
Study on Common Mental Disorders (CMD) in medical residents victims of aggressions in the Medical Residency Program in the state of Paraná

Estudo sobre Transtornos Mentais Comuns (TMC) em médicos residentes vítimas de agressões no Programa de Residência Médica no estado do Paraná

Received: 05-04-2024 | Accepted: 08-05-2024 | Published: 13-05-2024

Tatiana Menezes Garcia Cordeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9027-320X>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Felício de Freitas Netto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1274-1979>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
E-mail: feliciofnetto@gmail.com

Vivian Missima Jecohti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3975-8818>
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil
E-mail: vi.missima@gmail.com

ABSTRACT

Medical residency entails supervised on-the-job training, where the dual role of worker and learner subjects' residents to constant internal tension, potentially triggering common mental disorders (CMD). This cross-sectional, quantitative study involved 165 medical residents, administering three simultaneous virtual questionnaires on sociodemographic data, aggressions, abuse, mistreatment, and CMD. A significance level of 5% was utilized. Among residents frequently subjected to aggression, abuse, and mistreatment, 89.23% were classified as possible CMD cases ($p < 0.001$). Preceptors and supervisors were the most reported aggressors (66.15%). "Depreciation or humiliation" ($p = 0.018$), "assignment of punitive rather than educational tasks" ($p = 0.022$), and "threat of harm" ($p = 0.008$) were the most associated frequent aggression modalities with the classification of possible CMD cases. Imbalance among emotional, mental, and social spheres is linked to poor technical performance and inefficiency in patient relations.

Keywords: Mental disorders; Job market; Internship and residency.

RESUMO

A residência médica se caracteriza pelo treinamento em serviço sob supervisão, cuja dualidade trabalhador-aluno faz o médico residente enfrentar uma tensão interna constante que pode atuar como fator desencadeante de transtornos mentais comuns (TMC). Trata-se de um estudo transversal e de abordagem quantitativa realizado com 165 médicos residentes. Foram aplicados três questionários simultâneos através de ambiente virtual a respeito dos dados sociodemográficos, agressões, abusos e maus tratos e, por fim, acerca dos TMC. O nível de significância utilizado foi de 5%. Dos médicos residentes participantes da pesquisa que foram vítimas frequentes de agressões, abusos e maus tratos, 89,23% foram classificados como possíveis casos de TMC ($p < 0,001$). Os preceptores e supervisores foram os agressores mais relatados (66,15%). “Depreciação ou humilhação” ($p = 0,018$), “atribuição de tarefas com fins punitivos e, não, educacionais” ($p = 0,022$) e “ameaça de prejuízo” ($p = 0,008$) foram as modalidades de agressões frequentes mais associadas à classificação de possível caso de TMC. O desequilíbrio entre as esferas emocional, mental e social atrela-se ao baixo desempenho técnico e ineficácia na relação com os seus pacientes.

Palavras-chave: transtornos mentais; mercado de trabalho; internato e residência.

INTRODUÇÃO

A residência médica se caracteriza pelo treinamento em serviço sob supervisão, cuja finalidade é a criação de competência profissional para desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades. O residente exercita a prática médica amparando-se nos saberes científico e tecnológico, ao mesmo tempo em que está em contato permanente com a dor, o sofrimento, a doença e a morte. (FLECK, et al, 2000; MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001)

Nesse processo, configurado pela dualidade trabalhador-aluno, o residente enfrenta uma tensão interna constante que tanto pode ajudar no seu aperfeiçoamento quanto atuar como fator desencadeante de transtornos mentais. Segundo Smith et al., a magnitude dos transtornos mentais comuns em residentes médicos parece estar aumentando, caracterizando o grupo como de maior risco de adoecimento. No século passado, em 1981, Small já descrevera, em residentes médicos, um quadro sindrômico, denominado de *house officer stress syndrome*, caracterizado por distúrbios cognitivos episódicos, raiva crônica, ceticismo, discórdia familiar, depressão, ideação suicida e suicídio e abuso de drogas. (MARI, WILLIANS, 1986; OMS, 2000)

A residência médica constitui uma das fases mais estressantes na formação do médico, principalmente durante o primeiro ano de treinamento, quando expõe o jovem a sofrimentos que podem provocar alterações comportamentais indesejáveis e, até mesmo, irreversíveis. (FAHRENKOPF, et al, 2008)

A partir do exposto e considerando a escassez das pesquisas nacionais e internacionais a respeito da avaliação de qualidade de vida e transtornos mentais comuns

(TMC) em residentes de medicina, enfatiza-se a necessidade de aprofundar estudos sobre o tema. Estudos dessa natureza podem ser importantes fontes de informação para o planejamento de medidas para prevenção e enfrentamento dessas situações, ratificando a necessidade de acompanhamento psicológico e revisões anuais dos programas de residência médica (PRM) no Brasil, a fim de prezar pela melhor assistência à saúde. Objetiva-se, pois, com a realização deste estudo analisar a prevalência de médicos residentes que se configuram como vítimas frequentes de agressões, abusos e maus tratos ao longo do PRM e realizar sua associação como possíveis casos de TMC. (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008)

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e de abordagem quantitativa realizado com 165 médicos residentes dos PRM no estado do Paraná. Foram elegíveis ao estudo os profissionais regularmente matriculados nos respectivos PRM e que consentiram em participar da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de acordo com a Resolução nº 466/2012 sob o parecer 4.070.413 e CAAE 32126620.8.0000.0105.

Foram aplicados três questionários simultâneos através de ambiente virtual via *Google Forms* do período de março de 2022 a março de 2024. O primeiro questionário era referente aos dados sociodemográficos, como gênero, idade, especialidade, cidade que cursa o PRM e renda financeira mensal. O segundo questionário tratou, especificamente, sobre as modalidades das agressões, abusos e maus tratos vivenciados ao longo do PRM, sua frequência de ocorrência e os principais agentes agressores. Os domínios avaliados foram emocional e verbal, sexual, racial e físico. O último questionário foi referente aos TMC ao utilizar o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), ratificando que se trata de um instrumento de *screening*, classificando, portanto, os indivíduos como “possíveis casos de TMC”. (MARI, WILLIANS, 1986)

Para a avaliação estatística, inicialmente, foi realizada a análise descritiva dos dados com frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas. Foi calculada a prevalência de “vítimas frequentes”, considerando que essa característica foi atribuída a quem respondeu “frequentemente” (cinco vezes ou mais) em, pelo menos, uma das perguntas sobre agressão no que tange à recorrência da mesma. Foi calculada, também, a prevalência de TMC entre os residentes.

Foram considerados tendo um *cut off* positivo para TMC os indivíduos do gênero masculino que responderam “sim” para 6 ou mais perguntas no SRQ-20 ou do gênero feminino que responderam “sim” para 8 ou mais perguntas no referido questionário.

Por meio do teste de qui quadrado, foram verificadas as associações entre ser vítima frequente de agressões e TMC, entre o perfil sociodemográfico dos residentes e TMC e, por fim, entre o perfil sociodemográfico dos residentes e ser vítima frequente de agressões.

Dentre os residentes que foram considerados vítimas frequentes foram identificados quais os indivíduos que ocasionaram as agressões, isto é, os agentes perpetradores. Para a melhor visualização das análises foram elaborados gráficos de barras. O nível de significância utilizado foi de 5% e todas as análises foram realizadas no ambiente R 4.2.1 (R Core Team, 2021).

RESULTADOS

Dos médicos residentes participantes da pesquisa, 57,67% possuem entre 26 e 30 anos de idade, 66,26% são mulheres cis, 86,50% são heterossexuais, 85,89% identificam-se com a raça branca, 71,78% são solteiros e 49,08% têm a renda financeira mensal situada de 1 a 5 mil reais, como pode ser visto na Figura 1.

Figura 1 – Caracterização da população estudada com base no perfil sociodemográfico.

Variável qualitativa	N	%	IC 95%		
			Inf	Sup	
Idade	21-25 anos	28	17,18	12,16	23,71
	26-30 anos	94	57,67	49,99	64,99
	31-35 anos	25	15,34	10,61	21,66
	36-40 anos	13	7,98	4,72	13,17
	41-50 anos	3	1,84	0,63	5,27
Identidade de gênero	Homem cis	55	33,74	26,93	41,3
	Mulher cis	108	66,26	58,7	73,07
Orientação sexual	Heterossexual	141	86,5	80,41	90,92
	Homossexual	12	7,36	4,26	12,43
	Bissexual	9	5,52	2,93	10,16
	Panssexual	1	0,61	0,11	3,39
Raça	Branca	140	85,89	79,72	90,41
	Parda	19	11,66	7,59	17,49
	Preta	1	0,61	0,11	3,39
	Outra	3	1,84	0,63	5,27

Estado civil	Casado	33	20,25	14,79	27,07
	Divorciado	2	1,23	0,34	4,36
	Solteiro	117	71,78	64,43	78,13
	Outro	11	6,75	3,81	11,68
Renda financeira mensal	Entre R\$ 1,000 - R\$ 5,000	80	49,08	41,52	56,69
	Entre R\$ 5,000 - R\$ 10,000	60	36,81	29,79	44,44
	Entre R\$ 10,000 - R\$ 15,000	15	9,2	5,66	14,63
	Entre R\$ 15,000 - R\$ 20,000	3	1,84	0,63	5,27
	Superior a R\$ 20,000	5	3,07	1,32	6,98

N: frequência absoluta; %: frequência relativa; Inf: intervalo de confiança inferior; Sup: intervalo de confiança superior.

Fonte: Cordeiro, Netto, Jecohti (2024).

O PRM mais frequente foi o de Pediatria (19,63%), seguido por Ginecologia e Obstetrícia (12,88%), conforme elucidado na Figura 2. A maioria dos pesquisados encontrava-se no primeiro ano da residência (41,1%), 52,15% participava de um PRM que cumpria a carga horária semanal máxima de 60 horas, no entanto, 65,64% afirmaram já ter pensado em desistir do PRM (Figura 3).

Figura 2. Programas de Residência Médica (PRM) e sua proporção aos quais fazem parte os médicos residentes avaliados.

Programa de Residência Médica (PRM)	N	%	IC 95%	
			Inf	Sup
Anestesiologia	5	3,07	1,32	6,98
Cardiologia	1	0,61	0,11	3,39
Cirurgia geral	14	8,59	5,19	13,9
Cirurgia oncológica	1	0,61	0,11	3,39
Cirurgia Pediátrica	1	0,61	0,11	3,39
Cirurgia vascular	2	1,23	0,34	4,36
Cirurgia Vascular	1	0,61	0,11	3,39
Clínica médica	19	11,66	7,59	17,49
Dermatologia	1	0,61	0,11	3,39
Emergência	1	0,61	0,11	3,39
Endocrinologia	1	0,61	0,11	3,39
Gastroenterologia	2	1,23	0,34	4,36
Ginecologia e Obstetrícia	21	12,88	8,58	18,89
Hematologia	1	0,61	0,11	3,39
Infectologia	4	2,45	0,96	6,14
Medicina de emergência	2	1,23	0,34	4,36
Medicina de família e comunidade	13	7,98	4,72	13,17
Medicina Intensiva	16	9,82	6,13	15,35
Neonatologia	1	0,61	0,11	3,39
Neurologia	1	0,61	0,11	3,39
Oftalmologia	3	1,84	0,63	5,27

Ortopedia	5	3,07	1,32	6,98
Pediatria	32	19,63	14,26	26,4
Psiquiatria	8	4,91	2,51	9,38
Radiologia	4	2,45	0,96	6,14
Reumatologia	1	0,61	0,11	3,39
Terapia Intensiva	1	0,61	0,11	3,39
Urologia	1	0,61	0,11	3,39

N: frequência absoluta; %: frequência relativa; Inf: intervalo de confiança inferior; Sup: intervalo de confiança superior.

Fonte: Cordeiro, Netto, Jecohti (2024).

Figura 3 – Caracterização específica da população estudada com base em aspectos intrínsecos aos respectivos Programas de Residência Médica (PRM).

Variáveis		N	%	IC 95%	
				Inf	Sup
Ano de residência médica	R1	67	41,1	33,84	48,78
	R2	52	31,9	25,23	39,4
	R3	33	20,25	14,79	27,07
	R4	8	4,91	2,51	9,38
	R5	3	1,84	0,63	5,27
Cumprimento da carga horária semanal	Não	78	47,85	40,32	55,48
	Sim	85	52,15	44,52	59,68
Horas por semana necessárias de plantões extras para sobrevivência	12 h	81	49,69	42,11	57,29
	24 h	46	28,22	21,87	35,57
	36 h	13	7,98	4,72	13,17
	> 36 h	23	14,11	9,59	20,28
Satisfação com o PRM	Insatisfeito	64	39,26	32,1	46,93
	Satisfeito	99	60,74	53,07	67,9
Tempo para lazer ao longo do PRM	Insuficiente	123	75,46	68,32	81,43
	Suficiente	40	24,54	18,57	31,68
Pensamento em desistir do PRM	Não	56	34,36	27,5	41,93
	Sim	107	65,64	58,07	72,5
Pensamento em transferir o PRM	Não	104	63,8	56,19	70,78

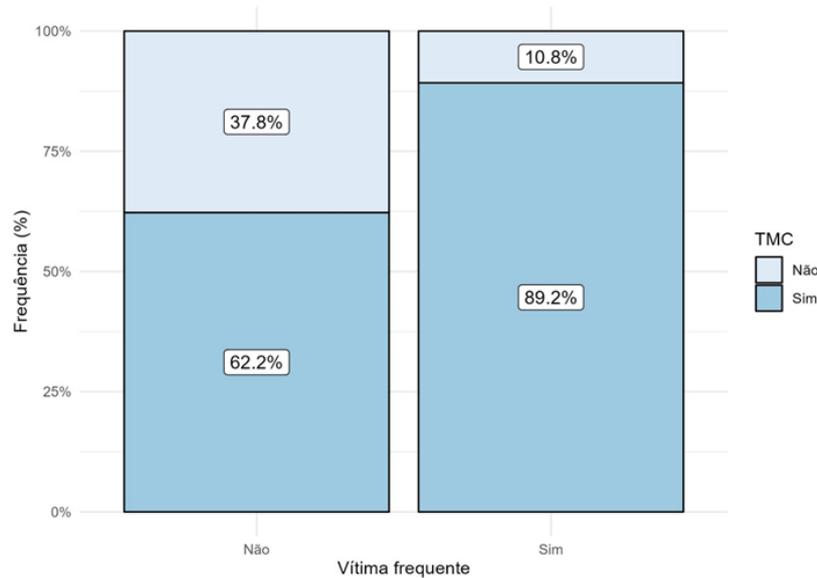
	Sim	59	36,2	29,22	43,81
Principal motivo para pensar em transferir o PRM (N=59)	Assédio moral	5	8,47	3,67	18,35
	Carga horária excessiva	14	23,73	14,69	35,97
	Dificuldade no relacionamento com os chefes	7	11,86	5,87	22,52
	Distância da família	8	13,56	7,03	24,54
	Insatisfação com o ensino ou organização	15	25,42	16,06	37,8
	Outros	4	6,78	2,67	16,18
	Sem resposta	6	10,17	4,74	20,46

PRM: Programa de Residência Médica; N: frequência absoluta; %: frequência relativa; Inf: intervalo de confiança inferior; Sup: intervalo de confiança superior.

Fonte: Cordeiro, Netto, Jecohti (2024).

Dos indivíduos que foram vítimas frequentes de agressões, abusos e maus tratos, 89,23% foram classificados como possíveis casos de TMC a partir das respostas fornecidas no SRQ-20, havendo significância estatística nessa associação ($p < 0,001$), como pode ser visto na Figura 4.

Figura 4. Gráfico de barras evidenciando a relação entre ser vítima frequente de agressões, abusos e maus tratos e ser classificado como possível caso de transtorno mental comum (TMC). Associação estatisticamente significativa, obtendo $p < 0,001$ a partir do cálculo do teste qui quadrado de Pearson.



Fonte: Cordeiro, Netto, Jecohti (2024).

Dos médicos classificados como positivos no *screening* para TMC, 67,23% são mulheres cis ($p=0,807$), 93,18% são heterossexuais ($p=0,479$), 59,66% têm entre 26 e 30 anos ($p=0,865$), 79,55% identificam-se com a raça branca ($p=0,263$) e 52,20% possuem renda financeira mensal entre 1 e 5 mil reais ($p=0,651$). Nenhuma dessas associações evidenciaram-se com significância estatística. Por outro lado, dos critérios analisados no perfil sociodemográfico, ser solteiro apresentou associação estatisticamente significativa com a classificação em possível caso de TMC ($p=0,016$) (Figura 5).

Figura 5 – Análise da associação entre as variáveis qualitativas do perfil sociodemográfico dos médicos residentes e a classificação em possível caso de transtorno mental comum.

Variáveis		TMC		p-valor*		
		Não	Sim			
		N	%col	N	%col	
Idade	21-25 anos	8	18,18	20	16,81	0,865
	26-30 anos	23	52,27	71	59,66	
	31-35 anos	7	15,91	18	15,13	
	36-40 anos	5	11,36	8	6,72	
	41-50 anos	1	2,27	2	1,68	
Identidade de gênero	Homem cis	16	36,36	39	32,77	0,807
	Mulher cis	28	63,64	80	67,23	
Orientação sexual	Heterossexual	41	93,18	100	84,03	0,479
	Homossexual	2	4,55	10	8,40	
	Bissexual	1	2,27	8	6,72	

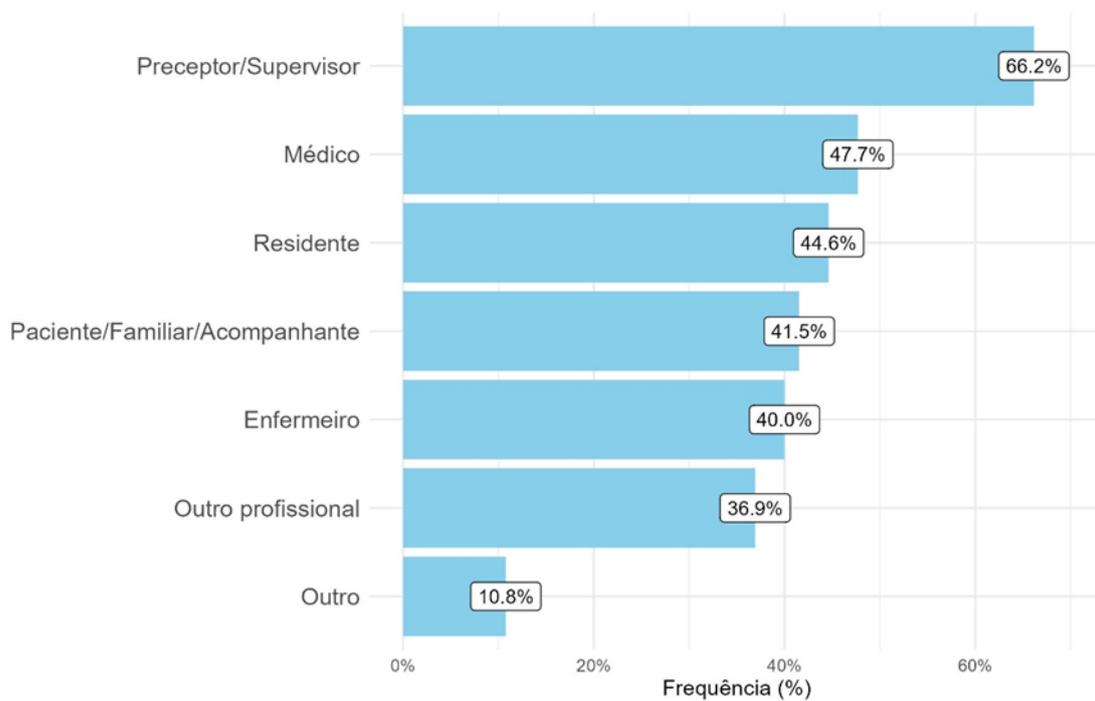
	Pansexual	0	0	1	0,84	
Raça	Branca	35	79,55	105	88,24	0,263
	Parda	7	15,91	12	10,08	
	Preta	0	0	1	0,84	
	Outra	2	4,55	1	0,84	
Estado civil	Casado	13	29,55	20	16,81	0,016
	Divorciado	2	4,55	0	0	
	Solteiro	25	56,82	92	77,31	
	Outro	4	9,09	7	5,88	
Renda financeira mensal	Entre R\$ 10 - R\$ 50	23	52,27	57	47,9	0,651
	Entre R\$ 50 - R\$ 100	13	29,55	47	39,5	
	Entre R\$ 100 - R\$ 150	6	13,64	9	7,56	
	Entre R\$ 150 - R\$ 200	1	2,27	2	1,68	
	Superior a R\$ 200	1	2,27	4	3,36	

*Teste qui quadrado; N: frequência absoluta; %col: percentual da coluna; TMC: transtorno mental comum.

Fonte: Cordeiro, Netto, Jecohti (2024).

Com relação aos agentes perpetradores das agressões, abusos e maus tratos, de forma frequente, ou seja, cinco vezes ou mais, os preceptores e supervisores foram os agressores mais relatados (66,15%), seguidos pelos médicos não preceptores (47,69%) e médicos residentes, responsáveis por 44,62% das ocorrências. Na sequência, foram mencionados os pacientes, familiares ou acompanhantes (41,54%), enfermeiros (40%) e outros profissionais (36,92%), assim como evidencia a Figura 6.

Figura 6 – Gráfico de barras para a melhor visualização dos agentes perpetradores de ocorrências frequentes de agressões, abusos e maus tratos ao longo do Programa de Residência Médica (PRM).



Fonte: Cordeiro, Netto, Jecohti (2024).

No que tange à análise de associação de dependência ou independência entre a modalidade de agressão e a classificação em possível caso de TMC, obteve-se que as experiências negativas associadas de forma significativa ao referido *screening* foram “depreciação ou humilhação” ($p=0,018$), “atribuição de tarefas com fins punitivos e, não, educacionais” ($p=0,022$), “ameaça de prejuízo” ($p=0,008$) e “comentários negativos sobre a futura especialidade” ($p=0,003$) (Figura 7).

Figura 7 – Análise de associação entre as modalidades de agressões, abusos e maus tratos ao longo do Programa de Residência Médica (PRM) e ser classificado como possível caso de transtorno mental comum.

Modalidades de agressões, abusos e maus tratos		TMC						p-valor*
		Não			Sim			
	N	%lin	%col	N	%lin	%col		
Alguma das pessoas já gritou ou berrou com você?	Não	39	30,23	88,64	90	69,77	75,63	0,110
	Sim	5	14,71	11,36	29	85,29	24,37	
Alguma das pessoas já depreciou ou humilhou você?	Não	41	31,54	93,18	89	68,46	74,79	0,018
	Sim	3	9,09	6,82	30	90,91	25,21	

Alguma das pessoas atribuiu a você tarefas, trabalhos ou outras responsabilidades com fins punitivos e não educacionais?	Não	43	30,50	97,73	98	69,50	82,35	0,022
	Sim	1	4,55	2,27	21	95,45	17,65	
Alguma das pessoas recebeu crédito por um trabalho realizado por você?	Não	43	29,05	97,73	105	70,95	88,24	0,120
	Sim	1	6,67	2,27	14	93,33	11,76	
Alguma das pessoas ameaçou prejudicar você?	Não	43	31,39	97,73	94	68,61	78,99	0,008
	Sim	1	3,85	2,27	25	96,15	21,01	
Alguma das pessoas ameaçou te agredir fisicamente?	Não	43	27,04	97,73	116	72,96	97,48	1,000
	Sim	1	25,00	2,27	3	75,00	2,52	
Alguma das pessoas já estapeou, empurrou, chutou ou bateu em você?	Não	44	26,99	100,00	119	73,01	100,00	1,000
	Sim	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	
Alguma das pessoas submeteu você a assédio ou discriminação sexual?	Não	44	28,95	100,00	108	71,05	90,76	0,082
	Sim	0	0,00	0,00	11	100,00	9,24	
Alguma das pessoas submeteu você à discriminação de cunho étnico, religioso ou racial?	Não	44	28,03	100,00	113	71,97	94,96	0,294
	Sim	0	0,00	0,00	6	100,00	5,04	
Alguma das pessoas já ameaçou reprovar ou lhe dar uma nota baixa sem justificativa?	Não	44	28,03	100,00	113	71,97	94,96	0,294
	Sim	0	0,00	0,00	6	100,00	5,04	
Alguma das pessoas fez comentários negativos sobre sua futura especialidade?	Não	43	32,09	97,73	91	67,91	76,47	0,003
	Sim	1	3,45	2,27	28	96,55	23,53	

*Teste qui quadrado; N: frequência absoluta; %col: percentual da coluna; %lin: percentual da linha; TMC: transtorno mental comum.

Fonte: Cordeiro, Netto, Jecohti (2024).

DISCUSSÃO

Há poucos estudos disponíveis na literatura que realizam a comparação entre o estado mental dos médicos residentes e seu impacto na performance técnico-científica. Em um recente estudo realizado com 515 médicos residentes brasileiros, identificou-se que os fatores associados a uma pior performance médica foram idade elevada, número de anos feitos em cursos preparatórios para a residência, desordem psiquiátrica reportada e alta demanda de novos médicos residentes. O aumento do número de casos de ansiedade e depressão entre os médicos residentes, desse modo, tem impacto negativo direto e indireto sobre o desempenho desse profissional. (HUMES, IOSIFESCU, SIQUEIRA, 2024)

Na Espanha, no ano de 2023, foi realizado um estudo transversal com 48 residentes de Dermatologia, 50% mulheres e com idade média de 27 anos. Cerca de 58,33% dos avaliados possuíam algum grau de transtorno de ansiedade. 22,9% manifestaram variados graus de transtorno depressivo e 23,4% apresentaram nível moderado de Síndrome de Burnout. Dentre os fatores de risco avaliados no desenvolvimento desses transtornos mentais, a carga de trabalho foi o mais citado. Em nosso estudo, houve a participação de apenas 1 residente de Dermatologia, de forma que a maioria dos pesquisados relataram que o PRM cumpria a carga horária semanal máxima de 60 horas. (MORENO, LÓPEZ, PANIEGO, 2024)

Uma pesquisa de caráter transversal realizada com mais de 5 mil médicos residentes japoneses evidenciou associação estatisticamente significativa entre insônia e erros médicos auto reportados. Nessa mesma população, constatou-se que a duração do sono inferior a 5 horas por noite e sintomatologia intensa de insônia foram variáveis associadas a sinais e sintomas deletérios de transtorno depressivo. A má qualidade do sono vincula-se a prejuízos na memória operacional e, por consequência, a uma má assistência médica com impacto direto na segurança do paciente. (NAGASAKI, KOBAYASHI, NISHIZAKI, 2024)

Além disso, com relação às modalidades de agressões, abusos e maus tratos, um estudo feito com 349 residentes de medicina observou que 19,5% dessa população vivia sob terror psicológico ao longo do PRM, de tal modo que cerca de 40% afirmaram ser vítima de assédio moral dos preceptores e supervisores, dado que vai ao encontro do encontrado neste estudo. (ESTRADA, et al, 2023)

Por essa perspectiva, pode-se afirmar que os médicos residentes vivem sob elevada carga de trabalho, alterações abruptas em seu ciclo circadiano e sob risco aumentado de desordens mentais, fatores que estão relacionados de modo direto e indireto à maior suscetibilidade para erros médicos. Corrobora-se esses dados com a avaliação multivariada recentemente realizada com 661 residentes, a qual concluiu que o trabalho por mais de 6 meses sem descanso e tempo de sono inferior a 6 horas por noite são fatores independentes associados à ocorrência de erros médicos. (MALENA-LIS, MARÍA, GUIDO, 2023)

Dessa forma, observa-se a necessidade de mudanças no formato educacional da formação dos médicos residentes ao longo do PRM dada a elevada prevalência de *screening* positivo para TMC nesta população. O bem-estar biopsicossocial desses médicos vincula-se à qualidade da progressão do seu conhecimento teórico-prático, à

eficaz relação médico-paciente e, portanto, às melhores respostas terapêuticas de seus pacientes. O desequilíbrio entre as esferas emocional, mental e social, por outro lado, atrela-se ao baixo desempenho técnico e ineficácia na relação com os seus pacientes.

REFERÊNCIAS

ESTRADA, V.M.E.; ANTONIO-VILLA, N.E.; BELLO-CHAVOLLA, O.Y.; et al. Assessment of psychological terror and its impact on mental health and quality of life in medical residents at a reference medical center in Mexico: A cross-sectional study. *PLoS One*, 2023.

FAHRENKOPF, A.M.; SECTISH, T.C.; BARGER, L.K.; et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488-91.

FLECK, M.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de saúde pública*, 2000, 34(2):178-183.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self- Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*. 2008, v.24, n.2, p. 380-390.

HUMES, E.C.; IOSIFESCU, D.V.; SIQUEIRA, J.; et al. Association of performance in medical residency selection with a psychiatric diagnosis, and depressive and anxiety symptoms. *Med Teach*; 1-9, 2024.

MALENA-LIS, M.F.; MARÍA, L.G.; GUIDO, S. Multivariate analysis of the impact of sleep and working hours on medical errors: a MICE approach. *BMC Public Health*, 2023.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*; p. 148:23-6, 1986.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P. Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol*, 52:2001. p.397-422.

MORENO, S.A.; LÓPEZ, M.A.; PANIEGO, C.U. Burnout syndrome, anxiety, and depression in dermatology residents: a cross-sectional study. *Actas DermoSifiliográficas*, 2024.

NAGASAKI, K.; KOBAYASHI, H.; NISHIZAKI, Y.; et al. Association of sleep quality with duty hours, mental health, and medical errors among Japanese postgraduate residents: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. **Psychol Med** 2000; 28:551-8.