



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

MATIAS CARVALHO AGUIAR MELO

SAÚDE E QUALIDADE DO SONO DOS MÉDICOS RESIDENTES EM
PSIQUIATRIA

FORTALEZA-CE

2015

MATIAS CARVALHO AGUIAR MELO

SAÚDE E QUALIDADE DO SONO DOS MÉDICOS RESIDENTES EM PSIQUIATRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas – Pró-Ensino na Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabeth De Francesco Daher.

Fortaleza

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M485s Melo, Matias Carvalho Aguiar.
 Saúde e qualidade do sono dos médicos residentes em psiquiatria / Matias Carvalho Aguiar
 Melo. – 2015.
 92 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina,
 Departamento de Medicina Clínica, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas,
 Mestrado em Ciências Médicas, Fortaleza, 2015.
 Área de Concentração: Medicina.
 Orientação: Profa. Dra. Elizabeth De Francesco Daher.
1. Saúde. 2. Sono. 3. Internato e Residência. 4. Psiquiatria. I. Título.

CDD 612.821

MATIAS CARVALHO AGUIAR MELO

SAÚDE E QUALIDADE DO SONO DOS MÉDICOS RESIDENTES EM PSIQUIATRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas – Pró-Ensino na Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth De Francesco Daher.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth De Francesco Daher
Universidade Federal do Ceará

Prof^ª. Dr^ª. Veralice Meireles Sales de Bruin
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Carlos Clayton Torres Aguiar
Universidade de Fortaleza

Dedico este trabalho aos familiares e amigos
com quem compartilho tristezas e alegrias.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial às minhas duas mães Nadir e Vilma, sem as quais não teria alcançado tantas conquistas pessoais e profissionais.

À minha orientadora, Dra. Elizabeth, que me serve de inspiração como pessoa e profissional desde a faculdade.

Ao meu coorientador, Dr. Medeiros, pelas oportunidades e pelos ensinamentos.

À Dra. Veralice, pela enorme ajuda para o meu desenvolvimento como cientista.

Ao meu amigo e chefe Alexandre Lima, pelo grande incentivo em iniciar o projeto de mestrado, pela confiança depositada e pelas oportunidades oferecidas.

Aos amigos por toda a ajuda, pelos momentos de diálogo e de consolo, pelos aniversários secretos e pela animação nas festas de que participamos.

Agradecimento especial aos meus amigos Carlos Celso, Izabel Ferraz, Janaína Bandeira, José Abraão e Raquel Kataoka pela imensa ajuda na coleta de dados sem a qual essa pesquisa se tornaria inviável.

“A nossa maior glória não reside no fato de nunca cairmos, mas sim em levantarmo-nos sempre depois de cada queda”.

(Confúcio)

RESUMO

Os médicos residentes costumam ser submetidos a altos níveis de estresse e exigência. No entanto, poucas pesquisas têm avaliado a saúde desse grupo. O estudo objetiva avaliar a saúde e a qualidade do sono dos médicos residentes em psiquiatria. Foram convidados para esta pesquisa todos os médicos residentes em psiquiatria do estado do Ceará, na Região Nordeste do Brasil. Foram aplicados a cada residente um questionário padronizado e escalas validadas. Participaram da pesquisa 59 médicos residentes em psiquiatria. Quanto ao estado nutricional, 49,2% dos residentes apresentaram excesso de peso, principalmente os homens. Sobre as atividades físicas, 61% dos residentes eram sedentários. Em relação à saúde mental, 33,9% dos residentes tiveram altas pontuações para sintomas ansiosos; 30,5%, para sintomas fóbicos sociais; e 19%, para sintomas depressivos. Altas pontuações para ansiedade foram relacionadas com menor atenção ($p = 0,012$) e pior relação com preceptores/ superiores ($p = 0,02$); já altos escores de sintomas depressivos, com uma pior relação com pacientes ($p = 0,04$) e preceptores/ superiores ($p = 0,016$). Os sintomas ansiosos se associaram de forma estatisticamente significativa com os sintomas depressivos ($p < 0,01$) e fóbicos sociais ($p < 0,01$). Quanto ao sono, 59,3% apresentaram sono de má qualidade; e 28,8%, sonolência excessiva diurna. A má qualidade do sono teve associação estatisticamente significativa com maior sonolência excessiva diurna ($p = 0,03$), com maior tempo de residência ($p = 0,03$), sintomas ansiosos ($p < 0,01$) e sintomas fóbicos sociais ($p = 0,02$). Dos residentes com má qualidade do sono, 80% nunca se consultaram por esse motivo; 40,7% já usaram medicações hipnóticas; e 25,7% ainda as usavam regularmente. Os achados do estudo alertam para a urgência em se cuidar da saúde e do sono dos residentes de psiquiatria. Programas de assistência especificamente voltados para os residentes são sugeridos

Palavras-Chave: Saúde. Qualidade do sono. Residência Médica. Psiquiatria.

ABSTRACT

Medical residents are subjected to high levels of stress and exigencies. However, few studies have focused on health in this group. The aim of this study was to investigate health and sleep quality of psychiatry residents. All psychiatric residents of the State of Ceará (located in Northeastern of Brazil) were invited. Questionnaire and validated scales were applied. Fifty-nine psychiatry residents participated in the survey. Regarding nutritional status, 49.2% of residents were overweight or obese, especially men. In point of physical activity, 61% were sedentary. Concerning mental health, 33.9% had high scores for anxiety symptoms; 30.5% for social phobia; and 19% for depressive symptoms. High scores for anxiety were associated with lower attention ($p = 0.012$) and worse relationship with preceptors ($p = 0.02$); and high scores of depressive symptoms were related to a worse relationship with patients ($p = 0.04$) and preceptors ($p = 0.01$). Anxiety scores were significantly associated with depressive symptoms ($p < 0.01$) and social phobia ($p < 0.01$). In point of sleep, 59.3% had poor sleep; and 28.8% had excessive daytime sleepiness. Poor sleep was significantly associated with excessive daytime sleepiness ($p = 0.03$), longer residence time ($p = 0.03$), anxiety symptoms ($p < 0.01$) and social phobic symptoms ($p = 0.028$). Eighty per cent of residents with poor sleep quality never consulted for this reason; 40.7% had used hypnotic medications; and 25.7% used them regularly. The study findings highlight the urgent need to take care of health and sleep quality of psychiatry residents. Assistance programs focused specifically on residents are suggested.

Key words: Health. Sleep quality. Medical residency. Psychiatry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Algoritmo de seleção dos residentes em psiquiatria participantes da pesquisa.....	33
Figura 2 – Frequência de atividades física dos residentes de psiquiatria (n=59).....	36
Figura 3 – Saúde mental dos residentes de psiquiatria (%)......	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos residentes de psiquiatria.....	34
Tabela 2 – Perfil profissional dos residentes de psiquiatria.....	34
Tabela 3 – Avaliação nutricional dos residentes de psiquiatria.....	35
Tabela 4 – Saúde mental dos residentes de psiquiatria.....	37
Tabela 5 – Parâmetros do sono dos residentes de psiquiatria.....	41
Tabela 6 – Qualidade do sono e sonolência diurna nos residentes de psiquiatria.....	42
Tabela 7 – Relação entre higiene do sono e qualidade do sono dos residentes.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BRFSS	<i>Behavioral Risk Factor Surveillance System</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CES-D	Escala para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESS	<i>Epworth Sleepiness Scale</i>
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HSM	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IMC	Índice de Massa Coepórea
IQSP	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
OMS	Organização Mundial de Saúde
R4	Residente do 4º ano (opcional na psiquiatria)
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
SAHOS	Síndrome da Apnéia-Hipnéia Obstrutiva do Sono
SED	Sonolência Excessiva Diurna
SPIN	<i>Social Phobia Inventory</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisão
UFG	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Residência Médica	16
2.2 Saúde física dos residentes	17
2.2.1 Estado nutricional	17
2.2.2 Atividade física	18
2.3 Saúde mental dos residentes	18
2.3.1 Depressão	19
2.3.2 Ansiedade	19
2.3.3 Uso de álcool	20
2.4 Sono	20
2.4.1 Qualidade do sono	21
2.4.2 Repercussões do sono de má qualidade	21
2.4.3 Sono dos estudantes de medicina e médicos residentes	23
3 JUSTIFICATIVA	25
4 OBJETIVOS	26
4.1 Objetivo Geral	26
4.2 Objetivos Específicos	26
5 METODOLOGIA	27
5.1 Delineamento do estudo	27
5.2 População do estudo	27
5.2.1 Critérios de inclusão	27
5.2.2 Critérios de exclusão	27
5.3 Coleta de dados	28
5.4 Instrumentos	28

5.4.1 <i>Questionário autoaplicável</i>	28
5.4.2 <i>Atividade física</i>	29
5.4.3 <i>Estado nutricional</i>	29
5.4.4 <i>Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</i>	29
5.4.5 <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>	30
5.4.6 <i>Social Phobia Inventory (SPIN)</i>	30
5.4.7 <i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>	30
5.4.8 <i>Teste de Fagerström</i>	31
5.4.9 <i>Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (IQSP)</i>	31
5.4.10 <i>Epworth Sleepiness Scale (ESS)</i>	31
5.5 <i>Análise dos dados</i>	32
5.6 <i>Aspectos éticos</i>	32
6 RESULTADOS	33
6.1 Perfil sociodemográfico e profissional	33
6.2 Saúde física	35
6.3 Saúde mental	37
6.3.1 <i>Sintomas ansiosos</i>	37
6.3.2 <i>Sintomas fóbicos sociais</i>	38
6.3.3 <i>Sintomas depressivos</i>	39
6.3.4 <i>Uso de álcool e nicotina</i>	40
6.3.5 <i>Relações entre sintomas em saúde mental</i>	40
6.4 Sono	41
6.4.1 <i>Qualidade do sono</i>	41
6.4.2 <i>Busca por assistência e tratamento</i>	42
6.4.3 <i>Higiene do sono</i>	43
6.4.4 <i>Relação entre sono e saúde mental</i>	43
7 DISCUSSÃO	45
7.1 <i>Saúde física</i>	45

<i>7.1.1 Perfil nutricional</i>	45
<i>7.1.2 Atividade física</i>	47
<i>7.1.3 Doenças clínicas</i>	48
7.2 Saúde mental	49
<i>7.2.1 Sintomas ansiosos</i>	49
<i>7.2.2 Sintomas fóbicos sociais</i>	50
<i>7.2.3 Sintomas depressivos</i>	52
<i>7.2.4 Uso de nicotina</i>	53
<i>7.2.5 Uso do álcool</i>	54
<i>7.2.6 Relações entre sintomas em saúde mental</i>	55
7.3 Sono	56
<i>7.3.1 Qualidade do sono</i>	56
<i>7.3.2 Busca por assistência e tratamento</i>	57
<i>7.3.3 Higiene do sono</i>	57
<i>7.3.4 Relação entre sono e saúde mental</i>	58
7.4 Limitações	58
8 CONCLUSÕES	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES	81
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO	83
ANEXOS	87
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	88
ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	90

1 INTRODUÇÃO

As profissões com maior risco para os transtornos do sono e problemas mentais são as relacionadas a altos níveis de exigências e estresse e à alternância de turnos (RÉGIS FILHO, 2001; ROCHA; MARTINO, 2010; SIMÕES; MARQUES; ROCHA, 2010). Dentre elas, estão os médicos.

Enquanto os fatores endógenos regulam o ciclo sono-vigília de acordo com períodos de claridade e escuridão (através da ação de hormônios, como a melatonina), as demandas acadêmicas e profissionais tendem a estabelecer um novo padrão do sono, baseado nas necessidades individuais (CARDOSO et al., 2009).

Desde a faculdade, estudantes de medicina vivem uma rotina estressante. Estabelecem rotinas de estudo por vezes prolongadas, em busca de um desempenho acadêmico adequado. Além das atividades curriculares, muitos participam de atividades diversas, com o intuito de aprimorar sua formação, como cursos, ligas acadêmicas, monitorias, pesquisas, projetos de iniciação científica, estágios e plantões. Essas atividades demandam trabalhos adicionais e, às vezes, em horários irregulares, contribuindo para aumentar o nível de exigência e estresse (CARDOSO et al., 2009).

Programas de Residência Médica são tradicionalmente conhecidos por longas cargas horárias. No final da década de 90, os residentes de especialidades cirúrgicas costumavam dedicar mais de 100 horas por semana aos cursos de especialização (ULMER et al., 2009). Isso foi associado a problemas, como fadiga, sonolência diurna, sintomas ansiosos e depressivos e *burn out* (KANG; LIHM; HONG, 2013; WEST, 2009). Diante disso, várias organizações passaram a pressionar instituições de ensino para limitar as horas de trabalho, com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida aos residentes e benefícios indiretos para os pacientes (FLETCHER, 2005, 2012).

Vários estudos têm avaliado a saúde física e mental dos estudantes de medicina. Têm-se detectados altos níveis de sedentarismo, sobrepeso e obesidade, sintomas ansiosos e depressivos, taxas de suicídio, sono de má qualidade e sonolência excessiva diurna. Pesquisas com residentes existem em menor número e revelam resultados similares (BRIGHT; KRAHN, 2011; MOTA et al., 2012).

No entanto, não se observou, na literatura pesquisada, artigos sobre o sono e aspectos da saúde mental especificamente na população dos residentes de psiquiatria.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Residência Médica

A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação (BRASIL, 1977). Atualmente, é considerada pelo Ministério da Educação como a melhor forma de especialização médica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, [2014?]).

A história da Residência Médica data do século XIX, sendo implantada pela primeira vez em 1880 no John's Hopkins Hospital, nos Estados Unidos (BOTTI, 2009). Logo, essa ideia se difundiu por várias instituições até que, em 1927, foram credenciados os primeiros programas de residência nos Estados Unidos (MARTINS, 2005).

No Brasil, essa modalidade de ensino se estabeleceu mais tardiamente, em 1944 (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011). Inicialmente, ela despertou o interesse de poucos médicos. No entanto, o aumento do número de médicos, o acirrado mercado de trabalho, a deficiência na formação acadêmica nas faculdades de medicina e a crescente valorização da especialização foram responsáveis pelo crescimento do número de residências médicas, marcadamente a partir da década de 1970. Contudo, surgiram muitos programas de residência marcados pela ausência de um projeto pedagógico consistente e pelas más condições de trabalho. Esse processo culminou na regulamentação da Residência Médica em 1977. A partir de então, a Residência Médica se consolidou como a modalidade de excelência de ensino em pós-graduação médica (MARTINS, 2005).

O avanço da medicina tem motivado à crescente especialização dos médicos através de programas de Residência Médica e à valorização dos médicos com o devido título. Os hospitais também se beneficiam desse processo tanto por incentivos financeiros governamentais como pela presença de mão-de-obra barata e qualificada (MARTINS, 2005).

As exigências da rotina de trabalho da Residência Médica têm levado os médicos residentes a constantes reivindicações por melhorias. Em 1981, quatro anos após a regulamentação, importantes conquistas foram alcançadas. A Residência Médica deixou de ser um regime de dedicação exclusiva. Foi padronizada uma bolsa de estudos para os

residentes, bem como alimentação e alojamento, além de folga semanal e férias anuais de 30 dias (BRASIL, 1981).

Atualmente, ainda muito se discute sobre a sobrecarga de serviço e a carga horária de alguns programas de Residência Médica. Outras mudanças já foram resultado disso, como a limitação de 60 horas semanais de trabalho, considerada ainda uma carga de trabalho excessiva por alguns estudiosos. Assim, estudos sobre a qualidade de vida, o sono e a saúde física e mental dos médicos residentes tem assumido cada vez mais destaque (BARGER et al., 2006; ULMER et al., 2009).

2.2 Saúde física dos residentes

De acordo com o modelo biomédico, a saúde é considerada a ausência de doença ou de processos patológicos que resultem em prejuízos ao indivíduo. No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a conceitua não apenas como a ausência de doença, mas como um perfeito bem-estar físico, mental e social. No entanto, muito se critica essa definição por ser muito ampla e pouco concreta (SEGRE; FERRAZ, 1997; MORAIS et al., 2012). Nesse contexto, o estado nutricional e a atividade física devem ser considerados como importantes elementos para a saúde e qualidade de vida.

2.2.1 Estado nutricional

Os índices de sobrepeso e obesidade em estudantes de medicina são elevados, variando de acordo com a população e o gênero (MOTA et al., 2012). Algumas pesquisas demonstram o aumento da prevalência ao longo dos anos de faculdade (INAMM, 2008; LESSA; MONTENEGRO, 2008). Além disso, os estudantes de medicina apresentaram taxas mais elevadas de sobrepeso e obesidade, quando comparado com outros cursos de ensino superior (HEINISCH; ZUKOWSKI; HEINISCH, 2007; PAIXÃO; DIAS; PRADO, 2010). Um estudo com internos detectou excesso de gordura corporal em 50% dos participantes (MIHALOPOULOS; BERENSON, 2008).

Estudos com médicos residentes são escassos. Uma pesquisa registrou aumento de sete a nove quilos ao longo do tempo de residência médica (STOLLER et al., 2005). Não se encontrou estudos brasileiros sobre o estado nutricional dos médicos residentes.

2.2.2 Atividade física

O sedentarismo é comum nos estudantes de medicina (MOTA et al., 2012). Considera-se sedentário o indivíduo que pratica menos de 30 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada por cinco dias por semana (WHO, 2004). Cinquenta por cento dos estudantes responsabilizam a grande carga horária do curso pela menor frequência de atividade física (FIEDLER, 2008). O índice de sedentarismo parece relacionado ao curso de medicina, uma vez que tanto se mostra superior em relação a estudantes de outros cursos como também progride ao longo dos anos de faculdade (FIGUEIREDO et al., 2009; HEINISCH; ZUKOWSKI; HEINISCH, 2007; MOTA et al., 2012).

Na Residência Médica, as taxas de sedentarismo também são altas, chegando a 94,5% em alguns estudos (HAGE; SAVEGH; RIZK, 2010; MIHALOPOULOS; BERENSON, 2008). No entanto, ainda faltam estudos nacionais sobre o assunto.

2.3 Saúde mental dos residentes

Saúde mental é um termo de difícil definição (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999), permeado por questões ideológicas, políticas, sociais, culturais, entre outras, que variam de acordo com o tempo e o lugar (AMARANTE, 2007). Esse conceito considera a consciência do indivíduo quanto ao seu potencial, a capacidade de lidar com os problemas do dia-a-dia, trabalhar produtivamente e contribuir para a comunidade (WHO, 2008).

Dessa forma, a definição de saúde mental é mais ampla do que a ausência de transtornos mentais. Entretanto, é comum usar o termo doença para definir saúde e vice-versa (TAVARES, 2012). Devido à complexidade conceitual, nessa pesquisa, consideram-se apenas alguns aspectos da saúde mental: sintomas depressivos, ansiosos e uso de substâncias.

Pesquisas indicam altas taxas de estresse, depressão, suicídio e uso de substâncias psicoativas em médicos (BRIGHT; KRAHN, 2011; HSU; MARSHALL, 1987; MILLER; MCGOWEN, 2000). O estado de saúde mental dos médicos pode refletir em sua relação com os pacientes e prejudicar o diagnóstico e o tratamento (GABA; HOWARD, 2002; STEINBROOK, 2002).

Os residentes parecem acumular uma dupla carga de estresse. São, ao mesmo tempo, médicos (com toda a responsabilidade inerente à profissão) e estudantes (ainda em fase de aprendizado). Afinal, eles desempenham o papel médicos em formação, que, embora ainda em aperfeiçoamento, assumem grandes responsabilidades. Isso pode provocar insegurança e ansiedade. Além disso, eles também exercem funções de estudante, sendo submetidos a uma grande quantidade de conhecimentos teórico-práticos e exigência por desempenho. Muitas vezes, realizam trabalhos externos com a finalidade de aumentar a renda. Esses fatores potencializam o risco de uma pior saúde mental.

2.3.1 Depressão

As taxas de depressão entre estudantes de medicina e residentes são maiores do que na população geral. Geralmente, os médicos são mais resistentes ao tratamento psiquiátrico e tentam estabelecer o próprio diagnóstico e tratamento, sem ajuda de outros profissionais (BRIGHT; KRAHN, 2011).

Fahrenkopf et al. (2008) reportou uma prevalência de 20% de depressão em residentes de pediatria. Além disso, esse grupo de residentes cometeu seis vezes mais erros médicos que o grupo-controle, havendo associação entre depressão e erros médicos ($p < 0,001$).

Outros estudos identificaram maior risco de suicídio entre os médicos (FRANK; BIOLA; BURNETT, 2000; FRANK; DINGLE, 1999; HAWTON et al., 2001). Os psiquiatras e os anestesistas são as especialidades com maior risco (SILVERMAN, 2000).

2.3.2 Ansiedade

Estudos evidenciam níveis de ansiedade nos estudantes de medicina superiores ao da população geral (LLOYD; GARTRELL, 1984; DYRBYE; THOMAS; SHANAFELT,

2006). A lida com pacientes graves, a responsabilidade inerente à profissão e a grande quantidade de conteúdo a ser estudado em um curto período de tempo podem contribuir para esse fato (MARAFAntI et al., 2013).

Estudos longitudinais constatam uma piora dos escores de ansiedade ao longo do curso de medicina. Poucas pesquisas, no entanto, avaliaram os médicos residentes. Uma delas registrou altos níveis de ansiedade em 50% dos residentes de radiologia (SILVA et al., 2010).

2.3.3 Uso de álcool

Os transtornos por uso de substâncias, especialmente o álcool, também representam um importante problema entre estudantes de medicina (MCAUHIFFE et al., 1991; NEWBURY-BIRCH; WHITE; KAMILE, 2000; WAGNER; ANDRADE, 2008). Além das repercussões para a saúde individual, esses transtornos podem comprometer o desempenho acadêmico e os relacionamentos interpessoais.

As pesquisas apontam para uma prevalência de uso de álcool de 92-98% ao longo da vida e 87-94% nos últimos doze meses (KERR-CORRÊA et al., 1999). Um estudo conduzido no Reino Unido revelou que 61% dos estudantes de medicina do gênero masculino e 48% do feminino apresentam episódios de uso abusivo ou dependência (WEBB; ASHTON; KAMALI, 1996).

Estudos especificamente com médicos residentes ainda são pouco frequentes. Um dos mais importantes detectou uma prevalência de 11,1% de transtornos por uso de álcool em residentes em anestesiologia (WARNER et al., 2013).

2.4 Sono

O sono é uma necessidade, atuando na restauração das funções fisiológicas e na consolidação da memória (CARDOSO, 2009; BERTOZALI, 2008). Estudos sugerem também o papel do sono na neurogênese e na redução do estresse oxidativo (HIGGINS; GEORGE, 2010).

Na prática clínica, queixas de sono são comuns, principalmente a insônia. Embora seja bastante utilizado em contextos médicos ou não, o termo insônia pode assumir diferentes significados. A insônia pode ser entendida como um sinal, um sintoma ou um distúrbio do sono evidenciado em polissonografia (ROTH, 2007; SATEIA et al., 2000). Pode haver divergência entre o relato subjetivo e os achados objetivos evidenciados em polissonografia ou constatados pela observação de terceiros (LEMOLA; LEDERMANN; FRIEDMAN, 2013). Nesse estudo, adota-se o conceito de insônia da Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono - ICDS (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2013) como um sono não-reparador, insuficiente para conservação do bem-estar físico e mental ao longo do dia.

2.4.1 Qualidade do sono

A qualidade do sono é outro termo comumente usado, mas de difícil definição e mensuração. Afinal, tanto a necessidade de sono quanto o julgamento subjetivo variam bastante entre os indivíduos. Medir a qualidade de sono é uma tarefa muito difícil. Costuma incluir muitas variáveis, como o tempo total de sono, a latência, o grau de fragmentação, a eficiência, o uso de medicação, os distúrbios ligados ao sono e as repercussões ao longo do dia (KRYSTAL; EDINGER, 2008).

Um sono de má qualidade pode resultar de transtornos primários do sono, hábitos inadequados, alterações do ciclo circadiano, problemas mentais e orgânicos, uso de medicações e outras substâncias e má percepção do próprio sono (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2013).

2.4.2 Repercussões do sono de má qualidade

As estatísticas relacionadas com os transtornos do sono variam de acordo com os critérios usados para defini-los (GREWAL; DOGHAMJI, 2004; ROTH, 2007). Um estudo de revisão que analisou 50 outras publicações sobre o assunto estima que cerca de 30% da população manifeste sintomas noturnos de insônia, 20% admitem repercussões moderadas durante o dia e 10% referem queixas compatíveis com insônia grave (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011). Estima-se que entre 50 e 70 milhões dos norte-americanos adultos sejam

afetados por insônia e que esse número aumente para 100 milhões em cerca de 50 anos (HOSSAIN; SHAPIRO, 2002).

Transtornos de sono costumam ser bastante prejudiciais para o indivíduo. A qualidade de vida e a gravidade da insônia estabelecem uma relação inversamente proporcional (GREWAL; DOGHRAMJI, 2004). Dentre os sintomas físicos mais comuns associados ao quadro, estão fadiga, dificuldade de atenção, concentração e memória, irritabilidade, sonolência diurna, falta de motivação ou energia, cefaleia, dores difusas, sintomas gastrointestinais e preocupações excessivas (BERTOZALI, 2008).

É sugerida a relação entre transtornos do sono e diversas doenças sistêmicas, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, acidentes cardiovasculares, cefaleias, dores crônicas, infecções e doenças renais, respiratórias e urológicas. A insônia aumenta o risco de mortalidade geral, independente da idade (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011; SADOCK, B.; SADOCK, V., 2007).

Além disso, problemas do sono parecem associados com transtornos psiquiátricos, como depressão, transtornos de ansiedade e uso de substâncias (RAMSAWH et al., 2009; SANFORD et al., 2008; STEIN; KROFT; WALKER, 1993). Em 90% dos transtornos mentais graves, há relato de insônia crônica (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011). Em alguns casos, a insônia é apontada como a principal queixa, em detrimento de outros sintomas psiquiátricos. A relação entre sono e ansiedade é bem estabelecida, podendo estabelecer um ciclo de retroalimentação. Transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade social parecem os mais relacionados a uma má qualidade do sono (COLTEN; ALTEVOGT, 2006; GREWAL; DOGHRAMJI, 2004). Outros estudos evidenciam associação entre a gravidade da apneia e os níveis de ansiedade, com redução desses após o tratamento do transtorno (SANFORD et al., 2008).

Muitas pessoas portadoras de insônia buscam em benzodiazepínicos e no álcool uma estratégia para induzir o sono, e seu uso crônico aumenta o seu potencial de dependência e o uso de doses cada vez mais altas. Por sua vez, essas substâncias usadas cronicamente podem desorganizar a estrutura do sono e também causar problemas de sono (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011).

Quanto aos prejuízos sociais, destacam-se o baixo desempenho acadêmico e ocupacional, o maior risco de acidentes no trabalho ou na condução de veículos e os

elevados gastos públicos. A insônia aumenta em 2,5 a 4,5 vezes o risco de acidentes de trânsito (COLTEN; ALTEVOGT, 2006; MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011). Cerca de 20% de todos os acidentes graves de trânsito ocorridos nos Estados Unidos se associam com sonolência ao volante, independente do uso de álcool. Outra pesquisa com 8.625 franceses evidenciou um risco de acidentes industriais oito vezes maior entre as pessoas com insônia (COLTEN; ALTEVOGT, 2006).

Os custos relacionados aos transtornos do sono são elevados, em virtude do tratamento, de faltas, atrasos e mau desempenho no trabalho e acidentes motivados pelo problema (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011). As despesas diretamente relacionadas a esse problema foram correspondentes a 15,9 bilhões de dólares em 1990, nos Estados Unidos. Já as ligadas a acidentes foram equivalentes a 43,15 a 56,02 bilhões de dólares em 1988. Os gastos anuais com os dias de trabalho perdidos por problemas relacionados ao sono são estimados em 41,1 bilhões de dólares (GREWAL; DOGHARAMJI, 2004).

2.4.3 Sono dos estudantes de medicina e médicos residentes

Os estudantes de medicina são privados cronicamente de sono, fato que se associa a uma má qualidade do sono e uma sonolência excessiva diurna (CURCIO; FERRARA; GENNARO, 2006). Uma pesquisa apontou que 42,39% dos estudantes de medicina manifestavam algum transtorno de sono (LUCERO et al., 2014). Outra revelou que aproximadamente dois terços dos médicos em formação apresentavam sonolência diurna excessiva que se associou de forma estatisticamente significativa com má qualidade de vida (BELAYACHI, 2013). Além disso, estudos indicam que a qualidade do sono piora ao longo do curso de medicina (CARDOSO, 2009; LIMA, 2009).

Um crescente número de publicações reforça o papel do sono na fixação de conteúdos, fundamental para o desempenho acadêmico (CURCIO; FERRARA; GENNARO, 2006; GAIS; LUCAS; BORN, 2006). A qualidade do sono possibilita melhor atenção e consolidação da memória, o que se reflete em aprendizado (CARDOSO et al., 2009). Alguns estudos associam esse processo com o sono REM, embora outros sugiram funções cerebrais distintas relacionadas com as diferentes fases do sono, tanto sono REM como sono NREM (TAVARES, 2008; BOSCOLO, 2007).

Estudos sugerem uma relação entre privação de sono e erros médicos (KANG; LIHM; HONG, 2013; CZEISLER, 2009). Em um deles, houve o dobro de erros em uma simulação de cirurgia laparoscópica em residentes de cirurgia que não conciliaram adequadamente o sono na noite anterior (CZEISLER, 2009). Outro constatou relação de erros médicos com sintomas de sonolência diurna e fadiga (KANG; LIHM; HONG, 2013; WEST, 2009). Além disso, a má qualidade de sono também aumenta os riscos de acidentes hospitalares e automobilísticos (BARGER et al., 2005; LOCKLEY, 2007).

A correlação entre sintomas físicos e psíquicos (depressivos e ansiosos), qualidade de vida e sono nos estudantes de medicina é evidenciada pela literatura (AUGNER, 2011; ELLER et al., 2006; LEMMA et al., 2012). Residentes com privação de sono estão em maior risco de agravos psicológicos, como *burnout*, resultando em prejuízos a si e aos pacientes (PAPP, 2004; WEST, 2006). É importante destacar que alguns profissionais com má qualidade de sono podem recorrer ao uso de substâncias psicoativas e à auto-medicação, com fins terapêuticos (KASI; KASSI; KHAWAR, 2007).

3 JUSTIFICATIVA

Apesar de os médicos residentes apresentarem maior risco para problemas de sono e de saúde mental, são poucas as pesquisas sobre essa população. Não foram encontrados na literatura estudos especificamente sobre residentes em psiquiatria. Assim, o estudo se propõe a avaliar a saúde e a qualidade do sono desse grupo de residentes.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a saúde e a qualidade do sono dos médicos residentes em psiquiatria do Ceará.

4.2 Objetivos Específicos

1. Definir o perfil sociodemográfico e profissional da população em estudo.
2. Identificar o padrão de atividades físicas e o *status* nutricional.
3. Determinar a gravidade dos sintomas ansiosos e depressivos, bem como do consumo de nicotina e álcool.
4. Conhecer a qualidade do sono, os sintomas de sonolência diurna e os hábitos do sono dessa população.
5. Verificar a busca por tratamento dos residentes com má qualidade do sono, bem como o uso de medicações hipnóticas.
6. Analisar as relações entre qualidade do sono, sintomas depressivos e ansiosos e desempenho dos residentes em psiquiatria.

5 MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, realizado no período de dezembro de 2013 a julho de 2014, com base em questionários e escalas autoaplicáveis.

5.2 População do estudo

O estudo avaliou os médicos matriculados nos quatro programas de Residência Médica em Psiquiatria do estado do Ceará, todos vinculados à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Dois deles estão alocados em instituições hospitalares em Fortaleza: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Os outros dois se desenvolvem no interior do estado, em Sobral e Iguatu.

Em 2014, ingressaram vinte e dois residentes: quatro residentes no HUWC, onze no HSM (sendo um de Psiquiatria Infantil), três em Sobral e quatro em Iguatu. A Residência Médica em Psiquiatria em Iguatu é a mais nova, tendo sido inaugurada em 2014. As outras três têm mais de cinco anos.

5.2.1 Critérios de Inclusão

- Ser residente em psiquiatria matriculado em um dos programas de Residência Médica do Ceará.
- Ter ingressado há pelo menos um mês no devido programa.

5.2.2 Critério de Exclusão

- Impossibilidade em estabelecer contato com o residente.
- Recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Falta de devolução do questionário ou TCLE devidamente preenchidos.

- Preenchimento inadequado do questionário e das escalas.
- Afastamento da função de residente no momento da entrevista, seja por férias, seja por motivo de doença.

5.3 Coleta de dados

Após anuência das instituições e a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), foram contactadas as coordenações de cada programa de residência, a fim de informá-las sobre a pesquisa e solicitar colaboração para sua realização.

Em seguida, buscou-se o contato direto com os residentes. A eles foram oferecidas explicações sobre a pesquisa e aplicados questionários e escalas.

5.4 Instrumentos

Todos os instrumentos utilizados foram autoaplicáveis. Um questionário estruturado foi elaborado pelos próprios pesquisadores com dados sociodemográficos e ocupacionais, além de questões sobre lazer, atividade física, estado nutricional, sono e outras questões clínicas. Além disso, foram empregadas escalas validadas para avaliar o sono, os sintomas depressivos, ansiosos e fóbicos sociais e o uso de substâncias.

5.4.2 Questionário autoaplicável

Elaborou-se um questionário estruturado da seguinte forma:

- Dados sociodemográficos: gênero, idade, naturalidade, estado civil, filhos e religião.
- Ocupação: ano da Residência Médica, tempo de formatura, frequência de plantões (dentro e fora da residência médica) e autoavaliação do desempenho.
- Atividade física: frequência, duração e tipo de atividade física.
- Estado nutricional: peso e altura.
- Condições clínicas: presença de hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia.
- Sono: consultas médicas, medicações hipnóticas e hábitos de higiene do sono.

Quanto à autoavaliação do desempenho, os residentes classificavam a própria performance acadêmica em três categorias: insatisfatória, satisfatória ou altamente satisfatória nos seguintes quesitos: assiduidade, pontualidade, conhecimento teórico, conhecimento prático, atenção, relação com pacientes, relação com colegas, relação com preceptores e superiores e desempenho geral.

Em relação aos hábitos de higiene do sono, os residentes avaliavam a frequência dos seguintes costumes: irregularidade dos horários de sono, uso do quarto como estudo ou recreação, utilização de TV ou computador antes de dormir, atividade física à noite, alimentação noturna excessiva, uso noturno de bebidas estimulantes e permanência de longos períodos deitado mesmo sem sono. Cada um deles era classificado em duas categorias: (1) frequente e (2) rara ou ocasional.

5.4.3 Atividade física

Neste estudo, foi adotado o conceito de sedentarismo do *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), definido como o número de atividades com duração inferior a 30 minutos, três vezes por semana, durante o exercício anaeróbico e cinco vezes por semana, durante o exercício aeróbico (BENNETT et al., 2006).

5.4.4 Estado nutricional

O índice de massa corporal (IMC) foi calculado dividindo o peso pelo quadrado da altura. De acordo com o IMC, o estado nutricional foi classificado como baixo peso (IMC < 18,5 kg /m²), peso normal (IMC 18,5-24,9) O excesso de peso (IMC 25-29,9) e obesidade (IMC > 30). A obesidade pode ser estratificada em leve (IMC 30-34,9), moderada (IMC 35-39,9) e grave (IMC > 40) (WHO, 1995).

5.4.5 Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

O *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) é uma escala autoaplicável que tem como finalidade mensurar a gravidade de sintomas depressivos. Sua primeira versão foi

desenvolvida em 1961 (BECK et al., 1961), passou por modificações em 1996 (BECK et al., 1996) e foi validado para o Brasil em 2001 (CUNHA, 2001). Esse instrumento se constitui de 21 questões autoaplicáveis, variando de 0 a 3 pontos cada. Assim, a soma dos escores varia de 0 a 63. Em concordância com os últimos estudos populacionais, o escore igual ou superior a onze foi adotado como sugestivo de depressão (GOMES-OLIVEIRA et al., 2012).

5.4.6 *Beck Anxiety Inventory (BAI)*

O *Beck Anxiety Inventory* (BAI) foi desenvolvido em 1998 (BECK et al., 1988) e validada no Brasil em 2001 (CUNHA, 2001). Ele avalia a gravidade dos sintomas ansiosos. Analogamente ao BDI, ele consiste em 21 sintomas avaliados no período de uma semana e escalonados de 0 a 3, numa gradação crescente de ansiedade. A soma dos escores indica o grau de ansiedade: 0 a 7 – ansiedade mínima; 8 a 15 – ansiedade leve; 16 a 25 – ansiedade moderada; 26 a 63 – ansiedade grave. Neste estudo, o escore igual ou superior a oito foi usado para definição de ansiedade.

5.4.7 *Social Phobia Inventory (SPIN)*

O *Social Phobia Inventory* (SPIN) foi publicado em 2000 (CONNOR et al., 2000) e validado no Brasil em 2009 (OSÓRIO et al., 2009). Ele tem sido bastante utilizado para o rastreio de transtorno de ansiedade social. Enumera 17 sintomas fóbicos referidos na última semana, pontuando-os de 0 a 4 em uma escala de *Likert*, de acordo com a intensidade. O escore total igual ou superior a 19 pontos sugere transtorno de ansiedade social.

5.4.8 *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*

O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) foi desenvolvido pela OMS (Organização Mundial de Saúde) no final da década de 80 e validado no Brasil por Eduardo Mendez em 1999 (MÉNDEZ, 1999). É um questionário bastante utilizado que avalia o padrão de consumo de álcool nos últimos 12 meses. Ele é composto por 10 questões: as três primeiras avaliam a intensidade, frequência e uso nocivo; as três seguintes fazem alusão aos sintomas de dependência e as quatro últimas se referem aos prejuízos decorrentes do uso da

substância. Foi adotado oito como o escore a partir do qual o consumo de álcool representa um risco.

5.4.9 *Teste de Fagerström*

O Teste de Fagerström foi desenvolvido em 1978 (FAGERSTRÖM et al., 1978) e foi validado no Brasil em 2002 (CARMO; PUEYO, 2002). Ele consiste uma escala autoaplicável e estratifica o nível de dependência de nicotina em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); e muito alto (8 a 10 pontos).

5.4.10 *Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (IQSP)*

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (IQSP) foi criado em 1989 (BUYSE, 1989) e validado no Brasil em 2008 (BERTOZALI, 2008). Ele tem o propósito de avaliar a qualidade do sono a partir de informações objetivas e subjetivas por um período de um mês. Ele é constituído por 24 quesitos, agrupados em sete categorias, pontuadas na seguinte gradação: 0 (muito bom), 1 (bom), 2 (ruim) e 3 (muito ruim). A soma da pontuação dessas sete dimensões varia entre 0 a 21 e define o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg. Uma pontuação superior a cinco sugere uma má qualidade do sono.

5.4.11 *Epworth Sleepiness Scale (ESS)*

A *Epworth Sleepiness Scale* (ESS) foi publicada em 1991 (JOHNS, 1991) e validada em 2009 (BERTOZALI, 2008). Ela avalia a gravidade da sonolência diurna. Ela pontua em uma escala de 0 a 3 a probabilidade de cochilar em oito situações cotidianas. A soma dos escores igual ou superior a 10 reflete sonolência excessiva diurna (SED) e, se maior que 16, sugere uma Síndrome da Apnéia-Hipnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS).

5.5 Análise de dados

Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – 17ª versão. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas, quando não foi possível escrevê-los em texto. Foi adotado o intervalo de confiança superior a 95% ($p < 0,05$) para considerar os resultados estatisticamente significativos.

A média e a mediana do IMC e das escalas foram calculadas. Foi utilizado o teste t (para relacionar variáveis contínuas e dicotômicas) e o teste do qui-quadrado (para duas ou mais variáveis dicotômicas). Nos casos em que o qui-quadrado não poderia ser utilizado pelo tamanho ou distribuição da amostra, escolhemos o teste exato de Fisher.

5.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis-Chateaubriand e consubstanciado pelo Hospital Universitário Walter Cantídio. Ele seguiu os princípios éticos (autonomia, beneficência, não-maleficência e equidade) estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme Resolução 196/1996. Foi garantida a preservação do anonimato dos participantes da pesquisa, resguardando aspectos que possam identificar os sujeitos ou causar-lhes constrangimento.

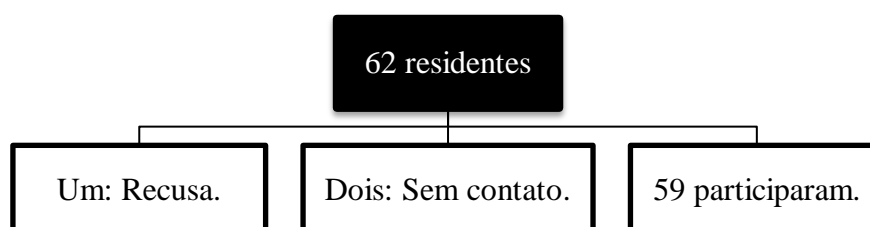
A inclusão no estudo somente ocorreu após explicação detalhada oral e escrita de seus objetivos, através de uma carta de informação. A participação na pesquisa foi voluntária, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve liberdade para deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

6 RESULTADOS

6.1 Perfil sociodemográfico e profissional

Foram convidados para a pesquisa 62 médicos residentes de psiquiatria, alocados nas quatro instituições com Residência em Psiquiatria do Ceará. Desses, um recusou o fornecimento de informações; e em dois, não se conseguiu contato. Dessa forma, participaram da pesquisa 59 residentes, com taxa de resposta equivalente a 95,2% (Figura 1).

Figura 1 – Algoritmo de seleção dos residentes em psiquiatria participantes da pesquisa.



A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico dos residentes. A maioria era do gênero masculino (61,4%), com idade entre 25 a 29 anos (61%) e solteira (68,4%). Seis (10,5%) tinham filhos: dois residentes tinham um filho; três deles, dois filhos, e um, cinco filhos. Desses seis com filhos, metade é solteira; e metade é casada. Quanto à religião, a maioria (54,4%) era católica, e 22,8% consideraram-se ateus ou sem religião.

O perfil profissional dos residentes é detalhado na Tabela 2. A maioria (66%) era vinculada ao Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Dos demais, 8 (13,6%) estavam alocados em Sobral; 8 (13,6%), no HUWC; e 4 (6,8%), em Iguatu. Quanto ao tempo de residência, 25 (44,1%) cursavam o primeiro ano; 16 (28,8%), o segundo; 13 (22%), o terceiro; e 3 (5,1%), o R4 em Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Sobre o tempo de formado, 8 (13,6%) se formaram há um ano ou menos; 12 (20,3%) tinham entre um e dois anos de formado; 29 (49,5%), entre 2 e 5 anos; 7 (11,8%), entre 5 e dez anos; e 3 (5,1%), 10 anos ou mais. Vinte residentes (33,9%) estavam há três anos ou mais sem férias integrais de pelo menos 15 dias. Desses, oito (13,6%) estavam sem férias há cinco anos ou mais.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos residentes de psiquiatria (n=59).

	Número	Percentual (%)
Gênero		
Masculino	37	62,7
Feminino	22	37,3
Faixa Etária		
20 a 24 anos	2	3,4
25 a 29 anos	36	61
30 a 34 anos	17	28,8
35 anos ou mais	4	6,8
Estado Civil		
Solteiro	41	69,5
Casado	18	30,5
Viúvo, separado ou divorciado	0	0
Filhos		
Sem filhos	53	89,8
Com filhos	6	10,2
Religião		
Católica	32	54,2
Evangélica	4	6,8
Espírita	8	13,6
Outra	1	1,7
Ateu ou Sem Religião	14	23,7

Tabela 2 – Perfil profissional dos residentes de psiquiatria (n=59).

	Número	Percentual (%)
Instituição		
Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto	39	66
Hospital Universitário Walter Cantídio	8	13,6
Secretária de Saúde e Ação Social do Município de Sobral	8	13,6
Escola de Saúde Pública de Iguatu	4	6,8
Ano da Residência		
Primeiro	25	44,1
Segundo	16	28,8
Terceiro	13	22
R4 (Infância e Adolescência)	3	5,1
Tempo de Formado		
≤ 1 ano	8	13,6
> 1 ano e ≤ 2 anos	12	20,3
> 2 anos e < 5 anos	29	49,2
≥ 5 anos e < 10 anos	7	11,8
≥ 10 anos	3	5,1
Plantões na Residência (12h/semana)		
Nenhum	29	49,2
Meio ou Um	30	50,8
Plantões externos à Residência (12h/semana)		
Nenhum	27	45,8
Meio ou Um	18	30,5
> 1 e ≤ 3 plantões	11	18,6
> 3 plantões	3	5,1
Total de Plantões (12h/semana)		
Nenhum	13	22
Meio ou Um	22	37,3
> 1 e ≤ 3 plantões	19	32,2
4 plantões	5	8,5

Em relação ao número total de plantões, a maioria (59,3%) tinha até um plantão por semana. Treze (22%) não trabalhavam em plantões; 22 (37,3%) tinham meio ou um plantão semanal; 19 (32,2%), entre um e três plantões semanais; e 5 (8,5%), mais de três plantões. Trinta e dois (54,2%) trabalhavam em plantões externos. Nenhum residente tinha mais de um plantão por semana ligado à residência médica.

6.2 Saúde física

Quanto ao estado nutricional, o Índice de Massa Corpórea (IMC) dos residentes variou de 18,5 a 35,07, com média de 25,8. A Tabela 3 relaciona o perfil nutricional dessa população. Do total, 29 (49,2%) não apresentavam valores adequados de IMC, sendo considerados distróficos. Foi detectado sobrepeso em 19 residentes (32,2%) e obesidade em dez (17%). Dois (3,4%) foram classificados como obesidade moderada. Nenhum residente apresentou IMC abaixo dos parâmetros recomendados.

Tabela 3 – Avaliação nutricional dos residentes de psiquiatria (n=59).

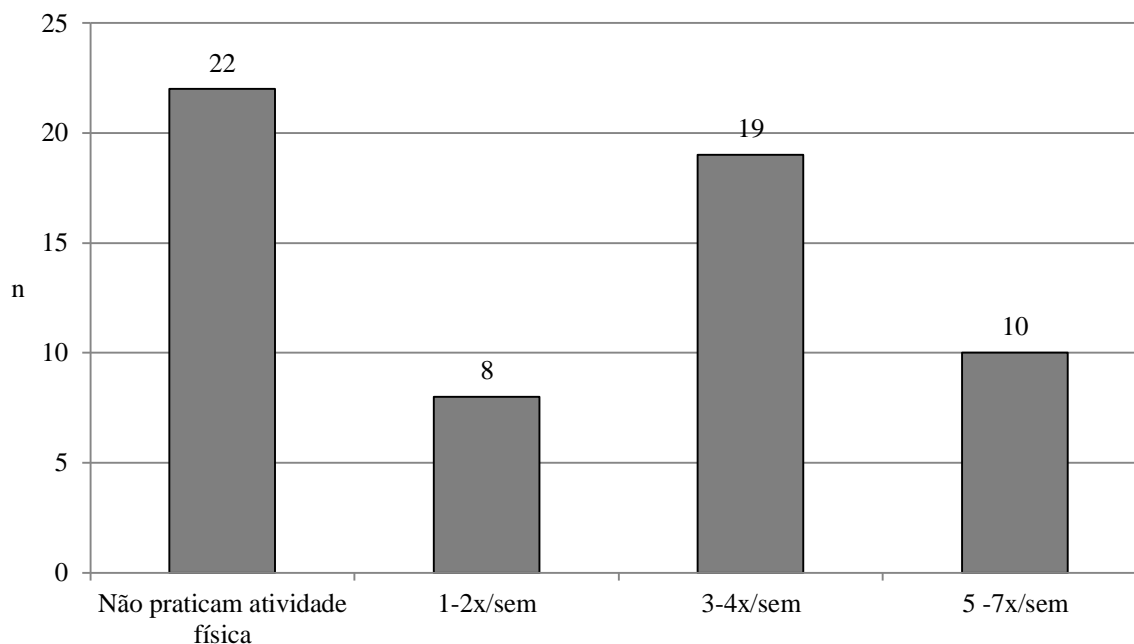
Estado Nutricional	IMC	Número	Percentual (%)
Eutrofia	18,5 - 24,9	30	50,8
Sobrepeso	25 - 29,9	19	32,2
Obesidade Leve	30 - 34,9	8	13,6
Obesidade Moderada	≥ 35	2	3,4

Dentre os residentes avaliados, 62,1% dos homens apresentaram sobrepeso/ obesidade, comparado com 27,3% das mulheres. Houve relação estatisticamente significativa entre o gênero e a presença de sobrepeso/ obesidade ($p = 0,015$). O IMC médio foi de 23,9 no gênero feminino, e de 26,9 no masculino.

Não houve associação entre presença de sobrepeso/ obesidade e as seguintes variáveis: idade ($p = 0,422$), estado civil ($p = 1,000$), instituição ($p = 0,532$), tempo de formado ($p = 0,506$), ano da residência ($p = 0,761$), número de plantões ($p = 0,789$) e autoavaliação do desempenho na residência ($p = 1,000$).

Sobre atividades físicas, 22 residentes (37,3%) não praticavam sequer uma vez por semana; 8 (13,6%) se exercitavam uma ou duas vezes por semana; 19 (32,2%), três ou quatro vezes por semana; e 10 (17%), cinco ou mais vezes (Figura 2). Trinta e seis participantes (61%) foram considerados sedentários.

Figura 2 – Frequência de atividades física dos residentes de psiquiatria (n=59).



Quanto ao tipo de atividade física, 21 (35,6%) realizam musculação; 4 (6,8%), caminhadas; 3 (5,1%), corrida; 3 (5,1%), dança; 6 (10,1%), outras atividades; e 22 (37,3%) não praticam. Considerando apenas os 23 residentes que se exercitam conforme recomendações da OMS, a maioria (18; 78,27%) pratica musculação; e cinco residentes (21,73%) executam atividade aeróbica: dois praticam dança; um, caminhada; um, corrida; e outro, ciclismo.

Os residentes casados eram mais sedentários que os solteiros ($p = 0,023$). Não houve associação estatística entre sedentarismo e as seguintes variáveis: gênero ($p = 0,422$), idade ($p = 0,582$), instituição ($p = 1,000$), tempo de formado ($p = 0,402$), ano da residência ($p = 0,105$), número de plantões ($p = 1,000$), e autoavaliação do desempenho na residência ($p = 0,762$) e presença de sobrepeso/ obesidade ($p = 0,792$).

Em relação a doenças clínicas, 21 (35,6%) declararam-se com algum problema clínico previamente diagnosticado, dos quais dois (3,4%) não a especificaram. As doenças mais prevalentes foram hipercolesterolemia, enxaqueca e alergias respiratórias, presentes em três residentes (5,1%) cada uma delas. Esteatose hepática foi referida por dois residentes. Destes, um não consumia álcool no momento da entrevista; e o outro apresentava um padrão de uso de álcool de risco, caracterizado por pontuação maior ou igual a oito na AUDIT. As demais

enfermidades foram relatadas apenas por um residente cada: hipertensão, arritmia cardíaca, epilepsia, dermatite, gastrite, doença do refluxo gastroesofágico, intolerância à lactose e doença de Cohn.

6.3 Saúde mental

A Tabela 4 mostra a pontuação de escalas relacionadas a sintomas ansiosos, depressivos e fóbicos sociais e ao consumo de álcool.

Tabela 4 – Saúde mental dos residentes de psiquiatria.

Parâmetros	BAI*	SPIN**	BDI-II***	AUDIT****
Indicação	Ansiedade	Fobia Social	Depressão	Álcool
Pontuação total	0 a 63	0 a 68	0 a 63	0 a 40
Varição na população	0 a 25	0 a 45	0 a 31	0 a 16
Mediana	6	11	5	3
Média	6,2	13,72	6,71	4,4
Ponto de corte	7/8	18/19	10/11	7/8
% de residentes com pontuação alterada	33,9%	30,5%	19%	22%
Associações significativas	Sedentarismo (p = 0,048)	Solteiro (p = 0,006)	-	-
Desempenho	Atenção (p = 0,012)	-	Relação com pacientes (p = 0,047)	-
	Relação com preceptor (p = 0,026)	-	Relação com preceptor (p = 0,016)	-

* BAI: *Beck Anxiety Inventory*.

**SPIN: *Social Phobia Inventory*.

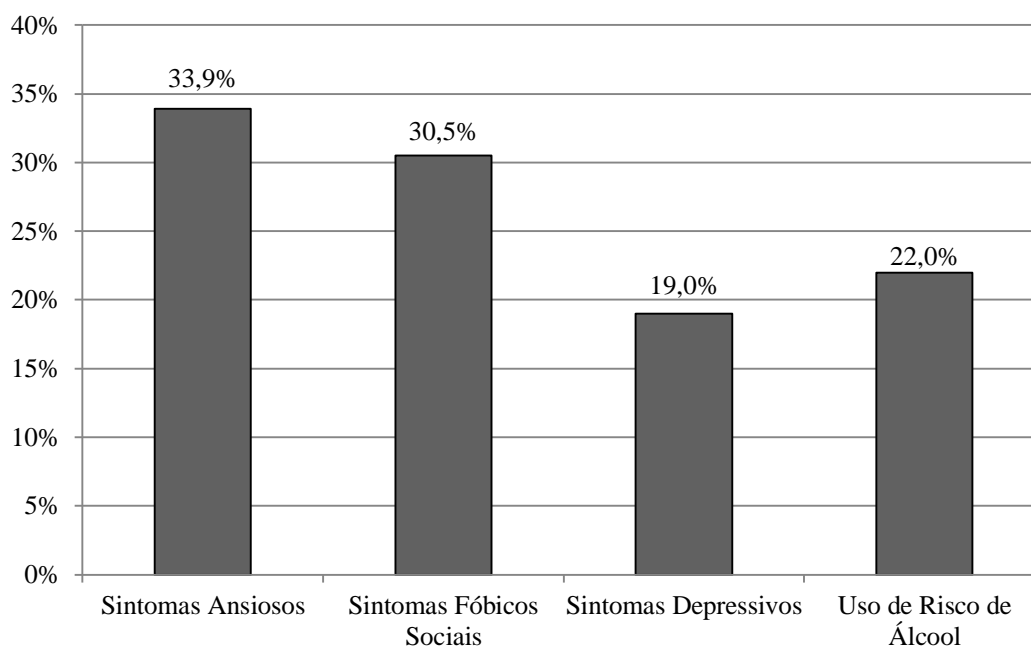
***BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*.

****AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

6.3.1 Sintomas ansiosos

Quanto aos sintomas ansiosos, os residentes pontuaram de 0 a 25 pontos na escala de BAI (*Beck Anxiety Inventory*), com mediana de 6 e média de 6,2 (Tabela 4). Vinte residentes (33,9%) registraram mais de sete pontos no BAI, ponto de corte adotado para a escala. Desse grupo, 15 (75%) apresentavam sintomas ansiosos leves (8 a 15 pontos); quatro (20%), sintomas moderados (16 a 25 pontos); e um (5%), sintomas graves (Figura 3).

Figura 3 – Saúde mental dos residentes de psiquiatria (%).



Os residentes que pontuaram sete mais para sintomas ansiosos no BAI eram mais sedentários ($p = 0,048$). Não houve associação estatisticamente significativa com gênero ($p = 0,408$), idade ($p = 0,263$), ano da residência ($p = 0,746$), tempo de formado ($p = 0,250$), número de plantões ($p = 0,578$) e presença de sobrepeso/ obesidade ($p = 0,785$).

Quanto à autoavaliação do desempenho, os residentes com escores maior que sete na BAI se atribuíram menores pontuações nos quesitos: atenção ($p = 0,012$) e relação com preceptores ou superiores ($p = 0,026$). Não se evidenciou associação estatisticamente significativa em relação aos outros quesitos: pontualidade ($p = 0,250$), assiduidade ($p = 1,000$), conhecimento teórico ($p = 1,000$), conhecimento prático ($p = 0,704$), relação com os pacientes ($p = 0,402$), relação com os colegas ($p = 0,578$) e desempenho geral ($p = 0,753$).

Dois residentes (3,4%) declararam diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. No entanto, ambos estavam em tratamento e receberam baixas pontuações na BAI.

6.3.2 Sintomas fóbicos sociais

Os sintomas fóbicos sociais variaram entre 0 e 45 pontos na escala SPIN (*Social Phobia Inventory*), com mediana de 11 e média de 13,78 (Tabela 4). Dezoito residentes (30,5%)

pontuaram mais de 18 pontos no SPIN (*Social Phobia Inventory*), ponto de corte da escala (Figura 3).

Maiores escores para sintomas fóbicos sociais no SPIN se relacionarem ao estado civil solteiro ($p = 0,006$). Não houve associação estatisticamente significativa com gênero ($p = 0,149$), idade ($p = 1,000$), ano da residência ($p = 1,000$), tempo de formado ($p = 1,000$), número de plantões ($p = 0,238$), sedentarismo ($p = 0,577$) e presença de sobrepeso/obesidade ($p = 0,580$).

Sobre a autoavaliação do desempenho, não se observou associação em relação a nenhum dos quesitos: assiduidade ($p = 1,000$), pontualidade ($p = 0,766$), conhecimento teórico ($p = 0,656$), conhecimento prático ($p = 0,414$), atenção ($p = 1,000$), relação com os pacientes ($p = 0,777$), relação com preceptores e superiores ($p = 0,412$), relação com os colegas ($p = 0,265$) e desempenho geral ($p = 1,000$).

6.3.3 Sintomas depressivos

Os sintomas depressivos dos residentes pontuaram de 0 a 31 pontos na escala de BDI-II, com mediana de 5 e média de 6,71 (Tabela 4). Dentre os residentes, 19% pontuaram mais de onze pontos no BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*), ponto de corte adotado para a escala (Figura 3).

Não houve associação com gênero ($p = 1,000$), idade ($p = 0,689$), religião ($p = 0,316$), ano da residência ($p = 0,319$), tempo de formado ($p = 1,000$), número de plantões ($p = 0,398$), sedentarismo ($p = 0,688$) e presença de sobrepeso/obesidade ($p = 0,238$).

Em relação à autoavaliação do desempenho, os residentes com maiores escores para sintomas depressivos no BDI tiveram menores pontuações nos quesitos: relação com pacientes ($p = 0,047$) e relação com preceptores ou superiores ($p = 0,016$). Não se constatou associação em relação aos outros quesitos: assiduidade ($p = 0,655$), pontualidade ($p = 0,406$), conhecimento teórico ($p = 1,000$), conhecimento prático ($p = 1,000$), atenção ($p = 0,576$), relação com os colegas ($p = 0,238$) e desempenho geral ($p = 0,312$).

Dois residentes (3,4%) declararam diagnóstico de transtorno depressivo. No entanto, ambos estavam sob tratamento e receberam baixas pontuações na BDI.

6.3.4 Uso de álcool e nicotina

Três residentes (5,1%) fumavam, todos do sexo masculino. Dois residentes alcançaram entre um e dois pontos, de acordo com o Teste de Fargestrom, sendo classificados como dependência mínima de nicotina. O terceiro residente pontuou cinco nessa escala, equivalente à dependência moderada de nicotina.

Quanto ao uso de álcool, 48 residentes (81,4%) o consumiram. As pontuações no AUDIT variaram entre 0 e 16 pontos, com mediana de 3 pontos e média de 4,4 (Tabela 4). Treze residentes (22%) alcançaram oito pontos ou mais na AUDIT, sendo categorizados como uso arriscado de álcool (Figura 3).

Não houve associação com gênero ($p = 0,104$), idade ($p = 0,754$), estado civil ($p = 0,307$), morar sozinho ($p = 0,605$), religião ($p = 0,316$), ano da residência ($p = 1,000$), tempo de formado ($p = 1,000$), número de plantões ($p = 0,344$), sedentarismo ($p = 0,748$) e presença de sobrepeso/ obesidade ($p = 0,360$).

Em relação à autoavaliação do desempenho, não se observou associação em relação aos outros quesitos: assiduidade ($p = 0,482$), pontualidade ($p = 0,332$), conhecimento teórico ($p = 0,322$), conhecimento prático ($p = 0,180$), atenção ($p = 1,000$), relação com pacientes ($p = 0,753$), relação com os colegas ($p = 0,540$), relação com preceptores ou superiores ($p = 0,348$) e desempenho geral ($p = 0,713$).

6.3.5 Relações entre sintomas em saúde mental

Vinte oito residentes (47,5%) atingiram altas pontuações em pelo menos uma das escalas de ansiedade, fobia social, depressão, dependência de nicotina ou padrão de uso de risco de álcool. Desse total, 9 (32%) pontuaram alto apenas em uma escala; 15 (53,6%), em duas; 2 (7,2%), em três; e 2 (7,2%), em quatro.

Os sintomas ansiosos associaram-se de forma estatisticamente significativa com os sintomas depressivos ($p < 0,001$) e fóbicos sociais ($p = 0,006$). Não se constatou associação significativa entre sintomas depressivos e fóbicos sociais ($p = 0,195$). O uso arriscado de álcool não se relacionou com sintomas depressivos ($p = 0,601$), ansiosos ($p = 0,746$) ou fóbicos sociais ($p = 0,187$).

6.4 Sono

6.4.1 Qualidade do sono

A Tabela 5 registra as principais medidas de sono dos residentes de psiquiatria. Eles dormem entre 20h e 1h30min (moda: 23h) e acordam entre 4h e 8h30min (moda: 7h). A duração do sono varia de 3,5 a 10h por dia (moda: 7h). A latência do sono, tempo que se demora a dormir, varia entre 0 a 180 minutos (moda: 15 minutos).

Tabela 5 – Parâmetros do sono dos residentes de psiquiatria.

Parâmetros	Variação	Moda
Início do Sono	20h a 1h30	23h
Término do Sono	4h a 8h30	7h
Duração do Sono	3,5 a 10h	7h
Latência	0 a 180min	15min

Segundo o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg, 35 residentes (59,3%) apresentavam um sono de má qualidade no último mês. A pontuação média nessa escala foi de 6,2 pontos, variando de 2 a 12 pontos.

Dezessete residentes (28,8%) apresentavam sonolência excessiva diurna. A pontuação média da *Epworth Sleepiness Scale* foi de 7,58, variando de 0 a 17.

Foi constatada uma associação estatisticamente significativa entre má qualidade do sono e sonolência excessiva diurna ($p = 0,039$). Dos residentes com sonolência excessiva diurna, 82,6% apresentam má qualidade do sono.

O tempo de residência teve associação com uma pior qualidade do sono ($p = 0,034$). Não houve associação estatisticamente significativa com gênero ($p = 0,594$), idade ($p = 0,423$), estado civil ($p = 0,395$), religião ($p = 1,000$), tempo de formado ($p = 0,162$), número de plantões ($p = 0,268$), sedentarismo ($p = 0,423$) e presença de sobrepeso/ obesidade ($p = 1,000$).

Quanto ao desempenho na residência, não se evidenciou associação com nenhuma das variáveis: assiduidade ($p = 1,000$), pontualidade ($p = 0,273$), conhecimento teórico ($p = 1,000$), conhecimento prático ($p = 1,000$), atenção ($p = 0,289$), relação com pacientes ($p = 0,790$), relação com colegas ($p = 0,589$), relação com preceptores e superiores ($p = 0,193$) e desempenho geral ($p = 0,762$).

Tabela 6 – Qualidade do sono e sonolência diurna nos residentes de psiquiatria.

Escalas	IQSP*	ESS**
Indicação	Qualidade do Sono	Sonolência Diurna
Pontuação total	0 a 21	0 a 24
Variação da pontuação entre os residentes	2 a 12	0 a 17
Pontuação média	6,2	7,58
Ponto de corte	5/6	10/11
% de residentes com pontuação alterada	59,3%	28,8%
Associações significativas	Maior tempo de residência (p = 0,039)	-

*IQSP: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg.

** ESS: *Epworth Sleepiness Scale*.

6.4.2 Busca por assistência e tratamento

Dentre todos os residentes em psiquiatria, 32 (54,2%) haviam usado medicações para dormir, e 10 (16,9%) ainda as usavam no momento da entrevista. Desses 10 residentes, 3 (30%) adquiriram a medicação em consultas médicas. Nove (90%) apresentavam um sono de má qualidade. Dentre os medicamentos usados, 4 (40%) usavam benzodiazepínicos; 3 (30%), compostos Z; 2 (20%), antidepressivos; 1 (10%) não informou.

Nove (15,3%) haviam usado medicações para permanecerem acordados, e 3 (7,3) ainda as usavam no momento da entrevista. Desses três residentes, um (33,3%) adquiriram a medicação em consultas médicas. Um residente usava tanto medicação para dormir quanto para despertar. Dentre os medicamentos usados, um residente usava estimulante; um, antidepressivo; e o terceiro não informou.

Se considerar apenas os 35 médicos residentes com sono de má qualidade, 7 (20%) se consultaram, pelo menos uma vez, por problemas de sono; 24 (40,7%) já haviam usado medicações hipnóticas; e 9 (25,7%) ainda as usavam regularmente.

Em relação aos 17 residentes com sonolência excessiva diurna, 3 (21,4%) se consultaram, pelo menos uma vez, por problemas de sono; 10 (58,8%) já haviam usado medicações hipnóticas; e 3 (21,4%) ainda as usavam regularmente.

6.4.3 Higiene do sono

Quanto à higiene do sono, 22 (37,3%) não dormiam rotineiramente nos mesmos horários; 39 (66,1%) usavam o quarto para estudo ou recreação; 47 (79,7%) usavam frequentemente TV ou o computador antes de dormir; 22 (37,3%) praticavam rotineiramente atividades físicas à noite; 20 (33,9%) comiam excessivamente à noite; 10 (16,9%) frequentemente ingeriam bebidas estimulantes à noite; 10 (16,9%) costumavam ficar deitados mesmo quando deviam a dormir.

A Tabela 7 relaciona a higiene do sono com a qualidade do sono. Um sono de má qualidade associou-se com a irregularidade dos horários de sono ($p = 0,001$) e a permanência de longos períodos deitado mesmo sem sono ($p = 0,038$). Não se evidenciou associação estatística com o uso do quarto como estudo ou recreação ($p = 1,000$), uso de TV ou computador antes de dormir ($p = 1,000$), atividade física à noite ($p = 0,109$), alimentação noturna excessiva ($p = 0,780$), uso noturno de bebidas estimulantes ($p = 0,506$).

6.4.4 Relação entre sono e saúde mental

A qualidade do sono se associou com sintomas ansiosos – pontuação acima de 7 na BAI ($p < 0,001$) e sintomas fóbicos sociais – pontuação igual ou superior a 19 na SPIN ($p = 0,028$). Não houve associação entre a qualidade do sono e os sintomas depressivos ($p = 0,174$) ou o consumo de álcool ($p = 1,000$).

Tabela 7 – Relação entre higiene do sono e qualidade do sono dos residentes.

Hábitos	Sono de boa qualidade	Sono de má qualidade	Valor de p*
Horários de sono irregulares			
Raramente ou ocasionalmente	21	16	0,001**
Frequentemente ou sempre	3	19	
Uso do quarto para estudo ou recreação			
Raramente ou ocasionalmente	8	12	1,000
Frequentemente ou sempre	16	23	
Uso de TV ou computador antes de dormir			
Raramente ou ocasionalmente	5	7	1,000
Frequentemente ou sempre	19	20	
Atividade física à noite			
Raramente ou ocasionalmente	12	25	0,109
Frequentemente ou sempre	12	10	
Comer muito à noite			
Raramente ou ocasionalmente	15	24	0,780
Frequentemente ou sempre	9	11	
Uso de bebidas estimulantes à noite (coca, guaraná e café)			
Raramente ou ocasionalmente	21	28	0,506
Frequentemente ou sempre	3	7	
Permanecer deitado depois de longo tempo insone			
Raramente ou ocasionalmente	23	26	0,038**
Frequentemente ou sempre	1	9	

* O valor de p foi calculado pelo teste exato de Fisher em virtude do pequeno tamanho da amostra impossibilitar o uso do teste do χ^2 .

**Valores estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

7 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avalia o sono especificamente em residentes de psiquiatria. Não se identificou na literatura outros estudos sobre ansiedade, fobia social e consumo de nicotina e álcool nessa população.

7.1 Saúde física

7.1.1 Perfil nutricional

Quase metade dos residentes de psiquiatria apresentava IMC acima do recomendado, sendo classificados como sobrepeso/ obesidade. Esse dado parece mais preocupante ao se constatar que a taxa de sobrepeso/ obesidade na população adulta do Nordeste (20 - 59 anos) corresponde a 43,4%, sendo esse valor mais baixo (30,5%), quando se considera apenas a faixa etária dos 20 aos 29 anos, idade da maioria dos residentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2014?]).

Valores altos de IMC se relacionam a diabetes, doenças cardiovasculares, hepatopatias, nefropatias e câncer (HUXLEY et al., 2010; RENEHAN et al., 2008). Estudos estimam um maior risco de morte (CALLE et al., 1999). Em casos de IMC acima de 25 kg/m², a cada 5 kg/m², aumenta-se em 30% a mortalidade para todas as causas (WHITLOCK et al., 2009).

Poucos estudos investigaram o estado nutricional de médicos e estudantes de medicina. Não se encontrou publicações sobre o tema em médicos residentes. O excesso de peso em estudantes de medicina variou de 14,8% a 43,6% na literatura pesquisada (CASTRO JÚNIOR et al., 2012; GOPALAKRISHNAN, 2012; HEINISCH et al., 2007; MARCONDELLI et al., 2008; MASCENA et al., 2012). Uma pesquisa realizada em estudantes de medicina do Ceará (mesma localidade deste estudo) detectou 21,1% de sobrepeso/ obesidade, valor bem inferior ao encontrado na pesquisa (CASTRO JÚNIOR et al., 2012). Uma pesquisa com médicos (não-residentes) no Irã constatou a prevalência de excesso de peso em 54,5% dos homens e 13,3% das mulheres (MADDAH, 2007).

Uma das explicações para as maiores taxas de sobrepeso/ obesidade encontradas nesse trabalho é que ele avalia médicos residentes, enquanto a maioria das pesquisas se refere a

estudantes de medicina. Afinal, acumulam a dupla responsabilidade das funções de médico e de estudante. Algumas pesquisas indicam relação entre estresse crônico, maiores níveis de cortisol e obesidade (BOSE; OLIVÁN; LAFERRÈRE, 2009). Outras registram um aumento das taxas de excesso de peso ao longo dos anos da faculdade de medicina, corroborando para a hipótese de relação entre o estresse crônico e maiores taxas de sobrepeso/ obesidade (LESSA; MONTENEGRO, 2008).

Poucos estudos têm abordado a população de médicos residentes. Uma pesquisa norte-americana identificou excesso de peso em 23% dos residentes, menos da metade do valor encontrado na pesquisa (MIHALOPOULOS; BERENSON, 2008). É possível que o local e a época de realização da pesquisa, bem como a especialidade médica, possam ser determinantes de um maior IMC.

Ao estratificar por gênero, o valor de sobrepeso/ obesidade atinge 27,3% em mulheres e 62,1% em homens. Essa grande discrepância entre os gêneros não é percebida na população adulta (20 - 59 anos) do Nordeste (em que 42,7% dos homens e 44% das mulheres têm excesso de peso) ou do Brasil (em que 49,9% dos homens e 45,6% das mulheres têm excesso de peso) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2014?]).

O excesso de peso no gênero masculino está mais associado a um padrão de distribuição central e a um maior acúmulo de gorduras no compartimento intra-abdominal, o que se relaciona com uma maior resistência à insulina, síndrome metabólica e risco cardiovascular (DEPRÉS, 2006). Além disso, tanto o excesso de peso quanto o gênero masculino predis põem à Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) (DALTRO et al., 2006).

Estudos internacionais mostram que as taxas de sobrepeso/ obesidade e o nível de escolaridade mantêm uma relação inversa nas mulheres e direta entre os homens (CROFT, 1992; MADDAH et al., 2003). Pesquisas realizadas com médicos ou estudantes de medicina confirmam tanto a alta prevalência de excesso de peso quanto a maior prevalência entre os homens (BERTSIAS et al., 2003; MADDAH, 2007), de forma similar a este estudo.

7.1.2 Atividade física

Poucos residentes de psiquiatria praticam atividade física em frequência adequada, segundo a OMS. Mais de 60% dos residentes são considerados sedentários e quase 40% não se exercitam sequer uma vez por semana.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 20,2% da população não pratica qualquer atividade física, valor que sobe para 22,5% quando se considera apenas aqueles com 12 ou mais anos de escolaridade. Esses números são bem inferiores aos desta pesquisa (KNUTH et al., 2011).

Existe muita divergência nos estudos sobre a inatividade física em médicos. Enquanto alguns constataam que médicos e estudantes de medicina se engajam mais em atividades físicas que o restante da população, outros revelam conclusões opostas (BAHRAM et al., 2003; BIERNAT, 2012; GAERTNER et al., 1991; STANFORD et al., 2013). No entanto, pesquisas constataam menor atividade física em estudantes de medicina em relação a outros cursos da área da saúde, com taxas de sedentarismo variando de 20,7% a 54,6% entre os futuros médicos, valores inferiores aos encontrados neste trabalho. No entanto, os mesmos estudos evidenciam a progressão do sedentarismo ao longo da faculdade de medicina, o que pode ser uma explicação para as maiores taxas do estudo (CASTRO JÚNIOR et al., 2012; DABROWSKA-GALAS et al., 2013; HENRIQUES, 2013; MARCONDELLI et al., 2008). Em pesquisa com residentes norte-americanos, foi observado que 41% praticam atividade física, conforme recomendações internacionais, valor próximo aos 39% encontrado no grupo estudado (ROGERS et al., 2010).

A atividade física regular tem sido associada a diversos benefícios à saúde: reduz a mortalidade geral, previne e contribui para o controle de hipertensão, diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares e diminui o risco de neoplasias, acidentes vasculares encefálicos, problemas osteomusculares e transtornos mentais (BAUMAN, 2004; WARBURTON et al., 2006).

Mesmo cientes dessas vantagens, muitos médicos e estudantes de medicina ainda resistem à prática regular de atividade física. A falta de tempo, de dinheiro e de motivação aparecem como os três obstáculos mais importantes à atividade física (CASTRO JÚNIOR et al., 2012; MARCONDELLI et al., 2008).

Dentre os residentes de psiquiatria, o estado civil casado se associou ao sedentarismo. Essa relação tem sido confirmada em outros estudos (KAPLAN et al, 2001; STERNFELD et al, 1999). Assim como outras pesquisas não houve associação entre o excesso de peso e o nível de atividade física (CASTRO JÚNIOR et al, 2012; HENRIQUES, 2013).

O tipo de atividade física praticada varia bastante entre as populações. Neste estudo, a maioria dos que exercem atividade física pratica musculação. Um estudo realizado em Portugal cita a caminhada como o exercício mais praticado pelos estudantes de medicina, seguida pela corrida e pelo ciclismo. Nesse estudo, a musculação aparece na quarta posição, junto com a natação, sendo praticada por 14,5% dos indivíduos que realizam atividades físicas (HENRIQUES, 2013). Outra pesquisa realizada em Brasília destaca a musculação como principal exercício dos estudantes de medicina, mas praticada apenas por 19,8% da amostra avaliada (MARCONDELLI et al, 2008).

A alta prevalência de prática de musculação entre os residentes instiga sobre os motivos que levam os residentes a optar por uma ou outra atividade física. Dessa forma, mais estudos precisam ser realizados para explicar esse fenômeno.

Apesar de escassas, pesquisas parecem indicar benefícios equivalentes das atividades aeróbicas e anaeróbicas na prevenção primária e secundária de diabetes e doenças cardiovasculares, bem como de transtornos depressivos (STATHOPOULOU, 2006; WARBURTON et al., 2006)

7.1.3 Doenças clínicas

Mais de um terço dos residentes admitem alguma enfermidade clínica previamente diagnosticada. A falta de dados similares sobre médicos ou estudantes de medicina na literatura dificulta a comparação com outras populações. É importante destacar o caso de um residente com diagnóstico de esteatose hepática com padrão de uso de risco do álcool, caracterizado por oito ou mais pontos na AUDIT.

De acordo com o relato dos residentes, a prevalência de hipercolesterolemia foi aproximadamente de 5% e a de hipertensão, de cerca de 3%. Nenhum diabético foi identificado. Esses valores são bem inferiores aos da população adulta, em que se estima a prevalência de 21,6% de hipertensão e 53% de diabéticos (SCHMIDT et al., 2009). Estudos

conduzidos especificamente com médicos ou estudantes de medicina detectaram taxas maiores de hipercolesterolemia e hipertensão: 11,8% e 7,16, respectivamente (CHHABRA et al, 2006; COELHO et al, 2005). Duas pesquisas norte-americanas com médicos residentes de Clínica Médica diagnosticou hipercolesterolemia em 7,9-10% dos participantes e hipertensão em 7-12% deles (MIHALOPOULOS; BERENSON, 2008). Uma possível explicação para esses baixos valores é a o subdiagnóstico dessas condições clínicas. Pesquisas futuras envolvendo mensurações objetivas da pressão arterial, glicemia e colesterol são sugeridas.

7.2 Saúde Mental

7.2.1 Sintomas ansiosos

Em relação aos sintomas ansiosos, mais de um terço dos residentes pontuaram mais de sete pontos no BAI, ponto de corte adotado para a escala. Pesquisas internacionais sugerem a presença de sintomas ansiosos marcantes em 20,3% a 54,3% dos estudantes de medicina (DYRBYE et al., 2006; JADOON et al., 2010; KARAOGLU; ŞEKER, 2010; MEHANNA; RICHA, 2006; YUSOFF et al., 2013).

Estudos brasileiros sobre ansiedade em estudantes de medicina são poucos e apresentam um alto grau de variabilidade entre si na prevalência dos sintomas ansiosos graves: desde 1,9% a 100%. O instrumento, o escore de corte adotado e as especificidades da população podem justificar essa variabilidade (BALDASSIN, 2010; MARAFANTI et al., 2013). É sugerida uma influência da reforma curricular dos cursos de medicina na redução dos níveis de ansiedade dos estudantes ainda nos primeiros semestres (ZUARDI et al., 2008).

Pesquisas com médicos residentes são ainda mais escassas e também divergem quanto à prevalência de ansiedade. Um estudo iraniano revelou níveis moderados de ansiedade em 5,5% dos participantes; e nenhum com ansiedade grave (KHORVASH et al., 2013). Já um estudo brasileiro especificamente com residentes de radiologia apontou uma prevalência de ansiedade em 50% (SILVA et al., 2010). O excesso de trabalho e responsabilidades, a falta de tempo, o medo de cometer erros e a cobrança pessoal justificam altos níveis de ansiedade nessa população (SILVA et al., 2010).

O presente estudo evidenciou uma relação consistente entre sintomas ansiosos e sedentarismo. Essa associação já foi estabelecida por outros estudos em tanto em grandes populações como especificamente em estudantes universitários e em outros profissionais da área da saúde (HAWKER, 2012; KIM et al., 2012; MELLO et al., 2013; OLMEDILLA, 2010). Dessa forma, através deste estudo, consolidou-se essa correlação também na área médica. A atividade física inibe a liberação de radicais livres, exerce um papel anti-inflamatório e atua positivamente sobre a neuroplasticidade, modulando a expressão de neurotrofinas. Esses efeitos podem, portanto, influenciar melhorar os sintomas de ansiedade (MOYLAN, 2013).

Não se observou relação entre sintomas ansiosos e o desempenho geral na residência. Conclusão semelhante foi encontrada em outro estudo brasileiro que avalia estudantes de medicina (MARAFANTI et al., 2013). No entanto, sintomas ansiosos tiveram associação estatisticamente significativa com piora da atenção e da relação com preceptores ou superiores. Submetidos a testes de atenção, estudantes com maior nível de ansiedade são mais susceptíveis a erros, demoram mais tempo para realizar a atividade e têm menor eficácia do aprendizado (MANCEVSKA et al., 2011; MONTAGNERO et al., 2008). A relação com preceptores, professores ou superiores não foram avaliadas em outros estudos. Entretanto, a existência de uma relação significativa com essa variável destaca a importância da realização futura de outros estudos em que ela esteja envolvida.

Apenas dois residentes referiram diagnóstico prévio de transtornos ansiosos, contudo ambos não pontuaram na escala de sintomas ansiosos. Portanto, os vinte residentes com sintomas ansiosos mais importantes não relataram qualquer diagnóstico de ansiedade. Diante dessa situação, duas hipóteses principais são formuladas: ou o quadro de ansiedade dos residentes era algo circunstancial, reativo a uma situação de estresse e não configurava um transtorno ou se apresentava um transtorno de ansiedade ainda não diagnosticado.

7.2.2 Sintomas fóbicos sociais

De acordo com o SPIN, sintomas fóbicos sociais estão presentes em intensidade significativa em quase um terço dos residentes. São escassos estudos sobre o assunto no Ensino Superior. Pesquisas internacionais documentam a prevalência de ansiedade social em 7-13% da população geral e em 10-16% dos universitários (TOPHAM; RUSSELL, 2012).

Em estudantes de medicina, o percentual com pontuação igual ou superior a 19 no SPIN variou bastante nos três estudos avaliados: 12,6 em um; 21,5% no segundo; e 56% no terceiro (ALI, 2013; ALKHAFJI, 2012; SALINA et al., 2008).

Estudos brasileiros mostraram índices pouco menores, com prevalência de 3,9% a 7,9% na população geral e 11,6% em amostras universitárias (ANDRADE et al., 2012; BAPTISTA, 2012; VORCARO et al., 2004). Não foram encontrados dados relativos à população de médicos e/ou estudantes de medicina.

Diante da falta de dados específicos para a população de médicos residentes, o alto percentual de sintomas fóbicos sociais neste estudo instiga reflexões sobre suas causas. Hipóteses como a maior tendência em pessoas com esse sintoma mais marcante optarem pela residência em psiquiatria são cogitadas e merecem investigação.

A associação de sintomas fóbicos sociais com o estado civil solteiro mostra-se consonante com dados da literatura (MOCHCOVICH, 2014). A fobia social, também chamada de transtorno de ansiedade social, é marcada por uma grande ansiedade ao contato interpessoal, evitando festas, eventos sociais, conversas em pequenos grupos e situações de encontros amorosos ou flerte (CHAPMAN et al., 1995). Essa maior dificuldade de aproximação com outras pessoas dificulta relacionamentos amorosos, favorecendo uma maior proporção de solteiros no grupo dos fóbicos sociais.

Há evidências robustas do prejuízo acadêmico relacionado à fobia social. Esses alunos costumam perder oportunidades de aprendizado em virtude de seu medo em se relacionar com outras pessoas. Outras vezes, esse temor pode ser tamanho a ponto de desviar o foco de suas atividades acadêmicas. Estudos associam a fobia social ao fracasso escolar: maiores taxas de reprovação, menor grau de escolaridade e rendas inferiores (AMERINGEN et al., 2003; TOPHAM; RUSSELL, 2012).

Pesquisas na educação superior são escassas e sugerem resultados conflitantes sobre o desempenho acadêmico. Estudos em universitários não têm revelado associação entre fobia social e conclusão do ensino superior ou performance educacional (STRAHAN, 1998; 2003). Sugere-se que os estudantes que chegaram ao Ensino Superior aprenderam estratégias para manejar essa ansiedade e evitar interferência em sua funcionalidade. Assim, a não-identificação de associação entre sintomas fóbicos sociais e desempenho acadêmico no presente estudo coaduna com os dados da literatura.

7.2.3 Sintomas depressivos

De acordo com BDI-II, cerca de um quinto dos residentes em psiquiatria pontuaram para sintomas depressivos. Uma revisão sistemática analisou 24 publicações sobre depressão em universitários realizados de 1990 a 2010. A prevalência de sintomas depressivos variou de 10 a 85% entre os estudos, com média de 30,6% (IBRAHIM et al., 2013). Outra revisão avaliou 35 estudos entre 1995 e 2012, com prevalência média de 33% (SAROKHANI et al., 2013). Esses dados sinalizam a menor prevalência na população estudada.

A prevalência de depressão em estudantes de medicina variou bastante entre os estudos internacionais (2,9 a 54,9%), de acordo com o local, a escala e o ponto de corte (DYRBYE, 2006; KARAOGLU, ŞEKER, 2010; SCHWENK, 2010; ROH, 2010). Em estudos nacionais que avaliaram apenas estudantes de medicina, a alta variabilidade de prevalência da depressão persistiu: 23,1 e 79% (AMARAL et al., 2008; CAVESTRO; ROCHA, 2006; COSTA et al., 2012; MACEDO et al., 2009; REZENDE et al., 2008).

Estima-se que as taxas de depressão nos médicos sejam maiores do que na população geral. Um estudo realizado nos Estados Unidos estima uma taxa de depressão ao longo da vida do médico de 13% entre os homens e 19,5% entre as mulheres (BRIGHT; KRAHN, 2011; FRANK; DINGLE, 1999).

Considerando a população de médicos residentes, estudos que avaliaram profissionais divergiram bastante. Enquanto um encontrou 14% de sintomas depressivos relevantes, através do BDI-II, em residentes de qualquer especialidade do Estado de São Paulo (CAPITÃO; ALMEIDA, 2006); outro registrou 81% em Sorocaba, usando a escala de rastreamento populacional para depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, CES-D (GABRIEL et al., 2005). Outras pesquisas avaliam populações específicas de residentes. Uma delas estima uma proporção de 20% de depressão nos residentes de pediatria nos Estados Unidos, através da Harvard National Depression Screening Day Scale (FAHRENKOPF et al., 2008). Outra registra a prevalência de depressão em 56% dos residentes de radiologia no Brasil, através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, HADS (SILVA et al., 2010). A grande variabilidade apresentada se deva ao uso de escalas diferentes para medir sintomas depressivos ou por especificidades de cada população.

Comparando com as pesquisas supracitadas, a prevalência de menos de 20% de sintomas depressivos relevantes nos residentes de psiquiatria foi considerada baixa. No entanto, a grande divergência entre as conclusões suscita a necessidade de mais estudos.

Nesse estudo, apenas dois residentes (3,4%) declararam diagnóstico de transtorno depressivo, contudo ambos receberam baixas pontuações na BDI. Nenhum dos residentes com altas pontuações na BDI-II (19%) não tinha diagnóstico de transtorno do humor. Assim, é provável que a depressão nos residentes esteja sendo subdiagnosticada e/ou subtratada.

Estudos mostram que apenas 22% dos estudantes de medicina deprimidos buscam tratamento. Dentre as dificuldades, as mais citadas são a falta de tempo, problemas em relação à confidencialidade e o estigma da doença mental (GIVENS; TIJA, 2002). Estudantes de medicina deprimidos têm mais atitudes de estigma em relação a esse transtorno que os não-deprimidos, o que pode dificultar o diagnóstico e o tratamento (SCHWENK et al., 2010). Além disso, características tipicamente depressivas, como adinamia, abulia, visão negativa do presente e desesperança em relação ao futuro podem minimizar a busca ativa por ajuda.

Quanto ao desempenho, verificou-se associação entre depressão e pior relação com os pacientes e superiores. Essa conclusão parece coerente, ao cogitar que a depressão afeta o humor e a interação social (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014). Dessa forma, o transtorno pode comprometer a relação médico-paciente e se relacionar com pior adesão ao tratamento e piores resultados quanto à terapêutica instituída (VERMEIRE, 2001; ZOLNIEREK; DIMATTEO, 2009).

Apesar de não ter sido evidenciado neste estudo, a associação entre depressão e menor desempenho acadêmico de médicos e estudantes de medicina é evidenciada em outros trabalhos (ROH et al., 2010). Alguns estudos associam a depressão em residentes a seis vezes mais erros em prescrições medicamentosas (FAHRENKOPF, 2008).

7.2.4 Uso de nicotina

Cerca de 5% dos residentes de psiquiatria fumavam, todos do sexo masculino. A maior prevalência no sexo masculino é confirmada em outros estudos (SMITH; LEGGAT, 2007).

São muitos os estudos sobre tabagismo em médicos e estudantes de medicina, com grande variabilidade das taxas de acordo com o local. Estudos internacionais com estudantes de medicina tiveram prevalência de tabagismo entre 2 a 50% (AKVARDAR et al., 2003; 2004; MANGUS et al., 1998; RICHMOND; KEHOE, 1997; ROSSELLI, 2001; TAKEUCHI et al., 2010). Essa variabilidade persiste em estudos com estudantes de medicina brasileiros - 7,5 a 20,2% do total são tabagistas (BARROS; LIMA, 2011; BUZATTO; SOLER, 2010; CARVALHO, 2012; MAGLIARI, 2008; MENEZES et al., 2004; SILVA JUNIOR et al., 2006; ZETTLER et al., 2005); e com médicos – 8,6 a 22,2% (FERRERO et al., 2004; GUAZZELLI et al., 2005).

Constata-se, portanto, que a prevalência de tabagismo encontrada neste estudo é baixa, em relação à realidade nacional. Pesquisas sugerem que as taxas de tabagismo vêm-se reduzido entre os estudantes de medicina ao longo dos anos (MENEZES et al., 2001). Essa poderia ser uma explicação para esse valor mais baixo. Peculiaridades da especialidade ou da localidade também devem ser cogitadas. Pesquisas evidenciam grande variação das taxas de tabagismo, de acordo com a localidade (SMITH; LEGGAT, 2007).

7.2.5 Uso do álcool

Dos residentes em psiquiatria, mais de 80% consomem bebidas alcoólicas. Segundo AUDIT, mais de 20% apresentam um padrão de consumo de risco. Segundo I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas, a prevalência do uso de álcool ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos trinta dias são, respectivamente, 86,2%, 72% e 60,5% (BRASIL, 2010).

Em pesquisas nacionais, o percentual de médicos e estudantes de medicina que consomem álcool varia entre 50 a 64,2% (BARBOSA et al., 2013; BUZATTO; SOLER, 2010; KERR-CORRÊA et al., 1999; ROCHA et al., 2011). Um grande inquérito norte-americano sugere um menor consumo de nicotina e substâncias ilícitas (maconha, cocaína e heroína) entre os médicos em relação à população geral. No entanto, o uso de álcool e benzodiazepínicos parece maior (HUGHES et al., 1992).

A prevalência de 80% de residentes de psiquiatria que consomem álcool regularmente mostra-se superior à de estudos nacionais. Isso corrobora o achado de uma pesquisa que

aponta uma progressão do consumo de álcool dentre estudantes de medicina ao longo da universidade e após a graduação (NEWBURY-BIRCH et al., 2001). No entanto, outras divergem desse resultado, não evidenciando essa progressão (ROCHA et al., 2011). Peculiaridades regionais e dessa especialidade médica também devem ser consideradas.

Entretanto, poucos estudos analisam o padrão de consumo de risco de álcool. Um estudo brasileiro encontrou uma prevalência de 27,4% de dependentes de álcool, segundo AUDIT, valor próximo aos 22% encontrados neste estudo (BARBOSA et al., 2013).

Muitos estudos associam o álcool a um pior desempenho acadêmico (AERTGEERTS; BUNTINX, 2003; LÓPEZ-FRÍAS et al., 2001; SINGLETON, 2007). O álcool pode alterar os padrões de sono, refletindo na atenção e no aprendizado (SINGLETON; WOLFSON, 2009). Um estudo sugere uma relação inversa entre o álcool e a cognição mensurada em testes neuropsicológicos, refletindo no desempenho acadêmico (WELCOME et al., 2014). Neste estudo, no entanto, não se encontrou associação entre o álcool e o desempenho na residência. Talvez isso se deva à menor amostra do estudo.

7.2.6 Relações entre sintomas em saúde mental

Os sintomas ansiosos e fóbicos sociais estão intrinsecamente relacionados. A ansiedade é uma manifestação tão importante da fobia social que esta vem sendo denominada de ansiedade social (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011).

Os sintomas ansiosos também se associaram de forma estatisticamente significativa com os sintomas depressivos. Transtornos ansiosos aumentam o risco de episódios depressivos e vice-versa. Além disso, sintomas afetivos e ansiosos podem integrar um mesmo quadro clínico. Fisiopatologicamente, ambos se associam à redução de serotonina no Sistema Nervoso Central (SADOCK; SADOCK, 2007).

A associação entre depressão e fobia social é bem documentada na literatura, bem como a correlação entre uso de álcool e transtornos ansiosos e depressivos (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011; SADOCK; SADOCK, 2007). No entanto, a presente pesquisa não evidenciou relação estatística na população avaliada. Talvez isso possa ser atribuído à pequena população estudada.

7.3 Sono

7.3.1 *Qualidade do sono*

Dos residentes avaliados, quase 60% apresentaram um sono de má qualidade; e quase 30%, sonolência excessiva diurna. Foi observada uma associação entre má qualidade do sono e sonolência excessiva diurna.

Estudos internacionais apontam que 7 a 30% dos estudantes de medicina estão insatisfeitos com o sono (NOJOMI et al., 2009; VELDI et al., 2005). Quando se mensura de forma mais objetiva, pesquisas registram 50,9% de má qualidade do sono e 30,6% de sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina (BRICK et al., 2010; GIRI et al., 2013), números próximos aos da pesquisa.

Um artigo brasileiro realizado na Universidade Federal de Goiás (UFG) concluiu que 14,9% dos estudantes de medicina e residentes avaliados tinham sono de má qualidade, segundo o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (IQSP). Esse percentual é bem inferior ao encontrado nesta pesquisa. No entanto, a mesma publicação constatou que a qualidade do sono é pior nos médicos residentes que nos estudantes de medicina ($p = 0,05$), corroborando com os valores mais altos encontrados nesta pesquisa (CARDOSO et al., 2009). Afinal, os residentes parecem acumular uma dupla carga de estresse, pois são ao mesmo tempo médicos (com toda a responsabilidade inerente à profissão) e estudantes (ainda em fase de aprendizado).

O maior tempo de residência foi associado com uma pior qualidade do sono. Outros artigos que avaliam a qualidade do sono ao longo a faculdade de medicina também verificaram uma piora com a evolução do tempo (CARDOSO et al., 2009; ERGIN et al., 2013). Afinal, maior tempo de estresse psíquico está bastante relacionado com problemas do sono (ÅKERSTEDT, 2006; ROCHA, MARTINO, 2010). Essa associação pode ser justificada por desregulação dos níveis de corticoides provocadas pelo estresse que resultam em prejuízos ao sono (ELDER et al., 2014; VARGAS; LOPEZ-DURAN, 2014).

Muitas publicações associam a má qualidade do sono e a sonolência excessiva diurna a um menor desempenho acadêmico (ABDULGHAN et al., 2012; AHRBERG et al., 2012; KANG et al., 2013). A qualidade do sono possibilita melhor atenção e consolidação da memória, resultando em melhor aprendizado (CARDOSO et al., 2009; CURCIO;

FERRARA; GENNARO, 2006; GAIS; LUCAS; BORN, 2006). Este estudo, no entanto, não evidenciou essa relação. Uma hipótese para isso talvez seja a pequena amostra avaliada.

7.3.2 Busca por assistência e tratamento

Oitenta por cento dos residentes de psiquiatria com má qualidade do sono nunca se consultaram por esse motivo. Isso parece preocupante pela alta prevalência do sono de má qualidade e da possibilidade de impactos significativos relacionados.

A alta utilização de medicações hipnóticas também merece atenção, principalmente quando se constata que 70% deles adquirem-nas sem consulta médica. Outros estudos mostram a alta prevalência de automedicação, inclusive de medicações psicoativas. A tentativa de evitar o papel de doente, o mais fácil acesso às medicações e a pressão para se apresentar no trabalho contribuem para as elevadas taxas de automedicação (MCAULIFFE et al., 1986; MONTGOMERY et al., 2011). No entanto, os riscos são diversos, como maior probabilidade de diagnóstico errôneo, doses incorretas, reações adversas e interações farmacológicas, abusos e dependências (RUIZ, 2010).

Dentre as medicações para dormir, as mais usadas foram os benzodiazepínicos. Isso é preocupante pelo alto risco de abuso e dependência, principalmente em população que tem fácil acesso a eles, como o caso dos médicos, principalmente os que trabalham em saúde mental (O'BRIEN, 2005).

7.3.3 Higiene do sono

O sono de má qualidade se relacionou com irregularidade dos horários de dormir e permanência de longos períodos deitado mesmo sem sono. Outras pesquisas já mostraram a relação entre higiene e qualidade do sono (BRICK et al., 2010; MASTIN et al., 2006). No entanto, não se conhece pesquisas anteriores avaliando essa relação em médicos/ estudantes de medicina.

O sono é regulado pelo ritmo circadiano e pela homeostase do sono, controlada pelo núcleo supraquiasmático do hipotálamo através da liberação de melatonina, fenômeno influenciado pela luminosidade e atividade física. Em circunstâncias de privação voluntária

do sono (seja por motivo de trabalho ou de lazer), força-se um novo horário de sono, apesar a melatonina agir em oposição a esse processo, na tentativa de se estabelecer a homeostase anterior. Horários de sono irregulares, como em trabalhadores de turno, desajustam o controle fisiológico do sono e se relacionam a uma má qualidade do sono (BERTOZALI, 2008).

Permanecer longos períodos de tempo na cama, acordado, pode condicionar o indivíduo de que a cama não seria um local exclusivamente para dormir, dificultando o adormecer em oportunidades futuras.

7.3.4 Relação entre sono e saúde mental

Este estudo mostrou associação da qualidade do sono com sintomas ansiosos e sintomas fóbicos sociais. Outras pesquisas já constataram essa relação entre transtornos ansiosos e fobia social com má qualidade do sono (BUSH et al., 2012; RAMSAWH et al., 2009). Contudo, na população de médicos e estudantes de medicina, esse achado não era conhecido pelos autores.

7.4 Limitações

Dentre as limitações do estudo, a avaliação de residentes foi realizada em apenas uma localidade específica (apenas um estado do Brasil). Isso pode comprometer a extrapolação de seus dados para a população brasileira ou mundial. Especificidades da população local e dos programas de residência em atividade devem ser consideradas.

Outro aspecto a ser considerado é a falta de um grupo controle com residentes de outras especialidades. Isso pode ajudar a concluir se as alterações verificadas pelo estudo são comuns a outros grupos de residentes ou específicas da área da psiquiatria.

Uma terceira limitação é a falta de instrumentos objetivos para avaliar o desempenho do residente e complementar a autoavaliação.

8 CONCLUSÃO

Foram verificadas uma alta prevalência de sobrepeso/ obesidade e uma baixa prática de atividades físicas nos residentes de psiquiatria. Isso adverte para a necessidade de mudança de hábitos em prol da saúde física.

Destacaram-se também os elevados níveis de sintomas ansiosos, depressivos e fóbicos sociais, com importante interferência em algumas áreas do desempenho acadêmico. Portanto, é necessário garantir um suporte médico e psicológico aos residentes.

Foram altos os percentuais de má qualidade do sono e de sonolência excessiva diurna nos residentes de psiquiatria. Apesar disso, pouca foi a busca por assistência médica por esse motivo. Além disso, registrou-se um alto uso de medicação hipnótica e uma baixa adesão a hábitos de higiene do sono.

Nesse estudo, evidenciou-se uma associação dos sintomas ansiosos com sintomas de depressão e fobia social. Além disso, uma pior qualidade do sono teve relação estatisticamente significativa com sintomas ansiosos e sintomas fóbicos sociais.

Por fim, os resultados deste estudo alertam para a urgência em se cuidar da saúde física e mental, assim como do sono dos residentes de psiquiatria. Afinal, problemas do sono e de saúde do médico podem repercutir em seus pacientes, estando mais relacionados a erros médicos e a uma pior relação médico-paciente. É sugerida, portanto, a criação de programas voltados especificamente para a saúde do residente.

REFERÊNCIAS

ABDULGHANI, H.M.; ALROWAIS, N.A.; BIN-SAAD, N.S.; AL-SUBAIE, N.M.; HAJI A.M.A.; ALHAQWI, A.I. Sleep disorder among medical students: relationship to their academic performance. **Medical Teacher**, v. 34, n. 1 (suplemento), p. S37-S41, 2012.

AERTGEERTS, B.; BUNTINX, F. The relation between alcohol abuse or dependence and academic performance in first-year college students. **Journal of Adolescent Health**, v.31, n. 3, p. 223-225, 2003.

AHRBERG, K.; DRESLER, M.; NIEDERMAIER, S.; STEIGER, A.; GENZEL, L. The interaction between sleep quality and academic performance. **Journal of Psychiatric Research**, v. 46, n. 12, p. 1618-1622, 2012.

ÅKERSTEDT, T. Psychosocial stress and impaired sleep. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 32, n. 6, p. 493-501, 2006.

AKVARDAR, Y.; DEMIRAL, Y.; ERGOR, G.; ERGOR, A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 39, n. 6, p. 502-506, 2004.

AKVARDAR, Y.; DEMIRAL, Y.; ERGOR, G.; ERGOR, A.; BILICI, M.; ÖZER, O.A. Substance use in a sample of Turkish medical students. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 72, n. 2, p. 117-123, 2003.

ALI, S.K. Social phobia among medical students. **European Psychiatry**, v. 28, n. 1 (suplemento), p. 1, 2013.

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M.T.A.; PERES, M.F.T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, 1999.

AMARAL, G.F.; GOMIDE, L.M.P.; BATISTA, M.P.; PÍCCOLO, P.P.; TELES, T.B.G.; OLIVEIRA, P.M.; PEREIRA, M.A.D. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 2, p. 124-130, 2008.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. (DSM-V). Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERINGEN, M.V.; MANCINIA, C.; FARVOLDEN, P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. **Anxiety Disorders**, v. 17, n.5, p. 561-571, 2003.

ANDRADE, L.H.; YUAN-PANG, W.; ANDREONI, S.; SILVEIRA, C.M.; ALEXANDRINO-SILVA, C.; SIU, E.R.; NISHIMURA, R.; ANTHONY, J.C.; GATTAZ, W.F.; KESSLER, R.C.; VIANA, M.C. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLOS ONE**, v. 7, n.2, 2012, Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0031879>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO. **Insônia: do diagnóstico ao tratamento**. III Consenso Brasileiro de Insônia. 1. ed. São Paulo: Omnifarma, 2013.

AUGNER, C. Associations of subjective sleep quality with depression score, anxiety, physical symptoms and sleep onset latency in students. **Central European Journal of Public Health**, v. 19, n. 2, p. 115-117, 2011.

ALKHAFJI, A.Z.M. Social phobia among Al Qadissya medical student: prevalence, Academic performance and response to different treatments. **Journal of the Faculty of Medicine (Baghdad)**, v. 54, n. 1, p. 33-37, 2012.

BAHRAM, S.; ABBAS, B.; KAMAL, J. Leisure-time physical activity habits among physicians. **Bahrain Medical Bulletin**, v. 25, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.bahrainmedicalbulletin.com/previousissues.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BALDASSIN, S. Ansiedade e depressão no estudante de medicina: revisão de estudos brasileiros. **Cadernos ABEM**, v. 6, p. 19-26, 2010.

BAPTISTA, C.A.; LOUREIRO, S.R.; OSÓRIO, F.L.; ZUARDI, A.W.; MAGALHÃES, P.V.; KAPCZINSKI, F.; SANTOS FILHO, A.; FREITAS-FERRARI, M.C.; CRIPPA, J.A.S. Social phobia in Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women. **Journal of Affective Disorders**, v. 136, n. 3, p. 857-861, 2012.

BARBOSA, F.L.; BARBOSA, R.L.; BARBOSA, M.C.L.; AGUIAR D.L.; FIGUEIREDO, I.A.; RIBEIRO, A.C.; CASTRO, I.T.C. Uso de álcool entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Maranhão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n.1, p. 89-95, 2013.

BARGER, L. K.; CADE, B.E.; AYAS, N.T.; CRONIN, J.W.; ROSNER, B.; SPEIZER, F.E.; CZEISLER, C.A. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. **New England Journal of Medicine**, v. 352, n. 2, p. 125-134, 2005.

BARGER, L.K.; AYAS, N.T.; CADE, B.E.; CRONIN, J.W.; ROSNER, B.; SPEIZER, F.E.; CZEISLER C.A. Impact of Extended-Duration Shifts on Medical Errors, Adverse Events, and Attentional Failures. **PLOS Medicine**, v.3, n. 12, p. 2440-2448, 2006.

BARROS, E.R.; LIMA, R.M. Prevalência e características do tabagismo entre universitários de instituições públicas e privadas da cidade de Campos dos Goytacazes, RJ. **Vértices**, v. 13, n. 3, p. 93-116, 2011.

BAUMAN, A.E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000–2003. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 7, n. 1 (suplemento), p. 6-19.

BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; BALL, R.; RANIERI, W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. **Journal of Personality Assessment**, v. 67, n. 3, p. 588-597, 1996.

BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 561–571, 1961.

BELAYACHI, J.; BENJELLOUN, O.; MADANI, N.; ABIDI, K.; DENDANE, T.; ZEGGWAGH, A.A.; ABOUQAL, R.. Self-perceived sleepiness in emergency training physicians: prevalence and relationship with quality of life. **Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, v.8, n.24, p. 1-8, 2013.

BENNETT, J.A.; WINTERS-STONE, K.; NAIL, L.M.; SCHERER, J. Definitions of sedentary in physical-activity-intervention trials: a summary of the literature. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 14, p. 456-477, 2006.

BERTOZALI, A.N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono**: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg. 2008. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BERTSIAS, G.; MAMMAS, I.; LINARDAKIS, M.; KAFATOS, A. Overweight and obesity in relation to cardiovascular disease risk factors among medical students in Crete, Greece. **BMC Public Health**, v. 3, n.3, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC140012>>. Acesso em: 9 ago. 2014.

BIERNAT, E.; POZNANSKA, A.; GAJEWSKI, A.K. Is physical activity of medical personnel a role model for their patients? **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, v. 19, n. 4, p. 707-710, 2012.

BOSCOLO, R.A. et al. Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, vol. 7, n. 1, p. 18-25, 2007.

BOSE, M.; OLIVÁN, B.; LAFERRÈRE, B. Stress and obesity: the role of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in metabolic disease. **Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity**, v. 16, n. 5, p. 340-346, 2009.

BOTTI, S.H.O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo em residências de especialidades clínicas em um hospital de ensino**. 2009. 104f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13087&Itemid=506>. Acesso em: 13 mar. 2015.

_____. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm>. Acesso em: 01 ago. 2014

_____. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: SENAD, 2010. 284 p.

BRICK, C.A.; SEELY, D.L.; PALERMO T.M. Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. **Behavioral Sleep Medicine**, v. 8, n. 2, p. 113-121, 2010.

BRIGHT, R.P.; KRAHN, L. Depression and suicide among the physicians. **Current Psychiatry**, v. 10, n.4, 2011. Disponível em: <www.currentpsychiatry.com/home/article/depression-and-suicide-among-physicians/b1d152751a0bb7bf9e4c2b5aeb2a416e.html>. Acesso em: 31 jul. 2013.

BUSH, A.L.; ARMENTO, M.E.A.; WEISS, B.J.; RHOADES, H.M.; NOVY, D.M.; WILSON, N.L.; KUNIK, M.E.; STANLEY, M.A. The Pittsburgh Sleep Quality Index in older primary care patients with generalized anxiety disorder: Psychometrics and outcomes following cognitive behavioral therapy. **Psychiatry Research**, v. 199, n. 1, p. 24-30, 2012.

BUYSE, J.D.; REYNOLDS, C.F. 3rd; MONK, T.H.; BERMAN, S.R.; KUPFER, D.J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatry practice and research. **Journal of Psychiatric Research**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.

BUZATTO, S.V.; SOLER, Z.A.S.G. Tabagismo e etilismo entre acadêmicos de medicina e enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP – FAMERP. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 122-127, 2010.

CALLE, E.E.; THUN, M.J.; PETRELLI, J.M.; RODRIGUEZ, C.; HEATH, C.W. Body-Mass Index and Mortality in a Prospective Cohort of U.S. Adults. **New England Journal of Medicine**, v. 341, p. 1097-1105, 1999.

CAPITÃO, C.C.; ALMEIDA, F.P. A incidência de depressão entre médicos que exercem suas atividades clínicas em ambulatórios. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 1-12, 2006.

CARDOSO, H.C.; BUENO, F.C.C.; MATA, J.C.; ALVES, A.P.R.; JOCHIMS, I.; VAZ FILHO, I.H.R.; HANNA, M.M. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 349-355, 2009.

CARMO, J.T.; PUEYO, A. A. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 1, p. 73-80, 2002.

CARVALHO, L.S. **Comportamento tabágico e atitudes de controlo de tabagismo dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior**. 2012. 67f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012.

CASTRO JÚNIOR, E.F.; BARRETO, L.A.; OLIVEIRA, J.A.A.; ALMEIDA P.C.; LEITE, J.A.D. Avaliação do nível de atividade física e fatores associados em estudantes de medicina de Fortaleza-CE. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 34, n. 4, p. 955-967, 2012.

CAVESTRO, J.M.; ROCHA, F.L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 33, n. 4, p. 264-267, 2006.

CHAPMAN, T.F.; MANNUZZA, S.; FYER, A.J. Epidemiology and family studies of social phobia. In: Heimberg, R.G.; Liebowitz, M.R.; Hope, D.A.; Schneier, F.R. **Social phobia: diagnosis, assessment and treatment**. New York: The Guilford Press, p. 21-40, 1995.

CHHABRA, P.; GROVER, V.L.; AGGARWAL, K.; KANNAN, A.T. Nutritional Status and Blood Pressure of Medical Students in Delhi. **Indian Journal of Community Medicine**, v. 31, n. 4, p. 248-251, 2006.

COLTEN, H.R.; ALTEVOGT, B.M. (Ed.). **Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem**. Washington: National Academies Press, 2006. p. 63-64.

COELHO, V.G.; CAETANO, L.F.; LIBERATORE JÚNIOR, R.R.; CORDEIRO, J.A.; SOUZA, D.R.S. Perfil Lipídico e Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Estudantes de Medicina. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 1, p. 57-62, 2005.

CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R.; CHURCHILL, L.E.; SHERWOOD, A.; FOA, E.; WEIALER, R.H.. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 176, p. 379-386, 2000.

COSTA, E.F.O.; SANTANA, Y.S.; SANTOS, A.T.R.A.; MARTINS, L.A.N.; MELO, E.V.; ANDRADE, T.M. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 53-59, 2012.

CROFT, J.B.; STROGATZ, D.S.; JAMES, S.A.; KEENAN, N.L.; AMMERMAN, A.S.; MALARCHER, A.M.; HAINES, P.S. Socioeconomic and behavioral correlates of body mass index in black adults: the Pitt County Study. **American Journal of Public Health**, v. 82, n. 6, p. 821-826, 1992.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CURCIO, G.; FERRARA, M.; GENNARO, L. Sleep loss, learning capacity and academic performance. **Sleep Medicine Reviews**, v. 10, n. 5, p. 323-337, 2006.

CZEISLER, C.A. Medical and genetic differences in the adverse impact of sleep loss on performance: ethical considerations for the medical profession. **Transactions of the American Clinical and Climatological Association**, v. 120, p. 249-285, 2009.

DABROWSKA-GALAS, M.; PLINTA, R.; DABROWSKA, J.; SKRZYPULEC-PLINTA, V. Physical activity in students of the Medical University of Silesia in Poland. **Physical Therapy**, v. 93, n. 3, p. 384-392, 2013.

DALTRO, C.H.C.; FONTES, F.H.O.; SANTOS-JESUS, R.; GREGORIO, P.B.; ARAUJO, L.M.B. Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: associação com obesidade, gênero e idade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 50, n. 1, p. 74-81, 2006.

DEPRÉS, J.P. Abdominal obesity: the most prevalent cause of the metabolic syndrome and related cardiometabolic risk. **European Heart Journal**, v. 8, n. B (suplemento), p. B4-B12, 2006.

DYRBYE, L.N.; THOMAS, M.R.; SHANAFELT, T.D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and canadian medical students. **Academic Medicine**, v. 81, n. 4, p. 354-373, 2006.

ELDER, G.J.; WETHERELL, M.A.; BARCLAY, N.L.; ELLIS, J.G. The cortisol awakening response – Applications and implications for sleep medicine. **Sleep Medicine Reviews**, v. 18, n. 3, p.215-224, 2014.

ELLER, T.; ALUOJA, A.; VASAR, V.; VELDI, M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. **Depression and Anxiety**, v. 23, n. 4, p. 250-256, 2006.

ERGIN, A.; ERDOĞAN, A.; BOZKURT, A.I.; ERGIN, N. Quality of sleep in medical students. **Journal of the Neurological Sciences**, v. 333, n. 1 (suplemento), p. 707-708, 2013.

FAGERSTROM, K.-O. Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive Behaviors**, v. 3, p. 235-241, 1978.

FAHRENKOPF, A.M.; SECTISH, T.C.; BARGER, L.K.; SHAREK, P.J.; LEWIN, D.; CHIANG, V.W.; EDWARDS, S.; WIEDERMANN, B.L.; LANDRIGAN, C.P. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. **British Medical Journal**, v. 336, n. 7642, p. 488-491, 2008.

FERRERO, F.; CASTAÑOS, C.; DURÁN, P.; BLENGINI, M.T. Prevalencia del consumo de tabaco en médicos residentes de pediatría en Argentina. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, n. 6, p. 395-399, 2004.

FIEDLER, P.T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 308f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FIGUEIREDO, E.T.; MORAIS, A.M.; COSTA, A.M.D.; TERRA, F.S. Influência da rotina acadêmica na prática de atividade física em graduandos de Medicina. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 7, n. 1, p. 174-176, 2009.

FLETCHER, K.E.; DAVIS, S.Q.; UNDERWOOD, W. 3RD; MANGRULKAR, R.S.; MCMAHON, L.F. JR.; SAINT, S. Systematic review: effects of resident work hours on patient safety. **Postgraduate Medicine**, v. 124, n. 4, p. 241-249, 2012.

FLETCHER, K.E.; UNDERWOOD, W. 3RD; DAVIS, S.Q.; MANGRULKAR, R.S.; MCMAHON, L.F. JR.; SAINT, S. Effects of work hour reduction on residents' lives: a systematic review. **Journal of the American Medical Association**, v. 294, n. 9, p. 1088-1100, 2005.

FRANK, E.; BIOLA, H.; BURNETT, C.A. Mortality rates and causes among U.S. physicians. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 19, n. 3, p.155-159, 2000.

FRANK, E.; DINGLE, A.D. Self-Reported Depression and Suicide Attempts Among U.S. Women Physicians. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, p. 1887-1894, 1999.

GABA, D.M.; HOWARD, S.K. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 16, p. 1249-1255, 2002.

GABRIEL, S.A.; IZAR, L.C.; TRISTÃO, C.K.; TOLEDO, J.C.F.; RIBEIRO, D.J.; PINA, S.E.M.; FRANZIN, L.S.; JOB, J.R.P.P. Rastreamento epidemiológico da sintomatologia depressiva em residentes e estudantes de medicina. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.7, n.3. p. 15 - 19, 2005.

GAERTNER, P.H.; FIROR, W.B.; EDOUARD, L. Physical inactivity among physicians. **Canadian Medical Association Journal**, v. 144, n. 10, 1253-1256, 1991.

GAIS, S.; LUCAS, B.; BORN J. Sleep after learning aids memory recall. **Learning & Memory**, v. 13, n. 3, p. 259-262, 2006.

GIRI P.; BAVISKAR, M.; PHALKE, D. Study of Sleep Habits and Sleep Problems Among Medical Students of Pravara Institute of Medical Sciences Loni, Western Maharashtra, India. **Annals of Medical & Health Sciences Research**, v.3, n. 1, p.51-54, 2013.

GIVENS, J.L.; TIJA, J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. **Academic Medicine**, v. 77, n. 9, p. 918-921, 2002.

GOMES-OLIVEIRA, M.H.; GORENSTEIN C.; LOTUFO NETO, F.; ANDRADE L.H.; WANG, Y.P. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 389-394, 2012.

GOPALAKRISHNAN, S.; Ganeshkumar, P.; Prakash, M.V.S.; Amalraj V. Prevalence of Overweight / Obesity among the Medical Students, Malaysia. **Medical Journal of Malaysia**, v. 67, n. 4, p. 442-444, 2012.

GREWAL, R.; DOGHRAMJI, R. **Epidemiology of insomnia**. In: ATTARIAN H.P.; SCHUMAN, C (Ed.). Clinical handbook of insomnia – current clinical neurology. New Jersey: Human Press Inc, 2004. p. 13-22.

GUAZZELLI, A.C.; TERRA FILHO, F.; FISS, E. Tabagismo entre médicos da Região do ABC Paulista. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 31, n. 6, p. 516-522, 2005.

HAGE, C.N.; SAVEGH, J.; RIZK, G.A. Health habits and vaccination status of Lebanese residents: are future doctors applying the rules of prevention? **Le Journal Medical Libanais**, v. 58, n. 2, p. 91-96, 2010.

HAWKER, C.L. Physical activity and mental well-being in student nurses. **Nurse Education Today**, v. 32, p. 325–331, 2012.

HAWTON, K.; CLEMENTS, A.; SAKAROVITCH, C.; SIMKIN, S.; DEEKS, J.J. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979–1995. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 55, n. 5, p. 296-300, 2001.

HEINISCH, R.H.; ZUKOWSKI, C.N.; HEINISCH, L.M.M. Fatores de risco cardiovascular em acadêmicos de medicina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n.1, p. 76-84, 2007.

HENRIQUES, A.C.J. **Determinantes da actividade física nos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior**. 2013. 62f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.

HIGGINS, E.S.; GEORGE, M.S. Sono. In: _____. **Neurociências para psiquiatria clínica: a fisiopatologia do comportamento e da doença mental**. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 12, 162-176.

HOSSAIN, J.L.; SHAPIRO, C.M. Prevalence, costs and management of sleep disorders: an overview. **Sleep Breath**, v. 6, n. 2, p. 85-102, 2002.

HSU, K.; MARSHALL, V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. **American Journal of Psychiatry**, v. 144, n. 12, p. 1561-1566, 1987.

HUGHES, P.H.; Brandenburg, N.; Baldwin Jr, D.C.; Storr, C.L.; Williams, K.M.; Anthony, J.C.; Sheehan, D.V. Prevalence of Substance Use Among US Physicians. **Journal of American Association**, v. 267, n. 17, p. 2333-2339, 1992.

HUXLEY, R.; MENDIS, S.; ZHELEZNYAKOV, E.; REDDY, S.; CHAN, J. Body mass index, waist circumference and waist:hip ratio as predictors of cardiovascular risk - a review of the literature. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 64, p. 16–22, 2010.

IBRAHIM, A.K.; KELLY, S.J.; ADAMS, C.E.; GLAZEBROOK, C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of Psychiatric Research**, v. 47, n. 3, p. 391-400, 2013.

INAMM, S.N.B. Prevalence of Overweight and Obesity among Students of a Medical College in Saudi Arabia. **Jlumhs**, v. 1, p. 41-43, 2008.

JADOON, N.A.; YAQOUB, R.; RAZA, A.; SHEHZAD, M.A.; CHOUDHRY, Z.S. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. **Journal of Pakistan Medical Association**, v. 60, n. 8, p. 699-702, 2010.

JOHNS, M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. **Sleep**, v. 14, n. 6, p. 540-545, 1991.

KANG, E.K.; LIHM, H.S.; HONG, E.H. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. **Korean Journal of Family Medicine**, v. 34, n. 1, p. 36-42, 2013.

KAPLAN, M.S.; NEWSOM, J.T.; MCFARLAND, B.H.; LU, L. Demographic and Psychosocial Correlates of Physical Activity in Late Life. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 21, n. 4, p. 306-312, 2001.

KARAOGLU, N.; ŞEKER, M. Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career. **West Indian Medical Journal**, v. 59, n. 2, p. 196-202, 2010.

KASI, P. M.; KASSI, M.; KHAWAR, T. Excessive work hours of physicians in training: maladaptive coping strategies. **PLOS Medicine**, v. 4, n. 9, p. 1551-1552, Sep. 2007

KERR-CORRÊA, F.; ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.G.; BOCCUTO, N.M.L.F. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n.2, p. 95-100, 1999.

KHORVASH, F.; ASKARI, G.; VESAL, S.; MEHRBOD, N.; GHASEMI, H.; FATEHIZADE, M.; GHASEMI, G.; IRAJ, B.; EBNE SHAHIDI, A. Investigating the anxiety level in Iranian medical residents in 2010-2011. **International Journal of Preventive Medicine**, v. 4, n. 2 (suppl.), p. S318-S322, 2013.

KIM, Y.S.; PARK, Y.S.; ALLEGRANTE, J.P.; MARKS, R.; OK, H.; CHO, K.O.; GARBER C.E. Relationship between physical activity and general mental health. **Preventive Medicine**, v. 55, p. 458–463, 2012.

KNUTH, A.G.; MALTA, D.C.; DUMITH, S.C.; PEREIRA, C.A.; MORAIS NETO, O.L.; TEMPORÃO, J.G.; PENNA, G.; HALLAL, P.C. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3697-3705, 2011.

KRYSTAL, A.D.; EDINGER, J.D. Measuring sleep quality. **Sleep Medicine**, v. 9, n. 1 (suplemento), p. 10-17, 2008.

LEMMA, S.; GELAYE, B.; BERHANE, Y.; WORKU, A.; WILLIAMS, M.A. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 12, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/237>>. Acesso em: 31 maio 2014

LEMOLA, S.; LEDERMANN, T.; FRIEDMAN, E.M. Variability of sleep duration is related to subjective sleep quality and subjective well-being: an actigraphy study. **PLOS ONE**, v. 8, n. 8, 2013. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0071292>>. Acesso em: 31 maio 2014.

LESSA, S.S.; MONTENEGRO, A.C. Avaliação da prevalência de sobrepeso, do perfil nutricional e do nível de atividade física nos estudantes de medicina da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas — UnCISAL. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 6, n. 3, p. 90-93, 2008.

LIMA, P. F.; MEDEIROS, A.L.D.; ROLIM, S.A.M.; DIAS JÚNIOR, S.A.; ALMONDES, K.M.; ARAÚJO, J.F. Changes in sleep habits of medical students according to class starting time: a longitudinal study. **Sleep Science**, v. 2, n. 2, p. 92-95, 2009.

LLOYD, C.; GARTRELL, N.K. Psychiatric symptoms in medical students. **Comprehensive Psychiatry**, v.25, n. 6, p. 552-565, 1984.

LÓPEZ-FRÍAS, M.; FERNÁNDEZ, M.F.; PLANELLS, E.; MIRANDA, M.T.; MATAIX, J.; LLOPIS, J. Alcohol consumption and academic performance in a population of spanish high school students. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 63, n.6, p.741-744, 2001.

LUCERO, C.; BUONANOTTEB, C.F.; PERROTEC, F.M.; CONCARIC, I.A.; QUEVEDOD, P.; PASSAGLIAD, G.; MAUCHD, P. Transtornos del sueño-vigilia em alumnos de 5.º año de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y su impacto sobre el rendimiento académico. **Neurología Argentina**, v.6, n.4, p. 184-192, 2014.

MACEDO, P.N.A.G.; NARDOTTO, L.L.; DIECKMANN, L.H.J.; FERREIRA, Y.D.; MACEDO, B.A.G.; SANTOS, M.A.P.; MARCO, M.A. Factors associated with depressive symptoms in a sample of Brazilian medical students. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 595-604, 2009.

MADDAH, M.; ESHRAGHIAN, M.R.; DJAZAYERY, A.; MIRDAMADI, R. Association of body mass index with educational level in Iranian men and women. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 57, p. 819–823, 2003.

MADDAH, M. Obesity and dyslipidemia among young general physicians in Iran. **International Journal of Cardiology**, v. 118, p. 111-112, 2007.

MAGLIARI, R.T.; PAGLIUSI, A.L.; PREVIERO, B.M.; MENEZES, F.R.; FELDMAN, A.; NOVO, N.F. Prevalência de tabagismo em estudantes de faculdade de medicina. **Revista Médica** (São Paulo), v. 87, n. 4, p. 264-271, 2008.

MANCEVSKA, S.; PLUNCEVIC-GLIGOROSKA, J.; DEJANOVA, B.; PETROVSKA, S.; BOZINOVSKA, L. Attention and learning in medical students with high anxiety. **Neuroscience Letters**, v. 500, n. 1 (suplemento), e-46-e47, 2011.

MANGUS, R.S.; HAWKINS, C.E.; MILLER, M.J. Tobacco and alcohol use among 1996 medical school graduates. **Journal of the American Medical Association**, v. 280 n. 13, p. 1192-1195, 1998.

MARAFANTI, I.; D'ELIA, G.; PINHEIRO, M.C.P.; CORDEIRO, Q.; ALVES, T.C.T.F. Influência de sintomas ansiosos no desempenho acadêmico de formandos de medicina. **Arquivos Médico-Hospitalares da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 58, n. 1, p. 18-23, 2013.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T.H.M.; SCHMITZ, B.A.S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 1, p. 39-47, 2008.

MARAFANTI, I.; D'ELIA, G.; PINHEIRO M.C.P.; CORDEIRO, Q.; ALVES, T.C.T.F. Influência de sintomas ansiosos no desempenho acadêmico de formandos de medicina. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 58, n. 1, p. 18-23, 2013.

MARTINS, L.A.N. **Residência médica: estresse e crescimento**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MASCENA, G.V.; CAVALCANTE, M.S.B.; MARCELINO, G.B.; HOLANDA, S.A.; BRANDT C.T. Fatores de risco cardiovascular em estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 3, p. 322-328, 2012.

MASTIN, D.F.; BRYSON, J.; CORWYN, R. Assessment of Sleep Hygiene Using the Sleep Hygiene Index. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 29, n. 3, p. 223-227, 2006.

MCAULIFFE, W.E.; ROHMAN, M.; SANTANGELO, S.; FELDMAN, B.; MAGNUSON, E.; SOBOL, A.; WEISSMAN, J. Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students. **New England Journal of Medicine**, v. 315, n. 13, p. 805-810, 1986.

MCAUHIFFE, W.E.; ROHMAN, M.; BREER, P.; WYSHAK, G.; SANTANGELO, S.; MAGNUSON, E. Alcohol Use and Abuse in Random Samples of Physicians and Medical Students. **American Journal of Public Health**, v. 81, n. 2, p. 177-182, 1991.

MEHANNA Z.; RICHA, S. Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les étudiants en médecine. **L'Encéphale**, v. 32, n. 6, p. 976-982, 2006.

MELLO, M.T.; LEMOS V.A.; ANTUNES H.K.M.; BITTENCOURT, L.; SILVA, R.S.; TUFIK, S. Relationship between physical activity and depression and anxiety symptoms: a population study. **Journal of Affective Disorders**, v. 149, p. 241-246, 2013.

MÉNDEZ, E. B. **Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.** 2009. 121f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

MENEZES, A.; PALMA, E.; HOLTHAUSEN, R.; OLIVEIRA, R.; OLIVEIRA, P.S.; DEVENS, E.; STEINHAUS, L.; HORTA, B.; VICTORA, C.G. Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2; p. 165-169, 2001.

MENEZES, A.M.B.; HALLAL, P.C.; SILVA, F.; SOUZA, M.; PAIVA, L.; D'ÁVILA, A.; WEBER, B.; VAZ, V.; MARQUES, F.; HORTA, B.L. Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 3, p. 223-228, 2004.

MICHEL, J.L.M.; OLIVEIRA, R.A.B.; NUNES, M.P.T. Residência Médica no Brasil. **Cadernos da ABEM**, v.7, 2011, p. 7-12.

MIGUEL, E.C.; GENTIL V.; GATTAZ, W.F. (Ed.). **Clínica Psiquiátrica**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2011. p. 994-1014.

MIHALOPOULOS, N.L.; BERENSON, G.S. Cardiovascular risk factors among internal medicine residents. **Preventive Cardiology**, v. 11, n. 2, p. 76-81, 2008.

MILLER, M.N.; MCGOWEN, K. R. The painful truth: physicians are not invincible. **Southern Medical Journal**, v. 93, n. 10, 2000. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/410643_2>. Acesso em: 31 maio 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Residência Médica. [2014?]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&>. Acesso em: 12 mar. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Prevalência de excesso de peso em adultos. [2014?]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/g07_08.htm>. Acesso em: 9 ago. 2014.

MOCHCOVICH, M.D. Epidemiologia. In: NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G. **Transtorno de Ansiedade Social: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 23-37.

MONTAGNERO, A.V.; LOPES, E.J.; GALERA, C. Relação entre traços de ansiedade e atenção através de Tarefas de Stroop. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva-Comportamental**, v. 10, n. 2, p.157-169, 2008.

MONTGOMERY, A.J.; BRADLEY, C.; ROCHFORD, A.; PANAGOPOULOU, E. A review of self-medication in physicians and medical students. **Occupational medicine**, v. 61, n. 7, p. 490-497, 2011.

MORAIS, C.A.; AMPARO, D.M.; FUKUDA, C.C.; BRASIL, K.T. Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros. **Estudos de psicologia**, v. 17, n. 3, p. 369-379, 2012.

MOTA, M.C.; DE-SOUZA, D.A.; MELLO, M.T.; TUFIK, F.; CRISPIM, C.A. Estilo de Vida e Formação Médica: Impacto sobre o Perfil Nutricional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 358-368, 2012.

MOYLAN, S.; EYR, H.A.; MAES, M.; BAUNE, B.T.; JACKA, F.N.; BERK, M. Exercising the worry away: How inflammation, oxidative and nitrogen stress mediates the beneficial effect of physical activity on anxiety disorder symptoms and behaviours. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 37, p. 573-584, 2013.

NEWBURY-BIRCH, D.; WHITE, M.; KAMALI, F. Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. **Drug and Alcohol Dependence**, vol. 59, p. 125-130, 2000.

NOJOMI M.; BANDI F.G.; KAFFASHI, S. Sleep pattern in medical students and residents. **Archives of Iranian Medicine**, v. 12, n. 6, p. 542-549, 2009.

O'BRIEN, C.P. Benzodiazepine use, abuse and dependence. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 66, n. 2 (suplemento), p. 28-33, 2005.

OLMEDILLA, A.; ORTEGA, E.; CANDEL, N. Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. **Apunts: Medicina de l'Esport**, v. 45, n. 167, p. 175-180, 2010.

OSÓRIO, F.L.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 25-29, 2009.

PAPP, K. K.; STOLLER, E.P.; SAGE, P.; AIKENS, J.E.; OWENS, J.; AVIDAN, A.; PHILLIPS, B.; ROSEN, R.; STROHL, K.P. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed method study. **Academic Medicine**, v. 79, n. 5, p. 394-406, 2004.

PAIXÃO, L.A.; DIAS, R.M.R.; PRADO, W.L. Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do Recife/PE. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 3, p. 145-150, 2010.

RAMSAWH, H.J.; STEIN, M.B.; BELIK, S.L.; JACOBI F.; SAREEN J. Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. **Journal of Psychiatric Research**, v. 43, n. 10, p. 926-933, 2009.

RÉGIS FILHO, G. I. Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. **Revista Produção**, v. 11, n. 2, p.69-87, 2001.

RENEHAN, A.G.; TYSON, M.; EGGER, M.; HELLER, R.F.; ZWAHLEN, M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. **The Lancet**, v. 371, n. 9612, 2008, p. 568-578.

REZENDE, C.H.A.; ABRÃO, C.B.; COELHO, E.P.; PASSOS, L.B.S. Prevalência de Sintomas Depressivos entre Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.3, p. 315-323, 2008.

RICHMOND, R.L.; KEHOE, L. Smoking behaviour and attitudes among Australian medical students. **Medical Education**, v. 31, n. 3, p. 169-176, 1997.

ROCHA, M.C.P.; MARTINO, M.M.F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

ROCHA, L.A.; LOPES, A.C.F.M.M.; MARTELLI, D.R.B.; LIMA, V.B.; MARTELLI-JÚNIOR H. Consumo de álcool entre estudantes de Faculdades de Medicina de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 369-375, 2011.

ROGERS, L.Q.; GUTIN, B.; HUMPHRIES, M.C.; LEMMON, C.R.; WALLER, J.L.; BARANOWSKI, T.; SAUNDERS R. Evaluation of Internal Medicine Residents as Exercise Role Models and Associations With Self-Reported Counseling Behavior, Confidence, and Perceived Success. **Teaching and Learning in Medicine: An International Journal**, v. 18, n. 3, p. 215-221, 2010.

ROH, M.S.; JEON, H.J.; KIM, H.; HAN, S.K.; HAHM, B.J. The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. **Academic Medicine**, v. 85, n.8, p. 1384-1390, 2010.

- ROSSELLI, D.; REY, O.; CALDERON, C.; RODRIGUEZ, M.N. Smoking in Colombian Medical Schools: The Hidden Curriculum. **Preventive Medicine**, v. 33, n. 3, p. 170-174, 2001.
- ROTH, T. Insomnia: definition, prevalence, etiology and consequences. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 3, n.5 (suplemento), p. 7-10, 2007.
- RUIZ, M.E. Risks of self-medication practices. **Current Drug Safety**, v. 5, n. 4, p. 315-323, 2010.
- SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de Psiquiatria**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 807-833.
- SALINA, M.; NG, C.G.; GILL, J.S.; CHIN, J.M.; CHIN, C.J.; YAP, W.F.; SUMAIYAH, M.N. Social anxiety problem among medical students in Universiti Malaya Medical Center (UMMC) – a cross-sectional study. **Malaysian Journal of Psychiatry**, v. 17, n. 2, p. 17-22, 2008.
- SANFORD, S.D.; BRUSH A.J.; STONE, K.C.; LICHSTEIN K.L.; AGUILLARD N. Psychometric evaluation of the Beck Anxiety Inventory: a sample with sleep-disordered breathing. **Behavioral Sleep Medicine**, v. 6, n. 3, p.193-205, 2008.
- SAROKHANI, D.; DELPISHEH, A.; VEISANI, Y.; SAROKHANI, M.T.; MANESH, R.E.; SAYEHMIRI, K. Prevalence of Depression among University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. **Depression Research and Treatment**, v. 2013, 2013. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/drt/2013/373857>>. Acesso em: 15/08/14.
- SATEIA, M.J.; DOGHRAMJI, K.; HAURI, P.J.; MORIN, C.M. Evaluation of chronic insomnia. **Sleep**, v. 23, n. 2, 2000, p. 243-308.
- SCHWENK, T.L.; DAVIS, L.; WIMSATT, L.A. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. **Journal of the American Medical Association**, v. 304, n. 11, p. 1181-1190, 2010.
- SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; Hoffmann, J.F.; MOURA, L.; MALTA, D.C.; CARVALHO, R.M.S.V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2 (suplemento), p. 74-82, 2009.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, G.C.C.; KOCH, H.A.; SOUSA, E.G.; GASPARETTO, E.; BUYS, R.C. Ansiedade e Depressão em Residentes em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 1999-206, 2010.

SILVA JUNIOR, C.T.; BRAGA, M.U.; VIEIRA, H.V.; BASTOS, L.D.P.; TEBALDI, B.F.; RONCHETTI, R.M.; BEHSIN, R.F.; CARDOSO, G.P. Prevalência de tabagismo entre estudantes de graduação em medicina da Universidade Federal Fluminense. **Pulmão RJ**, v. 15, n. 1, p. 11-15, 2006.

SILVERMAN, M. Physicians and suicide. In: GOLDMAN, L.S.; MYERS, M.; DICKSTEIN, L.J. (Ed.). **The handbook of physician health: essential guide to understanding the health care needs of physicians**. Chicago, IL: American Medical Association, 2000. p. 95-117.

SIMÕES, M.R.L.; MARQUES, F.C.; ROCHA, A.M. O trabalho em turnos alternados e seus efeitos no cotidiano do trabalhador no beneficiamento de grãos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1070-1075, 2010.

SINGLETON, R.A. Collegiate alcohol consumption and academic performance. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 68, n. 4, p. 548-555, 2007.

SINGLETON; R.A.; WOLFSON, A.R. Alcohol Consumption, Sleep, and Academic Performance Among College Students. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, v. 70, n. 3, p. 355-363, 2009.

SMITH, D.R.; LEGGAT, P.A. An international review of tobacco smoking among medical students. **Journal of Postgraduate Medicine**, v. 53, n. 1, p. 55-62, 2007.

STANFORD, F.C.; DURKIN, M.W.; STALLWORTH, J.R.; BLAIR, S.N. Comparison of physical activity levels in physicians and medical students with the general adult population of the United States. **Physician and Sportsmedicine**, v. 41, n. 4, p. 86-92, 2013.

STATHOPOULOU, G.; POWERS, M.B.; BERRY, A.C.; SMITS, J.A.J.; OTTO, M.W. Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 13, n. 2, p. 179-193, 2006.

STEIN, M.B; KROFT C.D.L.; WALKER J.R. Sleep impairment in patients with social phobia. **Journal of Psychiatric Research**, v. 49, n. 3, p. 251-256, 1993.

STEINBROOK, R. The debate over residents' work hours. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 16, p. 1296-1302, 2002.

STERNFELD, B.; AINSWORTH, B.E; QUESENBERRY, C.P. Physical Activity Patterns in a Diverse Population of Women. **Preventive Medicine**, v. 28, n. 3, p. 313-323, 1999.

STOLLER, P.E.; PAPP, K.K.; AIKENS, J.E.; EROKWU, B.; STROHL, K.P. Strategies resident physicians use to manage sleep loss and fatigue. **Medical Education**, v. 10, n. 9, p. 1-7, 2005.

STRAHAN, E.Y. The effects of social anxiety and social skills on academic performance. **Personality and Individual Differences**, v. 34, n. 2, p. 347-366, 2003.

STRAHAN, E.Y; CONGER, A.J. Social Anxiety and Its Effects on Performance and Perception. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 12, n. 4, p. 293-305, 1998.

TAKEUCHI, Y.; MORITA, E.; NAITO, M.; HAMAJIMA, N. Smoking rates and attitudes to smoking among medical students: a 2009 survey at the Nagoya University School of Medicine. **Nagoya Journal of Medical Science**, v. 72, p. 151-159, 2010.

TAVARES, N.O. **Memória, ciclo de sono-vigília "época de avaliações" em estudantes universitários**. 2008. 130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2008.

TAVARES, A.L.B. **Demanda e percepções do sofrimento psíquico entre usuários da estratégia saúde da família**. 2012. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza 2012.

TOPHAM, P.; RUSSELL, G. Social anxiety in higher education. **The Psychologist**, v. 25, n. 4. p. 280-282, 2012.

ULMER, C.; WOLMAN, D.M.; JOHNS, M.M.E. (Ed.). **Resident duty hours: enhancing sleep, supervision and safety**. Washington: National Academies Press, 2009. p. 34-36.

VARGAS, I. LOPEZ-DURAN, N. Dissecting the impact of sleep and stress on the cortisol awakening response in young adults. **Psychoneuroendocrinology**, v. 40 p. 10-16, 2014.

VELTI, M.; ALOUJA, A.; VASAR, V. Sleep quality and more common sleep-related problems in medical students. **Sleep Medicine**, v. 6, n. 3, p. 269–275, 2005.

VERMEIRE, E.; HEARNSHAW, H.; ROYEN P.V.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 26, p. 331-342, 2001.

WAGNER, G.A.; ANDRADE, A.G. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1 (suplemento), p. 48-54, 2008.

WARBURTON, D.E.R.; NICOL, C.W.; BREDIN, S.S.D. Health benefits of physical activity: the evidence. **Canadian Medical Association Journal**, v. 174, n. 6, p. 801-809, 2006.

WARNER, D.O.; BERGE, K.; SUN, H.; HARMAN, A.; HANSON, A.; SCHROEDER, D.R. Substance Use Disorder Among Anesthesiology Residents, 1975–2009. **Journal of the American Medical Association**, v. 310, n. 21, p. 2289-2296, 2013.

WEBB, E.; ASHTON, C.H.; KAMALI, K.F. Alcohol and drug use in UK university students. **The Lancet**, v. 348, p. 922-925, 1996.

WELCOME, M.O.; RAZVODOVSKYB, Y.E; PEREVERZEVAC, E.V.; PEREVERZEV, V.A. Cognitive functions and neuropsychological status of medical students with different attitudes to alcohol use: a study conducted at the Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus. **Physiology & Behavior**, v. 128, p. 108-113, 2014.

WEST, C.P.; TAN, A.D.; HABERMANN, T.M.; SLOAN, J.A.; SHANEFELT, T.D. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. **Journal of the American Medical Association**, v. 302, n. 12, p. 1294-1300, 2009.

WEST, C. P.; HUSCHKA, M.M.; NOVOTNY, P.J.; SLOAN, J.A.; KOLARS, J.C.; HABERMANN, T.M.; SHANAFELT, T.D. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. **The Journal of The American Medical Association**, v. 296, n. 9, p. 1071-1078, 2006.

WHITLOCK, G.; LEWINGTON, S.; SHERLIKER, P.; CLARKE, R.; EMBERSON, J.; HALSEY, J.; QIZILBASH, N.; COLLINS, R.; PETO, R. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. **The Lancet**, v. 373, p. 1083-1096, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series no. 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

_____. WHO global strategy on diet, physical activity and health. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 25, n. 3, p. 292-302, 2004.

_____. **Integrating mental health into primary care**. Geneva: WHO/WONCA, 2008.

YUSOFF, M.S.B.; RAHIM, A.F.A.; BABA, A.A.; ISMAIL, S.B.; PA, M.N.M.; ESA R. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 6, n. 2, p. 128–133, 2013.

ZETTLER, E.W.; NUDELMANN, L.M.; CUNHA, D.P.; HILGERT, C.; MATTOS, M.D.; SCHOLL, M.; VERDE, F.V.; NADER, T.L. Prevalência do tabagismo entre estudantes de Medicina e fatores de risco associados. **Revista da AMRIGS**, 49, n. 1, p. 16-19, 2005.

ZOLNIEREK, K.B.H.; DIMATTEO, M.R. physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. **Medical Care**, v. 47, n. 8, p. 826-834, 2009.

ZUARDI, A.W.; PROTA, F.G.; DEL-BEM, C.M. Redução da ansiedade de estudantes de medicina após reforma curricular. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 30, n. 2, p. 136-138, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Carta de Informação ao Sujeito da Pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, em uma pesquisa. Caso aceite, assine o documento em duas vias: uma é sua; e a outra, do pesquisador responsável.

- **Pesquisa:** Padrão e qualidade do sono dos médicos residentes do Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza/ CE.
- **Pesquisador Responsável:** Matias Carvalho Aguiar Melo.
- **Orientador:** Elizabeth de Francesco Daher.

Esta pesquisa busca avaliar o padrão do sono nos médicos residentes e possíveis repercussões. Para isso, precisamos que você responda um questionário, com informações pessoais e clínicas. Esclareço que:

- Os dados coletados serão mantidos em sigilo; e o anonimato estará preservado.
- Os dados serão utilizados somente para os objetivos da pesquisa.
- Sua participação neste projeto é voluntária. Você tem a liberdade de recusar a participar ou desistir a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo.
- O risco para as pessoas envolvidas é considerado mínimo.

Em caso de dúvida, você pode contactar o pesquisador responsável - telefone: (85)9631-0299 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - telefone: (85)3366-8569, que aprovou a realização do estudo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
RG: _____, concordo em participar do estudo “Padrão e qualidade do sono dos médicos residentes”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

Dados Pessoais

Nome		
Gênero	Idade	
Naturalidade (Cidade/ Estado)		
Estado Civil		
Filhos		
(1) Sim. Quantos? _____.		
(2) Não		
Mora com quem?		
(1) Sozinho		
(2) Pais		
(3) Tios, Irmãos e Avós (sem os pais)		
(4) Amigos		
(5) Esposo(a) ou Companheiro(a)		
Lazer		
Quantas atividades de lazer distintas você costuma realizar ao longo de uma semana?		
Você JOGA no computador ou celular?		
(1) Sim (2) Não		
Quantas horas por dia?		
Você joga até que horas?		
Você usa WhatsApp, Facebook e outras redes sociais?		
(1) Sim (2) Não		
Quantas horas por dia?		
Você usa até que horas?		
Atividades Físicas		
Quantas vezes por semana você pratica atividade física?		
Qual o tipo de atividade física que você costuma praticar com mais frequência?		
Parâmetros Físicos		
Peso	Altura	IMC

Residência Médica

Hospital ou Instituição de vínculo			
Especialidade da Residência em Curso			
Ano da Residência em Curso			
(1) Primeiro (2) Segundo (3) Terceiro (4) Não se aplica (Único Ano)			
Há quanto tempo você se formou médico?			
Há quanto tempo você usufruiu 15 dias ou mais de férias INTEGRALMENTE (sem trabalhar em qualquer lugar) pela última vez?			
Você costuma trabalhar fora da Residência?			
(1) Sim (2) Não			
Quantos plantões de 12h você costuma dar pela Residência Médica em uma semana?			
Quantos plantões de 12h você costuma dar fora da Residência Médica em uma semana?			
Desempenho na Residência Médica			
Quesitos	Insatisfatório	Satisfatório	Altamente Satisfatório
Assiduidade (Presença).	(1)	(2)	(3)
Pontualidade.	(1)	(2)	(3)
Conhecimento teórico.	(1)	(2)	(3)
Conhecimento prático.	(1)	(2)	(3)
Capacidade de manter atenção.	(1)	(2)	(3)
Relação com pacientes.	(1)	(2)	(3)
Relação com colegas de trabalho.	(1)	(2)	(3)
Relação com superiores.	(1)	(2)	(3)
Desempenho geral.	(1)	(2)	(3)

Sono

Problemas de Sono e Medicções		
Responda SIM ou NÃO aos itens abaixo	Sim	Não
1. Você já consultou um médico por causa do sono?	(1)	(2)
2. Você já usou alguma vez medicação para dormir?	(1)	(2)
3. Você costuma usar hoje medicação para dormir?	(1)	(2)
4. Você já usou alguma vez medicação para se manter acordado?	(1)	(2)
5. Você costuma usar hoje medicação para se manter acordado?	(1)	(2)
Se SIM a um dos itens acima (2 a 5), responda:	Sim	Não
6. Esse(s) remédio(s) foi(é) adquirido após consulta médica?	(1)	(2)
7. Que medicação(ões) você usa hoje?		
8. Há tempo tempo você usa medicação para dormir?		
9. Há tempo tempo você usa medicação para ficar acordado?		
Hábitos do Sono		
Marque a frequência com que cada evento ocorreu com você no ÚLTIMO MÊS.		
Afirmações	Raro ou Ocasional	Frequente
a. Dormir e acordar nos mesmos horários.	(1)	(2)
b. Estudar ou assistir TV deitado no quarto.	(1)	(2)
c. Usar TV, computador e redes sociais antes de dormir.	(1)	(2)
d. Praticar atividades físicas no período da noite.	(1)	(2)
e. Comer muito no período da noite.	(1)	(2)
f. Beber cola, guaraná ou café à noite.	(1)	(2)
g. Ficar deitado, após muito tempo sem dormir.	(1)	(2)

Condições Clínicas

Condições Clínicas		
Você sabidamente tem...	Sim	Não
a. Hipertensão	(1)	(2)
b. Diabetes	(1)	(2)
c. Hipercolesterolemia ou Hipertrigliceridemia	(1)	(2)
d. Outros problemas. Quais?	(1)	(2)

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PADRÃO E QUALIDADE DO SONO DOS MÉDICOS RESIDENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA/CE

Pesquisador: Matias Carvalho Aguiar Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22812413.4.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 441.913

Data da Relatoria: 30/10/2013

Apresentação do Projeto:

Tratar-se-á de um estudo transversal de abordagem quantitativa, que se realizará ao longo do ano de 2014, com base em questionários e escalas auto-aplicáveis a serem preenchidos pelos próprios médicos residentes matriculados em programas de Residência Médica do complexo Hospitalar Universitário Walter Cantídio (HUWC)/ Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), estimada em 255 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o padrão e a qualidade do sono dos médicos residentes do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) ao longo do período de Residência Médica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera-se risco insignificante referente apenas à exposição dos sintomas que o participante apresente e tenha que relatar. O benefício traduz-se no conhecimento das ocorrências de distúrbios do sono que se apresentem no estudo e a partir do conhecimento, a busca de ações preventivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa mostra-se relevante uma vez que se propõe a conhecer as dificuldades enfrentadas

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** meloventura@uol.com.br

**MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC**

Continuação do Parecer: 441.913

pelos residentes diante do acúmulo de tarefas ao longo da residência que podem interferir na qualidade do sono e conseqüentemente no resultado final da aprendizagem, partindo-se da premissa de que os médicos residentes apresentem um padrão de sono de baixa qualidade, repercutindo com sonolência diurna e menor rendimento na Residência Médica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Contemplados conforme normas de pesquisa em seres humanos.

Recomendações:

Substituir ou acrescentar o telefone do CEP da MEAC no TCLE - 33668569. Consta outro telefone.

Solicitar a assinatura do responsável no termo de condução da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações feitas não impedem a aprovação do projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado


FORTALEZA, 31 de Outubro de 2013

Assinador por:

**Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)**

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: meloventura@uol.com.br

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>										
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
Elaborado pela Instituição Coparticipante										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
<p>Título da Pesquisa: PADRÃO E QUALIDADE DO SONO DOS MÉDICOS RESIDENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, FORTALEZA/CE</p> <p>Pesquisador: Matias Carvalho Aguiar Melo</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 1</p> <p>CAAE: 22812413.4.0000.5050</p> <p>Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>										
DADOS DO PARECER										
<p>Número do Parecer: 471.830</p> <p>Data da Relatoria: 18/11/2013</p>										
<p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Trata-se de um projeto de pesquisa do tipo descritivo, transversal, com seres humanos, para avaliar a qualidade do sono dos médicos residentes do hospital universitário Walter Cantídio. Desde a Antiguidade, o sono e os sonhos despertam o interesse da humanidade figuraram como temas importantes em mitos, histórias infantis, poesias, obras literárias e de arte^{1,2}. Para alguns, o sono e os sonhos são muito valorizados por revelações de acontecimentos futuros^{3,4}. Na Bíblia, José, filho de Jacó, era dotado do dom de interpretar o significado dos sonhos, o que lhe rendeu a liberdade da prisão e um alto cargo no governo⁵. Dentre os indígenas, os pajés tinham a capacidade de compreender o conteúdo ocultos dos sonhos que lhes era revelado pelas divindades através de rituais de danças e cantos. Segundo a mitologia grega, Hipnos, a personificação do sono, era filho da Nix (noite) e irmão gêmeo de Tanatos, o símbolo da morte. Essa associação do sono com a morte é compartilhada por autores da Idade Antiga, como Homero (em Ilíada) e Esiodo (em Teogonia)^{7,8}. E ganhou destaque em alguns momentos da História, em movimentos literários e artísticos, como a segunda fase do Romantismo e o Simbolismo. Para Shakespeare, o sono é o prenúncio da morte. Até mesmo em histórias infantis, como A Branca de Neve, o sono prolongado da protagonista aproxima-se à ideia da morte e o despertar à realidade se dá após o beijo do príncipe encantado. Apontar definições para o sono é uma tarefa complexa, tanto do ponto de</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290</td> <td style="padding: 2px;">CEP: 60.430-370</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Bairro: Rodolfo Teófilo</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">UF: CE</td> <td style="padding: 2px;">Município: FORTALEZA</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Telefone: (853)366-8613</td> <td style="padding: 2px;">Fax: (853)281-4961</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290	CEP: 60.430-370	Bairro: Rodolfo Teófilo		UF: CE	Município: FORTALEZA	Telefone: (853)366-8613	Fax: (853)281-4961	E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br	
Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290	CEP: 60.430-370									
Bairro: Rodolfo Teófilo										
UF: CE	Município: FORTALEZA									
Telefone: (853)366-8613	Fax: (853)281-4961									
E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br										
<small>Página 01 de 03</small>										

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 471.830

vista fisiológico como comportamental. O fenômeno do sono passou a ser estudado mais intensamente depois da invenção do eletroencefalograma (EEG) e da constatação de ondas cerebrais, mesmo durante o sono. Assim, o sono passou a ser compreendido não mais como um período de repouso e inatividade plena, mas como um estado fisiológico peculiar. O sono é regulado por um ciclo circadiano controlado pelo núcleo supraquiasmático do hipotálamo através da liberação de melatonina, fenômeno influenciado pela luminosidade e atividade física. Esse processo pode ser modificado com o objetivo de garantir a homeostase, de acordo com os padrões de sono anteriores (qualidade e duração). Assim, indivíduos que não conciliaram bem o sono na noite anterior tendem a apresentar sonolência no dia seguinte como forma de compensação.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar o padrão e a qualidade do sono dos médicos residentes do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), identificando a relação com seu desempenho acadêmico.

Objetivos Específicos: 1. Identificar problemas de sono, a respectiva sintomatologia diurna associada e a prática de hábitos noturnos inadequados. 2. Discriminar a forma de uso de medicações sedativas nesses pacientes. 3. Verificar associação entre dificuldades do sono com desempenho dos médicos residentes. 4. Analisar variações no padrão do sono de acordo com dados socioeconômicos, especialidade e tempo de residência médica. 5. Estabelecer relações entre a qualidade do sono e sintomas ansiosos, uso de substâncias e prática de atividades físicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são decorrentes da quebra do sigilo das informações quando da aplicação e uso dos questionários de avaliação do sono. Os benefícios estão relacionados com a possibilidade de detectar distúrbios do sono em médicos residentes sob efeito de carga de trabalho .

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui relevância na medida em que possibilita diagnosticar distúrbios do sono em médicos residentes submetidos à carga de trabalho excessiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto adequadamente preenchida
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Parecer do CEP pela aprovação do estudo

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290
Bairro: RodolfoTeófilo CEP: 60.430-370
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (853)366.-8613 Fax: (853)281.-4961 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO/
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 471.830

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto possui condições de ser implementado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá apresentar relatório a este CEP/HUWC após término do estudo.

FORTALEZA, 28 de Novembro de 2013

Maria de Fatima de Souza

Assinador por:

Maria de Fatima de Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290
Bairro: RodolfoTeófilo CEP: 60.430-370
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (853)366.-8613 Fax: (853)281.-4961 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br