3,14$; $p=0,003$) e estresse ($t(58)=2,94$; $p=0,005$), sendo que a média das respostas dos R2 foi superior às médias dos R1 nas três variáveis. Em relação à ansiedade, a média dos R2 ($m = 13,52$; $DP = 8,79$) ficou classificada como nível moderado, enquanto a média dos R1 ($m = 8,77$; $DP = 8,19$) como nível leve. Também sobre os sintomas de depressão, a média dos R2 ($m = 13,59$; $DP = 7,18$) ficou classificada como nível leve, enquanto a média dos R1 ($m = 7,35$; $DP = 8,11$) como nível normal (sem sintomas indicativos de depressão). O mesmo padrão ocorreu em relação ao estresse, a média dos R2 ($m = 21,66$; $DP = 7,39$) ficou classificada como nível moderado, enquanto a média dos R1 ($m = 15,16$; $DP = 9,52$) como nível leve. Além disso, no item “já pensou em desistir da residência”, o maior número de respostas positivas foi emitido pelos R2 (79,3%, $n = 23$) em comparação aos R1 (25,8%, $n = 8$).

Em relação aos fatores estressantes apontados pelos residentes, as principais respostas apresentadas foram “carga horária”, “preceptoria” e “dificuldade para trabalhar/comunicação com equipe”, com frequência de resposta de 41, 23, 19 respectivamente. A Figura 1 mostra os fatores relatados pelos residentes como estressantes relacionados à residência.



Figura 1. Fatores estressantes relacionados à residência.

Entre os fatores apontados pelos participantes que responderam que “sim” à pergunta sobre se já haviam pensado em desistir da residência, o motivo mais frequente foi “esgotamento físico e mental” (n = 17 respostas), seguido por “carga horária” (n = 8 respostas) e “desvalorização profissional” (n = 7 respostas). A Figura 2 mostra os motivos pelos quais os residentes já pensaram em desistir da residência.

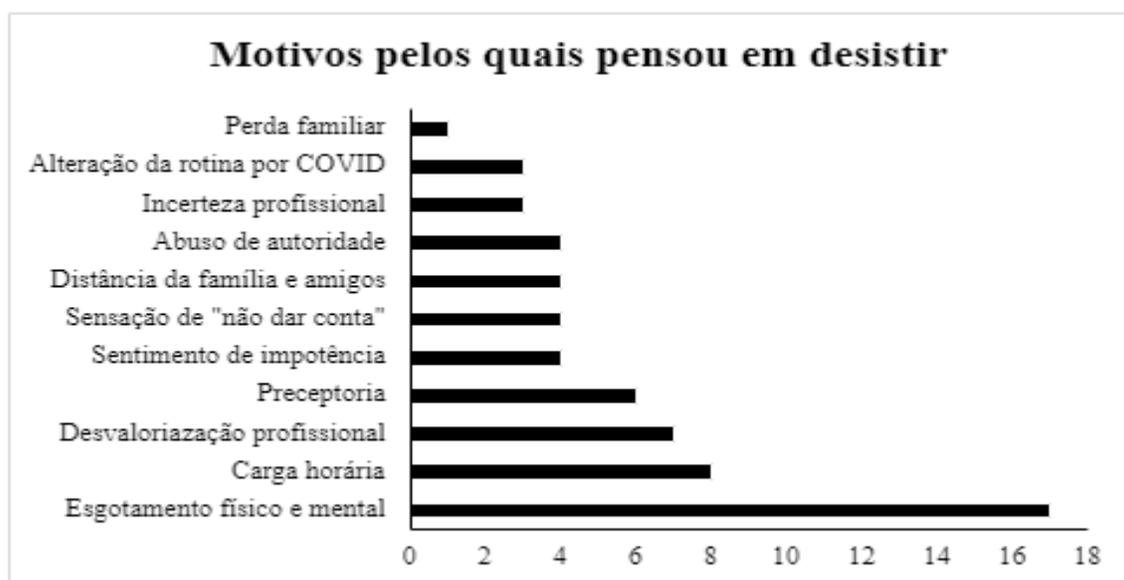


Figura 2. Motivos pelos quais pensaram em desistir da residência.

Quando questionados sobre quais estratégias os participantes usam para se sentirem melhor nos momentos de estresse, as respostas foram agrupadas em 19 categorias. As estratégias listadas com maior frequência foram “respiração/meditação” (n = 26 respostas), “assistir a filmes e/ou séries” (n = 25 respostas) e “dividir/conversar com colegas da residência” (n = 23 respostas). Todas as categorias estão apresentadas na Figura 3.

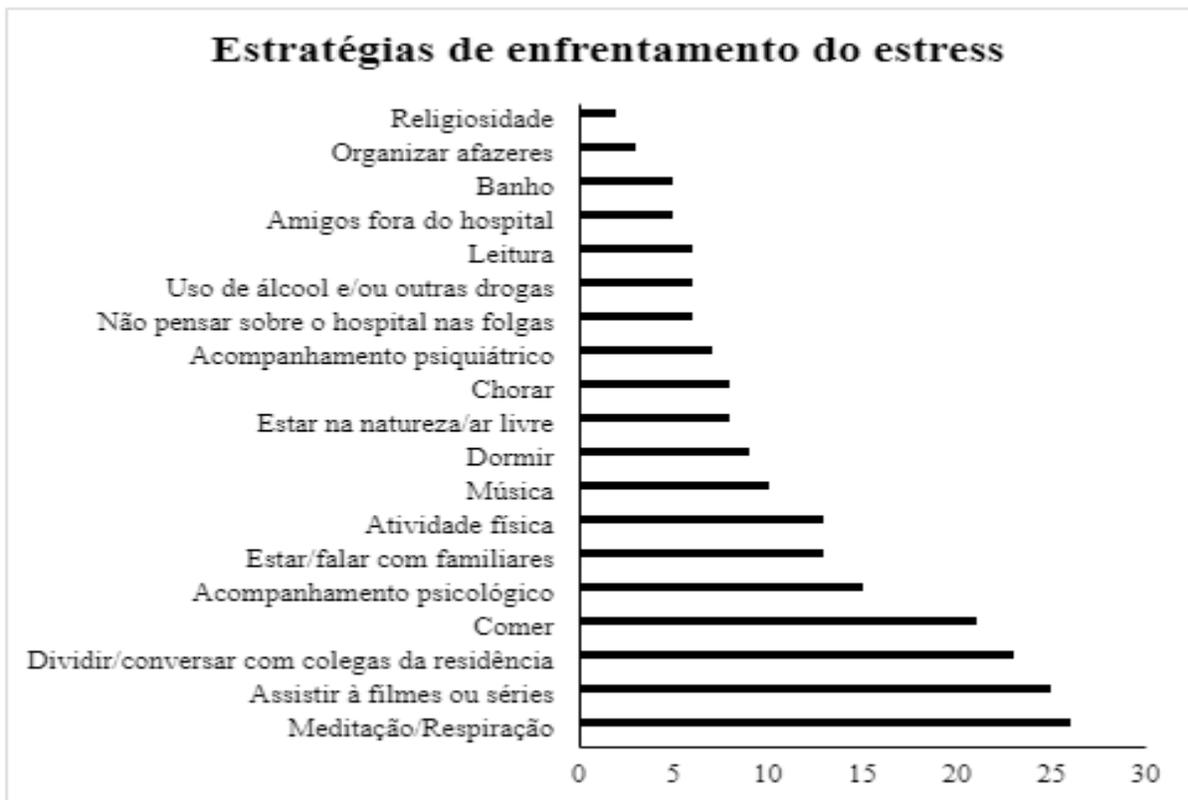


Figura 3. Estratégias dos residentes para lidarem com o estresse.

Discussão

No presente estudo, foram analisados os sintomas de ansiedade, depressão e stress em 60 estudantes de uma residência multiprofissional de um hospital universitário. Ao analisar os dados de perfil da amostra, verificou-se predominância de residentes do sexo feminino (93,3%) e com média de 25 anos de idade, valores também encontrados em outros estudos com residentes. Goulart, Silva, Bolzan e Guido (2012) pesquisaram o perfil sociodemográfico e acadêmico de residentes multiprofissionais de uma universidade pública do Rio Grande do Sul e também

constataram maior presença de mulheres no programa de residência (83,78%) assim como média de 26 anos de idade. Semelhante resultado foi encontrado por Sousa, Souza, Saito, Santos e Oliveira (2016) ao investigar o perfil sociodemográfico de residentes multiprofissionais em um hospital particular. Cerca de 96,2% dos residentes eram mulheres, com média de 25 anos de idade. Ao pesquisar sobre a presença feminina nos cursos universitários e na pós-graduação Guedes (2008) verificou um aumento no número de mulheres nas universidades comparando os censos dos anos 1970 e 2000. Também constatou que essa presença feminina se concentrava nos cursos de magistério ou ligadas às ocupações voltadas à economia do cuidado. Em relação à formação dos profissionais de saúde no Brasil, Haddad et al. (2010) apontaram que em 2004 as mulheres eram maioria nos cursos da área da saúde, com exceção do curso de educação física e dos concluintes do curso de medicina.

Os resultados do presente estudo apontaram, em média, nível moderado de sintomas de ansiedade na amostra investigada. Esse resultado vai ao encontro do estudo de Rotta et al. (2016) que avaliou sintomas de ansiedade e depressão em residentes multiprofissionais em saúde, em que 50% dos participantes apresentaram sintomas de ansiedade. Destes, 22% apresentaram nível leve, 22% nível moderado e 6% nível grave. Os autores citam a extensa carga horária de 60h semanais e a rotina de trabalho como os principais fatores para tais sintomas. O residente é exposto no ambiente de trabalho a momentos muitas vezes ansiogênicos, se deparando com conflitos na equipe ou entre profissionais, além da alta complexidade do trabalho envolvendo familiares e pacientes com doenças graves, insegurança no trabalho, imprevisibilidade (como por exemplo a pandemia de COVID-19), além da sobrecarga de tarefas.

Em estudo sobre a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em alunos de graduação de cursos da saúde, os autores constataram prevalência de ansiedade em 36,1% dos estudantes já no primeiro ano de faculdade. Entre os alunos considerados com algum nível de ansiedade, 62,2% apresentaram a forma leve, 27,9% nível moderado e 9,9% nível considerado grave. A pesquisa também verificou maior associação entre sintomas de ansiedade em estudantes que apresentaram relacionamento insatisfatório com familiares, amigos e colegas (Leão, Gomes, Ferreira, & Cavalcanti, 2018). Conforme citado pelos residentes do presente estudo, dividir/conversar com os colegas de residência é uma das estratégias de enfrentamento de estresse encontrada pelos residentes.

Lima (2014), ao pesquisar as associações entre *burnout*, depressão, ansiedade e habilidades sociais entre residentes médicos de diferentes áreas identificou que 41,3% dos residentes tinham sintomas indicativos de ansiedade e 21,6% indicativos para depressão. Em relação ao nível de depressão dos participantes do presente estudo foi classificado como leve, havendo diferença quando comparados os resultados entre os residentes do primeiro e do segundo ano. Os R2 apresentaram nível classificado como leve para sintomas depressivos, enquanto os R1 apresentaram nível normal. Esse resultado vai ao encontro do estudo longitudinal de Cavalcanti, Lima, Souza e Silva (2018) com residentes multiprofissionais em residência em oncologia. A pesquisa verificou aumento nos níveis de depressão e stress entre os residentes ao longo do programa, além de aumento significativo da exaustão emocional e baixa realização profissional. Sanches et al. (2016), ao investigarem a qualidade de vida e síndrome de burnout em residentes multiprofissionais, também constataram aumento significativo no índice de exaustão emocional e diminuição no índice de realização profissional dos alunos ao longo da residência. A pesquisa também verificou piora progressiva do índice de qualidade de vida dos profissionais.

Sobre sintomas de estresse, verificou-se que os residentes do presente estudo apresentaram nível leve (média de 18,3), mas quando analisados separados conforme ano de residência os residentes do segundo ano (R2) apresentaram nível de stress maior, classificado como moderado (média de 21,16). A maior parte dos residentes também afirmou já ter se sentido estressada durante a residência (98,3%). Outros estudos realizados com residentes identificaram níveis mais elevados de estresse. Silva et al. (2014) verificaram que 48,65% dos residentes multiprofissionais apresentaram alto nível para stress, segundo a Escala de Estresse no Trabalho (EET). Guido, Silva, Goulart, Bolzan e Lopes (2012), em pesquisa com residentes multiprofissionais, averiguaram que 27% dos participantes tinham indicativo de síndrome de *burnout*. Segundo os autores, o *burnout* está relacionado a situações de frustração e sobrecarga de trabalho, manifestando-se como uma resposta crônica ao ambiente e aos fatores estressores presentes no local de trabalho.

Em pesquisa sobre situações estressoras de profissionais no ambiente de trabalho, Maturana e Valle (2014) categorizaram as respostas em cinco grupos, sendo a categoria “comunicação e relacionamento entre a equipe e outros profissionais” a mais frequente. A segunda categoria mais frequente - “problemas institucionais” - aborda questões como carga

horária e falta de funcionários, o que acarreta sobrecarga de trabalho. Tal estudo corrobora os resultados encontrados no presente estudo, em que as principais respostas dadas pelos residentes acerca de fatores estressores foram “carga horária”, “dificuldade de trabalhar/comunicação em equipe” e “sobrecarga/divisão desigual do trabalho”.

Estudo recente de revisão sobre os fatores que interferem no ensino e aprendizagem dos residentes e profissionais de saúde apontou como relevantes: a compreensão do papel do residente, a importância da formação dos apoiadores pedagógicos e a interação entre profissionais; a pactuação das atividades entre as instituições de ensino e serviço; a relação entre a teoria e a prática e o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde; a formulação das estratégias de aprendizagem, do planejamento e execução dos espaços formativos; e também os processos avaliativos (Mello, Arruda, Terra, Arnemann, & Siqueira, 2019). Embora esses fatores tenham sido apontados como importantes no processo de formação na pesquisa supracitada, apareceram também como fatores estressantes no presente estudo, em categorias como “preceptorial”, “dificuldade de trabalhar/comunicação em equipe”, “falta de tutoria/supervisão” e “falta de compreensão do papel do residente”.

Também foi apontado pelos residentes como fator estressante e motivo pelo qual pensaram em desistir da residência o momento atual de pandemia do vírus Sars cov 2, conhecido como COVID-19. Teixeira et al. (2020) citaram o aumento nos sintomas de ansiedade, depressão, aumento de sintomas psicossomáticos e do uso de drogas, e perda da qualidade do sono por parte dos profissionais de saúde que estão trabalhando no combate à pandemia. Esses profissionais muitas vezes estão submetidos a uma alta pressão por resultados, longos períodos afastados de familiares e amigos, medo de se infectarem ou infectar alguém próximo, excesso de trabalho, discriminação, além da angústia pela falta de suprimentos e recursos humanos.

Em relação à desistência do programa, quase metade dos residentes (51,7%) afirmaram que já pensaram em desistir da residência. Dentre os motivos mais apresentados pelos participantes quando questionados porque pensaram em desistir estão a alta carga horária do programa, o sentimento de esgotamento físico e mental, além da desvalorização profissional. Fernandes et al. (2017) verificaram que um dos motivos de insatisfação entre residentes multiprofissionais é a falta de tempo para atividades de lazer e pessoais devido à alta carga horária do programa. A extensa carga horária de prática é o fator diferencial entre os programas de residência e outras especializações *latu sensu* que, segundo o Conselho Nacional de Educação

(CNE) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), devem ter no mínimo 360h que envolvam teoria, ensino e pesquisa, além de um trabalho de Monografia ao final (Brasil, 2007). Em estudo sobre sofrimento e prazer no processo de formação da residência, foram apontados como motivos de sofrimento a falta de reconhecimento do trabalho, assim como a sensação de cansaço e desgaste por não conseguirem abarcar todas as tarefas solicitadas (Fernandes et al., 2015).

Bolognini, Garcia Jr., Fagundes, Cunha e Campos (2020), ao pesquisar as estratégias de enfrentamento de trabalhadores na área da saúde, verificaram que a rede de apoio, que inclui tanto pessoas do ambiente de trabalho quanto de fora, com quem possam dialogar e que se sintam acolhidas foi reconhecida como uma importante estratégia. Também foram citadas estratégias como ouvir música, exercício de respiração e prática de atividades físicas. Zonta, Robles & Grossemann (2006) ao pesquisarem estratégias de enfrentamento do stress desenvolvidas por estudantes de medicina de uma universidade pública também citaram o reforço das relações interpessoais como família e amigos. A pesquisa também aponta como estratégias a procura de contato com a natureza, a retomada de hobbies, atividades de lazer e hábitos saudáveis que antes haviam sido abandonados, assim como a procura de acompanhamento psicológico. Essas estratégias vão ao encontro das citadas pelos residentes do presente estudo, como a prática de meditação/respiração, divisão das angústias com amigos e colegas, ouvir músicas e o acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. Os residentes do presente estudo também citaram como estratégia assistir filmes e séries, comer, dormir e tomar banho, atividades rotineiras e que auxiliam na diminuição do stress.

Considerações Finais

Este estudo apresenta como limitação o tamanho da amostra, que, sendo inferior a 100, não permite a comparação em termos de percentuais com outros estudos. Também foi coletada em apenas um hospital, o que pode caracterizar um viés de amostragem e impossibilita a generalização dos resultados. Por outro lado, este é um dos poucos estudos nacionais que investiga sintomas de ansiedade, depressão e estresse em residentes multiprofissionais, público-alvo que ainda carece de pesquisas por serem cuidadores na área da saúde.

Para futuros estudos nesta temática sugere-se verificar a prevalência de ansiedade, depressão e stress em diferentes momentos durante a residência, a fim de melhor identificar os fatores que influenciam durante esse processo. Também são necessários estudos sobre as estratégias de enfrentamento e identificação de vivências positivas ligadas à residência, para que

possam auxiliar os programas de residência a pensar mudanças em seus modelos e estruturas. Espera-se que esse e outros estudos possam contribuir para melhorar o planejamento das ações de formação dos profissionais de saúde, considerando as experiências dos residentes.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, T. M., Mattos, A. I. S., Almeida, M. M. G., & Santos, K. O. B. (2016). Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(3), 645-657. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>
- Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. D. A., & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*, 34(3), 422-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300012>
- Brasil, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos (2005). *Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens-ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude-CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências*. Brasília.
- Brasil, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior (2007). *Resolução n. 1, de 8 de junho de 2007*. Brasília.
- Bolognini, T., Garcia Jr., C. A. S., Fagundes, L., Cunha, L. B., & Campos, V. (2020). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores da saúde na relação trabalho/adoecimento a partir do itinerário terapêutico. In: G. A. L. Oliveira (Org), *Pesquisas em Saúde* (pp. 118-133). Campo Grande: Inovar.
- Cavalcanti, I. L., Lima, F. L. T. D., Souza, T. D. A., & Silva, M. J. S. D. (2018). Burnout e depressão em residentes de um programa multiprofissional em oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(1), 190-198. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712018v42n1rb20170078>
- Chaves, C. E., & Wagner, M. F. (2016). Sintomas depressivos e de ansiedade em acadêmicos de psicologia. In *X Mostra de Iniciação Científica e Extensão Comunitária e IX Mostra de Pesquisa de Pós-Graduação da IMED 2016*.
- Fernandes, M. N. S., Beck, C. L. C., Weiller, T. H., Viero, V., Freitas, P. H., & Prestes, F. C. (2015). Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em

- saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 90-97. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.50300>
- Fernandes, M. N S., Beck, C. L. C., Weiller, T. H., Coelho, A. P. F., Prestes, F. C., & da Silveira Donaduzzi, D. S. (2017). Satisfação e insatisfação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação. *Revista Baiana de Enfermagem* 31(3). <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.18344>
- Ferreira, C. M. G., Kluthcovsky, A. C. G. C., & Cordeiro, T. M. G. (2016). Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em estudantes de Medicina: um estudo comparativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 268-277. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02812014>
- Fonseca, M. L. G., Guimarães, M. B. L., & Vasconcelos, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Revista de APS*, 11(3).
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Guido, L. A., Silva, R. M. D., Goulart, C. T., Bolzan, M. E. O., & Lopes, L. F. D. (2012). Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1477-1483. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201200060002>
- Goulart, C. T., Silva, R. M., Bolzan, M. E. O., & Guido, L. A. (2012). Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(1), 178-186.
- Guedes, M. C. (2008). A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a ideia da universidade como espaço masculino. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15, 117-132. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000500006>
- Haddad, A. E., Morita, M. C., Pierantoni, C. R., Brenelli, S. L., Passarella, T., & Campos, F. E. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, 44, 383-393. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>
- Harding, T. W., Arango, V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrado-Ignacio, L., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological medicine*, 10(2), 231-241. <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>

- Katsurayama, M., Gomes, N. M., Becker, M. A. A., Santos, M. C. D., Makimoto, F. H., & Santana, L. L. O. (2011). Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. *Psicologia Hospitalar*, 9(1), 75-96.
- Leão, A. M., Gomes, I. P., Ferreira, M. J. M., & Cavalcanti, L. P. D. G. (2018). Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do Nordeste do Brasil. *Revista brasileira de educação médica*, 42(4), 55-65. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180092>
- Lima, K. P. (2014). Associações e comparações entre burnout, ansiedade, depressão e habilidades sociais de residentes médicos de diferentes áreas (Dissertação de Mestrado). Programa de pós-graduação em Saúde Mental do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, Brasil.
- Lima, M. C. P., Domingues, M. D. S., & Cerqueira, A. T. D. A. R. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1035-1041. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000700011>
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(1), 81-91. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>
- Lourenção, L. G., Teixeira, P. R., Gazetta, C. E., Pinto, M. H., Gonzalez, E. G., & Rotta, D. S. (2017). Níveis de Ansiedade e Depressão entre Residentes de Pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(4), 557-563. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20160092>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003
- Maturana, A. P. P. M., & Valle, T. G. M. D. (2014). Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 12(2), 02-23.
- Meleiro, A. M. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(2), 135-140. <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000200012>

- Mello, A. D. L., Arruda, G. T. D., Terra, M. G., Arnemann, C. T., & Siqueira, D. F. D. (2019). Fatores que interferem no ensino e aprendizagem de residentes multiprofissionais em saúde: revisão integrativa. *ABCS Health Scie*, 44(2), 138-146. <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1176>
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de saúde pública*, 9(3), 237-248. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
- Nogueira-Martins, L. A. (2010). Qualidade de vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. *Cadernos ABEM*, 6, 12-8.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Lisboa: Direcção-Geral da Saúde*.
- Patias, N. D., Machado, W. D. L., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)-short form: adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF*, 21(3), 459-469. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210302>
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, E. P., Rodrigues, U. S., Oliveira, L. M. M., Laudano, R. C. S., & Sobrinho, C. L. N. (2014). Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 296-301. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>
- Rotta, D. S., Pinto, M. H., Lourenção, L. G., Teixeira, P. R., Gonzalez, E. G., & Gazetta, C. E. (2016). Níveis de ansiedade e depressão entre residentes multiprofissionais em saúde. *Rev Rene*, 17(3), 372-377.
- Kaplan, Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007) Transtornos de ansiedade. In: Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P (Orgs). *Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (pp. 572-629). Porto Alegre: Artmed.
- Sanches, V. S., Ferreira, P. M., Veronez, A. V., Koch, R., Souza, A. S., Cheade, M. F. M., & Christofolletti, G. (2016). Burnout e Qualidade de Vida em uma residência multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois anos Burnout and Quality of Life on a multi-professional residency: a Two-year. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(3), 430-436. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01022015>

- Santos, M. E. S. B. (2002). Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Longanezi, V. (2016). Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo (Dissertação de Mestrado). Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Santos, A. F. O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1), 67-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100008>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York. McGraw-Hill
- Silva, R. M., Goulart, C. T., Lopes, L. F. D., Serrano, P. M., & Guido, L. A. (2014). Estresse e hardiness entre residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(1), 87-96. <https://doi.org/10.5902/217976928921>
- Sousa, C. S., Souza, R. C. S., Saito, K. A. M., Santos, A. E., & Oliveira, M. S. (2016). Perfil do ingressante na residência multiprofissional e em área de saúde de um hospital privado brasileiro. *Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm.* 6(4), 26-32.
- Teixeira, C. F. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. M., Andrade, L. R., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Zonta, R., Robles, A. C. C., & Grosseman, S. (2006). Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(3), 147-153. <https://doi.org/10.1590/S01005502200-6000300005>.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. World Health Organization.

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e stress em residentes multiprofissionais de um hospital universitário” a ser conduzida pela pós graduanda Cláudia Miró Gerlach, sob responsabilidade da Profa Dra Fernanda Machado Lopes, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O **objetivo** desta pesquisa é identificar a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em alunos de residência multiprofissional de um hospital universitário. Você, profissional de saúde deste hospital, está sendo convidado a participar desta pesquisa que será **desenvolvida** através da aplicação de duas escalas. A primeira escala é o Questionário de Perfil Sociodemográfico e Laboral, que investigará questões como profissão, tempo de formação, regime de trabalho através de sete itens. A segunda escala é Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) que conta com 21 itens sobre sintomas de ansiedade, depressão e stress. O tempo aproximado para resposta da pesquisa é de 10-15 minutos.

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área da psicologia e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, **sem revelar seu nome**, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Participar desta pesquisa poderá oferecer **riscos mínimos** a você referentes a possíveis constrangimentos, desconfortos ou cansaço ao responder às questões. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação em qualquer momento sem nenhum problema e a pesquisadora (que é psicóloga) estará apta a oferecer atendimento psicológico gratuito ou lhe encaminhará para acolhimento psicológico com a pesquisadora responsável (também psicóloga) ou ao Serviço de Atenção em Psicologia da UFSC (SAPSI/UFSC), caso você manifeste desejo.

Outro risco é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive). Os seus dados serão utilizados apenas para essa pesquisa e ficarão armazenados por cinco anos, em sala e armário chaveados, de posse da pesquisadora responsável, sendo descartadas (deletados e incinerados) posteriormente. Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Você não receberá dinheiro e nem terá despesas pessoais ao participar dessa pesquisa. Porém, caso você venha a ter qualquer custo financeiro decorrente da pesquisa, você terá direito a **ressarcimento**; e caso você venha a ter qualquer prejuízo ou dano em decorrência da pesquisa, você terá direito à **indenização**. Por outro lado, os **benefícios** desta pesquisa a curto prazo se relacionam à reflexão sobre o tema e a médio e longo prazo há possibilidade de que estes dados sejam utilizados para planejamento de estratégias de promoção de condições de trabalho e ensino-aprendizagem de saúde mental para os residentes multiprofissionais.

A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira maiores explicações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a **pesquisadora** Profa Dra. Fernanda Machado Lopes, **responsável** por este estudo, através do telefone: (48) 3721-9283; do e-mail femlopes23@gmail.com ou pessoalmente no endereço Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Rua Engenheiro Agrônomo Andrey Cristian Ferreira, 240, Carvoeira, Florianópolis - SC, 88036-020, sala 10B do Departamento de Psicologia, no Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFSC. Em caso de dúvidas ou

preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética** em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094; e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pessoalmente na rua Desembargador Vitor Lima, n° 222, 4° andar, sala 401, bairro Trindade. O **comitê de ética** é um órgão colegiado interdisciplinar, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Declaração de consentimento

Eu, _____, RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “Prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e stress em residentes multiprofissionais de um hospital universitário”. Estou ciente que receberei uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora responsável. Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Assinatura do voluntário

Data

Assinatura da pesquisadora responsável pelo estudo
Fernanda Machado Lopes

Data

Observação: O presente documento foi elaborado com base no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (resolução 466/12), será assinado em suas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante voluntário da pesquisa e outra com o pesquisador responsável.

Apêndice 2 - Questionário de Perfil Sociodemográfico

1. Qual o seu sexo? Feminino Masculino Outro: _____

2. Qual a sua idade? (em anos de vida completos): _____ anos.

3. Qual sua área de formação?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermagem | <input type="checkbox"/> Farmácia |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia |
| <input type="checkbox"/> Nutrição | <input type="checkbox"/> Odontologia |
| <input type="checkbox"/> Psicologia | <input type="checkbox"/> Serviço Social |

4. Você está em que ano da residência?

Estou no _____ ano.

5. Você já se sentiu estressado durante a residência?

- Sim Não

Caso tenha respondido “Sim”, quais estratégias você utiliza para se sentir melhor nesses momentos (por favor escreva o maior número de estratégias utilizadas):

6. Quais fatores você considera mais estressantes durante o período da residência?

7. Você já pensou em desistir da residência?

- Sim Não

Se respondeu sim, por favor justifique apresentando os motivos:

Anexo 1 - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21)

DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE

DASS-21- Versão traduzida e validada para o Brasil por Vignola, R.C.B. & Tucci, A. M.

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado (0, 1, 2 ou 3) que indica o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte de tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso (a)	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo(a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3