

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE VETERINÁRIA
Colegiado do Programa de Pós-Graduação**

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
ESTUDANTES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DA ESCOLA DE
VETERINÁRIA DA UFMG, 2014-2017.**

Rachel Capanema Ferreira Cançado

Belo Horizonte

2017

Rachel Capanema Ferreira Cançado

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
ESTUDANTES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DA ESCOLA DE
VETERINÁRIA DA UFMG, 2014-201**

Tese apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciência Animal.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. João Paulo Amaral Haddad

Belo Horizonte

2017

C215a Caçado, Rachel Capanema Ferreira, 1995-
Análise epidemiológica de transtornos mentais comuns entre os estudantes do programa de
residência da Escola de veterinária da UFMG, 2014-2017 / Rachel Capanema Ferreira
Caçado. – 2017.
99 f.:il.

Orientador: João Paulo Amaral Haddad
Tese (Doutorado) apresentada à Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas
Gerais para obtenção do título de Doutor.
Bibliografia: f. 87 a 94
Anexos: f. 95 a 99.

1. Saúde pública – Doenças - Teses - 2. Zoonoses - Teses - 3. Veterinária – Teses -
I. Haddad, João Paulo Amaral - II. Universidade Federal de Minas Gerais – III. Título.

CDD – 636.089

Bibliotecária responsável Cristiane Patrícia Gomes – CRB2569
Biblioteca da Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais

FOLHA DE APROVAÇÃO

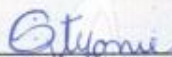
RACHEL CAPANEMA FERREIRA CANÇADO

Tese submetida à banca examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIA ANIMAL, como requisito para obtenção do grau de DOUTOR em CIÊNCIA ANIMAL, área de concentração em EPIDEMIOLOGIA.

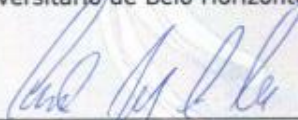
Aprovada em 28 de Agosto de 2017, pela banca constituída pelos membros:



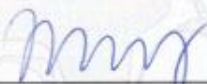
Prof. João Paulo Amaral Haddad
Presidente - Orientador



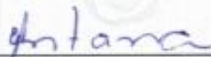
Profª. Camila Stefanie Fonseca de Oliveira
Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH



Prof. Carlos Artur Lopes Leite
Universidade Federal de Lavras - UFLA



Prof. Nelson Rodrigo da Silva Martins
Escola de Veterinária - UFMG



Profª. Gilcinéa de Cássia Santana
Escola de Veterinária - UFMG



ATA DE DEFESA DE TESE DE RACHEL CAPANEMA FERREIRA CAÑADO

Às 14:00 horas do dia 28 de Agosto de 2017, reuniu-se, na Escola de Veterinária UFMG a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado dos Cursos em 21/08/2017, para Julgar em exame final, a defesa da tese intitulada:

ANALISE EPIDEMIOLOGICA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE ESTUDANTES DO PROGRAMA DE RESIDENCIA DE ESCOLA DE VETERINARIA DA UFMG, 2014-2017.

_____, como requisito final para a obtenção do Grau de **Doutor** em Ciência Animal, área de concentração em **Epidemiologia**.

Abrindo a sessão, o(a) Presidente da Comissão, **Prof. João Paulo Amaral Haddad**, após informar aos presentes o teor das Normas Regulamentares da Defesa de Tese, passou a palavra ao candidato (a), para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do(a) candidato(a). Logo após, a Comissão se reuniu, sem a presença do(a) candidato(a) e do público, para julgamento da Tese, tendo sido atribuídas as seguintes indicações:

	Aprovada	Reprovada
Prof. João Paulo Amaral Haddad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profª. Camila Stefanie Fonseca de Oliveira	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Carlos Artur Lopes Leite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Nelson Rodrigo da Silva Martins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profª. Gilcinéa de Cássia Santana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pelas indicações, o (a) candidato (a) foi considerado (a): Aprovado

Reprovado

Para concluir o Doutorado, o(a) candidato(a) deverá entregar 09 volumes encadernados da versão final da Tese, acatando, se houver, as modificações sugeridas pela banca, e a comprovação de aceite de pelo menos um artigo científico em periódico recomendado pelo Colegiado do Curso. Para tanto, terá o prazo máximo de 60 dias a contar da data da defesa.

O resultado final, foi comunicado publicamente ao(a) candidato(a) pelo(a) Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 28 de Agosto de 2017.

Assinatura dos membros da banca:

(Normas Regulamentares de Defesa de Tese do VET)

(Este documento não deverá contar recursos e não terá validade sem assinatura e carimbo do Coordenador)

RESUMO

Tratar assuntos acerca de saúde mental pode favorecer o conhecimento do tema e, conseqüentemente diminuição de estigma que os transtornos mentais podem acarretar. Como alguns transtornos mentais são frequentes na população mundial e, comumente, geram conseqüências incapacitantes, rastrear transtornos mentais comuns torna-se uma ferramenta útil para direcionar medidas protetivas de saúde mental. Através do questionário SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*), foi feito o rastreamento para transtornos mentais comuns no programa de residência integrada da Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais. Quase a totalidade dos residentes (96,41%) veem zoonoses em sua prática diária, 67,66% deles têm contato com os proprietários e 68,26% conseguem instruí-los sobre zoonose. O contato com os proprietários e zoonoses não foi fator de risco para os transtornos mentais comuns investigados. A idade média é 25,78 anos, mulheres são a maioria, 78,07%, a média do tempo de residência, 10,04 meses. Mais da metade, 53,61% já não moram mais com os pais, mas 56,63% dos residentes falam com seus pais sempre e 34,94% frequentemente. Apesar de envolvimento amoroso seja namoro, seja noivado e o estado civil, pode-se afirmar que 53,89% são comprometidos, e o tempo médio de relacionamento é 3,81 anos. Os resultados mostraram que os transtornos mentais comuns aumentam com o tempo de residência. Já na primeira avaliação, 67,15% dos residentes estão positivo para o SRQ-20. A alta prevalência de suspeição de TMC encontrada nesta pesquisa carrega duas explicações: a primeira delas é a nota corte escolhida, que é mais baixa do que de outros trabalhos publicados. Porém, ajustado o ponto de corte e comparado com uma população similar foi encontrada uma prevalência muito similar, o que nos permite concluir que o fato de serem médicos veterinários e residentes os coloca mais expostos ao risco de TMC do que a população comum. De acordo com os modelos de regressão obtidos neste trabalho, o fator determinante do risco para doenças mentais comuns, nos residentes de medicina veterinária da UFMG, é o tempo de residência, que os mantém expostos aos fatores de risco relatados. O fator de risco “sexo feminino” ou o fator de proteção “sexo masculino” também fez parte dos modelos encontrados, sendo um fator de risco comum, bastante encontrado na literatura.

Palavras-chave: Saúde mental, SRQ-20, médicos veterinários, epidemiologia, residência.

ABSTRACT

Dealing with matters about mental health can contribute to the knowledge of the subject and, consequently, reduce the stigma that mental disorders may entail. As some of those disorders are common in the world population and frequently result in crippling consequences, tracking common mental illness becomes a useful tool to direct protective measures of mental health. Through the SRQ-20 questionnaire (Self Report Questionnaire), screening for common mental disorders was made in the integrated residency program of the Veterinary School of the Federal University of Minas Gerais. Almost all residents (96.41%) see zoonosis in their daily practice, 67.66% of them have contact with the owners and 68.26% are able to give instructions about zoonosis. The contact with owners and zoonoses was not a risk factor for the common mental disorders investigated. The average age is 25.78 years, women are the majority, 78.07% and the average residence time is 10.04 months. More than half of the residents, 53.61% no longer live with their parents, but 56.63% always talk to them and 34.94% talks to them frequently. Despite love involvements whether dating, engagement and marital status, it can be stated that 53.89% are compromised, and the average relationship time is 3.81 years. The results indicated that common mental disorders increase with the time of residence. In the first evaluation, 67.15% of the residents are positive for the SRQ-20. The high prevalence of unsureness of CMD found in this research has two explanations: the first one is the chosen cut-off score, which is lower than in other published studies. However, adjusted the cut-off point and compared with a similar population, a very similar prevalence was found, which allows us to conclude that the fact of being veterinarians and residents puts them more exposed to the risk of CMD than the common population. According to the regression models obtained in this study, the determinant factor of the risk for common mental illness between veterinary medicine residents at UFMG, is the length of residence, which keeps them exposed to the risk factors reported. The risk factor "female gender" or the protective factor male sex " was also part of the found models, being a common risk factor, widely found in the literature.

Keywords: Mental health, SRQ-20, veterinary surgeon, epidemiology, residency

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Especialidades cursadas pelos residentes na amostra da pesquisa.....	54
Tabela 2	Sexo dos residentes na amostra da pesquisa.....	55
Tabela 3	Com quem os residentes moram.....	55
Tabela 4	Residentes que têm amigos fora da profissão.....	56
Tabela 5	Frequência com que os residentes falam com seus amigos não Veterinários.....	56
Tabela 6	Residentes que têm amigos veterinários.....	57
Tabela 7	Frequência com que os residentes falam com seus amigos veterinários.....	57
Tabela 8	Estado amoroso dos residentes avaliados.....	58
Tabela 9	Frequência com que os residentes conversam com os seus pais.....	58
Tabela 10	Contato com zoonoses no trabalho.....	59
Tabela 11	Residentes com contato com proprietários.....	59
Tabela 12	Residentes que conseguem instruir proprietários.....	60
Tabela 13	Número de avaliações realizadas em três momentos da pesquisa.....	60
Tabela 14	Pontuação obtida nas questões sobre Humor Depressivo-Ansioso nas três avaliações realizadas.....	61
Tabela 15	Pontuação obtida nas questões sobre sintomas somáticos nas três avaliações realizadas.....	62
Tabela 16	Pontuação obtida nas questões sobre declínio de energia vital nas três avaliações realizadas.....	63
Tabela 17	Pontuação obtida nas questões sobre pensamentos depressivos nas três avaliações realizadas.....	64
Tabela 18	Resultado SRQ-20 entre os residentes.....	66
Tabela 19	Resultado do questionário SRQ nas três avaliações.....	67
Tabela 20	Pontuação dos residentes no SRQ-20 e % de positivos.....	67
Tabela 21	Pontuação dos residentes nas três avaliações, por sexo.....	68
Tabela 22	Modelo de regressão Linear Múltipla Humor Depressivo Ansioso.....	69
Tabela 23	Modelo de regressão Linear Múltipla Declínio de Energia Vital.....	72
Tabela 24	Modelo de regressão Linear Múltipla Pensamentos Dep.....	72
Tabela 25	Modelo de regressão Linear Múltipla Soma do Questionário.....	73
Tabela 26	Modelo de regressão Linear múltipla Soma do Que.....	74
Tabela 27	Modelo Final de regressão Logística.....	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Pontuação dos residentes nas três avaliações (%) em HDA.....	62
Figura 2 Pontuação dos residentes nas três avaliações (%) em SS.....	63
Figura 3 Pontuação dos residentes nas três avaliações (%) em DEV.....	65
Figura 4 Pontuação dos residentes nas três avaliações (%) em PD.....	66
Figura 5 Percentual de pontuação no SRQ-20 das mulheres entrevistadas.....	70
Figura 7 Conceito da profissão, dados pelos residentes.....	70

LISTA DE SIGLAS

AGHQ	Questionário Árabe de Saúde Geral
APA	Associação Médico Psicológica Americana
AVA	Associação dos Médicos Veterinários Australianos
CDC	Centro Americano de Controle e Prevenção de Doenças
CID	Código Internacional de Doenças
CID-8	Código Internacional de Doenças Oitava Edição
CID-10	Código Internacional de Doenças Décima Edição
CIS	Cronograma de Entrevistas Clínicas
CIS-R	Cronograma de Entrevistas Clínicas Revisado
COMITÊ	Comitê de Especialistas em Saúde Mental da OMS
DEV	Decréscimo de Energia Vital
DSM	Manual Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais
DSM-II	Manual Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais Segunda Edição
DSM-III	Manual Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais Terceira Edição
DSM-IV	Manual Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais Quarta Edição
DSM-V	Manual Diagnóstico Estatístico de Desordens Mentais Quinta Edição
EUA	Estados Unidos da América
GHQ-1	Questionário Geral de Saúde com doze questões
HDA	Humor Depressivo Ansioso
ICMH	Congresso Internacional para Higiene Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PD	Pensamentos Depressivos
PRIME-MD	Questionário de Saúde do Paciente
PRI-MV	Programa de Residência Integrada de Medicina Veterinária
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire</i> - versão com vinte questões
SS	Sintomas Somáticos
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral:	12
2.2 Objetivos específicos:	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Breve história do sofrimento psíquico	13
3.2 Transtornos Mentais Comuns (TMC)	21
3.3 A Residência e os transtornos mentais	28
3.4 A ideação suicida como risco para os veterinários	32
3.5 O médico veterinário e os transtornos mentais	36
4 MATERIAIS E MÉTODOS	48
4.1 Materiais	48
4.1.1 SRQ-20	48
4.2 Métodos	49
5 RESULTADOS	53
5.1 Caracterização do universo estudado	53
5.2 Resultado do questionário SRQ-20	60
5.2.1 Resultado da análise quantitativa do discurso	72
5.3 Resultado da análise dos dados	72
5.3.1 Regressão linear	72
5.3.2 Regressão logística	74
6 DISCUSSÃO	75
7 CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS	87
9 ANEXOS	95
9.1 ANEXO 1	95
9.2 ANEXO 2	97
9.3 ANEXO 3	98

1 INTRODUÇÃO

A graduação e a entrada no mercado de trabalho podem acarretar inseguranças e desafios. Neste período, o reflexo das escolhas realizadas, como rotina, trabalho, subsistência e as responsabilidades adquiridas influenciarão a qualidade de vida e a saúde mental do egresso.

Para além das questões que o jovem adulto precisa lidar para sua colocação no mundo, os jovens brasileiros de hoje têm desafios específicos desta época: a polarização política acirrada, a violência urbana, a dificuldade financeira, o desemprego, além das péssimas taxas de educação e o relativismo moral. De todos estes o relativismo moral é o mais danoso hoje em dia. Sem referência do que é certo e errado, bom e mau, a pessoa cresce desorientada e se torna facilmente manipulável e frustrada. Talvez, por isso estejamos nos deparando com tanta frequência notícias sobre universitários em sofrimento mental ou em situações de alienação.

Lamentavelmente, nos dias de hoje, os meios midiáticos relatam inúmeros casos de alunos com problemas psicológicos. Em virtude disso, estes podem desaparecer, numa tentativa de fuga à realidade na qual estão inseridos, tentando viver à deriva, como também atentam contra a própria vida, cometendo suicídio. Esses alunos fazem ingestão de álcool, drogas ilícitas e medicamentos de uso restritivo. Seria isso uma forma de esses alunos solicitarem um pedido dramático de ajuda?

Estudos revelaram que médicos veterinários apresentam altos níveis de ansiedade, depressão e ideação suicida. Ademais, índices proporcionais de mortalidade por suicídio de veterinários do Reino Unido eram cerca de duas vezes maiores, quando comparada a outras profissões de alto risco, como médicos, dentistas e farmacêuticos e quatro vezes maior do que a população em geral (Cardwell *et al.*, 2013).

Podem-se elencar fatores que contribuem para o aparecimento de transtornos mentais e comportamentos suicidas, como: necessidade de realizar eutanásia, aspectos gerenciais do trabalho, longas horas de trabalho, ausência de equilíbrio entre vida pessoal e trabalho e ainda relações com clientes de difícil trato. (Platt, *et al.*, 2012; Smyth, 2014).

No intuito de compreender a saúde mental dos residentes veterinários desta universidade, o presente trabalho propõe a rastrear transtornos mentais comuns entre os residentes do programa de residência integrada de medicina veterinária (PRI-MV) da Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais (EV-UFMG), no intuito de vislumbrar caminhos possíveis de melhorias para o bem-estar e saúde mental destes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Avaliar sintomas de transtornos mentais comuns nos residentes do PRI-MV.

2.2 Objetivos específicos:

- Avaliar da frequência de sintomas de transtornos mentais nos residentes da EV da UFMG, no decorrer do programa de residência;
- Estabelecer o perfil socioemocional do residente do PRI-MV;
- Avaliar do contato com proprietários como fator de risco para transtornos mentais comuns, medido por meio de informação sobre zoonoses.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Breve história do sofrimento psíquico

O sofrimento psíquico é o objeto de pesquisa da psicopatologia, a qual diz respeito a um quadro empírico e teórico em que os sintomas, comportamentos e experiências de pacientes psiquiátricos podem ser descritos, categorizados e classificados. Os transtornos psiquiátricos têm descrições desde o antigo Egito e Grécia, porém como clínica, e posteriormente ciência, a disciplina psiquiatria surgiu no final do século 19 e início do século 20. Antes disso, contava-se apenas com descrição e observação, mas a necessidade de categorizar e classificar os vários sintomas psíquicos foi o fator que permitiu o desenvolvimento da psicopatologia (Northff, 2016).

Na Grécia pré-socrática, o sofrimento psíquico era característica externa, inerente ao próprio ser humano, não acarretando como estigma e, não havendo tratamento, não se consolidava como doença. É importante ressaltar que o sofrimento psíquico era explicado por meio de uma interferência dos deuses, através da possessão, manipulação ou castigo. E a loucura, advinda de uma interferência transitória e caprichosa dos deuses sobre o pensamento e a ação dos seres humanos, levava estes a comportamentos nocivos ou bizarros. Mudado o humor da divindade, a loucura e seus efeitos desapareceriam (Pessotti, 1994).

Dada a importância de Sócrates, o pensamento Grego Antigo pode ser dividido em três períodos: pré-socrático, socrático e pós-socrático. A marca foi Sócrates. Antes dele, a explicação do ser humano estava no cosmos, mundo físico. No período socrático, a explicação do homem passou para o próprio homem. Sócrates (470-399 a.C.) desenvolveu um método de introspecção intitulado “maiêutica (multiplicação de perguntas), tendo como um de seus resultados a consciência da própria ignorância. Foi necessário conhecer-se a si mesmo para melhor compreender os conceitos abstratos como amor, bondade, convicção, entre outros (Balbinotti, 2005).

Platão (427-347 a.C.), discípulo de Sócrates e seu principal sucessor, nasceu em Atenas. Muito do que se sabe sobre Sócrates veio através dos diálogos escritos por Platão, o qual fundou uma escola de filosofia em Atenas. Salienta-se que a psicologia de Platão trouxe um conjunto de preocupações e indicações que foram retomadas por teorias psicológicas posteriores, todas da linha socrática.

Entretanto, na linha pré-socrática, o filósofo e médico, discípulo de Pitágoras, chamado Alcmeon, que viveu por volta de 500 – 450 a.C., foi quem colocou o cérebro como sede da razão, centro de sensações e cognição. Foi ele quem propôs a primeira doutrina

médica ocidental sobre a relação entre saúde e doença. Além disso, também trabalhou com potências opostas: úmido e seco, frio e quente, amargo e doce, os quais, quando misturados de forma equilibrada, no interior do corpo humano proporcionariam o estado de saúde. A enfermidade seria a perda desse equilíbrio. Suas propostas tiveram grande influência sobre Hipócrates (Castro e Landeira-Fernandez, 2011).

Hipócrates (460 a.C.), conhecido como “Pai da Medicina” e um dos principais médicos da Antiguidade, deu força e divulgação à teoria de Alcmeon. Atribui-se a ele a autoria da chamada “Coleção Hipocrática”. Nesta obra, o cérebro é apontado como a sede do julgamento, emoções, todas as atividades do intelecto, causa dos transtornos neurológicos, espasmos, convulsões e desordens da inteligência. Na questão de equilíbrios, o princípio Hipocrático se aproxima do proposto por Alcmeon sobre saúde e doença. A insanidade mental estaria associada a uma alteração do cérebro, a qual seria consequência de uma modificação das concentrações de flegma no organismo (Castro e Landeira-Fernandez, 2011).

Tanto Alcmeon quanto Hipócrates possuíam uma visão organicista do distúrbio, que influenciou a medicina nos séculos XVIII e XIX (Ceccarelli, 2005).

Galeno (129-217) foi um médico e filósofo grego. Foi admirador do trabalho de Platão, considerando faculdades da mente (ou alma) como divididas em três partes, assim como apontava Platão: os espíritos animais, originados no cérebro; os espíritos vitais, originados no coração; e os espíritos naturais, originados no fígado. Porém, Galeno também conheceu a obra de Hipócrates e revitalizou sua Teoria Humoral, ressaltando a importância dos quatro temperamentos, conforme o predomínio de um dos quatro humores: sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico. Ele entendia o comportamento das pessoas a partir do equilíbrio dos humores do ser humano. Como pertencente à linha pré-socrática, ele considerou a doença como o desarranjo humoral e, aprimorando a teoria platônica das três almas, apresentou uma concepção mais embasada da loucura (Castro e Landeira-Fernandez, 2011).

Nos séculos XV e XVI, as explicações religiosas perderam credibilidade ao passo que o estudo da medicina, fortemente influenciado pelas ideias de Galeno, passaram a considerar componentes psicológicas na loucura, fazendo surgir a noção de alienado, do louco. Desta forma, até o final do século XIX, não existia um saber sobre o sofrimento psíquico que acometia o ser humano de forma rigorosa. A preocupação era a doença e a sintomatologia em conhecer para classificar. (Ceccarelli, 2005)

Icônico, Philippe Pinel (1745-1826) foi o médico francês que modificou a visão da loucura, ao passar a tratar o louco como doente mental. Ele foi quem deu continuidade à

escola socrática, que passa naquele período a ser tratada como escola francesa. Ele foi o precursor da psiquiatria, cujo procedimento era o apego à observação para evitar possíveis distorções no conhecimento da alienação provocada pela nebulosidade da psicopatologia vigente. Ele publicou em 1801, início do século XIX, o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental (Ceccarelli, 2005).

De grande importância para a escola francesa de psiquiatria, e símbolo desta, o sucessor de Pinel, Esquirol (1772 - 1840) amplia os seus conceitos, sustentando que existem diversas formas de loucura, todas devendo ser compreendidas como distúrbios das funções racionais (Pessotti, 1994).

Um século depois, dando seguimento à linha pré-socrática, que passa a ser tratada como escola alemã, Emil Kraepelin (1856 - 1926), psiquiatra alemão, foi quem iniciou a psiquiatria moderna e genética psiquiátrica. Ele defendia que as doenças psiquiátricas são causadas por desordens genéticas e biológicas, sem perder a noção de que o ambiente e a educação também interferiam na saúde e doença. Ele criticava a psicanálise e o vínculo terapêutico dela. (Niemeyer, 2009).

Pertencente à escola francesa, Sigmund Freud, (1856-1939), médico vienense que no início de seus estudos foi apaixonado pela ciência positiva, afastou-se do universo da pesquisa dando preferência à clínica por questões financeiras. Em 1885, obteve uma bolsa para estudar em Paris, com Charcot, estudioso da Histeria. Correspondeu-se muito com Breuer, grande amigo e colega de medicina, que interessado em histeria, passou da fisiologia para a psicologia como muitos médicos da época. Freud orientou-se para a elaboração de uma obra teórica, enquanto Breuer continuou ligado aos conceitos de fisiologia vigentes na época. Por fim, Freud criou a psicanálise, método de psicoterapia, pautado na exploração do inconsciente, através da associação livre interpretada pelo analista. É dele a autoria da psicopatologia fundamental (Roudinesco e Plon, 1998).

Karl Theodor Jaspers, (1883-1969) psiquiatra alemão, era da linha francesa, professor de psicologia e amante da filosofia. Interessava-se em integrar o pensamento científico ao filosófico, uma vez que o exame crítico só seria oferecido pela filosofia. Ganhou notoriedade, utilizando-se da investigação e descrição dos fenômenos tal como a consciência os percebe, excluindo toda teorização sobre sua causa, método da fenomenologia. Criou a psicopatologia fenomenológica.

Uma terceira linha psicopatológica, advinda de teoria como as duas citadas anteriores, é a psicopatologia estrutural. Para a melhor compreensão dessa linha, usa-se de analogia a melodias. Um compositor compõe uma melodia de maneira que nenhum tom, na

melodia, pode ser trocado e substituído por outro sem alterar a melodia como um todo. A melodia não pode ser concebida como mera coleção ou adição de notas individuais, porque as notas são interligadas. A melodia nessa linha é uma forma particular ou estrutura que faz com que as notas, como o conteúdo, sejam interconectadas e interdependentes. O autor de destaque dessa linha é Minkowski que abordou, principalmente depressão e esquizofrenia em seus trabalhos principais. Foi ele que abordou acerca de uma desordem generativa "*Generateur Trouble*", que se refere a um sintoma fundamental, profundo, que os mantêm todos os outros significativamente interligados ou unidos. Ele associa o "gerador de problemas" à maneira como a pessoa se situa dentro do mundo, determinando como ela experimenta, subjetivamente aquele mesmo mundo, seu tempo e espaço em sua própria consciência, refletindo como a personalidade se situa, tanto em condições normais como patológicas em relação ao tempo e ao espaço vividos (Northoff, 2016).

As nosologias apresentadas pelos psiquiatras, no final do século XIX e no início do século XX, tiveram as vantagens de serem holísticas e centradas no indivíduo. Foram um importante ponto de partida para o desenvolvimento de uma linguagem diagnóstica para psiquiatras. Porém, com diferentes linguagens diagnósticas faladas, havia dificuldade de comunicação entre os psiquiatras, pois, com suas observações advindas de suas teorias da loucura, as semelhanças diagnósticas e as diferenças entre as nosologias acarretavam a impossibilidade de se obter taxas de prevalência de transtornos mentais (Sanders, 2011).

Em contraponto a essas três grandes linhas e nascida da observação de discrepâncias nas classificações diagnósticas, principalmente no Reino Unido e EUA, surge a psicopatologia operacional, com o objetivo de uma unidade dos sistemas diagnósticos com categorias diagnósticas com alta confiabilidade. Desta forma, foi desenvolvido, nos EUA, o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e, na Europa, o CID (*Código Internacional de Doenças*) a partir de sua sexta edição, em 1948. A introdução do DSM levou ao abandono da experiência subjetiva e fenomenológica totalmente à custa de sintomas comportamentais e avaliações objetivas confiáveis (Northoff, 2016).

Em 1917, anterior ao DSM, nos Estados Unidos, havia o Manual Estatístico para o Uso de Instituições para os Insanos (*American Medico-Psychological Association, 1918*), do Comitê de Estatística da *American Medico-Psychological Association*, mais tarde chamado de APA, que já era a tentativa de uniformização nosológica do campo neste país. Este manual foi reeditado até a 10ª edição em 1942, durante a Segunda Guerra, com a necessidade de se diagnosticar e tratar os soldados. Notou-se que apenas 10% dos casos cabiam na nomenclatura da época. Já se percebia também que a identificação precoce e tratamento de

doença mental, em contextos não institucionais, ajudariam a prevenir e aliviar problemas de saúde mental mais graves. Estressores ambientais foram reconhecidos como fatores de risco para a doença mental. Isso reacendeu o interesse pela psiquiatria, aumentou o otimismo no tratamento de transtornos mentais e despertou o interesse pela teoria psicanalítica. Atualizações do Manual Estatístico para o Uso de Instituições para os Insanos foram suspensas e o exército fez revisões extensivas à nomenclatura padrão. A mudança mais significativa deste Manual e o DSM, que o substituiu, foi a inserção de fatores de desenvolvimento, ambientais e relacionais. Esse manual oferecia uma classificação nova, em conformidade com o conhecimento científico e clínico mais recente, simples em estrutura e fácil de usar. Após a publicação do DSM, fez-se necessário coordená-lo com futuras edições do CID, tarefa árdua, uma vez que existe diferença nas orientações e finalidades destes. O CID é utilizado para fornecer a nomenclatura para as atividades clínicas, e o DSM para a classificação estatística. A sétima revisão do CID estava prevista para 1955, mas a seção de transtornos mentais do CID só foi atualizada em 1968 com o CID-8, que contou com a participação da OMS na seção de transtorno mental (Sanders, 2011).

De forma geral, a evolução de cada edição do DSM apresenta uma tendência interessante. A primeira edição, influenciada pelas circunstâncias da Segunda Guerra Mundial e a capacidade de tratar a doença mental, enfatizou a teoria psicanalítica e a causalidade implícita dentro de suas categorias diagnósticas. O DSM-II deu um passo em direção a uma orientação empírica e positivista, removendo suposições de causalidade, porém manteve sua orientação psicodinâmica. O DSM-III deu passos significativos em direção a uma orientação lógica positivista e empírica. A quantificação e a objetificação avançaram rapidamente, a construção teórica recuou e um esforço foi feito para avançar em uma direção empírica e quantitativa, em que o positivismo lógico e seus modos empíricos prevaleceram. O DSM-IV foi um manual muito semelhante ao DSM-III e enfatizou uma abordagem cujos critérios de diagnóstico eram ainda mais empíricos (Sanders, 2011).

A versão mais recente do DSM incluiu uma série de mudanças baseadas em evidências. Possuindo uma relevância para esta revisão, o sistema axial foi removido e os distúrbios foram reorganizados, sendo os distúrbios de externalização colocados ao lado de distúrbios de internalização. A nova estrutura reflete o reconhecimento da utilidade dos passivos subjacentes comuns (ou dimensões transdiagnósticas) na explicação das diferenças internas e entre as categorias diagnósticas. Isso está explicitamente documentado no prefácio do manual do DSM 5 (*American Psychiatric Association*, 2014).

A nova versão traz a compreensão de dimensões em que traços de inadaptação de personalidade se fundem, imperceptivelmente, na normalidade e entre si, tendo implicações diagnósticas importantes, já que surgem combinações infinitas de transtornos mentais. A nova versão do DSM admite que os classificadores enumerem os vários sintomas de um paciente, utilizando a noção de comorbidade. A abordagem do DSM-5 para os distúrbios mentais comuns só pode ser sustentada através da suposição de que fronteiras não existem. Isso é especialmente importante nos distúrbios mentais comuns, já que compartilham dos sintomas depressivos, ansiosos e somáticos. Dependendo da personalidade habitual do paciente, essas síndromes comuns podem apresentar sintomas obsessivos proeminentes, ansiedade de saúde ou até mesmo sintomas somáticos, sem características ansiosas proeminentes (Goldberg, 2015).

Para entender melhor como os diagnósticos múltiplos compartilham fatores de risco comuns e correlatos clínicos, técnicas de modelagem de variáveis latentes têm sido aplicadas aos dados de diagnóstico. O pressuposto implícito é que certos distúrbios são reflexos de algumas dimensões psicopatológicas básicas. Assim, os distúrbios que indicam uma dimensão latente particular são mais susceptíveis a estar estreitamente relacionados na apresentação clínica, probabilidade de coocorrência, variância compartilhada, etiologia e resposta ao tratamento. Portanto, os distúrbios estão fortemente relacionados uns aos outros em uma estrutura correlacional, que se manifesta simultaneamente e ao longo do tempo.

Internalizar reflete uma propensão para experimentar aflição de forma interna. A internalização deriva do papel que o "afeto negativo" (neuroticismo) desempenha em diversos transtornos, envolvendo distúrbios do humor e da ansiedade e pode ser conceituada como uma dimensão unitária, embora algumas pesquisas sugiram que ela se divida em subcomponentes significativos, em duas sub-dimensões de menor ordem: angústia/fobia e a ansiedade. As angústias/fobias se dividem em fobia social¹, agorafobia² e transtornos de pânico³. A ansiedade se divide em episódios de depressão, distímia⁴ e transtorno de ansiedade generalizada⁵. A externalização deriva da sua coerência dos traços de personalidade desinibidores em comportamentos antissociais e de consumo de substâncias aparentemente diversos. É o afeto negativo que aumenta o risco de internalizar ou externalizar, fornecendo assim a base psicológica para o fator geral que liga esses espectros. Chamando de "fator p",

¹ Medo de exposição social, de se sentir observado.

² Medo de multidão, de não conseguir sair de lugar cheio de pessoas.

³ Ansiedade intensa em situações inesperadas.

⁴ Caracteriza-se por forte negatividade, mal humor, falta de prazer nas atividades diárias.

⁵ Ansiedade e preocupação persistente, excessiva e sem motivo real.

ele é um fator geral - análogo ao fator g da inteligência geral - que resume a propensão dos indivíduos a desenvolver qualquer e todas as formas de psicopatologias comuns (Carragher, *et al.*, 2015).

A abordagem do espectro dimensional oferece uma série de benefícios, considerando sobretudo algumas questões que incluem a utilidade prática e a viabilidade.

Tendo em vista que o sistema categórico foi nossa base de conhecimento por mais de 30 anos, a mudança para um sistema, precisamente dimensional traria diversos problemas de ordem prática como: interromper as atividades de uma série de profissionais inaptos à nova versão, criar necessidade de revisão de instrumentos de avaliação, dificultar a manutenção de registros médicos, estatísticos, além de dificultar a comunicação. Por essa razão, a atual versão do DSM se utiliza da abordagem híbrida, buscando superar as limitações inerentes ao próprio método, ao mesmo tempo que se obtém um equilíbrio entre a inclusão de novos componentes, urgentemente solicitados pelo campo: a base científica das dimensões. Ao preservar a continuidade com o sistema anterior e usar um formato intuitivo e de fácil utilização, a abordagem híbrida foi adotada, tornando-se a atual maneira mundial de se avaliar sofrimento psíquico (*American Psychiatric Association*, 2014).

A epidemiologia psiquiátrica, como disciplina internacional, só ocorreu no pós-guerra, e diversos fatores mundiais entremearam esta história. No preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, assinado em 1946, a definição de saúde consistiu em um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, englobando saúde mental. A saúde mental nesta época para a OMS era a capacidade do indivíduo de "formar relações harmoniosas com os outros" e de canalizar a agressão. Definição bem diferente das noções anteriores e posteriores de saúde mental, que se concentravam no bem-estar individual, capacidade de autorrealização, autoestima e resiliência. Era clara a referência velada à aceitação civil da ocupação e atrocidades na Segunda Guerra Mundial. Isso porque adaptar-se a qualquer ambiente não é um sinal de saúde mental. A resposta saudável é tentar mudar esse ambiente. Por isso, a definição do Comitê não permitiu a inferência da psicopatologia de saúde mental. A perspectiva expressa na OMS e conhecida pelas ciências humanas estava longe de ser universalmente aceita entre psiquiatras fora da Organização. Este movimento de incluir a saúde mental e omitir a doença mental pode ser rastreado pela influência pessoal de um psiquiatra militar, Brock Chisholm, o primeiro Diretor-Geral da OMS. Este, chocado com a capacidade de "destruir a raça" e convencido de que as causas das guerras residem na neurose coletiva, baseado no ambiente de higiene mental, via a saúde mental como bem-estar na ausência de comportamento neurótico.

Em 1948, no congresso de pós-guerra do ICMH (Congresso Internacional para a Higiene Mental), observando a inclusão de saúde mental, na constituição da OMS, houve a declaração da missão de promover a saúde mental em todo o mundo e aplicar o conhecimento sobre saúde mental à paz mundial. Em 1949, a OMS estabeleceu uma Seção de Saúde Mental, que se reuniu no ano seguinte, 1950. O Comitê de Especialistas em Saúde Mental da OMS (doravante denominado o Comitê), criado para auxiliar e assessorar o desenvolvimento do programa de saúde mental da OMS, reuniu psiquiatras norte-americanos e europeus, que tinham a etiologia e o tratamento dos transtornos psiquiátricos como principal objetivo de pesquisa. Alguns grupos de trabalho de longo prazo equipararam problemas de saúde mental com epidemias de doenças somáticas e males sociais com causas mentais ou emocionais. (Lovell, 2014).

Lovell (2014) ainda destaca a dificuldade de transpor os métodos utilizados no estudo das doenças transmissíveis aos transtornos mentais a falta de conhecimento em morbidades psiquiátricas mundiais. Outro grande obstáculo vinha da perspectiva higienista, uma vez que tentavam projetar a imagem da sociedade como comunidade terapêutica no pós-guerra, em que cada indivíduo ou grupo, seria submetido a intervenções de higiene pública baseadas no conhecimento das relações intergrupais, de acordo com a agenda pacifista. Somente, a partir de 1957, a OMS mudou o foco da noção idealista de saúde mental para um programa de pesquisa sobre doença mental, de sintomas e bem-estar positivo a entidades patológicas discretas, retornando à direção dos psiquiatras. Antes dessa data, no Reino Unido e nos EUA, os métodos epidemiológicos em psiquiatria ainda estavam se desenvolvendo. O *Medical Research Council* (MRC) ainda não possuía um programa de epidemiologia de transtornos mentais, mesmo existindo psiquiatras e pesquisadores desenvolvendo pesquisas em saúde mental. Foi em 1964 que esse corpo de pesquisa diversificada ficou suficientemente extenso para finalmente justificar a demarcação dos limites de uma disciplina, ensejando o nascimento da epidemiologia psiquiátrica (Lovell, 2014).

É importante destacar que a epidemiologia psiquiátrica, embora seja, atualmente, uma disciplina estabelecida, é afetada por limitações da epidemiologia geral e enigmas teóricos da psiquiatria moderna. Assim como na epidemiologia geral, existe uma certa divisão entre uma abordagem mais social e outra mais médica. Desacordos sobre como usar a inferência lógica e integrar vários níveis de causalidade atravessam muitas subespecialidades epidemiológicas além da epidemiologia psiquiátrica, com o agravante de que, na epidemiologia psiquiátrica, as causas biológicas ainda são maciçamente desconhecidas (Demazeux, 2014).

A linguagem da psiquiatria, hoje em dia, e os conceitos derivados do campo da saúde mental são, cada vez mais, utilizados na sociedade para apresentar e analisar problemas sociais e individuais, desde crises econômicas a atos individuais de violência. A saúde mental passou a ocupar um lugar central na saúde global (Lovell e Susser, 2014).

3.2 Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Os transtornos mentais começaram a ser reconhecidos como um sério problema de saúde pública a partir de 1996, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade (DALY – incapacidade ajustada por anos de vida) e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, YLD). Nesse estudo, das 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas a transtornos mentais: depressão, 13%; a ingestão de álcool, 7,1%; distúrbios afetivos bipolares, 3,3%; esquizofrenia, 4%; e distúrbios obsessivo-compulsivos, 2,8% (Lopez e Murray, 1998).

Como parte de uma pesquisa de saúde mental de caráter global, também da Organização Mundial da Saúde, a WMHS (*World Mental Health Survey*), uma meta-análise, feita por Steel *et al* (2014), encontrou a estimativa de transtorno mental comum de 21%. Mulheres tiveram maiores taxas de prevalência nos transtornos de humor e ansiedade, e os homens tiveram taxas de prevalência mais elevada para distúrbios substância. Neste trabalho também foi encontrado o mesmo padrão das diferenças de gênero em países de alta e baixa renda.

Também parte da WMHS, Cardoso *et al.*, (2017) encontraram, em Portugal, uma prevalência de 21,8% de transtornos mentais comuns.

Os TMC constituem morbidade psíquica de significativa prevalência nas sociedades modernas, afetando pessoas de diferentes faixas etárias e, concomitantemente, causando sofrimento tanto para o indivíduo como para a família e comunidade. Segundo Santos e Siqueira, 2010 e Rocha *et al*, 2010, os transtornos mentais corresponderam a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde foram investidos em ações para a saúde mental. Em virtude disso, produziu-se um abismo entre a demanda e a oferta dos serviços em saúde mental. Em decorrência desse descompasso, apenas parte dos casos existentes foi identificada e tratada, elevando os custos sociais e econômicos desses agravos. Vale ressaltar que a maioria dos transtornos mentais tratável e evitável, havendo um investimento na prevenção e promoção da saúde mental, reduziria as

incapacidades e óbitos resultantes desses transtornos (Santos e Siqueira, 2010; Rocha *et al.*, 2010).

Dentre os adultos dos países da América Latina, o Brasil apresenta a maior prevalência de transtornos mentais, com índices elevados para os transtornos de ansiedade, de humor e de abuso de substâncias (Santos e Siqueira, 2010).

Santos e Siqueira (2010) realizaram uma revisão sistemática que propôs verificar os índices de prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira, entre 1997 a 2009, de 25 artigos. Como resultado, encontraram a prevalência geral de transtornos mentais, variando entre 20% e 56%, acometendo, principalmente mulheres e trabalhadores. As mulheres são mais afetadas pelos transtornos de ansiedade, de humor e os somatoformes, enquanto, nos homens, há prevalência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A explicação comum está associada a fatores hormonais e psicológicos. Geralmente, as mulheres têm uma maior facilidade de identificar os sintomas, admitindo-os e, ao mesmo tempo, buscam ajuda, ao passo que os homens tendem a buscar, nas substâncias psicoativas, o alívio para seu sofrimento ou angústia. A rotina de trabalho, a demanda, a exigência, o controle, o processo de trabalho e as condições ambientais também foram associados ao aparecimento desses distúrbios.

Carragher *et al.*, (2015), em uma revisão sistemática, destacaram as implicações das abordagens transdiagnósticas para a classificação do transtorno mental. A comorbidade extensiva entre distúrbios supostamente distintos desafiou a visão de que os distúrbios são entidades distintas. Os padrões de comorbidade são considerados como reflexo da estrutura subjacente da psicopatologia. A organização da personalidade implica risco de determinada psicopatologia de forma coerente e psicologicamente significativa. Na última década, foram realizadas extensas investigações estruturais para elucidar a classificação natural dos transtornos mentais, e o modelo atual acumula suporte robusto e independente, demonstrando a invariância entre culturas, gênero, etnia, idade, orientação sexual e tempo: o modelo internalização-externalização. Derivada dos traços de personalidades desinibitórias e formatando os comportamentos antissociais e de uso de substâncias tem-se a externalização. Já a internalização deriva dos traços de personalidade inibitória, coerentes com o efeito negativo (neuroticismo) em diversos distúrbios que envolvem transtornos de humor e ansiedade. As observações de que os distúrbios e espectros de internalização-externalização estão substancialmente correlacionados resultaram na hipótese de que exista uma meta-estrutura que abranja um fator geral, uma dimensão chamada de "fator p", análogo ao fator g da inteligência geral, que resume a propensão dos indivíduos a desenvolver todas e quaisquer

formas de transtornos mentais comuns.

Best (2016b), em artigo sobre a fadiga da compaixão, em revista especializada para médicos veterinários, definiu alguns transtornos mentais comuns de forma simples e muito compreensíveis a pessoas que não sejam da área de saúde mental. Este autor definiu depressão como um sentimento de mau humor, diminuição do interesse geral e diminuição da alegria, durando mais de duas semanas e envolvendo sintomas adicionais como alterações nos hábitos de sono e alimentares, níveis de energia, capacidade de foco e percepção de si. Destaca os seguintes sinais de depressão: humor triste a maior parte do dia e quase todos os dias; a diminuição do prazer e/ou interesse em atividades que costumavam ser agradáveis; alteração na aparência ou peso; dormir mais ou menos do que o habitual; sentimentos de movimentação lenta ou agitação; baixos níveis de energia, sentimentos crônicos de exaustão; sentimentos inapropriados de culpa e inutilidade; problemas de concentração e/ou tomada de decisão; pensamentos repetitivos de morte (pensamentos suicidas).

Já a ansiedade, Best (2016b) afirma que é uma emoção que experimentamos no dia a dia, podendo ser vista como uma extensão da preocupação. Saber onde fica a linha entre a ansiedade e a desordem de ansiedade não é tarefa fácil. Embora seja difícil, pode-se pensar no transtorno de ansiedade, quando a magnitude da emoção interfere na vida cotidiana. É importante destacar também que o transtorno de ansiedade e a depressão são frequentemente experimentados juntos. São considerados sinais de transtornos de ansiedade: redução da atenção e dificuldade de concentração, sentimentos de medo, hesitação, sensação de coisas ruins por vir ou perigo, sentimentos de desapego de si mesmo, preocupação por inadequação, frequência cardíaca e/ou respiração rápida, tremores, tonturas e sudorese.

Coutinho *et al* (2014) afirmam que cerca de 90% das pessoas com problemas de saúde mental apresentam manifestações de depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas. O termo “transtorno mental comum” (TMC) tem sido utilizado para designar situações de saúde em que o indivíduo apresenta sintomas de depressão e/ou ansiedade em intensidade suficiente para interferir em suas atividades diárias, sem que necessariamente sejam preenchidos os critérios formais para esses diagnósticos, segundo as classificações formais atuais, como o DSM-IV e CID-10. Os TMC são mais prevalentes entre mulheres e pessoas com piores condições socioeconômicas. Alguns dos transtornos mentais comuns, os transtornos somatoformes, ansiedade e depressão, podem ser vistos como uma síndrome unitária, por terem comorbidades entre elas.

Segundo Kohlmann *et al* (2016), uma vez que os conceitos teóricos e os critérios

diagnósticos das desordens depressivas e a maioria dos transtornos de ansiedade incluem sintomas somáticos (falta de energia, sensação de aperto no coração, falta de ar), a sobreposição da síndrome única chamada de Síndrome de ansiedade/depressão ou SAD está definida. Como as síndromes somáticas, ansiosas e depressivas não estão separadas ocorrem de forma concomitante na população em geral: quase dois terços dos indivíduos com síndromes experimentam apenas uma síndrome; porém um terço é afetado por dois ou mais desses transtornos.

Santos *et al.* (2016) afirmam que os transtornos mentais comuns, TMC, são um grupo de sintomas não convencionais, sem classificação clínica formal, relacionada a fatores de contexto psicossocial, ocupacional e social. Esses transtornos englobam sintomas não psicóticos, caracterizados por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que podem coexistir na presença de outras comorbidades e de um estado de vulnerabilidade transitória emocional, com características incapacitantes. Características do processo de trabalho como instabilidade e desinteresse no trabalho, baixos salários, ganhos por produtividade e trabalho árduo desencadeiam um conjunto de sinais e sintomas que correspondem, principalmente ao TMC, revelando sensação de tristeza, capacidade reduzida de atividades diárias e diminuição da concentração e tomada de decisão.

Em uma pesquisa, que buscava examinar a somatização como fator de risco para o aparecimento de distúrbios depressivos e de ansiedade, Dijkstra-Kersten *et al.* (2015) analisaram dados de quatro anos de um estudo holandês sobre depressão e ansiedade (NESDA). O resultado consistiu que a somatização é um fator de risco para a incidência de depressão e ansiedade. Sendo assim, as pessoas com tais sintomas podem representar um grupo-alvo para prevenção de distúrbios depressivos e de ansiedade.

Kohlmann *et al.* (2016) fizeram uma pesquisa nacional com a população alemã e concluíram que a SAD é frequente na população em geral e, mais ainda, em populações de cuidados primários. A prevalência das síndromes, na população geral encontrada nesta pesquisa, é 9,4%.

Coutinho *et al.* (2014), em um estudo populacional chamado do São Paulo *Ageing & Health Study*, na cidade de São Paulo/SP, utilizaram o questionário SRQ-20 com nota corte 5 e encontraram a prevalência de 43,1% para a população. Segundo os autores, mulheres e indivíduos mais velhos tinham mais chance de apresentarem TMC. O estado civil não apresentou associação com TMC, embora ter ocupação estivesse associado com menor TMC. Estratificado por idade e sexo, pessoas com menos de 40 anos tinham prevalência de 46,5%, mulheres 52,4% e homens 26,6%.

Rocha *et al.* (2010) realizaram um estudo transversal com o objetivo de descrever a prevalência de transtornos mentais comuns em moradores de áreas urbanas de Feira de Santana/BA, através do questionário SRQ-20, com a nota de corte 7. A prevalência encontrada foi de 29,9% de TMC. A análise dos dados revelou que sexo feminino, além de renda e escolaridade mais baixas, os hábitos de vida e as condições clínicas estavam associados a maior prevalência de TMC.

Mattos *et al.* (2017) realizaram um estudo transversal, cujo objetivo era analisar a interação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de transtornos mentais comuns através do SRQ-20, com nota corte 7, com uma amostra representativa de trabalhadores do setor primário de saúde em alguns municípios do estado da Bahia, Brasil. Estes autores encontraram uma prevalência de transtornos mentais comuns de 21%. O grupo de exposição, combinada à alta demanda e baixo apoio social, mostrou maior magnitude, atingindo 28%, quando comparado aos 17% na situação de não exposição (baixa demanda e alto suporte social).

Jansen *et al.* (2011), também se utilizando do SRQ-20 com nota corte 7, na cidade de Pelotas/RS, Brasil, encontraram 24,5% de prevalência de TMC. Ser mulher, pertencer à faixa de baixa classe econômica, não estar estudando ou trabalhando foram fatores de risco para TMC encontrados neste trabalho.

Mattos *et al.* (2017) afirmaram que os distúrbios mentais relacionados ao trabalho atingem uma parte significativa da população trabalhadora brasileira, sendo responsáveis pelo terceiro lugar no ranking relacionado à concessão de benefícios de doença. Os transtornos mentais comuns de alta ocorrência entre os profissionais de saúde foram observados como um fator associado ao presenteísmo (baixa produtividade), ao absenteísmo (faltas, atrasos e saídas) e às incapacidades. Esses autores, com o objetivo de analisar a interação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de transtornos mentais comuns entre os profissionais de saúde, através de um estudo transversal com trabalhadores do setor primário de saúde de alguns municípios do estado da Bahia, utilizaram o SRQ-20 com nota corte de 7. Mattos *et al.* concluíram que pouco controle, altas demandas psicológicas, relações sociais conflitantes no trabalho e isolamento social constituem fatores de risco para a doença mental e ainda identificaram uma prevalência de 21% de transtornos mentais comuns.

Neves e Pinheiro (2012) realizaram um estudo transversal entre os membros da Sociedade de Anestesiologia de Minas Gerais, utilizando o SRQ-20 com nota de corte 7. Foi encontrada a prevalência de 28,4% de TMC entre os residentes. Os autores afirmam que a sobrecarga de trabalho é o grande gerador de adoecimento .

Knuth *et al.* (2015) realizaram uma pesquisa, na cidade de Pelotas/RS, com o objetivo de verificar a prevalência de TMC em Agentes Comunitários de Saúde e trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde da cidade em questão, através do questionário SRQ-20, com a nota corte 8. A prevalência encontrada de TMC foi de 25,2%.

De Quadros *et al.* (2015), utilizando amostragem de Pelotas/RS, verificou a prevalência de TMC de 24,3% na amostra, tendo diferença significativa entre o sexo dos participantes. Mulheres tinham prevalência de 27,1% e homens de 21,3%. O instrumento utilizado foi o SRQ-20 com a nota de corte de 8.

Moraes *et al.* (2017), em pesquisa sobre transtornos mentais comuns no Brasil, com adultos em Florianópolis/SC, encontrou 14,7% da população com TMC. O instrumento utilizado foi o SRQ-20, com a nota de corte de 8. Mulheres apresentaram uma prevalência muito maior do que homens (20,5% e 7,4% respectivamente).

Hersi *et al.* (2017) definem saúde mental como o desempenho bem-sucedido das funções mentais em termos de pensamento, humor e comportamento que resulta em atividades produtivas, cumprindo as relações com os outros e a capacidade de se adaptar, mudar e lidar com a adversidade. Estes autores afirmam que os estudantes universitários representam uma população com preocupações, encargos e preocupações específicas. As experiências dos alunos, embora, muitas vezes, emocionantes, revigorantes e capacitadoras, também podem ser estressantes, desencadeando transtornos, sendo uma população com prevalência de distúrbios mentais superior à população geral. Os referidos autores realizaram um estudo transversal, de base institucional com alunos de uma universidade da Somalilândia, estado independente da Somália. Para devidas constatações, o SRQ-20, com nota-corte 11, foi utilizado como instrumento, encontrando a prevalência de 19,8%. Diante disso, averiguou-se que mulheres tinham 3,5 vezes mais chances de ter TMC em relação aos homens. Outra predominância é a renda mensal mais baixa e baixa satisfação na relação com a família e os amigos também aumentaram a chance de TMC. Esses autores concluíram que uma proporção significativa dos alunos da Universidade de Hargeisa tem TMC, podendo prejudicar o desempenho acadêmico e interpessoal desses alunos.

Assunção *et al.* (2013), em estudo realizado com médicos que trabalham com saúde pública, em Belo Horizonte/MG, através do SRQ-20 com nota-corte 6 para homens e 8 para mulheres, encontraram que 24% dos médicos tinham transtornos mentais comuns.

Silva *et al.* (2014) realizaram um estudo transversal que buscou estimar a prevalência de sofrimento psíquico, entre estudantes de medicina em uma faculdade no Sudeste do Brasil,

através do questionário SRQ-20, com nota corte 6 para homens e 8 para mulheres, encontrando uma prevalência de 44,9% de TMC.

Anselmi (2008) realizou um estudo transversal aninhado à população de Pelotas/RS através de entrevistas domiciliares com o objetivo de estimar a prevalência de transtornos mentais comuns, por meio do SRQ-20 com nota-corte 8 para mulheres e 6 para homens. Como resultado foi encontrada a prevalência de transtornos mentais comuns na população geral de 28,0%: 32,8% entre mulher e 23,5% entre homens.

Braga *et al.* (2010) ressaltam que os transtornos mentais comuns são uma expressão utilizada para designar sintomas que demonstrem ruptura do funcionamento normal do indivíduo, mas não configuram categoria nosológica de forma clara, não sendo possível localizar nem na décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10), nem no Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana. Entretanto, os transtornos mentais comuns constituem problema de saúde pública e apresentam impactos econômicos relevantes em função das demandas geradas aos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho. Esses autores realizaram um estudo transversal e descritivo que, dentre outras, questões explorava a prevalência de TMC em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu/SP. Utilizando-se do SRQ-20, com a nota-corte de 6 para homens e 8 para mulheres, constatou-se que 42,6% dos trabalhadores apresentavam TMC. Não foram observadas associações entre ocorrência destes transtornos e fatores sociodemográficos como gênero, idade, escolaridade, situação conjugal, naturalidade e existência de dependentes diretos do trabalhador. Trabalhadores em atividades, que exigem nível médio de escolaridade, apresentaram 46,5% de TMC, enquanto aqueles, com exigência de escolaridade superior, apresentaram 34,1% de TMC.

Borges *et al.* (2016) realizaram um estudo transversal em São Paulo/Brasil, investigando os fatores associados à incidência de TMC em pacientes em utilização de serviço de atenção primária de saúde, usando o SRQ-20 com nota-corte 8 para mulheres e 6 para homens. Como resultado, constatou-se que 41,4% dos pacientes atingiram os escores de corte para TMC, e a presença de TMC foi associada ao sexo feminino, menor escolaridade e a não estar casado formal ou informalmente. Mulheres tiveram quase o dobro da chance de serem positivas para TMC.

Costa *et al.* (2014) declara que medicina, odontologia e enfermagem são tradicionalmente reconhecidas como cursos intensos com o último ano da graduação pior para o esgotamento emocional. Essa declaração foi resultado de uma pesquisa, utilizando o SRQ-20 com nota-corte 6 para homens e 8 para mulheres como casos prováveis, com estudantes

desses cursos regularmente matriculados nos últimos três semestres da faculdade. Foram encontrados 33,7% dos estudantes com TMC com diferença entre mulheres (43,5%) e homens (17,2%). A maior prevalência de TMC para mulheres coincide com a literatura que assegura que estas têm maior prevalência de transtornos mentais, e que o TMC é o terceiro problema de saúde entre as mulheres nos países desenvolvidos e o primeiro em países não desenvolvidos. Os cursos não apresentaram diferenças estatísticas na prevalência de TMC.

Costa *et al.* (2010) realizaram um estudo transversal de prevalência de transtornos mentais comuns, realizado com os estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe, através do questionário SRQ-20 com a nota-corte de 6 para homens e 8 para mulheres. A prevalência de transtorno mental comum geral foi de 40% . Os médicos, que estavam na residência, tiveram uma prevalência de 54% de TMC, muito superior aos do primeiro semestre do curso, com 12,5% de TMC. Não houve diferença entre os sexos, com homens apresentando prevalência de 42,2% de TMC e mulheres 42,8%.

Ruitenbug *et al* (2012) fizeram um estudo na Holanda que visava determinar a prevalência de depressão, ansiedade, estafa profissional e *burnout*. O proposto estudo concluiu que 24% dos alunos foram acometidos por ansiedade, 29% deles com depressão e 15% com transtorno de estresse pós-traumático. Entre médicos, em relação à estresse pós-traumático, as mulheres apresentaram 20%, duas vezes mais do que os homens, que atingiram 9%. Médicos residentes com estafa profissional relataram mais erros do que os que não citaram esta síndrome. Os autores afirmaram também que o sofrimento mental infere na interação do médico com seus colegas e pacientes.

Faro (2013) conceitua estresse como uma ameaça real ou imaginada, com repercussão biológica, que provoca sensações de mal-estar, sofrimento e/ou desconforto transitório ou persistente. Este autor realizou uma pesquisa com o objetivo de identificar os principais estressores da pós-graduação, segundo mestrandos e doutorandos no Brasil, através de questionários validados com estudantes das cinco regiões do país. Os resultados encontrados foram a ausência de tempo tanto para estudo como para a vida particular, as incertezas quanto à futura inserção profissional e a exigência atual de publicação. Estes estressores, além de impactar negativamente a saúde, prejudica o desempenho do estudante e pode levar ao desestímulo em relação à carreira acadêmica.

3.3 A Residência e os transtornos mentais

Os alunos que participam da residência estão dispostos a aperfeiçoar seus

conhecimentos e técnicas na área escolhida. Concomitantemente a isso, precisam também lidar com a administração da responsabilidade profissional, tratamento de pacientes graves, privação do sono, fadiga, excesso de trabalho, problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional, características individuais como sexo e vulnerabilidades psicológicas também podem se relacionar ao desgaste do residente (Cahú *et al*, 2014).

Nogueira-Martins (2006) define a residência médica como ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço. Funciona em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação profissional. Durante o treinamento, o residente construirá as bases da sua identidade profissional, apoiado no desenvolvimento do clássico tripé psicopedagógico: conhecimentos, habilidades e atitudes.

Já os programas de residência em área multiprofissional da saúde, instituídos a partir de 2005, são uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, dirigido a profissionais da área da saúde não médicos, atuando na educação em serviço de saúde. A carga horária instituída é de 60 (sessenta) horas semanais, com duração mínima de 02 (dois) anos. Essa residência acontece sob orientação de princípios e diretrizes do SUS, possibilitando mudanças no modelo tecno-assistencial, considerando as necessidades e realidades locais e regionais. Esses programas não só visam a um modelo de atenção integral, como também o desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde, constituindo um processo de educação permanente em saúde (Cahú *et al*, 2014).

Pode-se ressaltar a existência da frustração e o estresse durante o curso de graduação, mesmo levando em consideração que este aluno desfruta de uma certa proteção para situações consideradas estressantes. Na residência, essa proteção tende a desaparecer, uma vez que passa a ser cobrado mais autonomia e responsabilidade do residente, o que ocasiona intensa mobilização emocional que pode resultar em grande estresse, depressão ou desajustamentos com a especialidade escolhida (Marcolino *et al*, 2004).

Aach *et al*. (1988), em um dos artigos iniciais sobre os médicos residentes, listam quatro estágios cronológicos, em relação à sua formação:

1. A fase inicial de expectativas e emoções à medida que o ano começa, na espera de desafios para ser um médico.
2. A segunda fase surge, quando o residente começa a reconhecer suas limitações. Pode surgir depressão, particularmente se o residente estiver sobrecarregado, privado de sono, sem ser apoiado ou encorajado.

3. Na terceira fase, os residentes entram em um período silencioso e tedioso, com as atividades estáveis e não desejáveis. Seguida a essa fase de tédio pode, ou não, ocorrer uma segunda fase de depressão. A rotina torna-se intolerável e o trabalho parece infinito.
4. Na quarta e última fases, o residente começa a reconhecer as realizações. Sente-se mais entusiasmado e seguro de suas funções.

Esses mesmos autores, que criaram os estágios da atividade do residente, classificaram o estresse na Residência Médica em três categorias:

1. Estresse profissional: é o estresse associado aos processos de profissionalização e desenvolvimento do papel do médico na sociedade, o que inclui administrar o peso da responsabilidade profissional, lidar com pacientes difíceis e situações problemáticas geradas por esses pacientes, supervisionar estudantes e residentes mais jovens, gerenciar o crescente volume de conhecimento e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional.
2. Estresse situacional: é o estresse decorrente de certas características do treinamento, como privação do sono, fadiga, excessiva carga assistencial, muitos pacientes difíceis, excesso de trabalho administrativo, corpo auxiliar insuficiente e problemas relativos à qualidade
3. Estresse pessoal: é o estresse que está vinculado a características individuais e situações pessoais, como sexo, características de personalidade, vulnerabilidades psicológicas (por exemplo, maior ou menor suscetibilidade à privação do sono, maior ou menor dificuldade em lidar com situações emergenciais e com determinados tipos de pacientes), situação socioeconômica, problemas familiares e eventos de vida.

Lourenção *et al.* (2010) fizeram um estudo de revisão bibliográfica sobre a saúde e a qualidade de vida dos médicos residentes e observaram elevados índices de problemas de saúde, como depressão, raiva e retraimento emocional acarretando prejuízo no atendimento prestado ao usuário do serviço. Estes autores julgam necessário algumas alterações nas normas da residência, para melhoria da qualidade de vida pessoal e condições de trabalho e aprendizado.

Nogueira-Martins (2006) destacou como aspectos positivos da residência: sentir-se confiante e competente em relação às responsabilidades profissionais, o desenvolvimento de um espírito de amizade e colaboração com os colegas e a sensação de ser capaz de tomar decisões quanto ao tratamento dos pacientes. Lourenção *et al.* (2010) também trouxeram

aspectos positivos ao afirmar que a residência médica é uma experiência enriquecedora que propicia o desenvolvimento profissional e pessoal dos médicos recém graduados.

Em um estudo transversal, quantitativo descritivo, Cahú *et al* (2014), com o objetivo de avaliar o estresse e a qualidade de vida em residentes de dois programas multiprofissionais da Universidade de Pernambuco/Brasil, utilizaram questionários validados e nestes encontraram 77,8% dos entrevistados que apresentaram indicativos de estresse. Destes, 60% estão na fase de resistência, caracterizada pela sobrecarga de energia empregada pelo organismo para recuperar o equilíbrio interno perdido.

Cellini *et al* (2017) buscaram descrever a prevalência de ansiedade e depressão nos residentes pediátricos no estado de Nova York, Estados Unidos, através do preenchimento de questionários *online*. De acordo com os autores, a etiologia da depressão nos residentes é multifatorial: altos níveis de responsabilidade, longas horas de trabalho, desequilíbrio entre vida profissional e pessoal, ambientes de trabalho hostis, falta de suporte psicológico e preocupações financeiras. Os próprios residentes identificam como fontes de estresse e ansiedade os desafios para a autoestima e confiança, medo de não atuar com competência, falta de conhecimento e habilidades clínicas e as pesadas responsabilidades do atendimento ao paciente e da tomada de decisões. Esses autores também destacaram que baixo nível de bem-estar tem sido associado a mais conflitos com colegas e pacientes, menor eficiência, menor foco no trabalho e insatisfação com a escolha da carreira, que podem levar a erros médicos. Além disso, concluíram que os residentes, frequentemente, experimentam sintomas de transtornos mentais, alguns destes sendo prejudicados pelos sintomas desses transtornos, e poucos conhecendo ou usando serviços de suporte emocional. Horários inflexíveis, culpa a respeito da sobrecarga aos colegas, medo de violação de confidencialidade e dificuldade em identificar serviços são os obstáculos que impedem a busca por ajuda. Como alternativas de saúde, os autores sugeriram abordar essas preocupações, reconhecendo a prevalência e a gravidade do estresse e da depressão, identificando e minimizando as fontes de estresse no ambiente de aprendizagem e capacitando tanto os professores como os residentes a reconhecer e abordar os sintomas de transtornos mentais em seus colegas. As instituições, também, podem garantir que os serviços de aconselhamento sejam divulgados, facilmente acessíveis, disponíveis e confidenciais.

Da Silva *et al* (2014), realizaram um estudo com o objetivo de realizar associação entre estresse e *hardiness*, personalidade mais resistente ao estresse. Os estudos foram realizados com residentes multiprofissionais de uma Universidade pública do Rio Grande do Sul, na perspectiva analítica, transversal e quantitativa. Como resultado, observou-se que

48,65% dos residentes apresentam alto estresse. Houve correlação significativa e negativa entre *hardiness* e a intensidade de estresse, o que permitiu a conclusão de que indivíduos com personalidade resistente apresentaram menor intensidade de estresse. Em virtude disso, os autores sugeriram a elaboração de estratégias de promoção de personalidade resistente visto os benefícios à saúde do residente.

Asaiag *et al* (2010), ao avaliarem a sonolência diurna, a qualidade de vida e a fadiga profissional em médicos residentes, também perceberam que a residência afeta em maior ou menor grau a saúde física e mental destes profissionais. Os autores afirmam que embora a privação do sono seja vista como dedicação à profissão médica e, em curto prazo, parece aumentar a produtividade tanto nos estudos como no atendimento, a longo prazo, provoca queda da produtividade, a deterioração mental, psicológica e física, com diminuição da capacidade de raciocínio, de retenção de informações, de resolução de problemas e de interpretação de exames. Os residentes reconhecem que sua qualidade de vida é pior na residência médica do que na sua vida em geral. Além disso, a carga horária semanal é diretamente proporcional à presença de sonolência diurna. Os residentes analisados apresentam estresse profissional com alto nível de exaustão emocional e moderado nível de realização pessoal.

3.4 A ideação suicida como risco para os veterinários

Schlösser *et al* (2014), em um estudo sobre o comportamento suicida, destacaram que o suicídio é um grave problema de saúde pública. O suicídio está entre as dez principais causas de morte na população mundial de todas as faixas etárias, ocupando o terceiro lugar no grupo com idade entre 15 e 34 anos. Nos últimos anos, tal fenômeno tem sofrido um incremento significativo, principalmente nas populações juvenis. Enquanto entre as mulheres as taxas são mais altas em planejamento e tentativa de suicídio, no sexo masculino as maiores taxas são de suicídio consumado. Esses autores afirmam que diversas pesquisas destacam fatores de risco para condutas suicidas: consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, transtornos mentais graves, impulsividade, isolamento social; perdas afetivas, problemas familiares, vínculos familiares e sociais fracos, rompimento de relações interpessoais significativas, abuso na infância, histórico familiar de suicídio, enfermidades terminais, problemas financeiros, tentativas prévias e ideação suicida.

Flores Ceccon *et al* (2014), numa série histórica entre 2002 a 2010, cujo objetivo foi relacionar a mortalidade por suicídio com indicadores de saúde e trabalho em seis metrópoles

brasileiras, a saber: Porto Alegre, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo. Encontraram as seguintes taxas de mortalidade, por 100.000 habitantes: Porto Alegre 6,5; Belo Horizonte e São Paulo com 4,3; Recife 3,1; Rio de Janeiro 2,5 e Salvador 1,1 mortes por 100.000 habitantes. Segundo os autores, a relação entre suicídio e trabalho já foi bastante estudada e, em momentos de crise, observa-se aumento deste tipo de morte. Embora já existam estudos na França e Japão associando o excessivo número de horas de trabalho, a falta de solidariedade, o isolamento social e o assédio moral ao suicídio, no Brasil, os dados ainda são pouco estudados. O trabalho excessivo, com pouca significação, aliado à fragilização das relações sociais e de solidariedade entre os trabalhadores, chefias autoritárias e pouco propensas ao diálogo são alguns dos fatores que podem estar relacionados ao suicídio. Os afastamentos para tratamento médico, principalmente em decorrência de sofrimento psíquico, são vistos como inaptidão ao trabalho, aumentando o isolamento social, o sentimento de inutilidade e o desgaste psicológico do trabalhador, ao mesmo tempo em que causa sobrecarga aos colegas que seguem trabalhando. O trabalho tem sido responsável pelo sofrimento mental do trabalhador, em uma espiral de somatização, psiquiatrização, medicalização, licença médica, internação hospitalar e, por fim, aposentadoria por invalidez.

Nos Estados Unidos, mais de 33.000 mortes anuais são por suicídio, uma taxa de 11,1 mortes por suicídio por 100.000 habitantes por ano e 594.000 visitas anuais de emergência por lesões auto-infligidas (Glass, 2009).

Kavalidou *et al.* (2017), em um estudo que pretendeu investigar a influência de doenças físicas e mentais na ideação suicida, utilizaram a APMS (*Adult Psychiatric Morbidity Survey*), um Inquérito Psiquiátrico de Morbidade de Adultos, a partir dos 16 anos, conduzido na Inglaterra desde 2007. A partir desse estudo investigativo, os referidos autores encontraram que 21,7% do grupo de pessoas com TMC relataram pensamentos suicidas no ano anterior ao período da execução da pesquisa. Participantes com transtornos mentais comuns tinham 30 vezes mais chances de pensamentos suicidas do que os participantes sem doenças físicas e mentais.

Bartram *et al.* (2010) fizeram um estudo discutindo as interações que podem ocorrer na vida profissional de um cirurgião veterinário que culmine em aumento de risco de suicídio. Estes autores elencaram alguns riscos destes profissionais: traços de personalidade e doenças mentais prévias, horários de trabalho longos, apoio social inadequado, uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, exaustão emocional, resultados clínicos inesperados, acesso fácil e conhecimento sobre farmacologia, automedicação (autoenvenenamento deliberado é o método de suicídio mais comum entre os veterinários). Efeitos contextuais, como a eutanásia e a

exposição direta ou indireta ao suicídio através de colegas dentro da profissão também são outras influências possíveis.

Como alternativas que busquem a saúde mental, Bartram *et al* (2010) citaram a promoção da saúde mental integrada ao currículo destes profissionais, com o intuito de melhorar as habilidades intra e interpessoal. Posto isso, é fundamental o reconhecimento precoce da saúde mental em si mesmo e em outros - saúde mental preventiva, como também há necessidade de desafiar o estigma e a discriminação da doença mental. Além disso, é importante que haja as intervenções compensatórias com a finalidade de aumentar a experiência positiva do trabalho. Outros caminhos, como questionários de rastreamento de saúde mental, o oferecimento de serviços de suporte emocional acessível e a melhoria da comunicação e a integração de equipes, o aperfeiçoamento da supervisão clínica incluindo administração de conflito no trabalho, clima e cultura organizacional podem ser utilizados.

Bartram e Baldwin (2010) revisaram as publicações sobre a incidência de suicídio na entre os alunos de Veterinária e constatou-se que os veterinários têm uma razão de mortalidade proporcional (PMR) para o suicídio; cerca de quatro vezes maior do que a população em geral e, aproximadamente, duas vezes maior a de outros profissionais de saúde. Ademais, Bartram e Baldwin afirmam que pode ocorrer uma interação complexa de mecanismos possíveis através do curso de medicina veterinária, aumentando o risco de suicídio, como características dos indivíduos que buscam a profissão, os efeitos negativos durante o treinamento de graduação, estressores relacionados ao trabalho, o acesso rápido e conhecimento do meio de suicídio, o estigma associado à doença mental, o isolamento social e profissional e o abuso de drogas.

Platt *et al* (2012b) realizaram uma pesquisa buscando conhecer fatores associados ao suicídio, através de veterinários com história de ideação/comportamento suicida. Para isso, utilizaram o método misto com entrevistas semiestruturadas. Estas demonstraram que os veterinários são relutantes em procurar ajuda para seus problemas. Portanto, a mudança de atitudes sobre a transmissão e recepção de apoio prático e emocional podem ser extremamente benéficas. Salienta-se que a educação emocional, daqueles que se envolveram em comportamentos suicida, pode ajudar a reduzir o estigma e pensamentos suicidas na profissão. Os autores concluíram que a promoção de serviços de apoio, aumentando a quantidade de apoio formal à disposição dos estudantes e recém-formados e incentivar os empregadores a promover o equilíbrio entre vida e trabalho, pode facilitar a busca por ajuda.

Platt *et al.* (2010) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre o risco de suicídio na profissão veterinária e, segundo eles, na maioria dos estudos, a taxa de suicídio na

atividade foi elevada quando comparada com a população em geral. Segundo os autores, a qualidade destes estudos e o risco de viés variaram muito. Os estudos observacionais nesta revisão mostraram que a taxa de suicídio na profissão veterinária, em geral, é maior do que em populações de comparação e pelo menos três vezes maior no Reino Unido. Evidências preliminares sugerem o fácil acesso a um meio de suicídio como um fator de risco.

Platt *et al.* (2012a), em revisão sistemática sobre comportamentos suicidas e problemas psicossociais em veterinários, deram atenção especial aos resultados e à discussão dos estudos. Os resultados alcançados dão conta de que maioria dos estudos eram sobre estresse e dificuldades ocupacionais experimentados pelos médicos veterinários. Os estressores ocupacionais citados pelos autores foram: aspectos gerenciais do trabalho, longas horas de trabalho, carga de trabalho pesado, falta de equilíbrio entre vida e trabalho, relações com clientes difíceis e a realização de eutanásia. Poucos estudos investigaram problemas de saúde mental na profissão. Alguns estudos sugerem que os jovens e mulheres veterinárias estão em maior risco de resultados negativos, como pensamentos suicidas, problemas mentais e insatisfação no trabalho. A conclusão dos autores é que as dificuldades enfrentadas pelos médicos veterinários podem contribuir para o empobrecimento mental e o comportamento suicida.

Platt *et al.* (2012), ao pesquisar sobre veterinários com história de ideação e comportamentos suicidas, concluíram que autoenvenenamento é o método mais usado ou considerado pelos participantes. Os fatores de risco foram as relações de trabalho, preocupações de carreira, problemas com pacientes, número de horas e volume de trabalho e responsabilidade e eventos de vida difíceis. Várias medidas preventivas possíveis foram sugeridas pelos participantes para melhor promoção de serviços de apoio, como o formal para recém-formados e a melhoria da atitude dos empregadores para o equilíbrio entre vida e trabalho.

Knesl *et al.* (2017), em um trabalho sobre eutanásia e o médico veterinário, afirmaram como o impacto da morte de um animal atinge o médico veterinário. Destacam ainda a alta taxa de suicídio entre veterinários e outros profissionais de saúde humana, como uma questão de extrema preocupação. Lidar com pacientes doentes e moribundos pode resultar em estresse emocional. Embora o tema da fadiga e o esgotamento seja uma grande preocupação na medicina humana, há evidências de que os veterinários também sofram com ela.

Knesl *et al.* (2017) verificaram que os veterinários se beneficiam de ter colegas no trabalho que discutam casos e prestem apoio mútuo durante uma eutanásia. Os veterinários, que não possuem esse apoio no local de trabalho, podem procurar grupos veterinários seguros

e solidários fora do local de trabalho ou *on-line*: "Not One More Vet" (do facebook) "vet da depre" (das mídias sociais brasileiras) "Vetlife" - um site do Reino Unido e nos Estados Unidos o programa AVMA Future Leaders, da associação de médicos veterinários americanos, integrado aos recursos do "AVMA's Wellness e Peer Assistance" (Bem-estar e assistência de pares). Essas postagens voluntárias estão disponíveis para veterinários no intuito de ajudar a enfrentar a crise de bem-estar na profissão. Como medidas protetivas, os autores sugerem discussões sobre casos, inclusive os que são incluídos a possibilidade de eutanásia, férias sem acesso ao hospital por e-mail ou telefone, programas de exercícios físicos e reuniões de grupos de apoio com colegas.

Como contraponto a estes trabalhos, Hawton *et al.* (2011), usando dados nacionais dinamarqueses por um período de 26 anos, encontraram risco de suicídio elevado na maioria das ocupações relacionadas à medicina, a saber: enfermagem, medicina, odontologia e farmácia, mas não em cirurgiões veterinários. Esses autores comentam que embora haja muitos estudos sobre o risco de suicídio em cirurgiões veterinários, destacando um risco aumentado, alguns autores discutem os métodos de análise, como Platt *et al.* (2010).

3.5 O médico veterinário e os transtornos mentais

Manhatan (2011), em um artigo voltado para a população de médicos veterinários, apontou como fatores de risco para depressão em veterinários a saudade, a sensação de inadequação, as preocupações com o desempenho acadêmico e com a saúde física. Ele destaca, que diferente dos médicos, os veterinários são convidados a entender uma variedade de espécies, o que pode ser um fator estressor para este grupo profissional e a grande população feminina na veterinária, que de forma geral, é fator de risco para transtornos mentais comuns. A pesquisa de Manhatan identificou algumas maneiras pelas quais as escolas de veterinária podem ajudar os estudantes que estão lutando com depressão e ansiedade, como patrocinar eventos que ajudem a melhorar a saúde física e compreender os sentimentos dos estudantes e suas preocupações e expectativas.

Tran *et al.* (2014), em pesquisa que buscou investigar a associação entre a frequência de administração de eutanásia, o humor deprimido e o risco de suicídio, encontraram que o desempenho altamente frequente da eutanásia pode ser um fator protetor contra o risco de suicídio em veterinários deprimidos. Também a execução da eutanásia censurável não teve impacto sobre o risco de suicídio ou o humor deprimido. Embora as razões para isso sejam uma área para pesquisa futura, essas descobertas podem indicar que as estratégias utilizadas

pelos veterinários para administrar o processo de eutanásia são geralmente efetivas. Não é a frequência da eutanásia que é motivo de preocupação, mas as nuances mais complexas da eutanásia, como o contato com os clientes. Dada a frequência de eutanásia foi apenas relacionada a 1% da variação na depressão, nossos achados podem aliviar as preocupações que decorrem da administração regular de eutanásia. A hipótese, levantada por Tran *et al.*, (2014) sobre o desempenho da eutanásia enquanto fator protetor é a interação de diversos fatores emocionais associados à eutanásia. O próprio gerenciamento emocional e o aconselhamento dos clientes aflitos permitem ao veterinário deprimido a oportunidade de experimentar o impacto da morte sobre os entes queridos e destacar a finalidade da morte, que é o acabar sem volta, que pode ser negligenciada por pessoas deprimidas. Outra hipótese é que a exposição repetida às emoções positivas dos clientes, como gratidão, felicidade e gratidão, após o procedimento de eutanásia, pode amortecer o efeito negativo da depressão.

Best, (2016), em um artigo sobre fadiga por compaixão, afirmou que essa fadiga ocorre, principalmente em resposta ao trabalho que se faz e seus efeitos são geralmente limitados ao local de trabalho. Já a depressão e ansiedade tendem a ter mais efeitos globais, podendo ocorrer tanto como resultado da fadiga de compaixão ou de forma independente. Também é importante reconhecer que a depressão e a ansiedade são fatores de risco para o suicídio e, como tal, requer atenção. Best destacou alguns fatores contribuintes para depressão e ansiedade na população veterinária: as muitas horas trabalhadas, as tensões relacionadas aos clientes, o apoio insuficiente dos colegas, o esgotamento dos recursos emocionais, os resultados ruins de alguns pacientes são alguns estressores relacionados ao trabalho. As obrigações familiares (crianças, pais idosos, familiares sindrômicos), dificuldades de relacionamento, fatores de personalidade, abuso de álcool ou drogas são considerados fatores pessoais. Embora os veterinários se submetam a um treinamento rigoroso e de alta qualidade para cuidar de seus pacientes, eles recebem pouca instrução sobre como cuidar de si mesmos, uma vez que faltam os recursos necessários para combater os estressores relacionados com o trabalho. Esse autor cita diversas maneiras de apoiar os colegas que precisam de apoio psicológico, como conversar com o colega; convidá-lo a partilhar as suas experiências; ouvir sem avaliar e julgar; acolher. Se for apropriado, sugerir que a pessoa procure ajuda profissional.

Smyth (2014), em um artigo que visava informação acerca de saúde mental para os médicos veterinários, afirmou que a depressão é um problema muito comum em toda a Austrália, com 5,8% de todos os funcionários. É a principal causa de incapacidade não-fatal na Austrália, com menos de 50% das pessoas afetadas, recebendo assistência médica. A

depressão tem um impacto considerável também sobre as outras pessoas no local de trabalho, levando a perdas de produtividade adicionais. Smyth descreveu algumas causas dos transtornos mentais em veterinários: o desequilíbrio entre vida profissional e pessoal com longas jornadas de trabalho e tempo livre insuficiente, desarmonia familiar, isolamento profissional, inveja intraprofissional, *bullying*, fofocas, roubos no local de trabalho, abuso de drogas, atitudes e expectativas dos clientes, conformidade com os estatutos nacionais, estaduais e locais, risco de investigação de reclamações, baixa habilidades de gerenciamento, concorrência desleal de preços entre empresas veterinárias, aumento no custo de negócios, dificuldade de cobrança de clientes, longas horas de condução ou longas distâncias a serem percorridas, redução e retirada de apoio governamental.

Nett *et al.*, (2015) realizaram uma grande pesquisa encomendada pelo CDC (Centro de Controle de Doenças Americano) cujo objetivo era aumentar a conscientização sobre a prevalência dos mais diversos problemas de saúde, destacando alguns dos recursos disponíveis para aqueles que sofrem de doenças mentais. Participaram mais de 10 mil veterinários nos Estados Unidos, correspondente a 10,3% de todos os veterinários empregados.

Como resultado Nett *et al.*, (2015) encontraram 6,8% dos veterinários entrevistados e 10,9% das veterinárias entrevistadas caracterizadas com sérios problemas psicológicos, baseados na escala de estresse de Kessler-6, (identifica presença de sofrimento psíquico, a partir de sintomas, sem apontar diagnósticos) em comparação com 3,5% dos homens e 4,4% das mulheres americanas. Desde que se formaram na escola de veterinária, 24,5% homens e 36,7% das mulheres entrevistadas relataram ter episódios depressivos, respectivamente, 14,4% dos homens e 19,1% das mulheres relataram ideação suicida e 1,1% e 1,4% tentativa de suicídio. Em comparação, com os adultos americanos, estes apresentaram menor prevalência ao longo da vida de episódios depressivos, com 15,1% homens e 22,9% mulheres, e ideação suicida (5,1% homens e 7,1% mulheres, mas uma maior prevalência de tentativas de suicídio com 1,6% homens e 3,0% mulheres.

Laine *et al.*, (2014) buscou examinar as associações entre condições de trabalho e TMC (transtornos mentais comuns) entre empregados ao longo de um período de cinco a seis anos de trabalho, utilizando o *General Health Questionnaire* (GHQ-12). Segundo os autores existem associação de transtornos mentais comuns e várias condições de trabalho, tais como: tensão no trabalho, controle do trabalho, demandas de trabalho, baixo suporte social no trabalho, pouca justiça relacional e processual, conflitos família-trabalho, além de *bullying* no local de trabalho. Diferenciando os sexos, há associação entre transtornos mentais comuns

para homens com as altas demandas de trabalho, baixo controle do trabalho e baixo apoio social de colegas de trabalho e supervisores. Para mulheres há associação com altas demandas de trabalho e baixo apoio social no trabalho. Os efeitos dos conflitos família-trabalho poderiam ser entendidos como a importância dos valores familiares e de trabalho intensificados quando os papéis do trabalho ou da família são salientes para o autoconceito da pessoa.

Fritschi *et al.* (2009), em um estudo de corte retrospectiva com veterinários australianos, com o objetivo de medir níveis de angústia, ansiedade e depressão em nestes profissionais, utilizaram o questionário padronizado *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e descobriram que mais de 35% relatam experimentar alta ansiedade, com 3,1% do total, demonstrando extrema ansiedade. 18% relatam depressão e menos de 1% dos entrevistados que identificam depressão extrema. Não houve diferença para homens e mulheres. O aumento das horas de trabalho parece aumentar a angústia e a ansiedade. Porém, é importante ressaltar que as respostas médias indicam os veterinários de forma geral não estão experimentando altos níveis de ansiedade e depressão atribuídos ao trabalho. Os veterinários participantes estavam, em sua maioria, contentes e entusiasmados com seus empregos. Os recém-formados pontuaram mais estresse, ansiedade e depressão e duas explicações possíveis foram oferecidas por estes autores:

1. A primeira é que com experiência, seja de trabalho seja de experiência de vida associada à idade, desenvolve-se habilidades para lidar com as dificuldades da profissão e há uma clara tendência de diminuição da ansiedade com maior tempo na profissão. Embora o trabalho dos veterinários seja exigente, o nível de autonomia experimentado por eles é relativamente alto, possibilitando o desenvolvimento de
2. Uma segunda possibilidade é que os veterinários, que considerem a prática extremamente estressante, podem ter deixado a profissão ou não responderam à nossa pesquisa e, portanto, não estão representados na nossa amostra. Em conclusão, descobrimos que a saúde psicológica empobrecida é comum entre os veterinários, embora os níveis de angústia, ansiedade e depressão sejam semelhantes aos de outros empregos profissionais ou administrativos no Reino Unido. Segundo os autores, os órgãos profissionais e as escolas de veterinária poderiam proporcionar treinamento para lidar com a dificuldade, a ansiedade e a depressão relacionadas ao trabalho, melhorando o bem-estar

psicológico dos veterinários e, possivelmente reduzir o desgaste da profissão (Fritschi *et al*, 2009)

Hatch *et al*, (2011) realizaram um trabalho que buscava determinar a frequência dos estados de depressão, ansiedade, estresse e *burnout*, utilizando métodos validados. O sofrimento psíquico foi rastreado através da aplicação do Instrumento Kessler-10 (K-10), que também identifica presença de sofrimento psíquico, a partir de sintomas, sem apontar diagnósticos. A categorização do sofrimento psíquico se faz em quatro grupos: baixo, moderado, alto e muito alto. Para propósitos analíticos, a maioria dos estudos une as duas últimas categorias (alto e muito alto). Os autores identificaram dois períodos de pico de ansiedade no seu trabalho: nos primeiros 5 anos após a graduação, quando há incerteza quanto às habilidades e à aplicação do conhecimento teórico à situação prática; e entre 10 e 15 anos após a formatura. Esses autores encontraram alguns fatores de risco de TMC da formação do veterinário : o currículo extenso, estudos extramuros, dificuldades financeiras, fatores psicossociais e estratégias de enfrentamento precárias. No ambiente de trabalho, os fatores de risco citados foram: longas horas de trabalho, expectativas inalcançáveis do cliente, suporte emocional inadequado, exaustão emocional, resultados adversos.

Bartram *et al.*, (2009a), pesquisando condições de trabalho e estressores para os médicos veterinários, em uma grande amostra nacional de cirurgiões veterinários em uma variedade de diferentes tipos de emprego, concluíram que o número de horas trabalhadas e os erros profissionais foram os principais contribuintes relatados para o estresse. Em contrapartida, os bons resultados clínicos e os relacionamentos com colegas foram as maiores fontes de satisfação.

Andrade (2013), em um estudo cujo objetivo foi avaliar a prevalência de estresse em mestrandos de ciências veterinárias, salienta que a princípio o estresse não é um problema, mas sim uma resposta, na qual o organismo usa suas reservas energéticas para tentar manter-se em equilíbrio frente a um agente estressor, sendo a curto prazo, um mecanismo de importância evolutiva essencial à sobrevivência de todas as espécies. Tal resposta é observada principalmente na reação de luta ou fuga, sinalizando um perigo iminente e preparando o organismo para reagir. Porém, implicações negativas do estresse surgem quando existe a permanência de agentes estressores por um tempo prolongado, fato que muitas vezes leva o indivíduo a um estado de esgotamento físico e mental. O estresse pode ser associado tanto a fatores de natureza negativa, como a perda de alguém próximo, excesso de compromissos, falta de tempo para realizar atividades pessoais entre outros; quanto positiva, como ser promovido no trabalho, obter aumento salarial, reconhecimento profissional entre outros.

Denomina-se estresse o esgotamento físico e mental, doenças, dentre outro; e eustresse a reação positiva que promove adaptação aos estímulos. Esta pesquisa avaliou 4 fases do estresse: fase de alerta, de resistência (caracteriza-se pela permanência do agente estressor, nesta etapa, o indivíduo já se torna vulnerável a algumas patologias), de quase-exaustão e a de exaustão. Os efeitos negativos do estresse, além de acarretar problemas físicos e de saúde, podem gerar implicações negativas no ambiente de trabalho, seja ele acadêmico ou não, causando atrasos nos prazos dos compromissos assumidos, baixos níveis de esforço, apatia e absenteísmo, que potencialmente implicam na diminuição da produtividade. Os resultados desta pesquisa demonstram que 75,51% da amostra apresentou estresse, havendo predominância da fase de resistência e de sintomas psicológicos. Concluiu-se que o estresse, em mestrandos de ciências veterinárias, foi frequente, afetando similarmente ambos os sexos e sugere, para atenuar os efeitos negativos desta síndrome, a inserção programas de controle e redução do estresse dentro das universidades, voltados principalmente para estudantes de pós-graduação.

Killinger *et al.*, (2017) realizaram uma pesquisa com estudantes de medicina veterinária da América do Norte, com o objetivo de explorar os níveis de estresse e depressão. Esses autores comentam que alguns programas de graduação, como medicina, enfermagem, odontologia, direito e medicina veterinária são consideradas muito exigentes. Competição, carga de trabalho intensa, pressões financeiras e privação de sono podem tornar esses programas particularmente desafiantes para os estudantes. Os autores chegaram aos resultados de níveis moderados de estresse (49,1%) e consideraram semelhante à dos estudantes universitários em geral. A gravidade do estresse e da depressão difere por gênero, com as mulheres com níveis mais altos do que os homens durante os 4 anos de treinamento.

Gardner e Fletcher (2009) realizaram uma pesquisa cujo objetivo foi investigar satisfação no trabalho associado a estresse. O estresse ocupacional para os autores é individual, particular, subjetivo e afetado por fatores situacionais, podendo ser definido como uma relação entre a pessoa e o ambiente. Como a percepção do estresse é subjetiva, é possível perceber uma demanda como um problema, oportunidade ou como nenhum dos dois. Em uma escala hipotética que meça estresse como desafio ou ameaça, níveis de ansiedade e estresse são um crescente. Em relação a uma escala hipotética de capacidade de resolução de problemas, temos o enfrentamento focado no problema como o menos eficaz. Todavia, aquele que enfatiza na emoção e na tarefa são considerados mais eficazes. As demandas avaliadas como desafio ocorrem, quando os recursos apropriados estão disponíveis para gerenciar uma demanda, tendendo então a alcançar respostas que lidam com a tarefa, em vez de estratégias

que a evitam ou busquem recursos adicionais. Neste estudo foi concluído que quanto mais uma demanda era vista como um desafio, mais era utilizado o enfrentamento centrado na tarefa; e quanto mais as avaliações davam conta de ameaças, mais eram associadas à esquiva e efeitos negativos. Houve grande diferença relacionada ao gênero (Gardner e Fletcher, 2009).

Embora as avaliações do desafio tenham sido associadas com o enfrentamento centrado na tarefa para homens e mulheres, foram mais associadas aos homens. Estes, quando se sentiram incapazes de gerir uma demanda, tendiam a evitá-lo, mais do que as mulheres, que usavam suporte social em maior medida, facilitando o enfrentamento centrado na tarefa. Os autores destacam o contratempo do apoio social que, sem instrução focada na tarefa, não estava relacionado ao efeito positivo. O apoio social deve oferecer recursos emocionais e práticos para auxiliar as mulheres a enfrentar demandas. Para ambos os sexos, o apoio social, em conjunto com o enfrentamento centrado na tarefa, foi associado ao eustresse (o estresse positivo) e ao aumento da satisfação no trabalho. Nas abordagens ocupacionais, o redesenho de trabalho, apoio social, atenção aos estilos gerenciais, fluxos de informações e cultura organizacional podem ser valiosas para criar desafios e não ameaças. Há uma grande necessidade de encontrar formas de limitar o estresse sem reduzir a satisfação que o trabalho pode oferecer (Gardner e Fletcher, 2009)

Crane *et al.*, (2015), em um estudo cujo objetivo era investigar a relação entre o significado moral dos estressores no local de trabalho e o perfeccionismo, realizado pela distribuição de links através dos sites do conselho de veterinária da Austrália encontraram como resultado que os estressores moralmente significativos não pareciam estar associados a decréscimos severos no bem-estar psicológico, embora esses estressores moralmente significativos tenham sido relacionados ao aumento das expressões mais leves de angústia. Em vez disso, foi a combinação desses eventos estressantes desencadeantes e o perfeccionismo que pareciam criar a vulnerabilidade aos estressores morais. Os desafios morais são comportamentos que violam as crenças morais pessoais a respeito de como as coisas devem ser feitas ou as obrigações percebidas. Eles podem se transformar em sofrimento emocional, sofrimento moral. Um desafio moral muito comum é a eutanásia de conveniência. Já o perfeccionismo é um traço de personalidade que afeta como os indivíduos pensam em eventos estressantes e está implicado no surgimento da angústia moral, tanto por causa de seu papel na influência do pensamento, como por causa da tendência a aplicar regras rígidas e excessivas para si e/ou para os outros.

Os veterinários com alto perfeccionismo estão mais vulneráveis a reduções no bem-estar em consequência da vivência de eventos moralmente significativos na prática clínica. Eles possuem mais rigidez, o que causa implicações no bem-estar emocional e na capacidade de resiliência. Adequar as expectativas individuais de perfeição moral e prática é uma alternativa salutar no ambiente de trabalho. Concentrar-se em construir a resiliência individual desafiando as vulnerabilidades que são passíveis de mudança, por exemplo, o pensamento perfeccionista, é uma forma de buscar saúde mental. Os veterinários podem ser treinados para prestar maior atenção ao seu estilo de pensamento, seus valores e ambições (Crane *et al.*, 2015).

Bartram *et al.*, (2009b) realizaram uma pesquisa em que avaliaram a contribuição da saúde mental e o bem-estar do médico veterinário, através de questionários validados enviados via postal, para uma amostra de cirurgiões veterinários do Reino Unido. As maiores fontes de satisfação encontradas são os bons resultados clínicos, citado por 41,5% dos respondentes, relacionamentos com colegas, citado por 33,7% deles e desafio/aprendizagem intelectual, que foi citado por 32,4% deles.

De acordo com o resultado do questionário aplicado, as características psicossociais do trabalho dos cirurgiões veterinários são menos favoráveis do que da população em geral, e cirurgiões com menos tempo de formado relatam condições de trabalho menos favoráveis. Os níveis de angústia psicológica relatados sugerem que o acesso imediato e o conhecimento dos meios letais, provavelmente, não funcionam isoladamente para aumentar o risco de suicídio dentro da profissão. A prevalência de ansiedade avaliada neste trabalho foi de 51,6% entre os possíveis e prováveis; 19,4% depressão entre os possíveis e prováveis e 16,8% comórbidas entre os possíveis e prováveis. Segundo os autores, a comorbidade aumenta o risco de comportamento suicida mais que a depressão por si só. A alta prevalência de ideação suicida entre os cirurgiões veterinários pode estar associada à aceitação e familiaridade da execução da eutanásia animal, o que pode moldar o suicídio como uma possível solução para seus próprios problemas. O acesso fácil a meios de suicídio é postulado como um fator chave que influencia a transformação de pensamentos suicidas em um ato de suicídio. Esse acesso fácil também pode atuar de forma mais distal no processo de suicídio e explicar a alta prevalência de pensamentos suicidas entre os cirurgiões veterinários, se a facilidade com que um suicídio pode ser completado sugere a consideração do suicídio como uma possível solução (Bartram *et al.*, 2009b).

Cardwell *et al.*, (2013) realizaram uma pesquisa com o intuito de avaliar a saúde mental de uma população de estudantes veterinários do Reino Unido, por meio de

questionários validados. 54,3% dos inquiridos já tinha experimentado problemas de saúde mental, com a maioria relatando uma primeira ocorrência antes da escola veterinária. Dos respondentes, 31,1% relataram ter baixa autoestima; 26,6% depressão, transtornos de ansiedade 21,5%; 10,4% autoflagelo; 10,4% distúrbios alimentares; 9,6% comportamentos aditivos; 8,2% compulsão por exercícios; 7,0% transtorno obsessivo compulsivo. Destes, o único com diferença entre sexos foi ansiedade, com 23,1% das mulheres e 9,9% dos homens com transtornos de ansiedade.

Mastenbroek (2017), ao pesquisar o papel dos recursos pessoais no bem-estar mental dos jovens profissionais veterinários, percebeu que veterinários estavam menos exaustos e mais envolvidos no trabalho do que as veterinárias. A exaustão também foi associada negativamente com o número de anos desde a graduação. A maior vulnerabilidade à saúde mental dos veterinários era o sexo feminino e a juventude.

Moreau e Mageau (2012) realizaram um estudo em Quebec, Canadá, com o objetivo de investigar a contribuição do apoio dos colegas na previsão da saúde mental e a satisfação profissional dos profissionais de saúde. O conceito de autonomia tomado por eles é a liberdade e a vontade de escolha que se experimenta, quando alguém se comporta de forma congruente com valores e interesses próprios. Ser autônomo é diferente de ser independente ou livre de responsabilidades. Os resultados confirmam que o suporte à autonomia, tanto da parte de supervisores quanto de colegas, prevê a satisfação do trabalho dos profissionais de saúde e a saúde psicológica. O apoio à autonomia previu maior satisfação no trabalho, menor intenção de sair, maior bem-estar subjetivo, menor dificuldade psicológica e menor ideação suicida.

Cardwell e Lewis, (2017), realizaram uma pesquisa com entrevistas semiestruturadas, feita no Reino Unido. Essa pesquisa teve como objetivo reunir uma visão holística das experiências dos alunos, incluindo perspectivas de homens, mulheres, pós-graduação, calouros e estudantes em todos os 5 anos do curso de medicina veterinária. A partir das entrevistas, foram identificados três temas principais: uma vocação profundamente enraizada, a sensação de pertencimento e o equilíbrio trabalho-lazer.

Constatou-se que a maioria dos veterinários tinha o desejo infantil de se tornar veterinário, e que esse desejo sempre fez parte de suas vidas. A determinação, na busca da concretização do sonho em se tornar médico veterinário, foi marcada pela persistência diante de vários obstáculos. A busca pela veterinária também inclui o interesse pela ciência e a satisfação da resolução de problemas. A longa vocação descrita por muitos participantes estabeleceu o cenário e extravasou nos outros temas. O foco absoluto, a longo prazo, em uma

carreira deixa pouco espaço para a flexibilidade se essa carreira não corresponder às expectativas (Cardwell e Lewis, 2017).

A necessidade de pertencimento, segundo os autores, parecia ser um fator de risco à saúde dos veterinários. Como em muitos setores da vida, os novos vínculos sociais e as amizades entre os estudantes foram inicialmente estabelecidos com base em encontros casuais e estas interações iniciais tinham um potencial considerável de influência sobre o bem-estar dos alunos. Em relação ao pertencimento profissional, os participantes descreveram como edificantes as rotações clínicas na escola veterinária e reforçadas pelo apoio de clínicos seniores. Sobre suporte social, os participantes apreciavam estar com seus colegas estudantes, que fornecia um mecanismo informal de apoio aos pares. Pessoas com amizades externas ou com a família nas proximidades tenderam a confiar nelas para apoio moral e sentiram que isso os ajudava a alcançar um equilíbrio mais efetivo. Houve pouca referência aos canais de suporte formal, apesar da consciência de sua disponibilidade (Cardwell e Lewis, 2017).

O equilíbrio entre vida profissional e particular apareceu através dos questionamentos em torno dos desafios de encontrar um equilíbrio aceitável entre o trabalho, estudos e ter um tempo livre de boa qualidade. Dado que o pobre equilíbrio entre trabalho e vida é um estressor ocupacional reconhecido, talvez haja uma tendência a aceitar uma vida altamente desequilibrada, especialmente se for considerada uma situação temporária (Cardwell e Lewis, 2017).

Cake *et al.*, (2017) realizaram uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de explorar como o conceito de resiliência é retratado na pesquisa veterinária contemporânea, de 1995 até 2017. Esses autores conceituaram resiliência como capacidade de aproveitar os recursos pessoais e contextuais para lidar com os desafios e o processo dinâmico pelo qual esses recursos e contextos interagem ao longo do tempo, através do uso de estratégias específicas, obtendo satisfação e bem-estar. O resultado revelou uma ênfase dominante nos problemas de saúde mental, particularmente o estresse, que supera e obscurece abordagens complementares de bem-estar e resiliência. Muitos estudos eram sobre estressores específicos de veterinária, mas poucos usaram uma abordagem semelhante para explorar fatores protetores ou satisfatórios associados ao trabalho veterinário. Menos da metade dos estudos de pesquisa apontou fatores protetores, sendo as formas de apoio social o fator mais frequentemente identificado. Em relação a mecanismos para desenvolvimento de resiliência, os mais mencionados foram formas de suporte emocional ou mentoria. Os recursos pessoais mais citados foram competência emocional, motivação e propósito; a estratégia mais mencionada foi equilíbrio entre vida pessoal e profissional, que inclui gerenciamento de tempo,

priorização de tarefas e configuração de limites, que interagem com o suporte social, ou seja, a necessidade de fazer tempo para manter relacionamentos nutritivos.

Schoenfeld-Tacher *et al.*, (2017), pesquisaram empatia em veterinários em dois estados americanos com o uso de questionários. Os autores observam que as diminuições no bem-estar dos alunos associadas à progressão do cumprimento do curso de medicina veterinária estão bem documentadas, e a prevalência de má saúde psicológica é maior entre os veterinários com menos de 5 anos de prática. A transição da escola de veterinária para a prática clínica pode ser difícil, e a falta de apoio social e o aumento do isolamento social desempenham grandes papéis neste desafio. Esses dois fatores são maiores entre os profissionais de veterinária de início da carreira. Foi perceptível para os autores que a empatia é crucial para o sucesso na profissão, ao permitir que o veterinário contate outra pessoa de forma adequada, possibilitando a construção de um relacionamento e desenvolvimento de confiança com clientes e dentro das equipes veterinárias. A criação de grupos de apoio para profissionais em início de carreira ajudaria a construir a resiliência pessoal e profissional, o que lhes permitiria atender às necessidades de seus clientes e pacientes, aumentando a empatia. Outro recurso é encontrar grupos de medicina veterinária, criando uma comunidade para compartilhar experiências e oferecer e apoio mútuo (Schoenfeld-Tacher *et al.*, 2017).

Best, (2017), em um artigo para o público veterinário sobre o equilíbrio vida profissional e pessoal, comenta em seu artigo que equilíbrio entre a vida profissional e pessoal é um fardo, pois assume que o trabalho e a vida são entidades separadas que não se misturam. O importante nesse equilíbrio é o tempo. É necessário entender e gerir o tempo, avaliando as escolhas diárias, determinando mudanças e, por fim, saber planejar o futuro. Periodicamente, deve-se reservar algum tempo para decidir como alocar seu tempo e energia. Rastrear o tempo é uma das tarefas mais fáceis e poderosas que se pode fazer para facilitar a programação eficaz e gerenciar o tempo, pois irá ajudá-lo a entender seus hábitos e identificar áreas onde há espaço para a mudança. Em seguida, é preciso compreender como se está gastando o tempo, ao criar categorias de atividades que facilitam o gerenciamento:

- autocuidado: comer, dormir, tomar banho entre outros.
- compromisso externo: trabalho rotineiro, (profissional e doméstico) entre outros.
- compromisso interno: passatempos, voluntariado, exercícios físicos entre outros.

Determinada a forma como você gasta seu tempo, busca-se a forma como você gostaria de estar gastando seu tempo. Criar um orçamento de tempo, usando as mesmas três categorias permitem mais conforto ao assumir e não assumir novos compromissos, da perspectiva de orçamento. A resposta “não tenho tempo para isso” passa a substituir a resposta “não posso” e

auxilia a pessoa a escolher seus compromissos, de acordo com as prioridades pessoais. É importante ser específico e realista ao calcular o tempo. Se a soma dessas três categorias dá mais de 24 horas, você está em um déficit de tempo. Se for menor, então você tem um excedente. Resta depois disso refletir se as prioridades estão sendo contempladas adequadamente (Best, 2017).

Pickles *et al.* (2012) realizaram uma revisão dos sistemas de apoio aos estudantes nas escolas veterinárias do Reino Unido. Todas as escolas ofereciam serviço de apoio ao estudante e todos eles gratuitos. Todas as escolas tinham serviço de aconselhamento e algumas ofereciam também oficinas de gerenciamento de estresse, Workshop de gestão de ansiedade, oficinas de desenvolvimento de habilidades, ginástica, ioga, área de relaxamento, sistemas de apoio a pares e mentoria. A carga de trabalho pesada foi a principal razão citada pelos alunos por querer, mas não se sentir capaz de buscar suporte de aconselhamento. Diante disso, os autores concluíram que as horas não tradicionais poderiam ser populares entre os alunos e aumentar a aceitação de serviços. Os serviços de apoio menos formais, como as classes de gerenciamento do estresse, estavam disponíveis em 50% das escolas. Todas as escolas forneciam um programa de orientação que, se efetivo, poderia desempenhar um papel importante no apoio ao aluno e aumentar a retenção de estudantes Pickles *et al.*, (2012).

Tomlin *et al.*, (2010) realizaram uma pesquisa no intuito de compreender como os estudantes veterinários veem suas carreiras. Estudantes de três momentos diferentes do curso foram convidados a completar um questionário, explorando suas experiências pré-universitárias e seus entendimentos sobre uma carreira em prática geral. De um modo geral, os alunos de graduação que participaram da pesquisa, sendo a maioria dos estudantes de nível inicial, tiveram uma visão realista das horas de trabalho semanais médias, dos deveres fora de horário e do desenvolvimento de sua carreira e remuneração ao longo de suas atividades. As principais atrações da profissão eram trabalhar com animais e ter um trabalho gratificante. As principais preocupações eram cometer erros e equilibrar o trabalho e a vida familiar.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Materiais

O material utilizado foi um questionário. O questionário é um conjunto de questões direcionadas a gerar os dados necessários para se atingir os objetivos de projeto. É diferente de um teste psicológico, que é um instrumento desenhado para medir construtos não observáveis (conhecidos também como variáveis latentes) com uma série de tarefas ou problemas que o indivíduo deve resolver.

Embora apresentem significativas semelhanças, testes psicológicos e questionários diferem-se na medida em que um teste psicológico solicita ao indivíduo o seu desempenho máximo. A aplicação de um teste deve ser controlada, exige capacitação e treino específicos, para que possam ser controladas algumas variáveis do ambiente e da interpretação. Entretanto, o questionário exige do indivíduo um desempenho típico e sua aplicação é livre e, geralmente, autoaplicada, embora seja desejável o cuidado técnico com sua aplicação. Pode-se afirmar que existem vantagens indiscutíveis do questionário sobre o teste para pesquisas científicas, pois aquele possibilita atingir grande número de pessoas de diversas localizações geográficas com baixo custo, permite o anonimato das respostas possibilita que as pessoas o respondam no momento que lhes pareça mais apropriado, além de não exigir capacitação e treino específicos para sua aplicação (Chagas, 2000).

4.1.1 SRQ-20

O questionário escolhido foi o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), utilizado neste estudo. Foi patrocinado e elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido à necessidade de avaliação dos transtornos mentais nos países em desenvolvimento. Esse questionário destina-se à detecção de sintomas, sugerindo nível de suspeição (presença/ausência) de algum transtorno mental. Ele avalia se há algum transtorno, mas sem discriminar um diagnóstico específico e o tipo de transtorno existente. Por este caráter de triagem, é bastante adequado para estudos de populações, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos. O SRQ-20 tem sido intensivamente usado no Brasil, nas últimas décadas (Santos *et al.*, 2009).

O questionário supracitado derivou de outros instrumentos de triagem para morbidade psíquica utilizados em pesquisa psiquiátrica. Originalmente, composto por 24 itens, com os primeiros 20 itens para triagem de distúrbios não psicóticos e os quatro últimos para detecção de distúrbios psicóticos. A versão em português adotou os 20 primeiros itens,

excluindo os de triagem para distúrbios psicóticos. São considerados aspectos positivos na utilização do SRQ-20 o fato de ser de fácil compreensão, de rápida aplicação, de baixo custo operacional, bem como tratar-se de um instrumento padronizado internacionalmente, alcançando níveis de desempenho aceitáveis no tocante à sensibilidade, especificidade e valores preditivos. Os sintomas avaliados pela versão de 20 itens sondam alguns transtornos mentais comuns (TMC), como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Santos *et al.*, 2011).

O questionário se divide em grupos de sintomas: humor depressivo ansioso (HDA), Sintomas somáticos (SS), decréscimo de energia vital (DEV) e pensamentos depressivos (PP). Todos os grupos de sintomas com perguntas de sim ou não (Anexo 1), obtendo um resultado de suspeição ou não a transtornos mentais comuns (TMC), a partir da pontuação obtida.

Na literatura internacional, há vários estudos de avaliação do desempenho do SRQ-20. Em geral, os estudos apontam desempenho satisfatório deste instrumento. A avaliação do desempenho do SRQ-20 foi conduzida em vários estudos realizados tanto no Brasil quanto em outros países. A especificidade em pesquisas internacionais variou de 44% a 95,2%, e a especificidade no Brasil foi de 74,6% a 89,3%. A sensibilidade variou de 73% a 89,7%, fora do Brasil e, no Brasil, a sensibilidade variou de 57% a 86,3%. No que se refere aos pontos de corte para classificação de suspeitos, destaca-se a existência de variação em pontos de corte adotados para suspeição diagnóstica da morbidade psíquica, podendo variar entre 3/4 (até 3 respostas positivas = não caso, 4 ou mais questões positivas = caso) e 11/12 (até 11 respostas positivas = não caso/ 12 ou mais respostas positivas = caso). A mensuração dos sintomas realizada pelo SRQ é feita por agrupamento de itens (Santos *et al.*, 2011).

4.2 Métodos

“I keek six honest serving-men (they taught me all I knew); Their names are What and Why and When-And How and Where and Who.”⁶ Esta citação, embora seja de um grande nome da literatura inglesa, costuma ilustrar aulas de epidemiologia, ao descrever quais perguntas devemos responder ao descrever o fenômeno das transmissões de doenças.

Neste projeto, o “o quê” e o “porquê” foram descritos anteriormente.

⁶ Eu mantenho seis servidores honestos (eles me ensinaram tudo que eu sei); Seus nomes são O que, por que, Quando, Como, Onde e Quem. Rudyard Kipling (1865-1936) in Gordis (2010)

Todos os residentes foram convidados a responder o questionário, ao longo do programa da residência entre 2014 e 2017, respondendo ao “quando” e “quem”.

Sobre o “como” e o “onde”, em um primeiro momento, houve uma tentativa de realizar entrevistas semiestruturadas com os residentes, no intuito de fazer uma pesquisa de caráter misto, tanto quantitativa quanto qualitativa. Contudo, tal método se mostrou inviável diante da dificuldade dos residentes em conseguir um horário para a realização da entrevista. Uma queixa comum é a rotina exaustiva e a falta de tempo livre no período de residência.

Optou-se por um método que fosse compatível com a rotina dos residentes. Colheram-se os dados quantitativos, um método mais simples e rápido, através de questionário distribuído. A análise de discurso passou a ser apenas a cotação de frequência de palavras que definem a profissão, contida no cabeçalho do questionário (Anexo 1), alternativa à parte qualitativa da pesquisa.

A análise de discurso é uma ferramenta mais usada na pesquisa da psicologia social do que na psicologia clínica. Existem várias maneiras de se proceder à análise de discurso, que em um de seus caminhos sofreu influência da cientificidade e objetividade, recorrendo a um enfoque quantitativo. A análise da mensagem que se faz nesta linha é o cálculo de frequências das palavras (Silva *et al.*, 2005). Nesta pesquisa, utilizamos este cálculo de frequência das palavras.

A cada convite a responder a pesquisa, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, junto ao questionário SRQ-20 e um cabeçalho com dados pessoais e socioemocional (Anexo 3).

Os questionários foram oferecidos aos residentes ao final do ano e no mês de março. Desta forma, houve acesso aos residentes recém-chegados e aos que estão tanto no meio quanto no final do curso. A forma mais comum de se obter os questionários respondidos foi pela utilização de alguns minutos da aula de algum professor disposto a ceder o tempo ao preenchimento do questionário. Desta forma, em dez minutos conseguia-se o recolhimento de quase a totalidade da turma reunida.

Posteriormente, os dados compilados foram descritos em tabelas para caracterização do universo do Hospital Veterinário da Escola de Veterinária da UFMG. Variáveis contínuas e categóricas foram produzidas e apresentadas em tabelas e figuras.

A análise descritiva dos dados foi feita para se construir a caracterização do universo estudado e, assim, obter o perfil dos residentes do Hospital Veterinário da Escola de Veterinária da UFMG. Essa análise facilita a tomada de decisão que favorece o bem-estar destes residentes e conseqüente bem-estar de toda a comunidade que circula no hospital.

Foi também computado o resultado simples do Questionário SRQ-20, mostrando o resultado e o número de avaliações realizadas nos diversos momentos, além das frequências absolutas e relativas de todos os dados.

Para análise dos fatores de associação, foram feitas análises de regressão linear bivariada com os grupos de sintomas do SRQ-20 com todas as variáveis do cabeçalho, no intuito de manter apenas as variáveis com $p \leq 0,20$. Estas foram mantidas no processo de descoberta do modelo final, permanecendo aquelas com valores de $p \leq 0,05$, ou aquelas que foram verificadas colinearidade com variáveis significativas (DOHOO, 2003).

Dancey e Reidy (2013) explicaram, no livro Estatística sem Matemática para Psicologia, que o propósito da regressão linear é descobrir o efeito de uma variável em outra. Cabe a pergunta: “quanto y mudará se x mudar?” Em situações experimentais, pesquisadores podem usar a regressão linear para sugerir que um escore em uma variável influencia o escore em outra. Assim, os pesquisadores tentam inferir relacionamentos de causa. Já na regressão linear múltipla, os pesquisadores estão interessados em descobrir as maneiras nas quais diversas variáveis (as independentes, explicativas) estão relacionadas à outra, chamada de critério ou dependente. A regressão logística traz *odds* ao invés de risco. A *odds* pode ser interpretada como chance. Portanto, na equação, leremos x vezes mais chance de o SRQ ser positivo. O modelo de regressão logística é utilizado quando a variável resposta é quantitativa com apenas dois resultados possíveis.

Neste trabalho, avaliamos o efeito das variáveis expostas na sessão de caracterização da amostra na pontuação de seus grupos de sintomas, chegando aos modelos com humor depressivo ansioso, declínio de energia vital, pensamentos depressivos e soma do questionário. Embora tenhamos tentado um modelo com sintomas somáticos, não foi conseguido um modelo significativo.

A nota-corte eleita pelos pesquisadores para triagem de transtornos mentais comuns dos residentes do Hospital Veterinário da Escola de Veterinária da UFMG foi a estabelecida por Santos (2006), nota-corte 5. Essa escolha se deu diante da grandiosidade das diferenças encontradas em nosso país e suas respectivas diferenças no modo de ser e sentir-se saudável ou não. Optou-se por utilizar como norteador um trabalho que contemplasse nível de escolaridade.

Ao utilizar o ponto de corte descrito no parágrafo anterior, foi realizada uma regressão logística, usando metodologia semelhante à descrita na regressão linear (DOHOO, 2003).

Foram feitas medidas anuais ao longo do experimento, tendo sido possível avaliar o residente na sua entrada no programa, no meio e a saída dele. O objetivo de colher os dados, ao longo do período da residência, era justamente tentar medir a diferença dos sintomas de transtornos mentais comuns e de alguma mudança em suas questões socioemocionais ao longo do tempo.

Não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, porque o questionário passado aos residentes faz parte de um projeto de extensão da Escola de Veterinária, cujo título é “Avaliação e acompanhamento psicopedagógico na rotina dos residentes em Medicina Veterinária na Escola de Veterinária da UFMG” da qual a pesquisadora faz parte.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização do universo estudado

A Escola de Veterinária da UFMG foi fundada em 1932. Instalada a princípio em Viçosa, graduou sua primeira turma em 1935. Em 1942, ainda vinculada à Escola Superior de Agricultura (ESAV) em Viçosa, o curso foi transferido para Belo Horizonte com o nome de Escola Superior de Veterinária, subordinado ao Departamento de Ensino Técnico da Secretaria de Agricultura, Comércio e Trabalho do Estado de Minas Gerais. Em 1948, formou a Universidade Rural do Estado de Minas Gerais (UREMG), continuando associado à ESAV, sendo que, em 1961, ela foi incorporada à então Universidade de Minas Gerais, hoje UFMG. A Escola de Veterinária migrou para o campus da UFMG na Pampulha, espaço que ocupa atualmente, no ano de 1974.

Atualmente, a escola oferece dois cursos de graduação, Medicina Veterinária e Aquicultura. Na pós-graduação, são oferecidos os cursos de mestrado e doutorado em Ciência Animal e Zootecnia, além da Residência em Medicina Veterinária. Ocupando uma área de 7 hectares, a Escola se divide em quatro departamentos: Clínica e Cirurgia Veterinárias (DCCV), Medicina Veterinária Preventiva (DMVP), Tecnologia e Inspeção de Produtos de Origem Animal (DTIPOA) e Zootecnia (DZOO).

A Escola de Veterinária possui três órgãos complementares. O Hospital Veterinário se localiza na própria Escola e atende a grandes e pequenos animais nas áreas de clínica e cirurgia, com competência em áreas de alta especialização, como dermatologia e ortopedia de animais de companhia. A Fazenda Experimental Prof. Hélio Barbosa, localizada no município de Igarapé, dá suporte ao ensino de graduação e pós-graduação, além de realizar atividades de pesquisa e extensão.

O universo estudado nesta pesquisa é o grupo de residentes da EV UFMG. Esses residentes pertencem ao Programa de Residência Integrada em Medicina Veterinária da Escola de Veterinária da UFMG (PRI-MV UFMG).

Esta é uma modalidade de ensino de pós-graduação, caracterizada pelo treinamento em serviço que foi regulamentada por lei em 2005 e por uma Portaria Interministerial, que definiu diretrizes e estratégias para a implementação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

A Residência Integrada em Medicina Veterinária HC/UFMG foi regulamentada em 2011, pela Comissão de Residência Multiprofissional da UFMG (COREMU/UFMG) e pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC).

O Programa tem a duração de dois anos, com uma carga horária semanal de 60 horas, com remuneração estabelecida pelo Ministério da Educação (Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde).

Oferece vagas nas seguintes áreas: Anestesiologia em Animais de Companhia, Clínica Cirúrgica em Animais de Companhia, Clínica Médica e Cirúrgica de Grandes Animais, Clínica Médica em Animais de Companhia, Clínica Médica de Equinos, Clínica Médica de Ruminantes, Diagnóstico por Imagem em Animais de Companhia, Patologia Animal e Patologia Clínica Veterinária. O total de vagas por ano é 29, porém ao contabilizar o número de residentes na escola em um determinado momento, é necessário considerar que, além dos 29 alunos por ano que totalizam 58, existem os que estão finalizando suas horas não cumpridas ao longo dos 2 anos de curso.

Tabela 1 - Distribuição de vagas e áreas de concentração da Residência.

Distribuição de vagas e áreas de concentração da Residência	
Áreas de Concentração	Número de Vagas
Anestesiologia em Animais de Companhia	2
Clínica Cirúrgica em Animais de Companhia	5
Clínica Médica e Cirúrgica de Grandes Animais	1
Clínica Médica de Animais de Companhia	5
Clínica Médica de Equinos	2
Clínica Médica de Ruminantes	2
Diagnóstico por Imagem em Animais de Companhia	2
Patologia Animal	2
Patologia Clínica Veterinária	4
Sanidade e Diagnóstico de Doenças Animais e Zoonóticas	1
Saúde Pública com ênfase em Zoonoses e Controle Populacional de Cães e Gatos	1
Saúde Pública com ênfase em Interface Saúde Humana e Silvestre	2
Total	29

Fonte: Elaborado pela autora

A maioria dos residentes, que participaram da pesquisa, são da patologia, totalizando 34 participantes, com 18,34% da amostra. A especialidade com menos residentes

participantes da pesquisa é a cirurgia de grandes animais, com apenas 6 residentes equivalente a apenas 3,24% da amostra, conforme mostra a Tabela 2:

Tabela 2 - Especialidades cursadas pelos residentes na amostra da pesquisa.

Avaliações realizadas por especialidade		
Especialidade	Total	
	Número	Frequência
anestesiologia	14	7,57%
cirurgia de grandes	6	3,24%
cirurgia de pequenos	33	17,84%
clínica de equídeos	15	8,11%
clínica de pequenos	32	17,30%
diagnóstico por imagens	15	8,11%
patologia	34	18,38%
ruminantes	14	7,57%
saúde pública	22	11,89%
Não responderam	21	10,19%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

A maioria das pessoas, no programa de residência da Escola de Veterinária da UFMG, são mulheres, 78,07% da amostra, como mostra a Tabela 3, abaixo. Este dado está de acordo Manhattan (2011).

Tabela 3 - Sexo dos residentes na amostra da pesquisa.

Sexo dos residentes na amostra da pesquisa.		
Sexo	Total	
	Número	Frequência
Feminino	146	70,87%
Masculino	41	19,90%
Não responderam	19	9,22%
Total	206	100.00%

Fonte: Elaborado pela autora

De uma forma geral, os residentes foram avaliados no início, no meio e no fim do programa.

A média de tempo de residência, em meses, é de 10,04 (+- 8,26), sendo a idade média dos residentes no programa é de 25,78 (+- 2,56.)

A maioria dos residentes mora com colegas, amigos, em pensões, com avós entre outros, totalizando 53,61% da amostra. Os residentes, que moram com os pais, totaliza quase 27% e sozinhos mais de 19%, como mostra a Tabela 4:

Tabela 4 - Com quem os residentes moram.

Com quem moram os residentes avaliados		
mora	Total	
	Número	Frequência
Pais	45	21,84%
Sozinho	32	15,53%
Outros	89	43,20%
Não responderam	40	19,41%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Dos residentes que moram sozinhos, foi investigado há quanto tempo vivem nessa condição. A média, em anos, foi de 4,78 (+-3,5 anos).

Em relação à vida social, foi pesquisado sobre amizades tanto entre profissionais veterinários quanto entre os residentes com outros profissionais, sobre contato com os pais e sobre vida amorosa.

Sobre os amigos, 76,51% dos residentes têm amigos fora da profissão, como mostra a Tabela 5:

Tabela 5 - Residentes que têm amigos fora da profissão.

Residentes com amigos não veterinários		
Amigos não veterinários	Total	
	Número	Frequência
Sim	127	61,65%
Não	39	18,93%
Não responderam	40	19,41%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

A frequência com que os residentes falam com seus amigos não veterinários estão na tabela 6:

Tabela 6 - Frequência com que os residentes falam com seus amigos não veterinários.

Frequência que falam amigos não veterinários		
Fala com amigos	Total	
	Número	Frequência
Semanal	52	25,24%
Mensal	42	20,38%
Semestral ou mais	33	16,01%
Não responderam	79	38,34%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Quase 90% dos residentes dizem ter amigos veterinários, como mostra a Tabela 7:

Tabela 7 - Residentes que têm amigos veterinários.

Vínculo com amigos veterinários		
Amigos veterinários	Total	
	Número	Frequência
Sim	146	70,84%
Não	21	10,19%
Não responderam	39	18,93%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

A frequência com que esses residentes falam com seus amigos veterinários estão na Tabela 8, e mais da metade deles conversam com seus amigos, semanalmente, como se vê na tabela abaixo:

Tabela 8 - Frequência com que os residentes falam com seus amigos veterinários.

Frequência que falam amigos veterinários		
Frequência	Total	
	Número	Frequência
Semanal	66	32,03%
Mensal	54	26,20%
Semestral ou mais	24	11,65%
Não responderam	62	38,34%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação à vida amorosa, 53,89% dos residentes são comprometidos, como mostra a Tabela 9:

Tabela 9 - Estado amoroso dos residentes avaliados.

Estado amoroso dos residentes avaliados		
Estado amoroso	Total	
	Número	Frequência
Solteiro	77	37,37%
Comprometido	90	43,68%
Não responderam	39	18,93%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os comprometidos, foi perguntado há quanto tempo estão comprometidos. A média é 3,81 anos, +- 3,18.

Sobre o contato com os pais foi perguntado qual a frequência com que os residentes conversam com eles. O resultado está na Tabela 10.

Tabela 10 - Frequência com que os residentes conversam com seus pais.

Frequência que conversam com seus pais		
Frequência	Total	
	Número	Frequência
Sempre	94	45,63%
Frequentemente	58	28,15%
Raramente	14	6,79%
Não responderam	40	19,41%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao contato com zoonoses, durante o programa de residência, foi perguntado se os residentes veem zoonoses em seu trabalho, e 96,41% dos residentes veem zoonoses em seu trabalho, conforme a Tabela 11, abaixo:

Tabela 11 - Contato com zoonoses no trabalho.

Contato com zoonoses no trabalho		
Vê zoonoses	Total	
	Número	Frequência
Sim	161	78,15%
Não	6	2,91%
Não responderam	39	18,93%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Foi perguntado também se os residentes têm contato com proprietários e se conseguem instruí-los sobre zoonoses. 67,66% dos residentes têm contato com os proprietários e 68,26% deles conseguem instruí-los a respeito de zoonoses, conforme as Tabelas 12 e 13:

Tabela 12 - Residentes com contato com proprietários.

Residentes com contato com proprietários		
Contato com proprietários	Total	
	Número	Frequência
Sim	113	54,85%
Não	54	26,21%
Não responderam	39	18,93%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 13 - Residentes que conseguem instruir seus proprietários.

Residentes conseguem instruir proprietários		
Instrui proprietários	Total	
	Número	Frequência
Sim	114	55,33%
Não	53	25,72%
Não responderam	39	18,93%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

5.2 Resultado do questionário SRQ-20

Em relação ao resultado do questionário aplicado, a Tabela 14 mostra o número de avaliações realizadas em até três momentos da pesquisa. Isso porque alguns residentes responderam ao questionário apenas uma vez, outros responderam duas vezes e outros três vezes. É importante destacar que a primeira avaliação foi a que mais residentes realizou. Os residentes, que realizaram apenas uma avaliação, compõem 65,5% da amostra desta pesquisa.

Tabela 14 - Número de avaliações realizadas em três momentos da pesquisa.

Número de questionários nos 3 momentos		
Avaliação	Total	
	Número	Frequência
1a	137	66,50%
2a	55	26,70%
3a	14	6,80%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

A pontuação em Humor Depressivo Ansioso é a soma das respostas positivas às seguintes questões:

- Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?
- Assusta-se com facilidade?
- Sente-se triste ultimamente?
- Você chora mais do que de costume?

Assim sendo, o valor obtido nesta parte do questionário pode oscilar entre zero (quando a pessoa não responder positivo a nenhuma das questões acima) até quatro (quando a pessoa responder sim a todas as quatro questões). Essas questões abordam questões relacionadas à ansiedade e depressão.

Na Tabela 15 e mais facilmente na Figura 1, vemos que os residentes pontuam mais à medida que o tempo de residência passa. Vemos no grupo de sintomas de Humor Depressivo Ansioso, o pico de pontuação ficou em 1 ponto, com 32% dos residentes, pontuando 1 ponto. Já na segunda avaliação, o pico foi em 3 pontos, com 42% dos residentes, pontuando 3. No entanto, na terceira avaliação, tivemos 43% dos residentes pontuando 4.

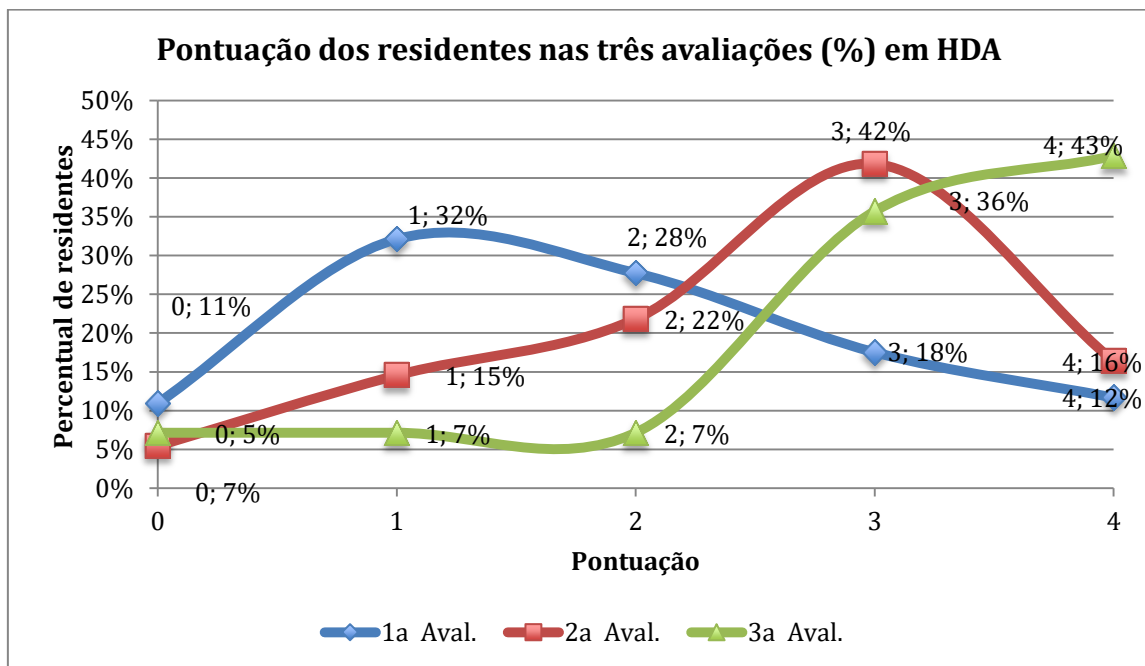
Tabela 15 - Pontuação obtida nas questões sobre Humor Depressivo-Ansioso nas três avaliações realizadas.

Pontuação obtida nas questões sobre Humor Depressivo-Ansioso nas três avaliações realizadas.

Pontuação HDA	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
	Número	Frequência	Número	Frequência	Número	Frequência
0	15	10,95%	3	5,45%	1	7,14%
1	44	32,12%	8	14,55%	1	7,14%
2	38	27,74%	13	21,82%	1	7,14%
3	24	17,52%	23	41,82%	5	35,71%
4	16	11,68%	9	16,36%	6	42,86%
Total	137	100,00%	55	100,00%	14	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 1 - Pontuação dos residentes nas três avaliações (%) em HDA.



Fonte: Elaborado pela autora

No grupo questões sobre sintomas somáticos, o valor obtido pode oscilar entre zero e seis, a partir das respostas positivas às perguntas listadas abaixo:

- Tem dores de cabeça frequentemente?
- Você dorme mal?
- Você sente desconforto estomacal?

- Você tem má digestão?
- Você tem falta de apetite?
- Tem tremores nas mãos?

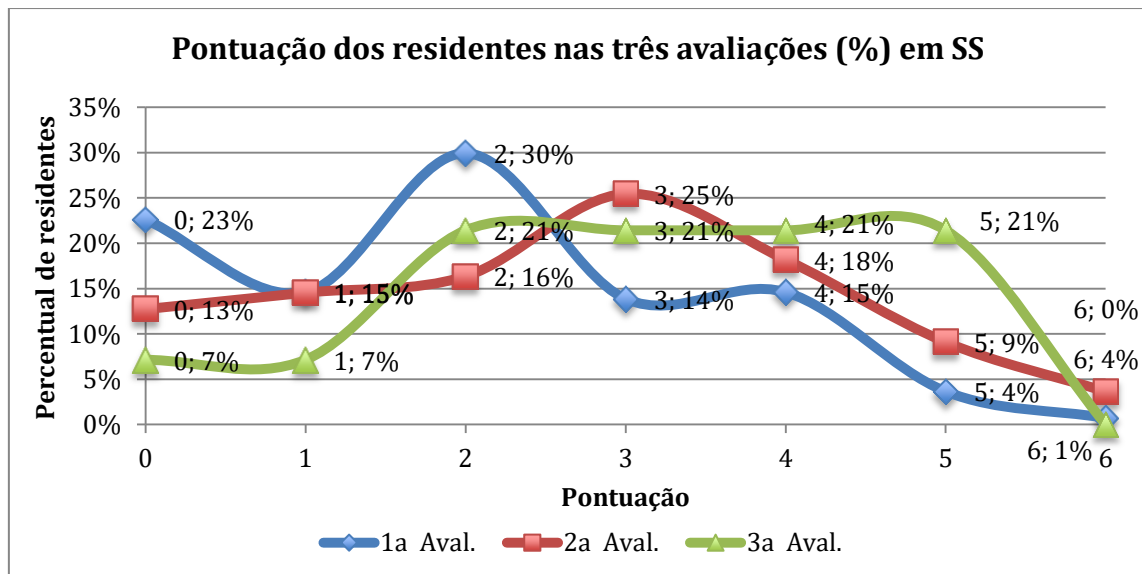
A tabela 16 apresenta como os veterinários residentes participantes da pesquisa pontuaram neste grupo de sintomas:

Tabela 16 - Pontuação obtida nas questões sobre sintomas somáticos nas três avaliações realizadas.

Pontuação obtida nas questões sobre sintomas somáticos nas três avaliações realizadas.						
Pontuação	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
	Número	Frequência	Número	Frequência	Número	Frequência
0	31	22,63%	7	12,73%	1	7,14%
1	20	14,60%	8	14,55%	1	7,14%
2	41	29,93%	9	16,36%	3	21,43%
3	19	13,87%	14	25,45%	3	21,43%
4	20	14,60%	10	18,18%	3	21,43%
5	5	3,65%	5	9,09%	3	21,43%
6	1	0,73%	2	3,64%	0	0,00%
Total	137	100,00%	55	100,00%	14	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 2 - Pontuação dos residentes nas três avaliações (%) em SS.



Fonte: Elaborado pela autora

Na Tabela 17 e mais facilmente na Figura 2, vemos que os residentes pontuaram menos na primeira avaliação, com pico de 30% dos residentes pontuando 2. A segunda avaliação teve o seu pico em 3 pontos com 23%. Já na terceira avaliação houve um platô onde 21% dos residentes pontuaram 2, 3, 4 e 5 .

Na tabela 17, é exposto a pontuação obtida pelos respondentes no grupo de sintomas de declínio de energia vital e pensamentos depressivos. Esta pontuação varia entre zero e seis, de acordo com as respostas positivas das seguintes questões:

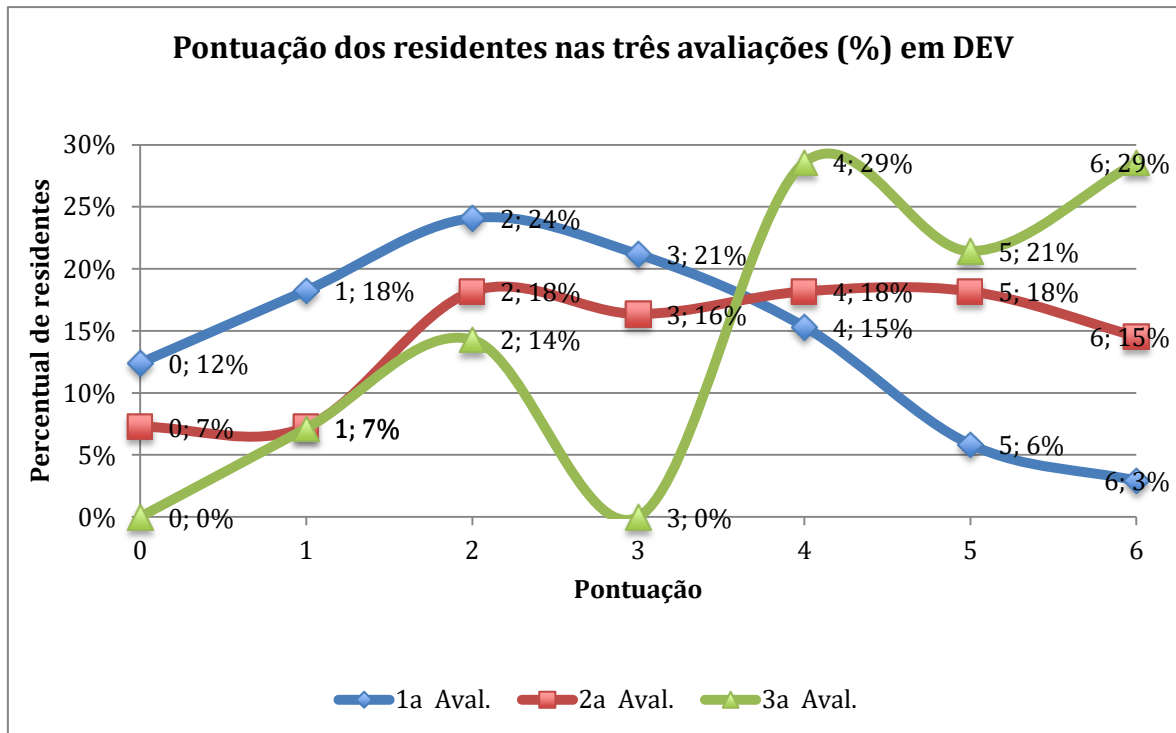
- Você se cansa com facilidade?
- Tem dificuldade em tomar decisão?
- Tem dificuldade de ter satisfação em suas tarefas?
- O seu trabalho traz sofrimento?
- Sente-se cansado todo o tempo?
- Tem dificuldade de pensar claramente?

Tabela 17 - Pontuação obtida nas questões sobre declínio de energia vital nas três avaliações realizadas

Pontuação obtida nas questões sobre declínio de energia vital nas três avaliações realizadas						
Pontuação DEV	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
	Número	Frequência	Número	Frequência	Número	Frequência
0	17	12,41%	4	7,27%	0	0,00%
1	25	18,25%	4	7,27%	1	7,14%
2	33	24,09%	10	18,18%	2	14,29%
3	29	21,17%	9	16,36%	0	0,00%
4	21	15,33%	10	18,18%	4	28,57%
5	8	5,84%	10	18,18%	3	21,43%
6	4	2,92%	8	14,55%	4	28,57%
Total	137	100,00%	55	100,00%	14	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 3 - Pontuação dos residentes nas três avaliações (%) em DEV.



Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 3 mostra a pontuação e o percentual de respostas nas três avaliações.

A pontuação obtida nas questões sobre pensamentos depressivos varia de zero a quatro, de acordo com a soma de respostas positivas às seguintes questões:

- Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?
- Tem perdido o interesse pelas coisas?
- Tem pensado em dar fim à sua vida?
- Sente-se inútil em sua vida?

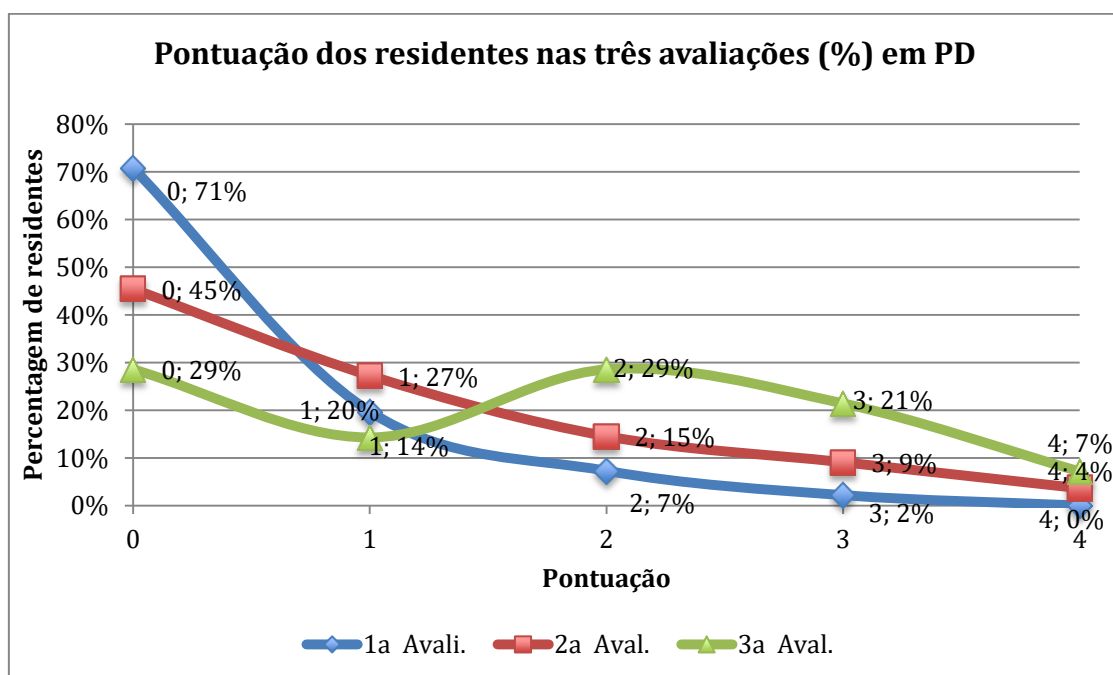
A pontuação obtida pelos respondentes desta pesquisa no grupo de sintomas sobre pensamentos depressivos está na Tabela 18:

Tabela 18 - Pontuação obtida nas questões sobre pensamentos depressivos nas três avaliações realizadas.

Pontuação PD	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
	Número	Frequência	Número	Frequência	Número	Frequência
0	97	70,80%	25	45,45%	4	28,57%
1	27	19,71%	15	27,27%	2	14,29%
2	10	7,30%	8	14,55%	4	28,57%
3	3	2,19%	5	9,09%	3	21,43%
4	0	0,00%	2	3,64%	1	7,14%
Total	137	100,00%	55	100,00%	14	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora

Figura 4 - Pontuação dos residentes nas três avaliações (%) em PD



Fonte: Elaborado pela autora

A Tabela 18 mostra que os 70,80% dos residentes respondentes não pontuaram pensamentos depressivos na primeira avaliação. Nenhum deles obteve pontuação quatro, a máxima pontuação, nesta primeira avaliação. Já na segunda avaliação, que ocorre na metade do programa, dois respondentes pontuaram a nota máxima neste grupo de sintomas, e o percentual de residentes, que não pontuaram, caiu para 45,45% dos que responderam à segunda

avaliação. Na terceira avaliação, observamos uma modificação ainda mais intensa em que apenas 28,57% dos respondentes não pontuaram para este grupo e 7,14% deles pontuaram o máximo, respondendo sim a todas as questões do grupo, que inclui ideação suicida - (terceira questão: “tem pensado em dar fim a sua vida?”)

O resultado do SRQ geral pode ser observado na Tabela 19. O resultado do SRQ, nas três avaliações realizadas, mostra que o resultado positivo para o SRQ aumenta à medida que o tempo de residência avança. Foram feitas medidas em três momentos: no início da residência, no dia da recepção dos novatos (1ª avaliação), ao fim do primeiro ano de residência (2ª avaliação) e ao fim da residência (3ª avaliação). Este dado pode ser observado na Tabela 20:

Tabela 19 - Resultado SRQ-20 entre os residentes

Resultado SRQ entre os residentes		
SRQ	Número	Frequência
Negativo	53	25,73%
Positivo	153	74,27%
Total	206	100,00%

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 20 - Resultado do questionário SRQ nas três avaliações.

Resultado do questionário SRQ nas três avaliações						
SRQ	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
	Número	Frequência	Número	Frequência	Número	Frequência
SRQ -	45	32,85%	6	10,91%	2	14,29%
SRQ +	92	67,15%	49	89,09%	12	85,71%
Tota l	137	100,00%	55	100,00%	14	100,00%

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 21 - Pontuação dos residentes no SRQ-20 e % de positivos

Pontuação dos residentes no SRQ-20 e % de positivos			
Soma SRQ	n	%	% de SRQ+
0	5	2,4%	100,0%
1	6	2,9%	97,6%
2	11	5,4%	94,6%
3	13	6,3%	89,3%
4	17	8,3%	82,9%
5	12	5,9%	74,6%
6	21	10,2%	68,8%
7	18	8,8%	58,5%
8	17	8,3%	49,8%
9	18	8,8%	41,5%
10	12	5,9%	32,7%
11	12	5,9%	26,8%
12	13	6,3%	21,0%
13	6	2,9%	14,6%
14	8	3,9%	11,7%
15	7	3,4%	7,8%
16	6	2,9%	4,4%
17	2	1,0%	1,5%
18	0	0,0%	0,5%
19	1	0,5%	0,5%
20	0	0,0%	0,0%

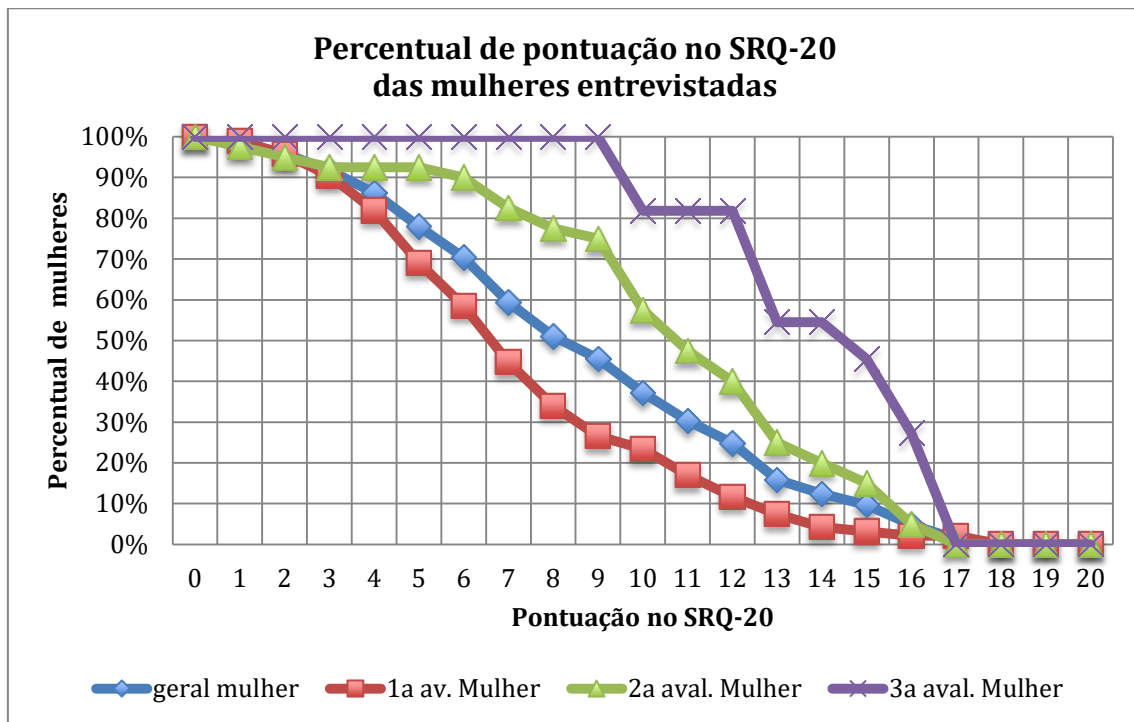
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 22 - Pontuação dos residentes nas três avaliações, por sexo

Pontuação dos residentes nas três avaliações, por sexo								
Pontuação	Geral		1a avaliação		2a avaliação		3a avaliação	
	Mulher		Mulher		Mulher		Mulher	
	r	Homem	r	Homem	r	Homem	r	Homem
0	2	3	1	2	1	1	0	0
1	4	2	3	2	1	0	0	0
2	6	5	5	3	1	1	0	1
3	8	5	8	4	0	1	0	0
4	12	4	12	3	0	0	0	1
5	11	1	10	1	1	0	0	0
6	16	1	13	1	3	0	0	0
7	12	2	10	2	2	0	0	0
8	8	9	7	5	1	4	0	0
9	12	3	3	1	7	2	2	0
10	10	2	6	2	4	0	0	0
11	8	1	5	0	3	1	0	0
12	13	0	4	0	6	0	3	0
13	5	0	3	0	2	0	0	0
14	4	1	1	0	2	1	1	0
15	7	0	1	0	4	0	2	0
16	5	1	0	0	2	0	3	1
17	2	0	2	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	1	0	0	0	1	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	145	41	94	26	40	12	11	3

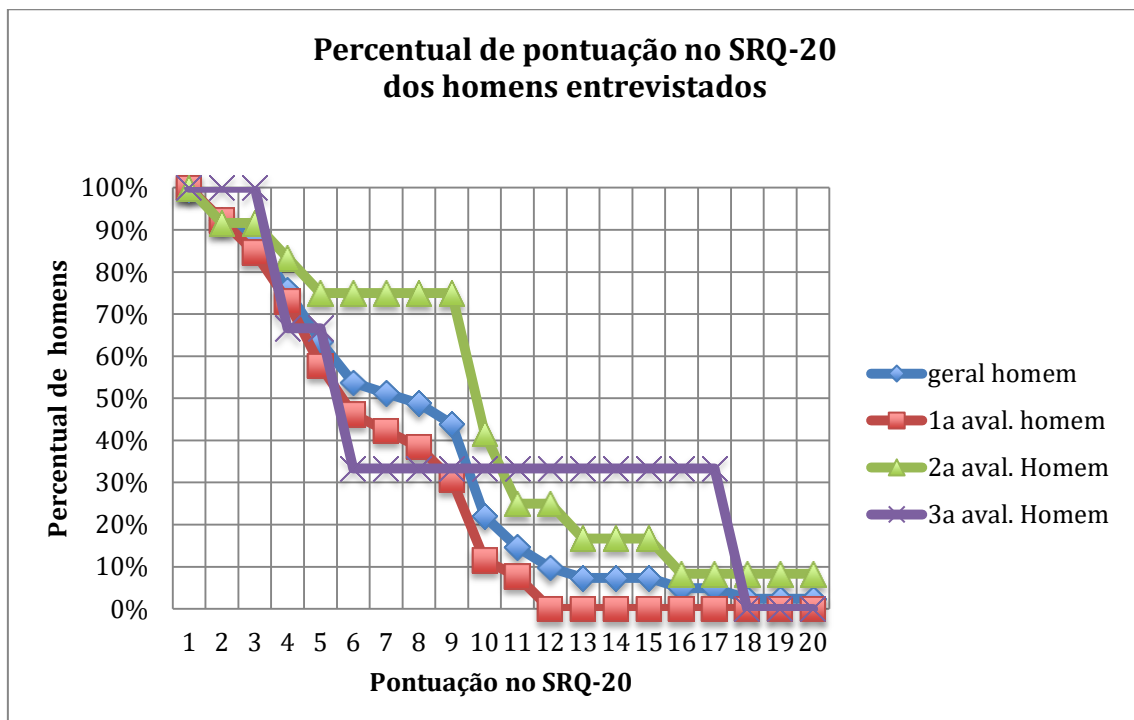
Fonte: Elaborado pela autora

Figura 5 - Percentual de pontuação no SRQ-20 das mulheres entrevistadas



Fonte: Elaborado pela autora

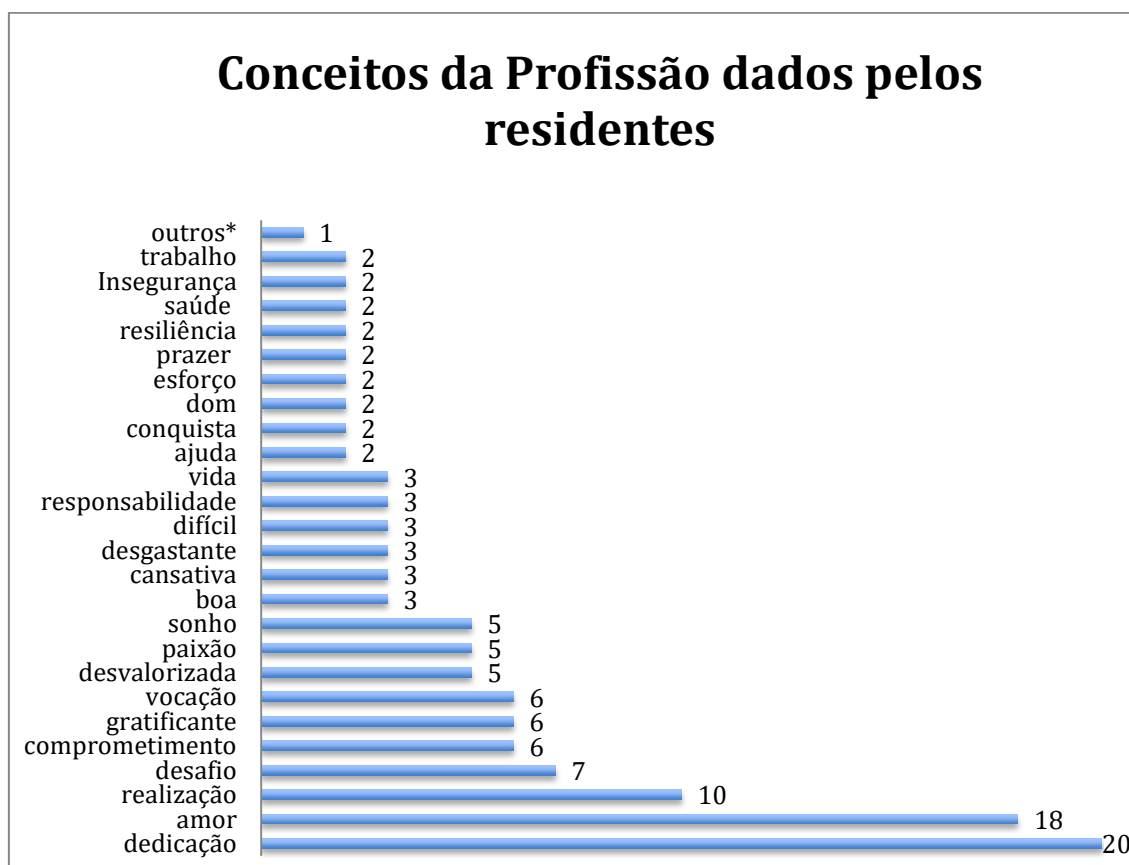
Figura 6 - Percentual de pontuação no SRQ-20 dos homens entrevistados



Fonte: Elaborado pela autora

5.2.1 Resultado da análise quantitativa do discurso

Figura 7 - Conceitos da profissão, dados pelos residentes.



Fonte: Elaborado pela autora

* as palavras: bonita, competência, correria, cuidado, desanimadora, descoberta, desenvolvimento, desmoralizada, determinação, dúvida, estressante, fidelidade, futuro, grandiosa, importante, incrível, indispensável, inexperiência, ingrata, insatisfeito, inspiração, intensa, intuição, investigador, maravilhosa, medo, milagreiro, missão, multiprofissional, não sei, orgulho, persistência, resistência, sacerdócio, sobrecarga, solidão, surpreendente, útil; todas essas com apenas uma citação.

De todas as respostas obtidas, de 206 questionários, 20 pessoas definiram veterinária como dedicação. Foi o maior número de respostas dada para uma palavra.

“Amor” foi a segunda palavra mais citada, com 18 respondentes, dez pessoas definem como realização, e “desafio” foi a quarta palavra mais citada.

Embora tenha havido diversidades nas respostas quanto a definição de cursar veterinária, a maioria das pessoas definiram a profissão de forma positiva. Poucas pessoas atribuíram aspectos negativos à escolha da profissão como: desgastante, cansativa, desvalorizada, insegurança, desanimadora, ingrata, insatisfeito, medo, sobrecarga, solidão. Todos os outros nomes foram positivos, e todos sentem-se pertencentes ao ambiente vivenciado por eles.

5.3 Resultado da análise dos dados

5.3.1 Regressão linear

Tabela 23 - Modelo de regressão Linear Múltipla Humor Depressivo Ansioso.

Modelo de regressão Linear múltipla Humor Depressivo Ansioso (HDA)				
Variáveis	Coefficiente	<i>p</i>	I.C. a 95%	
2ª avaliação	0,71	0,000	0,35	1,08
3ª avaliação	1,18	0,000	0,56	1,81
Sexo masculino	-0,66	0,001	-1,05	0,27
Constante	1,95	0,000	1,73	2,17

Fonte: Elaborado pela autora

A equação do modelo de regressão linear múltipla de Humor Depressivo ansioso encontrada neste trabalho é descrita da seguinte maneira:

$$\text{HDA} = 1,95 + (0,71 * 2^{\text{a}} \text{ avaliação}) + 1,18 (1,18 * 3^{\text{a}} \text{ avaliação}) + [(-0,66) * \text{sexo masculino}]$$

Tabela 24 - Modelo de regressão Linear Múltipla Declínio de Energia Vital

Modelo de regressão Linear múltipla Declínio de Energia Vital (DEV)				
Variáveis	Coefficiente	<i>p</i>	I.C. a 95%	
2a avaliação	1,22	0,000	0,66	1,77
3a avaliação	1,80	0,000	0,91	2,70
Cirurgia de grandesos	1,39	0,091	-0,22	3,01
Cirurgia de pequenos	0,70	0,178	-0,32	1,74
Clínica de equideos	0,87	0,144	-0,30	2,04
Clínica de pequenos	1,20	0,002	0,16	2,24
Diagnóstico por imagens	1,64	0,006	0,47	2,82
Patologia	1,09	0,012	0,34	2,76
Ruminantes	1,54	0,012	0,34	2,75
Saúde Pública	0,53	0,347	-0,59	1,66
Fala com os pais	1,13	0,007	0,32	2,07
Constante	1,20	0,007	0,33	2,08

Fonte: Elaborado pela autora

A equação do modelo de regressão linear múltipla de Humor Depressivo ansioso encontrada neste trabalho é descrita da seguinte maneira:

$$\text{DEV} = 1,20 + (1,22 * 2^{\text{a}} \text{ avaliação}) + (1,80 * 3^{\text{a}} \text{ avaliação}) + (1,39 * \text{ Cirurgia de grandes}) + (0,70 * \text{ Cirurgia de pequenos}) + (0,87 * \text{ Clínica de equídeos}) + (1,20 * \text{ Clínica de pequenos}) + (1,64 * \text{ Diagnóstico por imagens}) + (1,09 * \text{ Patologia}) + (1,54 * \text{ Ruminantes}) + (0,53 * \text{ Saúde pública}) + (1,13 * \text{ fala com os pais})$$

É importante ressaltar neste modelo que, embora todas as especialidades estejam no modelo, Cirurgia de grandes, cirurgia de pequenos, clínica de equídeos e saúde pública não obtiveram um p satisfatório, o que indica que se repetíssemos o experimento a chance de ocorrer novamente para estas especialidades é mais baixo.

Tabela 25 - Modelo de regressão Linear Múltipla Pensamentos Depressivos.

Modelo de regressão Linear múltipla Pensamentos Depressivos				
Variáveis	Coefficiente	p	I.C. a 95%	
2a avaliação	0,53	0,001	0,21	0,85
3a avaliação	1,08	0,000	0,57	1,61
Cirurgia de grandes	1,01	0,036	0,07	1,95
Cirurgia de pequenos	0,73	0,017	0,13	1,33
Clínica de equídeos	0,55	0,111	-0,12	1,24
Clínica de pequenos	0,67	0,290	0,70	1,28
Diagnóstico por imagens	0,80	0,022	1,18	1,48
Patologia	0,68	0,220	0,10	1,27
Ruminantes	0,86	0,016	0,16	1,56
Saúde Pública	0,51	0,123	-0,14	1,16
Fala com os pais	0,87	0,002	0,31	1,42
Constante	-0,33	0,192	-0,84	0,17

Fonte: Elaborado pela autora

$$\text{PD} = (-0,33) + (0,53 * 2^{\text{a}} \text{ avaliação}) + (1,08 * 3^{\text{a}} \text{ avaliação}) + (1,01 * \text{ Cirurgia de grandes}) + (0,73 * \text{ Cirurgia de pequenos}) + (0,55 * \text{ Clínica de equídeos}) + (0,67 * \text{ Clínica de pequenos}) + (0,80 * \text{ Diagnóstico por imagens}) + (0,68 * \text{ Patologia}) + (0,86 * \text{ Ruminantes}) + (0,51 * \text{ Saúde pública}) + (0,087 * \text{ fala com os pais})$$

Tabela 26 - Modelo de regressão Linear Múltipla Soma do Questionário.

Modelo de regressão Linear múltipla Soma do Questionário				
Variáveis	Coefficiente	<i>p</i>	I.C. a 95%	
2a avaliação	3,15	0,000	1,81	4,50
3a avaliação	5,22	0,000	3,08	7,36
Sexo masculino	-1,97	0,006	-3,36	-0,57
Fala com os pais	3,10	0,005	0,97	5,24
Constante	6,53	0,000	5,74	7,32

Fonte: Elaborado pela autora

Soma do questionário = $6,53 + (3,15 * 2^{\text{a}} \text{ avaliação}) + (5,22 * 3^{\text{a}} \text{ avaliação}) + [(-1,97) * \text{ sexo masculino}] + (3,10 * \text{ fala com os pais})$

5.3.2 Regressão logística

O modelo de regressão logística é utilizado quando a variável resposta é quantitativa com apenas dois resultados possíveis. Neste tipo de equação, orientada por “*odds ratio*”, lê-se “x vezes mais chance” de o SRQ ser positivo.

Tabela 27. Modelo Final de regressão logística

Modelo Final de regressão Logística				
Variáveis	<i>Odds Ratio</i>	<i>p</i>	I.C. a 95%	
2a avaliação	4,87	0,001	1,87	12,70
3a avaliação	3,68	0,162	0,75	17,90
Sexo masculino	0,29	0,002	0,13	0,64
Constante	2,32	0,000	1,51	3,55

Fonte: Elaborado pela autora

$SRQ+ = 2,32 + (4,87 * 2^{\text{a}} \text{ avaliação}) + (3,68 * 3^{\text{a}} \text{ avaliação}) + (0,29 * \text{ sexo masculino})$.

É importante ressaltar neste modelo que, embora a segunda e a terceira avaliações estejam no modelo, a terceira avaliação não obteve um *p* satisfatório, o que indica que se repetíssemos o experimento a chance de ocorrer novamente para estas especialidades é mais baixo.

6 DISCUSSÃO

Em relação aos grupos de sintomas pesquisados no questionário SRQ-20, pode-se observar com facilidade na Figura 1 que os picos de pontuação em humor deprimido ansioso nas três avaliações realizadas aumentam com o passar do tempo. Na primeira avaliação, o maior percentual em pontuação é 32% pontuando apenas 1 para este grupo de sintomas (HDA). Já na segunda avaliação, vemos 42% dos residentes pontuando 3 pontos. É importante lembrar que esse grupo tem apenas quatro questões a serem respondidas. Já na terceira avaliação 43% dos residentes pontuaram as quatro perguntas deste grupo. Isso nos mostra que os residentes passam a ter mais sintomas depressivos ansiosos à medida que o programa de residência transcorre.

De forma geral, vemos os sintomas de TMC se agravarem com o passar do tempo. Aach *et al.* (1988) constata uma evolução dos residentes. Logo após, um pico depressivo, os residentes experimentam uma sensação de realização. É importante mencionar que os residentes desta pesquisa continuaram agravando seus sintomas ao longo do tempo. Existem alguns fatores que determinaram diferenças para este resultado. Primeiramente, as duas pesquisas foram realizadas em países com estruturas muito diferentes. Aach *et al.* (1988) realizaram sua pesquisa nos Estados Unidos e os pesquisadores do presente trabalho realizaram sua pesquisa no Brasil. O período de realização desta pesquisa está inserido em momento de crise econômica e política que pode refletir na saúde mental dos residentes à medida que restringe a possibilidade de emprego posterior ao programa, os coloca em contato com restrição financeira, com alguns deles chegando a ajudar seus familiares com a bolsa que recebem do governo, a percepção da saturação do mercado de trabalho, fruto de uma política desgovernada que buscou aumentar o número de vagas universitárias sem aumentar o emprego e a produtividade dos brasileiros. E essa saturação do mercado, também, faz o preço de consultas e procedimentos caírem, atingindo os objetivos pessoais e restringindo algumas necessidades de consumo.

Em relação aos grupos de sintomas de pensamentos depressivos, vemos na primeira avaliação, o maior percentual em pontuação é 71% pontuando zero para este grupo de sintomas (PD) e 45% na segunda avaliação, das quatro possíveis neste grupo. Já na terceira avaliação 29% dos residentes pontuaram duas perguntas deste grupo. Vemos um declínio de saúde mental neste grupo de sintomas, porém, talvez o mais importante a destacar neste grupo, seria a ideação suicida: 7% da terceira avaliação e 4% da segunda pontuaram as quatro questões o que quer dizer que marcaram positivo para ideação suicida.

Isso pode soar como um alerta, visto que Platt *et al.* (2010) afirmaram, em seu trabalho, que a taxa de suicídio, na profissão veterinária, é elevada, quando comparada com a população em geral e evidências preliminares sugerem o fácil acesso a um meio de suicídio, um fator de risco.

Os residentes participantes desta pesquisa têm idade média de 25,78 anos +- 2,56, faixa onde o suicídio ocupa a terceira causa de morte (Schlösser *et al.*, 2014). Segundo Kavalidou *et al.*, (2017) pessoas a transtornos mentais comuns, rastreados neste trabalho, têm 30 vezes mais chances de pensamentos suicidas do que as pessoas sem doenças físicas e mentais.

Bartram *et al.* (2010) elencaram situações e/ou condições profissionais que podem desencadear o risco de suicídio no cirurgião veterinário: características dos indivíduos que entram na profissão, (como assim???) os efeitos negativos dos estressores do trabalho, como extensiva carga horária de trabalho, apoio inadequado, exaustão emocional, expectativas do cliente, resultados clínicos inesperados, acesso fácil (de quê?), conhecimento sobre farmacologia, automedicação (autoenvenenamento deliberado é o método de suicídio mais comum entre os veterinários), estigma associado a doenças mentais, isolamento profissional e social e uso indevido de drogas lícitas e ilícitas. Além dos efeitos oriundos dos estressores, há os efeitos contextuais que consistem em atitudes contra a morte, a eutanásia e a exposição direta ou indireta ao suicídio, através de colegas dentro da profissão, são outras influências possíveis.

Platt *et al.* (2012), pesquisando sobre veterinários com história de ideação e comportamentos suicidas, concluíram que autoenvenenamento é o método mais usado ou considerado pelos participantes. Os fatores de risco foram as relações de trabalho, preocupações de carreira, problemas com pacientes, número de horas e volume de trabalho e responsabilidade e eventos de vida difíceis.

Como contraponto a estes trabalhos, Hawton *et al.*, (2011), comentam que embora haja muitos estudos sobre o risco de suicídio em cirurgiões veterinários, destacando um risco aumentado. Alguns autores discutem os métodos de análise e possíveis vieses e destacam que, no estudo deles, não houve indícios de risco elevado nos veterinários dinamarqueses.

No presente estudo, a maioria dos residentes participantes era de cirurgia (33) e clínica (32) de pequenos animais e patologia (34). Essas especialidades, junto à saúde pública (22), são as que disponibilizam mais vagas de residência, contando com 10 vagas tanto para cirurgia quanto para clínica de pequenos animais, seguido por patologia (12) e saúde pública que disponibiliza 8 vagas cada especialidade. Anestesiologia, Clínica de ruminantes e clínica

de equídeos disponibilizam 4 vagas, já cirurgia de grandes disponibiliza apenas 2. É importante destacar que é a metade dessas vagas que são oferecidas a cada ano. Composto sempre um quadro com residentes de primeiro e segundo ano, chamados de R1 e R2, com o número citado acima.

O número de residentes respondentes em cada especialidade está proporcional ao número de vagas disponibilizadas.

A maioria dos respondentes nesta pesquisa eram mulheres: 78,07% dos residentes são mulheres e 21,93% são homens. Embora o número seja muito grande, nos modelos de regressão, este viés é controlado.

Dos residentes, 53,61% moram com outras pessoas que não sejam seus pais, e isso inclui namorado, amigos, avós, pensionatos e entre outros. 27,11% moram com os pais e 19,28% moram sozinhos.

Os residentes conseguem manter e contatar amizades no período do curso, que é demonstrado nos 76,51% dos residentes, que têm amigos fora da profissão, tendo 40,94% deles conversando com seus amigos não veterinários semanalmente. Esse dado nos permite criar a hipótese de que os residentes mantêm bons vínculos sociais, mesmo estando num programa rigoroso. É importante salientar que os meios de comunicação atuais, como as redes sociais e os aplicativos de mensagens, devem facilitar o contato entre eles.

Dentre os amigos veterinários, 87,43% dos residentes afirmam tê-los, com 45,83% deles tendo contato semanal com esses amigos. Esta questão pode favorecer o bem-estar dos residentes à medida que oferece apoio de pares. Cardwell e Lewis, (2017), discorrendo sobre o pertencimento profissional, afirmaram que os veterinários apreciavam estar com seus colegas, o que configurava um mecanismo informal de apoio aos pares.

Em relação à vida amorosa, 53,89% dos residentes participantes da pesquisa eram comprometidos e 56,63% falavam sempre com seus pais. Isso denota um certo amparo social que esses residentes devem obter das pessoas próximas, tanto os pais quanto namorado e amigos.

O contato dos residentes com doenças zoonóticas foi investigado no trabalho apenas no intuito de averiguar se o envolvimento com o proprietário necessitaria de instrução de saúde pública que causasse algum tipo de transtorno nos residentes. Isso foi cogitado, depois de escutado de diversos residentes que o contato com os proprietários é difícil tange à informação que é necessário passar quanto no que tange às emoções despertadas no veterinário e no proprietário. A grande maioria deles via zoonoses (96,41%). Destes 68,26% conseguiam instruir esses proprietários. Este resultado foi surpreendente à medida que os

residentes de patologia e saúde pública, teoricamente, não deveriam ter contato com os proprietários. Desta forma, não conseguiriam instruí-los. Isso nos coloca em dúvida sobre a formulação destas questões, que talvez tenha deixado margem para responder sobre proprietários de maneira geral e não apenas sobre os proprietários contatados no hospital onde os residentes desenvolvem o programa.

Em relação à frequência de respostas ao questionário desta pesquisa, vemos que 66,5% dos residentes respondentes participaram apenas uma vez da pesquisa; 26,70% participaram duas vezes, sendo entrevistados em segunda avaliação. Já em terceira avaliação, apenas 6,8% dos residentes responderam a pesquisa pela terceira vez. Foram expostos os números em frequência absoluta e relativa, nos quadros de descrição do universo amostrado, e nos modelos de regressão essa diferença é controlada, o que nos oferece segurança para discorrer sobre os fatores de risco para os residentes.

No presente estudo, a prevalência de TMC foi de 74,27%, superior aos trabalhos utilizados como referência. Coutinho *et al*, (2014) avaliando a prevalência dos TMC, na cidade de São Paulo, utilizaram o questionário SRQ-20 com nota corte 5 e encontraram a prevalência de 43,1%. A grande diferença entre esses dois estudos é o grupo estudado. O presente trabalho estudou veterinários residentes, que acumulam fatores de risco em relação à população geral.

Outros trabalhos utilizaram notas cortes diferentes da escolhida para este trabalho. A Tabela 20 faz a relação da pontuação obtida pelos residentes e as respectivas prevalências nestas notas cortes. A partir dessa tabela, podemos observar que, com a nota corte sete, a prevalência do presente estudo é de 58,5%. Rocha *et al*, (2010), em pesquisa com moradores das áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia encontraram 29,9%, com esta mesma nota corte, assim como Mattos *et al*, 2017, com trabalhadores do setor primário de saúde, em alguns municípios do estado da Bahia, encontraram de 21%. Nessas duas pesquisas, vemos uma grande diferença entre a as prevalências encontradas, sendo muito maior a deste estudo.

Para a nota-corte 8, os residentes, que responderam a esta pesquisa, tiveram a prevalência de 49,8%, enquanto Jansen, *et al* (2011), na cidade de Pelotas, RS, Brasil, encontraram 24,5%, Knuth *et al*, 2015, estudando Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), encontraram 25,2%, e Moraes *et al*, (2017), pesquisando adultos em Florianópolis, encontraram 14,7%, e destacaram uma grande diferença entre mulheres (20,5%) e homens (7,4%).

Com nota corte bem superior, Hersi *et al*, (2017) pesquisando alunos de uma universidade da Somalilândia, encontraram 19,8% de suspeitos de TMC, tomando por nota

corte 11. Aceitando essa nota corte, os residentes pesquisados neste trabalho teriam a prevalência de 26,8%.

Com valor diferenciado para homens e mulheres, mulheres acima de 8 e homens acima de 6, a prevalência de TMC encontrada neste trabalho é de 51% tanto para homens quanto para mulheres. Assunção et al, 2013, em estudo realizado com médicos, que trabalham com saúde pública, em Belo Horizonte, encontraram uma prevalência de 24%, Braga et al, 2010, com trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP), encontraram 42,6%; Anselmi, (2008), na coorte de Pelotas, encontrou 28,0%. Silva et al, 2014, pesquisando estudantes de medicina em uma faculdade no Sudeste do Brasil, encontraram de 44,9%.

Borges et al (2016), estudando pacientes em utilização de serviço de atenção primária de saúde, encontraram 41,4%. também com esta nota corte diferente para homens e mulheres. Costa et al (2014), pesquisando estudantes de medicina, odontologia e enfermagem, encontraram 33,7%.

Costa et al, 2010, em pesquisa com estudantes de medicina da Universidade Federal de Sergipe, encontraram 40%. Nesta mesma pesquisa, Costa et al, (2010,) encontraram uma prevalência superior nos médicos que estavam na residência, 54% de TMC. Este último valor é o que mais se aproxima e o único que supera a prevalência dos residentes veterinários. Tendo em vista que médicos residentes e médicos veterinários residentes têm uma rotina muito similar, era de se esperar que, em nota corte equivalente a prevalência fosse similar, já que compartilham de muitos fatores de risco.

Esta pesquisa não teve como objetivo avaliar fatores de risco, embora muitos dos fatores de risco citados na bibliografia estudada faça parte da rotina dos residentes participantes da pesquisa: Marcolino *et al.*, 2004 ressaltam que há frustração e estresse importantes na graduação, mesmo sendo um período em que o aluno desfruta de uma certa proteção para situações consideradas estressantes. Na residência, essa proteção tende a desaparecer, passando a ser cobrado mais autonomia e responsabilidade do residente, o que causa uma intensa mobilização emocional resultando em estresse, depressão ou desajustamentos.

Entre os diversos fatores de risco, o mais citado pelos autores consultados é a grande carga horária de trabalho (Cellini *et al.*,2017; Best, 2016a; Smyth, 2014; Hatch *et al*, 2011; Bartram *et al*, 2009a; Killinger *et al*, 2017). Parece que a carga de trabalho do veterinário é alta em todo mundo, o que nos faz pensar que seja uma característica do trabalho do veterinário, mas não exclusivo do trabalho do veterinário, como afirma Cake (2017). Como este fator está muito mais relacionado às questões administrativas e financeiras, é um fator

que não cabe treinamento e elaboração. Tratá-lo como imutável e investir em treinamentos, que facilitem a administração do próprio tempo, pode ser eficaz, o que introduz outro fator de risco.

Outro fator associado com esta é a privação do sono, citado por Asaiag *et al.*, (2010) e Killinger *et al.*, (2017), que junto com a grande carga de horário, nos conduz a outro fator de risco que talvez possa ser controlado.

A falta de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, citadas por Cellini *et al.*,(2017), Best (2017) e Smiths (2014) pode advir de uma dificuldade momentânea de lidar com compromissos recém adquiridos. Porém, sendo esta condição já estabelecida, cronicada, o que podemos supor é que o residente que se queixe desta falta de tempo esteja tendo dificuldade para cumprir os compromissos já firmados e os que se desejava firmar. Best (2017) permite refletir sobre como se está utilizando nosso tempo, facilita a percepção de como temos gastado nosso tempo e nos ensina a escolher melhor nossos compromissos. Administrar o tempo pode ser uma saída para os residentes, assim como, a criação de grupos de discussão com o tema o fará perceber e se organizar diante do tempo.

A grande variedade de espécies, assim como o currículo extenso, é fator comentado por Manhattan (2011) e Hatch *et al.*, 2011, e embora sejam fatores de fácil acesso antes da entrada no curso de graduação e pós-graduação, não são vistos como fatores desmotivantes para a matrícula no curso.

O alto nível de responsabilidade, o medo de não ter competência, a sensação de inadequação, preocupações com o desempenho acadêmico, falta de conhecimento e habilidades clínicas e o medo do erro médico que Bartram *et al.*, (2009 a), Manhattan (2011) e Cellini *et al.*,(2017) citam pode ser agrupado em um grande grupo de percepção de habilidades pouco desenvolvidas.

O residente pode não se sentir preparado a executar determinadas tarefas, mesmo tendo conhecimento. Vale ressaltar que o ambiente favorece o desenvolvimento de habilidades necessárias à função, junto a estudos específicos, que o encoraje potencializando a autoestima, uma vez que transforma dificuldades em desafios. Gardner e Fletcher, (2009), oferecerem ao residente de veterinária a oportunidade de fazer frente a estes fatores de risco, tendo os desafios como motivação.

Os autores por Killinger *et al.* (2017), Hatch *et al.*, (2011), Smyth (2014), Best (2016a) e Cellini *et al.*,(2017) também comentam das diversas dificuldade do ambiente de trabalho, que vão desde falta de apoio no trabalho, passando por ambiente hostil, competição, inveja, fofocas, *bullying*, roubo no local de trabalho, proprietários com expectativas

inatingíveis ou resultados ruins, que podem ser agrupadas em um grupo de dificuldades profissionais, passível de melhoria com treinamento em administração de conflitos no trabalho, elaboração de questões pessoais que torne os residentes sensíveis a determinadas questões e mudança de clima e cultura organizacional, que com algumas técnicas de psicologia específicas para a área, pode ser melhorado.

As dificuldades financeiras foram lembradas por Killinger *et al.*, (2017), Hatch *et al.*, (2011) e Cellini *et al.*(2017) e é de extrema importância para a sobrevivência, como também pela busca de qualidade de vida das pessoas. Porém, é uma informação de fácil acesso o ganho médio mensal, assim como a carga de trabalho e outras características profissionais, porém, dada a imaturidade dos estudantes, alguns deles veem para o programa desconhecendo o padrão de vida que a profissão oferece. Tomlin *et al.*, (2010) em pesquisa sobre percepção de carreiras, mostraram que os alunos tiveram uma visão realista das horas de trabalho semanais médias, dos deveres fora de horário, do desenvolvimento de sua carreira e da remuneração ao longo de suas atividades. Isso corrobora a nossa hipótese de que a queixa salarial e financeira, se não estiver associada à crise financeira que o país enfrenta bem específico a época ou a uma questão específica da família ou do residente, trata-se de falta de instrução econômica, dificuldade de lidar com limites e imaturidade. De uma forma geral, essas questões podem ser elaboradas em atendimento psicológico, como o que esteve disponível para os residentes durante todo o período da elaboração deste trabalho.

Traços de personalidade como o perfeccionismo, as estratégias de enfrentamento de problemas precárias, citados por Crane *et al.* (2015), Hatch *et al.* (2011) e Best (2016b), junto com a saudade causada pela distância citado por Manhattan (2011) e até obrigações familiares que podem ser auxílio financeiro e suporte emocional às respectivas famílias, Best (2016a), são traços que fragilizam uma pessoa e podem ser amenizadas em tratamento psíquico, como o que esteve disponível para os residentes durante todo o período da elaboração deste trabalho.

Embora diversos autores tenham concluído que ser mulher é um fator de risco conhecido para TMC, (Santos e Siqueira, 2010; Coutinho *et al.*, 2014; Jansen, *et al.* 2011; Hersi *et al.*, 2017 Borges *et al.* 2016; Platt *et al.* 2012a) e o presente trabalho tenha encontrado homem como fator protetor, apenas Manhattan (2011) comentou sobre a maior vulnerabilidade feminina para transtornos mentais comuns e comentou que a maioria das pessoas que se matriculam em cursos de medicina veterinária é mulheres.

Gardner e Fletcher, (2009) explica que homens estão mais associados ao enfrentamento centrado na tarefa e, ao se sentirem incapazes de gerir uma demanda, tendem a

evitá-lo. Mulheres usam suporte social, facilitando o enfrentamento centrado na tarefa, embora seja necessário que haja instrução centralizada na tarefa, oferecendo recursos emocionais e práticos para ter efeito positivo. Isso posto fica claro a importância de direcionar atividades específicas para as mulheres oferecendo a elas a oportunidade de trabalhar questões que as fortaleçam diante do desafio da profissão.

A ansiedade, o esgotamento dos recursos emocionais, a exaustão, citados por Cellini *et al.*,(2017), Best (2016) e Hatch *et al.*, (2011) e o isolamento social, (Smyth, 2014), são fatores de risco importantes e podem favorecer o abuso de drogas (Smyth, 2014), fator de risco para TMC. Porém, o estigma que a doença mental carrega citado por Dewa (2014) e Best (2016a) dificulta e até impede a busca por ajuda e tratamento. Diante disso, a oferta de atividades que favorece a saúde mental e a desmistificação de transtornos mentais, através de um diálogo aberto, promove a prevenção, compreensão e a busca de apoio profissional, podendo ser útil aos residentes.

A pesquisa qualitativa proposta neste trabalho, que se resumia a definir a profissão do médico veterinário, buscava compreender a visão dos residentes sobre sua profissão. Ao contabilizar as palavras e notar que embora muitas palavras tinham uma conotação negativa, a maioria delas era positiva e explicava com clareza a motivação dos residentes estudados. A palavra mais citada foi dedicação, vinte vezes, seguida de amor, dezoito vezes, realização foi citada dez vezes, desafio foram sete vezes, seguida de comprometimento, gratificante e vocação que foram citadas seis vezes cada uma delas. Com cinco citações, junto com outras duas palavras também positivas, aparece a primeira palavra de cunho negativo, desvalorizada, junto com paixão e sonho. O que se pode inferir, a partir dessas palavras, é que embora a profissão seja difícil, com rotinas estressantes, além de todas as questões já citadas como fatores de risco, pode-se ou conclui-se que notar um desejo enorme nesses residentes em serem veterinários.

Cardwell e Lewis (2017) afirmaram em sua pesquisa que a maioria dos veterinários tinha o desejo infantil de se tornar veterinário, tendo a determinação na busca desse desejo marcada pela persistência. Ao lermos as palavras dedicação, amor, realização, vemos os residentes participantes desta pesquisa também expressando este anseio.

Cardwell e Lewis (2017) comentam também que longa vocação, o foco absoluto, pode se tornar um ponto de inflexão na medida que não abre perspectivas de outros ofícios e carreiras caso a carreira em questão gere mal-estar, podendo ser fator de risco para TMC.

As palavras desafio e comprometimento demonstram o interesse pela ciência e a satisfação da resolução de problemas, assim como destacou Cardwell e Lewis (2017) e

Bartram et al. (2009b) encontraram como maiores fontes de satisfação os bons resultados clínicos por meio das palavras desafio/aprendizagem intelectual.

A palavra dedicação, que demonstra o desejo, também pode ser vista como desequilíbrio entre a vida particular e profissional do residente. Na pesquisa de Cardwell e Lewis, (2017) esta questão apareceu em forma de desafio em encontrar o equilíbrio, na busca de um tempo livre de qualidade, embora autores supracitados ressaltem que exista uma certa tolerância a este desequilíbrio, principalmente se for visto como temporário. Vale lembrar que os residentes avaliados estavam em um período determinado com prazo para acabar, o que os coloca como mais susceptíveis a aceitar este desequilíbrio. Best (2017) aconselha que se reserve algum tempo para decidir como alocar seu tempo e energia, por isso, é necessário saber rastrear e registrar como se gasta seu tempo, dividindo seu tempo em categorias. Concomitantemente a isso, o residente precisa averiguar se tem usufruído do tempo com sabedoria. Eis uma ferramenta de extrema importância para os médicos veterinários residentes e tantas outras pessoas não contempladas neste estudo.

Nos modelos de regressão linear múltipla formulados, as variáveis mais frequentes foram na segunda e terceira avaliações, o que demonstra um agravamento dos sintomas de TMC à medida que o programa transcorre. Com o passar do tempo, a exposição dos residentes aos fatores de risco é acumulada. Andrade (2013) enfatiza, quando os agentes estressores permanecem por um tempo prolongado, leva o indivíduo a um estado de esgotamento físico e mental. Como se pode observar, nos modelos de regressão desta pesquisa, o tempo de exposição aos fatores estressantes da residência, como o tempo de residência, aumenta a chance de TMC e para isso não há atenuar ou erradicar. A única forma de se tratar o estresse aqui destacado é o fortalecimento de traços de personalidade resistente ao estresse, *hardiness*, com aulas ou dinâmica que favoreçam esta capacidade.

O fator “Falar com os pais” como risco, em alguns modelos, reflete uma imaturidade ou dependência, caracterizando fragilidade emocional, deflagrando mais sintomas de TMC.

As diversas especialidades com seus diferentes coeficientes demonstram dificuldades maiores ou menores internas de cada um dos grupos do Hospital Veterinário onde os residentes cumprem seus programas.

Como fora citado anteriormente, para a melhoria da saúde mental dos residentes participantes desta pesquisa foi oferecida a possibilidade de atendimento psicoterápico individualizado no programa de residência. Outras propostas são citadas na bibliografia consultada, entre elas a possibilidade de compartilhar experiências, através das redes sociais, como acontece no "*Not One More Vet*", do facebook^{TC}; “vet da depre”, das mídias sociais

brasileiras, “*Vetlife*” (<https://www.vetlife.org.uk>) site do Reino Unido, e o programa AVMA *Future Leaders*, da associação de médicos veterinários americanos, integrado aos recursos do “*AVMA’s Wellness e Peer Assistance*” (Bem-estar e assistência de pares) onde postagens voluntárias estão disponíveis para veterinários no intuito de ajudar a enfrentar a crise de bem-estar na profissão (Schoenfeld-Tacher *et al.*, 2017; Knesl *et al.*, 2017).

Bartram *et al* (2010) sugeriram que a promoção da saúde mental poderia ser integrada ao currículo desses profissionais, possibilitando o reconhecimento precoce da saúde mental em si mesmo e em outros (saúde mental preventiva); desafiando o estigma e a discriminação da doença mental. Sugeriram também o monitoramento de tendências através de questionários de rastreamento de saúde mental e o que é o que esta pesquisa se propôs a fazer.

Outras sugestões encontradas foram:

- 1 - Serviços de apoio formal aos estudantes e recém-formados com divulgação eficaz (Platt *et al*, 2012; Platt, *et al*, 2012b; Bartram *et al*, 2010; Knesl *et al*, 2017; Cake *et al*, 2017; Cellini *et al*, 2017; Schoenfeld-Tacher *et al.*, 2017)
- 2 - A melhoria da atitude dos empregadores para com o equilíbrio entre vida e trabalho (Platt *et al*, 2012 e Platt, *et al*, 2012b).
- 3 - Treinamentos para lidar com as dificuldades relacionadas à profissão (Fritschi *et al*, 2009; Cake *et al*, 2017; Bartram *et al*, 2010).
- 4 - Patrocínio de eventos que ajudem a melhorar a saúde física e a compreensão de sentimentos, suas preocupações e expectativas (Manhatan, 2011)
- 5 - Discussões de casos que extrapolem para a percepção emocional dos profissionais, férias sem acesso trabalho e programas de exercícios físicos (Knesl *et al*, 2017)
- 6 - Diálogos com o colega, convites a partilhar suas experiências. Ouvir sem avaliar e julgar. Acolher. Se for apropriado, sugerir que a pessoa procure ajuda profissional (Best, 2016).

Como limitações desta pesquisa, os autores destacaram a baixa aderência na última avaliação, a falta de averiguação de transtornos psiquiátricos diagnosticados antes e durante o período de residência e a dificuldade de se dissociar fatores de risco para TMC intrinsecamente ligados à medicina veterinária e à residência. Pesquisas com outros profissionais e com médicos veterinários não participantes do programa de residência podem esclarecer estas questões futuramente. Caso se consiga dar continuidade a esta pesquisa, a

inclusão de uma questão no cabeçalho que avalie diagnósticos psiquiátricos prévios e durante o período de seria útil. Uma forma de tentar aumentar o número de respondentes nas avaliações subsequentes à primeira é tentar a distribuição do questionário em aulas que estejam todos reunidos, como em dias de provas, questão difícil quando o trabalho ainda não é reconhecido por todos os professores.

Pesquisas futuras podem observar a mudança na prevalência de TMC junto às mudanças do programa de residência, esclarecendo assim condutas ideais para a construção um programa de residência que inclua a saúde mental preventiva.

7 CONCLUSÃO

A prevalência de TMC, no grupo estudado, é similar à de outros médicos residentes. A maioria deles já apresenta indícios de TMC, com 67,15% de positivo em SRQ-20 já na primeira avaliação.

De uma forma geral, eles gostam da profissão que têm e tem bom suporte social. A maioria deles é jovem e mulher.

É imprescindível ressaltar que o contato com os proprietários e zoonoses não foi fator de risco para os transtornos mentais comuns investigados.

De acordo com os modelos de regressão obtidos neste trabalho, o fator determinante do risco para doenças mentais comuns, nos residentes de medicina veterinária da UFMG, é o tempo de residência, pois é o período que os mantém expostos aos fatores de risco relatados. O fator de risco “sexo feminino” ou o fator de proteção sexo masculino” também fez parte dos modelos encontrados, sendo um fator de risco comum, bastante encontrado na literatura.

REFERÊNCIAS

AACH; RD; *et al.*, (1988) Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. *annals of Internal Medicine*.109:154-61.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al... – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANSELMINI, Luciana et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. suppl. 2, p. 26-33, 2008.

ASAIAG, Paulo Eduardo et al. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 422-429, 2010.

ASSUNÇÃO, A. Á. et al. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. **Occupational medicine**, v. 63, n. 3, p. 234-237, 2013.

ANDRADE, E. F. Alta prevalência de estresse em pós-graduandos de ciências veterinárias. **Medicina Veterinária (UFRPE)**, v. 7, n. 2, p. 45-52, 2013.

BALBINOTTI, M.A.A... Para se avaliar o que se espera: reflexões acerca da validade dos testes psicológicos. *Aletheia*, n. 21, p. 43-52, 2005.

BARTRAM., *et al.* Psychosocial working conditions and work-related stressors among UK veterinary surgeons. **Occupational medicine**, v. 59, n. 5, p. 334-341, 2009a.

BARTRAM *et al.* "Interventions with potential to improve the mental health and wellbeing of UK veterinary surgeons." *The Veterinary record* 166.17: 518-523, 2010.

BARTRAM, *et al.*; A cross-sectional study of mental health and well-being and their associations in the UK veterinary profession. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 44, n. 12, p. 1075, 2009b.

BARTRAM, D. J.; BALDWIN, D. S. Veterinary surgeons and suicide: a structured review of possible influences on increased risk. *Veterinary Record*, v. 166, n. 13, p. 388-397, 2010.

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 1585-1596, 2010.

BEST, C. Mental Health, and the veterinary industry. *Equimanagement: Office Management*. Aug 2, 2016a. Available in: <http://equimanagement.com/articles/mental-health-veterinary-industry-53694>

BEST, C. Veterinary Work-Life Imbalance. *Equimanagement: life Imbalance*. Jan 25, 2017. Available in: <https://equimanagement.com/articles/veterinary-worklife-imbalance-55070>

BEST, C. Compassion Fatigue. *Equimanagement: life Imbalance*. Jan 6, 2016b. Available in: <https://equimanagement.com/articles/compassion-fatigue-31064>

BORGES, Tatiana Longo et al. Common Mental Disorders in Primary Health Care Units: Associated Factors and Impact on Quality of Life. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 22, n. 5, p. 378-386, 2016.

CAHÚ, R. A. Gomes *et al.* Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 10, n. 2, p. 76-83, 2014.

CAKE, Martin A. et al. Finding the balance: uncovering resilience in the veterinary literature. **Journal of Veterinary Medical Education**, v. 44, n. 1, p. 95-105, 2017.

CARDOSO, Graça et al. Days out of role due to common physical and mental conditions in Portugal: results from the WHO World Mental Health Survey. **British Journal of Psychiatry Open**, v. 3, n. 1, p. 15-21, 2017.

CARDWELL, J M.; LEWIS, E G. Vocation, Belongingness, and Balance: A Qualitative Study of Veterinary Student Well-Being. **Journal of Veterinary Medical Education**, v. 44, n. 1, p. 29-37, 2017.

CARDWELL, J. M. et al. A cross-sectional study of mental health in UK veterinary undergraduates. *Veterinary Record*, v. 173, n. 11, p. 266-266, 2013.

CARRAGHER, N. *et al.* Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 50, n. 3, p. 339-350, 2015.

CASTRO, F. S.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Alma, corpo e a antiga civilização grega: as primeiras observações do funcionamento cerebral e das atividades mentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 24, n. 4, p. 798-809, 2011.

CHAGAS, A. T. R. O questionário na pesquisa científica. *Administração on -line*, v. 1, n. 1, 2000.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em estudo*, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005.

CELLINI, Melissa M. et al. Availability of Emotional Support and Mental Health Care for Pediatric Residents. **Academic Pediatrics**, v. 17, n. 4, p. 424-430, 2017.

CORADASSI, C. E. O médico veterinário clínico de pequenos animais da região dos Campos Gerais-PR e sua percepção de risco frente às zoonoses. 2002. 52 pgs. (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

COSTA, E. F. O. *et al.* Common mental disorders among medical students at Universidade Federal de Sergipe: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 1, p. 11-19, 2010.

COUTINHO, Letícia Maria Silva et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 9, p. 1875-1883, 2014.

COUSINS, N. Internship: preparation or hazing? *JAMA: the journal of the American Medical Association*, v. 245, n. 4, p. 377-377, 1981.

CRANE, M. F.; et al. Trait perfectionism strengthens the negative effects of moral stressors occurring in veterinary practice. *Australian veterinary journal*, v. 93, n. 10, p. 354-360, 2015.

CUNHA, C. M; et al. Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida. *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)*, v. 14, n. 49, p. 98-103, 2016.

DA SILVA, Rodrigo Marques et al. Estresse e hardiness entre residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 87-96, 2014.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. Estatística sem matemática para psicologia. *Penso Editora*, 2013.

DE QUADROS, Lenice de Castro Muniz et al. Social Mobility and Mental Disorders at 30 Years of Age in Participants of the 1982 Cohort, Pelotas, Rio Grande Do Sul–RS. **PloS one**, v. 10, n. 10, p. e0136886, 2015.

DEMAZEUX, S. Psychiatric epidemiology, or the story of a divided discipline. *International journal of epidemiology*, p. i53-i66, 2014.

DEWA, C. S. Worker attitudes towards mental health problems and disclosure. **The international journal of occupational and environmental medicine**, v. 5, n. 4 October, p. 463-175-86, 2014.

DIJKSTRA-KERSTEN, Sandra MA et al. Somatisation as a risk factor for incident depression and anxiety. **Journal of psychosomatic research**, v. 79, n. 6, p. 614-619, 2015.

DOHOO, I.; MARTIN, W.; STRYHN, H. *Veterinary epidemiologic research. Charlottetown: AVC, 2003. 706p.*

FARO, A. Estresse e Estressores na Pós-Graduação: Estudo com Mestrandos e Doutorandos no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 29, n. 1, p. 51-60, 2013.

FLORES CECCON, Roger et al. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, 2014.

FRITSCHI, L. et al. Psychological well-being of Australian veterinarians. *Australian veterinary journal*, v. 87, n. 3, p. 76-81, 2009.

GARDNER, D; FLETCHER, R. Demands, appraisal, coping and outcomes: Positive and negative aspects of occupational stress in veterinarians. *International Journal of Organizational Analysis*, v. 17, n. 4, p. 268-284, 2009.

GOLDBERG, D. Psychopathology, and classification in psychiatry. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 50, n. 1, p. 1-5, 2015.

GYLES, Carlton. Mental health and veterinary suicides. **The Canadian Veterinary Journal**, v. 55, n. 12, p. 1123, 2014.

HAWTON, Keith et al. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. **Journal of affective disorders**, v. 134, n. 1, p. 320-326, 2011.

HATCH, P. H. *et al.* Workplace stress, mental health, and burnout of veterinarians in Australia. *Australian Veterinary Journal*, v. 89, n. 11, p. 460-468, 2011.

HERSI, Liban et al. Mental distress and associated factors among undergraduate students at the University of Hargeisa, Somaliland: a cross-sectional study. **International journal of mental health systems**, v. 11, n. 1, p. 39, 2017.

JANSEN, K et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil Mental common disorders and quality of life in young adulthoods: a population-based sample. **Cad. saúde pública**, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011.

KAVALIDOU, Katerina; SMITH, Daniel J.; O'CONNOR, Rory C. The role of physical and mental health multimorbidity in suicidal ideation. **Journal of affective disorders**, v. 209, p. 80-85, 2017.

KILLINGER, Stacy L. et al. Stress and Depression among Veterinary Medical Students. **Journal of Veterinary Medical Education**, v. 44, n. 1, p. 3-8, 2017.

KNESL, Oliver et al. Veterinarians and Humane Endings: when is it the right time to euthanize a companion animal. **Frontiers in Veterinary Science**, v. 4, 2017.

KNUTH, B S et al. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, 2015.

KOHLMANN, S et al. The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: a population-based analysis. **Journal of psychosomatic research**, v. 90, p. 51-56, 2016.

KRUEGER, R. F. The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, v. 56, n. 10, p. 921-926, 1999.

KRUEGER, R F.; MARKON, K E. Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, v. 2, p. 111-133, 2006.

LAINE, H. *et al.* The associations between psychosocial working conditions and changes in common mental disorders: a follow-up study. *BMC public health*, v. 14, n. 1, p. 588, 2014.

LOPEZ, and.; MURRAY. The global burden of disease, 1990–2020. **Nature Medicine**, v. 4, n. 11, p. 1241-1243, 1998.

LOURENÇÃO, *et al.* Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010.

LOVELL, A. M.; SUSSER, E. What might be a history of psychiatric epidemiology? Towards a social history and conceptual account. *International journal of epidemiology*, v. 43, n. suppl 1, p. i1-i5, 2014.

LOVELL, A M. The World Health Organization and the contested beginnings of psychiatric epidemiology as an international discipline: one rope, many strands. *International journal of epidemiology*, v. 43, n. suppl 1, p. i6-i18, 2014.

MANHATTAN, K. KSU researchers probe depression rates of veterinary students and medical students. *DVM Newsmagazine*. Jul 28, 2011. Acessado dia 04 junho 2017: <http://veterinarynews.dvm360.com/ksu-researchers-probe-depression-rates-veterinary-students-and-medical-students>

MASTENBROEK, Nicole JJM. The Art of Staying Engaged: The Role of Personal Resources in the Mental Well-Being of Young Veterinary Professionals. **Journal of Veterinary Medical Education**, v. 44, n. 1, p. 84-94, 2017.

MATTOS, *et al.* Interaction between demand-control and social support in the occurrence of common mental disorders. **Revista de saude publica**, v. 51, 2017.

MELLANBY, R. J. Improving wellbeing in the veterinary profession: recent advances and future challenges. *Veterinary Record*, v. 173, n. 11, p. 264-265, 2013.

MOREAU, E; MAGEAU, G A. The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! **Motivation and Emotion**, v. 36, n. 3, p. 268-286, 2012.

MORAES, R S de et al. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 43-56, 2017.

NEVES, B S; e PINHEIRO, T M M. Epidemiological and Occupational Profile of Anesthesiologists Practicing in Belo Horizonte, Minas Gerais–Brazil, in 2010. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 62, n. 5, p. 612-624, 2012.

NETT, R. J. *et al.* Notes from the field: prevalence of risk factors for suicide among veterinarians-United States, 2014. *MMWR: Morbidity and mortality weekly report*, v. 64, n. 5, p. 131-132, 2015.

NIEMEYER, M. As formas de manifestação da insanidade* Emil Kraepelin *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 167-194, 2009 .

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Residência Médica: estresse e crescimento. *The international journal of psychiatry*, v. 11 n. 10. 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, et al. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Assoc Med Bras*, v. 44, n. 1, p. 28-34, 1998.

NORTHOFF, G. Spatiotemporal Psychopathology II: How does a psychopathology of the brain's resting state look like? Spatiotemporal approach and the history of psychopathology. *Journal of affective disorders* 190: 867-879. 2016.

PLATT, B. et al. Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons. **Occupational Medicine**, v. 60, n. 6, p. 436-446, 2010.

PLATT, Belinda et al. Suicidality in the veterinary profession. **Crisis**, 2012.

PLATT, B. *et al.* Suicidality in the veterinary profession: interview study of veterinarians with a history of suicidal ideation or behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, v. 33, n. 5, p. 280, 2012b.

PLATT, B. *et al.* "Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 47.2 (2012a): 223-240

PICKLES, K. J. *et al.* Similar challenges, different approaches: a review of student support systems in UK veterinary schools. *Veterinary Record*, v. 173, n. 4, p. 96-96, 2013.

PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora 34. 1995

RIBEIRO, R. C. L. A velhice em uma nova versão: Uma abordagem interdisciplinar na microrregião de Viçosa – MG. 1999. 107 pgs. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

ROBILLARD, R et al. The relative contributions of psychiatric symptoms and psychotropic medications on the sleep-wake profile of young persons with anxiety, depression and bipolar disorders. **Psychiatry research**, v. 243, p. 403-406, 2016.

ROCHA, Saulo Vasconcelos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 630-40, 2010.

ROUDINESCO, E.; Plon, M. Dicionário de psicanálise. *Zahar*, 1998.

ROTHMAN, K. J.; STEIN, Z.; SUSSER, M. Rebuilding bridges: what is the real role of social class in disease occurrence. *European journal of epidemiology*, v. 26, n. 6, p. 431-432, 2011.

RUITENBURG, Martijn M.; FRINGS-DRESEN, Monique HW; SLUITER, Judith K. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. **BMC health services research**, v. 12, n. 1, p. 292, 2012.

SANDERS, J. L. A distinct language and a historic pendulum: The evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Archives of psychiatric nursing*, v. 25, n. 6, p. 394-403, 2011.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública* 34.3: 544. 2011.

SANTOS, K. O. B. Estresse ocupacional e saúde mental - desempenho de instrumentos de avaliação em populações de trabalhadores na Bahia, Brasil. 2006. 113pgs. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana

SANTOS, K. O. B; et al.; Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SANTOS, K. O. B. *et al.*, Common Mental Disorders among Occupational Groups: Contributions of the Latent Class Model. *Psychiatry journal*, v. 2016, 2016.

SANTOS, Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr*, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SCHLÖSSER, Adriano; ROSA, Gabriel Fernandes Camargo; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, v. 22, n. 1, p. 133-145, 2014.

SCHOENFELD-TACHER, Regina M. et al. Changes in Affective and Cognitive Empathy among Veterinary Practitioners. *Journal of Veterinary Medical Education*, v. 44, n. 1, p. 63-71, 2017.

SILVA, A. G.; *et al.*; Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, n. 1, p. 229-242, 2014.

SMYTH, B. Some observations on the economics of the veterinary profession in Australia. *Australian veterinary journal*, v. 92, n. 3, p. N21-2, 2014.

SHORTER, E. History of psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, v. 21, n. 6, p. 593, 2008.

SILVA, C R. *et al.*, . O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais e Agroindustriais*, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005

SILVA J, J. S. e FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 1, p. 186-190, 2014.

STEEL, Z. *et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, v.43, n.2, p. 476-493, 2014.

SUBRAMANIAM, K. et al. The clinical interview schedule-revised (CIS-R)–malay version, clinical validation. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, v. 13, n. 1, p. 58, 2006.

TRAN, L; *et al.*, . The distinct role of performing euthanasia on depression and suicide in veterinarians. *Journal of occupational health psychology*, v. 19, n. 2, p. 123, 2014.

TOMLIN, J. L. *et al.* Veterinary students' understanding of a career in practice. *Veterinary record: journal of the British Veterinary Association*, v. 166, n. 25, 2010.

VIANA, F. C. História e memória da peste suína africana no Brasil, 1978-1984: passos e descompassos. 2004. 171 pgs. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

WHITING, T. L.; MARION, C. R. Perpetration-induced traumatic stress—A risk for veterinarians involved in the destruction of healthy animals. *The Canadian Veterinary Journal*, v. 52, n. 7, p. 794, 2011.

9 ANEXOS

9.1 ANEXO 1

Estes questionários avaliam alguns sintomas que a rotina de trabalho pode acarretar em sua vida.

É necessário que, no espaço identificador, você coloque os 4 primeiros números de seu CPF e o ano e semestre que iniciou sua residência para que, caso você responda a este questionário, novamente, a pesquisa possa detectar se houve alteração em suas respostas.

Identificador: _____ Semestre e ano de início da residência: _____

Sexo Masculino Feminino

Idade _____ Especialidade na residência: _____

Mora Com os pais Sozinho Com outros Quem? _____

Se não mora com os pais, há quanto tempo saiu de casa?

Vê amigos e colegas não vinculados à sua profissão?

Sim Não

Caso positivo, com que frequência se falam

Semanal mensal semestral ou
 menos

Vê amigos e colegas vinculados à sua profissão, mas fora do seu ambiente de residência?

Sim Não

Caso positivo, com que frequência se falam?

Semanal mensal Semestral ou
menos

Conside-

ra-se solteiro comprometido

Caso Comprometido, há quanto tempo?

Qual frequência que fala com seus pais e/ou irmãos e/ ou parentes
próximos?

sempre frequentemente raramente quase
e nunca

Alguma das questões acima se modificou desde a última vez que você respondeu ao questionário?

Você pode sinalizá-la(s), por favor, circulando as questões e as respostas do último questionário, para que possamos detectar as diferenças?

Defina sua profissão de médico veterinário em apenas uma palavra : _____

Por

quê? _____

Você vê zoonose em sua prática profissional? () sim () não.

Você tem contato com os proprietários destes animais infectados? () sim () não

Caso positivo, você consegue instruí-los a este respeito? () sim () não

9.2 ANEXO 2

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Marque V ou F nas alternativas abaixo:

- 1 () Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?
- 2 () Assusta-se com facilidade?
- 3 () Sente-se triste ultimamente?
- 4 () Você chora mais do que de costume?
- 5 () Tem dores de cabeça frequentemente?
- 6 () Você dorme mal?
- 7 () Você sente desconforto estomacal?
- 8 () Você tem má digestão?
- 9 () Você tem falta de apetite?
- 10 () Tem tremores nas mãos?
- 11 () Você se cansa-se com facilidade?
- 12 () Tem dificuldade em tomar decisão?
- 13 () Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?
- 14 () O seu trabalho traz sofrimento?
- 15 () Sente-se cansado todo o tempo?
- 16 () Tem dificuldade de pensar claramente?
- 17 () Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?
- 18 () Tem perdido o interesse pelas coisas?
- 19 () Tem pensado em dar fim à sua vida?
- 20 () Sente-se inútil em sua vida?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

9.3 ANEXO 3

Título do Projeto: Avaliação dos residentes em veterinária em saúde mental

Pesquisador Responsável: Rachel Capanema Ferreira Cançado

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Amaral Haddad

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola de Veterinária da UFMG – Pós- graduação em Medicina Veterinária Preventiva – Epidemiologia.

Email de contato do orientador: jphaddad01@globocom.com

Email da pesquisadora: rachelcapanema@gmail.com

Nome do voluntário _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de extensão “Avaliação psicopedagógico dos residentes em Medicina Veterinária na Escola Veterinária da UFMG e suas implicações em autopercepção de risco com zoonoses.” de responsabilidade da pesquisadora Rachel Capanema Ferreira Cançado.

O Objetivo do projeto é avaliar os residentes de veterinária da UFMG, no intuito de melhorar sua formação e qualidade de vida.

O método utilizado será o questionário o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), respondido pelos residentes da EV UFMG.

Os riscos e desconfortos associados à pesquisa são nulos e os benefícios esperados são a avaliação da saúde mental e a percepção de sucesso do residente de veterinária da EV UFMG. Não há estímulo financeiro de nenhuma espécie nesta pesquisa.

No caso de quaisquer dúvidas, o voluntário deve procurar o pesquisador no telefone especificado neste termo.

A participação nesta pesquisa é voluntária e este consentimento pode ser retirado a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo aos participantes.

Todos os dados são confidenciais e ao sujeito da pesquisa é assegurado à sua privacidade.

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa
acima descrito.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa

Belo Horizonte, _____