

Fatores sociodemográficos, estressores e vivências subjetivas relacionadas à saúde mental de residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife

Sociodemographic factors, stressors, and subjective experiences related to the mental health of Family and Community Medicine residents in Recife

Factores sociodemográficos, estresores y vivencias subjetivas relacionadas con la salud mental de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en Recife

Manuela Wanderley Carneiro de Albuquerque¹, Carla Pinheiro Maciel², Mauricéa Maria de Santana³

¹ Residente em Psiquiatria, Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Saúde do Recife – PE. E-mail: mwca20@outlook.com

² Médica psiquiatra. Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Recife – PE. Mestre em Atenção Psicossocial.

³ Enfermeira. Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Saúde do Recife, Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Pesquisadora e colaboradora da Fundação Oswaldo Cruz, Brasília e Recife – PE. Doutora em Saúde Pública.

RESUMO

Este estudo investigou a prevalência de sofrimento psíquico e a percepção de fatores estressores e protetores entre residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Recife, Brasil. A pesquisa utilizou abordagem quantitativa, com aplicação do SRQ-20 e questionário sociodemográfico a 20 residentes, além de grupo focal com sete participantes. A prevalência de sofrimento foi de 70%, especialmente entre residentes com 29 anos ou mais. Carga horária exaustiva, baixa remuneração e infraestrutura precária foram os principais estressores. Apoio da preceptoria, vínculos com tutores e espaços de autocuidado emergiram como fatores protetores. Os achados reforçam a importância de estratégias institucionais que acolham as vivências subjetivas na formação médica.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico, atenção primária à saúde, formação médica.

ABSTRACT

This study investigated the prevalence of psychological distress and the perception of stressors and protective factors among Family and Community Medicine (FCM) residents in Recife, Brazil. A mixed-methods approach was used, including the SRQ-20 and a sociodemographic questionnaire applied to 20 residents, as well as a focus group with seven participants. The prevalence of distress was 70%, especially among those aged 29 or older. Excessive workload, low income, and poor infrastructure were the main stressors. Support from preceptors, bonding with tutors, and self-care spaces emerged as protective factors. The findings highlight the need for institutional strategies that embrace residents' subjective experiences during medical training.

Keywords: Psychological distress, primary health care, medical education.

RESUMEN

Este estudio investigó la prevalencia de sufrimiento psíquico y la percepción de factores estresantes y protectores entre residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en Recife, Brasil. Se utilizó un enfoque mixto, con aplicación del SRQ-20 y un cuestionario sociodemográfico a 20 residentes, además de un grupo focal con siete participantes. La prevalencia de sufrimiento fue del 70%, especialmente entre quienes tenían 29 años o más. La sobrecarga laboral, la baja remuneración y la infraestructura precaria fueron los principales estresores. El apoyo de la preceptoría, el vínculo con los tutores y los espacios de autocuidado surgieron como factores protectores. Los resultados refuerzan la necesidad de estrategias institucionales que consideren las vivencias subjetivas en la formación médica.

Palabras-clave: Sufrimiento psíquico, atención primaria de salud, formación médica.

INTRODUÇÃO

A saúde mental dos profissionais de saúde tem emergido como pauta central nas últimas décadas, em virtude dos impactos significativos que o estresse ocupacional e as condições adversas de trabalho exercem sobre o bem-estar psíquico desses sujeitos (Shanafelt *et al.*, 2012). No contexto da residência médica, esses efeitos se acentuam: trata-se de uma fase formativa intensiva, caracterizada por jornadas exaustivas, alta carga emocional e exigências institucionais que frequentemente ultrapassam os limites físicos e subjetivos dos residentes (West, Dyrbye, Erwin & Shanafelt, 2016).

Estudos internacionais apontam uma prevalência elevada da síndrome de *burnout* entre médicos residentes, especialmente em áreas como medicina de emergência, clínica médica e medicina de família, superando os índices observados na população geral (Shanafelt *et al.*, 2012). No entanto, o estigma ainda presente em torno da saúde mental no campo médico constitui barreira relevante para o acolhimento do sofrimento psíquico, dificultando o acesso a cuidados e intensificando processos de silenciamento e adoecimento (Vieira & Delgado, 2021).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC), por sua natureza longitudinal, integral e voltada ao cuidado em contextos de vulnerabilidade social, se configura como um campo de atuação particularmente suscetível à sobrecarga emocional e aos efeitos da precarização do trabalho (Moreira, Souza & Yamaguchi, 2018; Tomas, 2021). Embora essa prática possa ser fonte de sentido e vínculo, o cotidiano é permeado por desafios organizacionais e afetivos que tensionam os limites subjetivos dos profissionais.

No Brasil, estudo longitudinal com residentes de saúde da família identificou níveis elevados de exaustão emocional, associados ao aumento da carga de trabalho, à ausência de lazer e ao avanço no programa de residência, além do crescimento no uso de ansiolíticos e da busca por psicoterapia (Loyola Netto; Santos, 2023). No Nordeste, particularmente em Recife, esse cenário é agravado pelas desigualdades sociais, alta incidência de doenças crônicas e sobrecarga estrutural da atenção primária (Melo *et al.*, 2019), o que reforça a necessidade de compreender os modos de subjetivação produzidos nesse contexto.

Pesquisas locais indicam que uma parcela significativa dos residentes apresenta sintomas de sofrimento psíquico, incluindo quadros de depressão, ansiedade e *burnout* (Silva Júnior, 2021; Nascimento *et al.*, 2024). Apesar disso, os dispositivos institucionais de escuta e acolhimento psicológico ainda são incipientes ou de difícil acesso, especialmente em municípios como Recife (Lobo, Almeida & Cabral, 2022).

A pandemia de COVID-19 intensificou ainda mais os efeitos desse cenário, exacerbando sentimentos de medo, exaustão e insegurança emocional entre os residentes, tornando mais evidente a urgência por estratégias de cuidado psicossocial mais resolutivas e sensíveis às singularidades desses sujeitos em formação (Barreto, Pessoa & Fernandes, 2023; Lobo, Almeida & Cabral, 2022).

Diante disso, este estudo tem como objetivo investigar a prevalência de sofrimento em saúde mental entre residentes de Medicina de Família e Comunidade em Recife, Brasil, com ênfase na percepção de fatores estressores e protetores, a partir de uma abordagem quanti-qualitativa que articula indicadores objetivos e vivências subjetivas dos participantes.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – AECISA (parecer nº 7.073.859, CAEE 81768724.6.0000.5569) e integra um projeto de conclusão de residência médica. Trata-se de uma investigação de abordagem mista, com delineamento transversal, voltada à compreensão de aspectos objetivos e subjetivos relacionados à saúde mental de residentes do programa de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Secretaria de Saúde do Recife. A amostra foi composta por conveniência, incluindo residentes regularmente matriculados e em atividade durante o período de coleta.

Na ocasião, o programa contava com 23 residentes, sendo 15 do primeiro ano e oito do segundo, todos em regime de dedicação exclusiva. As atividades formativas incluíam atendimentos nas unidades básicas de saúde, visitas domiciliares, aulas teóricas, laboratório de comunicação, encontros com metodologia Balint e espaços mensais de autocuidado coletivo.

A etapa quantitativa contou com a participação de 20 residentes, excluindo-se aqueles vinculados a outro subprojeto do estudo de ancoragem intitulado “Saúde mental e qualidade de vida: um estudo de caso dos programas de residência da Secretaria de Saúde do Recife”. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos autoaplicáveis, preenchidos de forma *on line* via Google™ Forms: um questionário sociodemográfico, elaborado pelos autores, com informações pessoais e percepções sobre saúde mental antes e durante a residência e o Self-Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20), instrumento validado e adaptado para a língua portuguesa, utilizado para rastreio de transtornos mentais não psicóticos. Considerou-se como indicativo de sofrimento psíquico a marcação de sete ou mais respostas afirmativas.

A análise estatística descritiva contemplou frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, bem como medidas de tendência central e dispersão para variáveis numéricas (média, desvio padrão, mediana, P25 e P75). Para a investigação de associações, foram aplicados os testes Exato de Fisher (para variáveis categóricas) e os testes t-Student ou Mann-Whitney (para variáveis numéricas), conforme a distribuição dos dados. A normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene. As análises foram realizadas no software IBM SPSS, versão 27, com margem de erro de 5%.

A dimensão qualitativa foi desenvolvida a partir de um grupo focal com sete residentes do primeiro ano, realizado em dezembro de 2024, em ambiente reservado e com duração aproximada de 90 minutos. A sessão foi conduzida por dois pesquisadores — um facilitador e um relator — e iniciou-se com a leitura coletiva do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguida da apresentação dos participantes,

explicitação dos objetivos do encontro e discussão guiada por três questões norteadoras: como os residentes percebem sua saúde mental, quais fatores a influenciam e que propostas sugerem para seu cuidado.

Como disparador inicial da escuta, foi lido um excerto do artigo de Barreto, Pessoa e Fernandes (2023), que problematiza a sobrecarga emocional enfrentada por médicos residentes. As falas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo temático-categorial proposta por Bardin (2011), que compreende três momentos: a pré-análise (leitura flutuante e construção de hipóteses); a exploração do material (codificação e categorização das unidades de sentido) e o tratamento dos resultados (interpretação e sistematização dos núcleos de significação). A partir desse processo emergiram duas categorias centrais: 1. fatores estressores e protetores relacionados à vivência na residência em MFC e 2. formas de comprometimento da saúde mental e sugestões de cuidado propostas pelos próprios residentes.

RESULTADOS

A idade dos residentes participantes variou entre 24 e 48 anos, com média de 29,0 anos (DP = 5,0), mediana de 28,0 anos e percentis 25 e 75 de 26,0 e 29,8 anos, respectivamente. A distribuição etária evidenciou que 55,0% dos participantes estavam na faixa de 24 a 28 anos, enquanto 45,0% tinham 29 anos ou mais. Em relação às características sociodemográficas, observou-se predominância do sexo feminino (55,0%), maioria autodeclarada branca (65,0%) e 35,0% não brancos. Quanto à renda *per capita* antes do ingresso na residência, 60,0% relataram valores superiores a quatro salários-mínimos, enquanto 40,0% informaram rendimentos inferiores a esse valor. Quando questionados sobre a contribuição da bolsa de residência para a renda familiar *per capita* atual, 60,0% afirmaram que ela constitui parte significativa da composição financeira da família.

Na análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e a presença de sofrimento psíquico, apenas a faixa etária apresentou associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Conforme apresentado na Tabela 1, todos os residentes com 29 anos ou mais ($n = 9$) apresentaram sofrimento mental, enquanto entre os mais jovens (24 a 28 anos), esse percentual foi de 45,0%. Este achado sugere que a vivência da residência médica em faixas etárias mais avançadas pode estar associada a maior vulnerabilidade psíquica no contexto estudado.

Tabela 1. Avaliação e estatística do escore do SRQ-20 segundo o perfil da amostra analisada.

Variável	N	Média ± DP
		Mediana (P25; P75)
Faixa etária		
24 a 28	11 (55%)	6,55 ± 3,98 6,00 (4,00; 9,00)
29 ou mais	9 (45%)	10,22 ± 2,91 10,00 (7,50; 13,00)
Valor de p		p⁽¹⁾ = 0,033*

Variável	N	Média ± DP
Sexo		
Masculino	9 (45%)	7,33 ± 4,36
		9,00 (3,50; 10,00)
Feminino	11 (55%)	8,91 ± 3,59
		8,00 (6,00; 12,00)
Valor de p		P⁽¹⁾ = 0,387
Raça/Cor		
Branco	13 (65%)	7,08 ± 3,30
		7,00 (5,50; 9,50)
Não branco	7 (35%)	10,29 ± 4,39
		12,00 (5,00; 14,00)
Valor de p		P⁽¹⁾ = 0,081
Renda per capita		
Até 4 salários	8 (40%)	7,38 ± 3,34
		6,50 (5,00; 10,75)
Mais de 4	12 (60%)	8,75 ± 4,33
		9,00 (7,25; 11,50)
Valor de p		P⁽¹⁾ = 0,458
Atualmente sua bolsa contribui para a renda familiar per capita?		
Sim	12 (60%)	8,25 ± 3,52
		8,50 (5,50; 11,50)
Não	8 (40%)	8,13 ± 4,73
		8,00 (5,25; 12,25)
Valor de p		P⁽¹⁾ = 0,947

Fonte: elaboração dos autores.

A Tabela 2 apresenta os dados relacionados ao cenário de prática e aos antecedentes de saúde mental dos participantes, considerando os períodos anterior e posterior à inserção na residência médica. Identificou-se que 40,0% dos residentes mantinham vínculo de trabalho adicional, mesmo diante da carga horária exigida pelo programa, o que pode representar uma sobreposição de exigências e comprometer os espaços de descanso e cuidado pessoal.

Em relação ao tempo de formação no programa, 65,0% estavam no primeiro ano da residência e 35,0% no segundo, refletindo uma composição predominantemente iniciante do grupo. Apenas 5,0% dos participantes haviam concluído previamente outra residência médica, mestrado ou doutorado, sugerindo um perfil majoritariamente em início de trajetória de formação especializada.

Tabela 2. Avaliação das questões relativas ao cenário de prática e antecedentes de saúde mental antes e após a inserção na residência.

Variável	n (%)
TOTAL	20 (100,0)
Q1. Programa no qual está inserido? - Residência em Medicina de Família e Comunidade	20 (100,0)
Q2. Possui algum vínculo de trabalho além da carga horária da residência médica?	
Sim	8 (40,0)
Não	12 (60,0)
Q3. Ano de residência	
Primeiro	13 (65,0)
Segundo	7 (35,0)
Q4. Antes de se vincular a um dos programas de residência, cursou outro programa de residência, mestrado ou doutorado?	
Sim	1 (5,0)
Não	19 (95,0)
Q5. Antes de se vincular a um dos programas, você apresentava algum comprometimento de saúde mental?	
Sim	10 (50,0)
Não	10 (50,0)
Q6. Antes de se vincular a um dos programas, fazia algum acompanhamento de saúde mental (psiquiatria e/ou psicologia)?	
Sim	13 (65,0)
Não	7 (35,0)
Q7. Antes de se vincular a um dos programas, fazia uso de medicações psicotrópicas?	
Sim	3 (15,0)
Não	17 (85,0)
Q8. Após se vincular a um dos programas de residência, iniciou/retomou/intensificou algum acompanhamento de saúde mental (psiquiatria e ou psicologia)?	
Sim	12 (60,0)
Não	8 (40,0)
Q9. Após se vincular a um dos programas de residência, iniciou ou aumentou a dosagem de medicações psicotrópicas?	
Sim	4 (20,0)
Não	16 (80,0)
Q10. Após se vincular a um dos programas de residência, foi necessário afastamento das atividades laborais devido a sofrimento mental?	
Sim	4 (20,0)
Não	16 (80,0)

Fonte: elaboração dos autores.

Antes do ingresso na residência médica, metade dos participantes já havia vivenciado algum tipo de comprometimento relacionado à saúde mental. Destes, 65,0% informaram já estar em acompanhamento com profissionais da psicologia e/ou psiquiatria, e 15,0% faziam uso de psicofármacos. Após o início do programa,

observou-se um agravamento ou intensificação do cuidado em saúde mental: 60,0% dos residentes relataram ter iniciado, retomado ou intensificado esse acompanhamento; 20,0% passaram a utilizar ou ajustaram a dosagem de medicamentos psicotrópicos e outros 20,0% necessitaram de afastamento das atividades laborais em virtude do sofrimento psíquico.

Em relação à aplicação do Self-Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20), os escores variaram de 0 a 15, com média de 8,2 pontos (DP = 3,9), mediana de 8,5 e percentis 25 e 75 iguais a 5,3 e 11,5, respectivamente. A análise das respostas (Tabela 3) evidenciou prevalência de sintomas relacionados ao sofrimento mental. Os itens com maior frequência de respostas afirmativas foram: “cansa-se com facilidade” (85,0%); “sente-se nervoso, tenso ou preocupado” (80,0%); “sente-se cansado o tempo todo” (75,0%); “dificuldade para realizar atividades diárias” (60,0%) e “sente-se triste ultimamente” (55,0%). Ainda que em menor proporção, 5,0% dos participantes relataram pensamentos relacionados à ideação suicida, o que requer atenção clínica e institucional.

Com base no ponto de corte estabelecido (≥ 7 respostas afirmativas), 70,0% dos residentes foram classificados como casos sugestivos de sofrimento psíquico, indicando a necessidade de escuta qualificada e intervenções estruturadas nesse contexto formativo.

Tabela 3. Distribuição dos pesquisados segundo o questionário SRQ-20.

Questão	Resposta	
	Sim n (%) ⁽¹⁾	Não n (%) ⁽¹⁾
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	16 (80,0)	4 (20,0)
Assusta-se com facilidade?	5 (25,0)	15 (75,0)
Sente-se triste ultimamente?	11 (55,0)	9 (45,0)
Chora mais do que de costume?	7 (35,0)	13 (65,0)
Tem dores de cabeça?	8 (40,0)	12 (60,0)
Dorme mal?	8 (40,0)	12 (60,0)
Tem sensações desagradáveis no estômago?	9 (45,0)	11 (55,0)
Apresenta má digestão?	8 (40,0)	12 (60,0)
Falta de apetite?	5 (25,0)	15 (75,0)
Apresenta tremores nas mãos?	1 (5,0)	19 (95,0)
Cansa-se com facilidade?	17 (85,0)	3 (15,0)
Dificuldade para tomar decisões?	9 (45,0)	11 (55,0)
Dificuldade para realizar atividades diárias?	12 (60,0)	8 (40,0)
Dificuldade no serviço (seu trabalho lhe causa sofrimento)?	6 (30,0)	14 (70,0)
Sente-se cansado o tempo todo?	15 (75,0)	5 (25,0)
Dificuldade de pensar com clareza?	10 (50,0)	10 (50,0)
Sente-se com incapacidade de desempenhar um papel útil na vida?	4 (20,0)	16 (80,0)
Perda do interesse pelas coisas?	9 (45,0)	11 (55,0)
Tem tido ideia de acabar com a vida?	1 (5,0)	19 (95,0)
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	3 (15,0)	17 (85,0)
Presença de sofrimento mental:	14 (70,0)	6 (30,0)

Fonte: elaboração dos autores.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre a presença de sofrimento psíquico e as variáveis analisadas na Tabela 4. Entretanto, uma diferença relevante foi identificada na resposta à questão Q9: “Após se vincular a um dos programas de residência, iniciou ou aumentou a dosagem de medicações psicotrópicas?”. Os residentes que responderam afirmativamente apresentaram escores mais elevados no SRQ-20, tanto na média (13,00) quanto na mediana (13,50), em comparação àqueles que responderam negativamente, cuja média e mediana foram de 7,00.

Esse achado sugere que o aumento ou início do uso de psicotrópicos após o ingresso na residência pode estar relacionado a um maior nível de sofrimento subjetivo, reforçando a importância de dispositivos institucionais que escutem e acolham precocemente as demandas emocionais desses profissionais em formação.

Tabela 4. Avaliação da presença de sofrimento mental pelo SRQ-20 segundo as questões relativas ao cenário de prática e antecedentes de saúde mental antes e durante a inserção na residência

Variável	Presença de sofrimento mental pelo SRQ-20		TOTAL n (%)	Valor de p
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)		
Grupo Total	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (100,0)	
Q2. Possui algum vínculo de trabalho além da carga horária da residência médica?				$p^{(1)} = 0,642$
Sim	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (100,0)	
Não	9 (75,0)	3 (25,0)	12 (100,0)	
Q3. Ano de residência				$p^{(1)} = 1,000$
Primeiro	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100,0)	
Segundo	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (100,0)	
Q5. Antes de se vincular a um dos programas, você apresentava algum comprometimento de saúde mental?				$p^{(1)} = 1,000$
Sim	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100,0)	
Não	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100,0)	
Q6. Antes de se vincular a um dos programas você fazia algum acompanhamento de saúde mental (psiquiatria e/ou psicologia)?				$p^{(1)} = 1,000-$
Sim	9 (69,2)	4 (30,8)	13 (100,0)	
Não	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (100,0)	
Q8. Após se vincular a um dos programas de residência, iniciou/retomou/intensificou algum acompanhamento de saúde mental (psiquiatria e ou psicologia)?				$p^{(1)} = 0,161$
Sim	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (100,0)	
Não	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (100,0)	

Q9. Após se vincular a um dos programas de residência, iniciou ou aumentou a dosagem de medicações psicotrópicas?				$p^{(1)} = 0,267$
Sim	4 (100,0)	-	4 (100,0)	
Não	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (100,0)	
Q10. Após se vincular a um dos programas de residência, foi necessário afastamento das atividades laborais devido a sofrimento mental?				$p^{(1)} = 1,000$
Sim	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (100,0)	
Não	11 (68,8)	5 (31,3)	16 (100,0)	

Teste Exato de Fisher

Fonte: elaboração dos autores.

2.1. Fatores estressores e protetores relacionados a residência médica em Medicina da Família e Comunidade

No material analisado, os participantes relataram uma diversidade de experiências subjetivas vinculadas ao processo de formação em MFC. Entre os principais fatores percebidos como estressores, destacaram-se a insuficiência da bolsa-residência, a cobrança interna por desempenho e a carga horária excessiva. Esses elementos foram descritos como fontes constantes de desgaste emocional e sobreposição de exigências, que comprometem o tempo de descanso, autocuidado e convivência social.

Nós, que somos médicos, quando nos formamos, costumamos ganhar mais dinheiro do que as outras profissões de modo geral. Isso nos proporciona um padrão de vida superior, que não se compara ao valor da bolsa de residência, fazendo com que tenhamos uma queda no padrão em relação ao que tínhamos anteriormente.

Eu me cobro para tentar dar a melhor assistência possível à minha população, porque sei que ela necessita desse cuidado.

Eu fazia pilates, e percebo que isso também foi indo por água abaixo ao longo do ano. Foi algo do qual fui me desconectando pela falta de tempo.

Outros elementos identificados como estressores de intensidade intermediária referem-se a especificidades do cotidiano da residência, como a sobrecarga assistencial, a necessidade de exercer atividades externas para complementar a renda, aspectos individuais relacionados à vivência do processo formativo e a precariedade da infraestrutura nas unidades básicas de saúde. Tais fatores foram mencionados como componentes que, embora nem sempre centrais, contribuem para a intensificação do sofrimento psíquico no contexto da formação.

Por vezes, tínhamos dois consultórios: um era para o médico da equipe, que é o concursado e nosso preceptor, e o outro era para o residente. No entanto, muitas vezes fomos deslocados para fora da sala e até expulsos, porque aquela sala era de outro médico.

Para mim, dar plantão é uma atividade altamente ansiogênica e sempre foi minha prioridade, desde que me formei, evitar trabalhar em plantões para não desorganizar ainda mais minha saúde mental. No entanto, nos últimos meses, me vi na situação de precisar dar um plantão para complementar a renda da residência. Porém, o tempo que a gente dedica ao plantão é um tempo a menos de lazer, de descanso e de atividades que nos dão prazer.

Tem o horário do posto, o horário das atividades teóricas, rodízios externos, e ainda surgem vários trabalhos a mais, como apresentações, projetos de trabalho de conclusão de residência.

Foram também mencionados, embora com menor intensidade, estressores relacionados à mudança de estado, ao morar sozinho, a conflitos no ambiente de trabalho e a alterações no perfil socioeconômico. Esses aspectos, ainda que secundários para alguns participantes, foram reconhecidos como influenciadores da experiência emocional ao longo da residência.

Houve uma mudança no perfil dos residentes e dos médicos que se formam nos últimos 10 anos. Pessoas que antes não tinham acesso ao ensino superior começaram a ingressar. Tínhamos um sistema elitizado, com pessoas basicamente ricas, em sua maioria brancas e, com o tempo, começaram a surgir pessoas de origens mais humildes na medicina. Essas pessoas se formam e não têm o mesmo suporte que o pessoal de antes recebia. Muitas vezes, precisam trabalhar para sustentar a família, para conseguir uma casa, sair do aluguel e comprar um carro. Às vezes, vêm de faculdades particulares, financiam os estudos com o FIES e entram na residência com dívidas.

No que se refere aos fatores protetores, os participantes destacaram como mais significativos o suporte institucional percebido ao longo da formação, a existência de espaços dedicados ao autocuidado e a qualidade da relação estabelecida com a preceptoria. Além disso, foram mencionados como elementos que favorecem a saúde mental a prática de atividades físicas, o apoio financeiro familiar, os encontros com o método Balint e a presença de preceptores acessíveis e sensíveis às demandas do grupo.

O tutor é quem supervisiona os residentes; estes, se dividem entre os tutores. Eu acho isso um ponto protetor [...]. Isso foi algo que me ajudou a conversar com a preceptora e o tutor. Assim, consegui contornar as dificuldades e trabalhar em como poderia ter uma saúde melhor e uma saúde mental mais equilibrada.

Os residentes dos anos anteriores criaram algumas estratégias para tentar melhorar isso, porque já tivemos esse histórico de sofrimento mental entre os residentes. Entre acordos e diálogos, conseguimos estabelecer um espaço protegido durante o mês. Então, temos quatro horas mensais para cuidar da nossa saúde mental, sendo um espaço autogerido.

2.2. Principais formas de comprometimento de saúde mental associados à residência médica e sugestões de melhoria fornecidas pelos residentes

Durante o grupo focal, os residentes apontaram o cansaço persistente e a ansiedade como manifestações mais recorrentes de comprometimento da saúde mental no cotidiano da residência. Esses sintomas foram descritos como sensações que atravessam o corpo e a mente, dificultando a concentração, o descanso e o engajamento nas atividades, tanto pessoais quanto profissionais.

Primeiro vou falar da minha saúde mental: eu já trato depressão há alguns anos, e senti que, durante a residência, fiquei mais ansiosa, vou dizer assim, com mais sintomas ansiosos do que depressivos e isso foi piorando ao longo dos meses com o cansaço.

Sensação de aperto no peito, sensação de falta de ar. Isso não era frequente para mim, nunca tinha tido antes. Este ano tive algumas vezes, principalmente antes desses momentos mais marcantes da residência.

Além disso, ainda que com menor frequência, os participantes relataram outras expressões de sofrimento psíquico, como episódios depressivos, estresse, desgaste emocional, sintomas de *burnout*, desmotivação e sensação de improdutividade. Esses relatos revelam a pluralidade das formas pelas quais o sofrimento se manifesta no contexto da formação médica, muitas vezes de modo silencioso e cumulativo. Esses sintomas foram relatados em trechos como:

Acho que minha saúde mental piorou, assim, vertiginosamente do começo do ano para cá. Tive um quadro de depressão grave este ano, tendo que ser afastado do trabalho por um momento por causa disso. E não só pelo trabalho, mas por outra coisa da minha vida também, mas influenciado por todas as questões de sobrecarga.

Eu estava sentindo que não estava rendendo tão bem em algumas atividades. [...], em alguma atividade teórica ou aula, às vezes eu não conseguia acessar o conteúdo como gostaria para estudar para aquela aula que seria na semana seguinte. Então, percebi que isso começou a impactar meu rendimento na residência, tanto durante a semana, na unidade de saúde, como nas atividades teóricas.

Entre as principais sugestões trazidas pelos residentes para o cuidado em saúde mental, destacaram-se a necessidade de readequação da carga horária, o reajuste da bolsa-residência e a criação de grupos de apoio regulares. Também foram mencionadas, ainda que com menor frequência, propostas relacionadas à melhoria da infraestrutura, à qualificação do ensino, à reorganização do programa e à diminuição das exigências de produtividade. Um dos participantes enfatizou a importância de criar espaços menores e mais direcionados ao compartilhamento de experiências e sentimentos, como forma de fortalecer vínculos e promover escuta qualificada no cotidiano da residência.

Talvez, espaços de grupos menores, que a gente já está pensando para o próximo ano. Grupos onde haja mais espaço para fala, para compartilhar sentimentos e experiências na residência, o que vem se passando com a gente. Acho que esses espaços são fundamentais,

focados nos sentimentos e nas experiências do residente, [...]. Porque nem todo mundo faz terapia ou tem possibilidade de fazer ou não está disposto. Se fosse algo institucional, penso que seria muito importante. Os programas de residência poderiam incluir isso.

Outro aspecto ressaltado pelos participantes foi a necessidade de mecanismos institucionais que possibilitem a complementação da bolsa-residência, como estratégia para reduzir a dependência de plantões externos e, consequentemente, aliviar a sobrecarga de trabalho que impacta diretamente o bem-estar psíquico dos residentes.

Então, tem alguns programas que têm complemento de bolsa. Talvez esse seja um caminho, porque, inclusive, alguns médicos escolhem determinados programas justamente por terem esse complemento. Dependendo do valor final mensal da bolsa complementar, o residente poderia se dedicar exclusivamente à residência, sem precisar recorrer a plantões extras. Isso, certamente, teria um impacto positivo na qualidade de vida e na saúde mental.

A carga horária extensa também foi mencionada como um fator crítico por um dos residentes, que sugeriu a necessidade de revisão desse aspecto como parte de um cuidado institucional mais atento aos limites físicos e emocionais dos profissionais em formação.

Bom, como foi trazida a questão da carga horária, que é bem extensa – 60 horas semanais –, acho que, não sei se seria possível, mas uma sugestão seria rever realmente essa carga horária.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo lançam luz sobre vivências singulares dos residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) em Recife, revelando dimensões subjetivas frequentemente invisibilizadas no discurso técnico sobre a formação médica. A sobreposição de tarefas, a intensidade das jornadas e as exigências emocionais do cuidado cotidiano emergem como forças modeladoras do sofrimento psíquico que atravessa o corpo e o psiquismo desses profissionais em formação.

Os dados quantitativos indicam uma prevalência expressiva de sofrimento mental, articulando-se com as narrativas colhidas no grupo focal. As falas dos residentes revelam não apenas o impacto de condições objetivas — como a carga horária ou a renda insuficiente —, mas principalmente o modo como tais condições reverberam em sentimentos de exaustão, solidão, desamparo e perda de sentido. Trata-se de uma experiência marcada pela tensão entre o desejo de cuidar e os limites impostos pela estrutura institucional.

A literatura corrobora esses achados: estudos indicam prevalência elevada da síndrome de *burnout* entre residentes, com destaque para sintomas como exaustão emocional (53%) e cinismo (47,7%) (Bond *et al.*, 2018). Em Recife, Nascimento *et al.* (2024) identificaram altas taxas de depressão (48,7%) e ansiedade (75,6%) entre residentes multiprofissionais, sugerindo um cenário de sofrimento que não se limita à MFC, mas que se intensifica em áreas com maior vulnerabilidade social e demanda assistencial.

A insuficiência da bolsa-residência, para além de um problema financeiro, foi relatada como fator de desgaste psíquico, na medida em que obriga os residentes a se desdobrarem em plantões extras — muitas

vezes em detrimento do descanso, do lazer e da escuta de si. O Conselho Federal de Medicina (2020) já alertou para os impactos dessa condição na qualidade de vida e na formação dos profissionais.

A carga horária excessiva — muitas vezes superior a 60 horas semanais — também foi denunciada como um fator que compromete a subjetividade dos residentes. A experiência de cansaço constante, a ausência de tempo para o autocuidado e o esvaziamento do vínculo com familiares e amigos foram dimensões fortemente associadas ao adoecimento emocional (Fabichak, Silva-Junior & Morrone, 2014).

A precariedade das condições de trabalho, por sua vez, intensifica esse quadro, comprometendo não apenas a execução das tarefas, mas também a sensação de pertencimento e reconhecimento. Como discutido por Lima, Gomes e Barbosa (2020), fatores como ambiente físico, relações interpessoais e valorização institucional são centrais para a construção de vínculos saudáveis com o trabalho.

Apesar das adversidades, os residentes também identificaram espaços e relações que funcionam como proteção psíquica. O suporte da preceptoria, os encontros com metodologia Balint e os espaços autogeridos de cuidado foram mencionados como importantes fontes de escuta, acolhimento e elaboração emocional. Tais práticas ajudam a romper com a lógica produtivista que, muitas vezes, atravessa a formação médica, permitindo que o residente se reconheça como sujeito no processo (Knabben, Langaro & Gomes, 2021; Lourenção, Moscardini & Soler, 2010).

As propostas de melhoria apresentadas pelos participantes — como a ampliação dos espaços de escuta, a reestruturação da carga horária e o reajuste da bolsa — reforçam a necessidade de uma abordagem institucional que considere a saúde mental como eixo transversal da formação. Esse movimento é especialmente urgente diante do legado psíquico da pandemia de COVID-19, que intensificou quadros de medo, ansiedade e depressão entre residentes (Lobo, Almeida & Cabral, 2022; Barreto, Pessoa & Fernandes, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam uma prevalência significativa de sofrimento psíquico entre residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) em Recife, vinculada a fatores como carga horária extensa, insuficiência financeira e condições estruturais precárias. Tais aspectos foram identificados não apenas como indicadores objetivos de sobrecarga, mas também como experiências subjetivas que atravessam o cotidiano formativo desses profissionais, mobilizando sentimentos de exaustão, ansiedade, solidão e frustração.

Por outro lado, o suporte da preceptoria, os espaços autogeridos de cuidado e a escuta qualificada entre os pares emergiram como elementos protetores, capazes de amenizar os impactos da rotina intensa e de fortalecer a construção de vínculos mais saudáveis no processo de formação.

Este estudo contribuiu ao dar visibilidade à dimensão subjetiva da residência médica em MFC, articulando dados quantitativos com narrativas que expressam a complexidade das vivências emocionais envolvidas. Ao incluir a voz dos residentes, oferece subsídios importantes para gestores e instituições comprometidas com a saúde mental no campo da formação em saúde.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o número reduzido de participantes e o caráter transversal da pesquisa, que impossibilitam estabelecer relações causais. Apesar disso, os resultados abrem caminhos para investigações futuras com amostras ampliadas, abordagens longitudinais e métodos de triangulação,

a fim de aprofundar a compreensão dos impactos psicossociais da residência médica e orientar políticas públicas que promovam o cuidado de quem cuida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas orientadoras pelo apoio fornecido a este projeto, bem como à minha família e aos colegas de trabalho, cujo suporte foi fundamental para a conclusão deste artigo. Os autores declaram não possuir conflitos de interesse relacionados a esta publicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barreto, A. L. O. V.; Pessoa, B. A. & Fernandes, D. M. P. (2023). A saúde mental do residente de medicina: desafios e possibilidades. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba*, 1, n. 2, p. 73-84. DOI: <https://doi.org/10.29327/2274276.1.2-8>.
- Bond, M. M. K.; Oliveira, M. S.; Bressan, B. J.; Bond, M. M. K.; Silva, A. L. F. A.; Merlo, A. R. C. *et al.* (2018). Prevalência de *Burnout* entre médicos residentes de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42, n. 1, p. 55-63, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170034.r3>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/VNmDKctcZhgQgTKnJmrT8WB>. Acesso em: 02 fev 2025.
- Conselho Federal de Medicina. (2020). CFM divulga moção de apoio ao pedido de reajuste das bolsas de residência médica. CFM. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-divulga-mocao-de-apoio-ao-pedido-de-reajuste-das-bolsas-de-residencia-medica>. Acesso em: 02 fev 2025.
- Fabichak, C.; Silva-Júnior, J. S. & Morrone, L. C. Síndrome de *burnout* em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 12, n. 2, p. 79-84. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/52/pt-BR/sindrome-de-burnout-em-medicos-residentes-e-preditores-organizacionais-do-trabalho>. Acesso em: 02 fev 2025.
- Knabben, T. B.; Langaro, F. & Gomes, A. H. (2021). Impactos psíquicos e sociais na formação de médicos residentes. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 24, n. 1, p. 104-115. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v24n1/10.pdf>. Acesso em: 02 fev 2025.
- Lima, G. K. M.; Gomes, L. M. X. & Barbosa, T. L. A. (2020). Qualidade de vida no trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. *Saúde em Debate*, 44, n. 126, p. 774-789. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012614>.
- Lobo, B. L. V.; Almeida, P. C. & Cabral, M. P. G. (2022). COVID-19 e a saúde mental de médicos residentes na atenção primária: medo, ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 17, n. 44, p. 3163. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3163](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3163).
- 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, n. 1, p. 81-91. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>.

- Loyola Netto, L. P. & Santos, L. L. (2023). *Burnout* em residentes de saúde da família: um estudo longitudinal. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 18, n. 45, p. 3858, 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3858](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3858).
- Melo, S. P. S. C.; Cesse, E. A. P.; Lira, P. I. C.; Rissin, A.; Cruz, R. S. B. L. C.; Batista Filho, M. *et al.* (2019). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, n. 8, p. 3159-3168. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>.
- Moreira, H. A.; Souza, K. N. & Yamaguchi, M. U. (2018). Síndrome de *Burnout* em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43, e14, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013316>.
- Nascimento, K. M. B.; Goes, V. N.; Silva, L. M.; Alves, M. R. F.; Alves, B. M. M.; Duarte, K. C. L. S.; Santana, M. M. *et al.* (2024). Ansiedade e depressão em residentes multiprofissionais da Secretaria de Saúde do Recife. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24, n. 12, e18296, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e18296.2024>.
- Shanafelt, T. D.; Boone, S.; Tan, L.; Dyrbye, L. N.; Sotile, W.; Satele, D.; West, C. P. *et al.* (2012). Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172, n. 18, p. 1377-1385, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>.
- Silva Júnior, J. G. C. (2021). Depressão, ansiedade, *burnout*, cefaleia e aprendizado em médicos residentes: uma análise dos fatores relacionados aos programas de residência. 123f. [Dissertação de Mestrado em Saúde]. Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/40653>. Acesso em: 02 fev 2025.
- Tomas, T. C. (2021). Do outro lado da mesa: a Síndrome de *Burnout* em médicos de família da APS. 102f. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48543>. Acesso em: 02 fev 2025.
- Vieira, V. B. & Delgado, P. G. G. (2021). Estigma e saúde mental na atenção básica: lacunas na formação médica podem interferir no acesso à saúde? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31, n. 4, e310422. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310422>.
- West, C. P.; Dyrbye, L. N.; Erwin, P. J. & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to Prevent and Reduce Physician burnout: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet*, 388, n. 10057, p. 2272-2281, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X).