



Revista Latino-Americana de Enfermagem
ISSN: 0104-1169
rlae@eerp.usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Pimentel Franco, Gianfábio; Botura Leite de Barros, Alba Lucia; Nogueira-Martins, Luiz Antonio
Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 2, marzo-abril, 2005, pp. 139-144
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421843002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Artigo Original

QUALIDADE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM RESIDENTES DE ENFERMAGEM¹

Gianfábio Pimentel Franco²

Alba Lucia Botura Leite de Barros³

Luiz Antonio Nogueira-Martins⁴

Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA. Qualidade vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2005 março-abril; 13(2):139-44.

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida e a prevalência de disforia/sintomas depressivos nos residentes de enfermagem de uma Escola Paulista de Medicina. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal com 68 residentes de enfermagem do primeiro e do segundo ano de residência de todas as áreas de especialidade, através da aplicação da versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey) e da versão brasileira do Inventário de Depressão de Beck (IDB). Os aspectos relacionados à qualidade de vida mostraram-se comprometidos no componente mental do SF-36: aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental. Houve prevalência de disforia/depressão em 27,9% dos residentes de enfermagem.

DESCRITORES: depressão; qualidade de vida; enfermagem

QUALITY OF LIFE AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN NURSING RESIDENTS

This study aimed to evaluate quality of life and prevalence of dysphoria/depressive symptoms in nursing residents at a medical school in São Paulo, Brazil. An exploratory, descriptive and cross-sectional study was carried out, involving 68 nursing residents from the first and second year of residency from all specialty areas, by applying the Brazilian version of the quality of life questionnaire SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey) and the Brazilian Version of the Beck Depression Inventory (BDI). Aspects related to quality of life were at risk in the mental component of SF-36: emotional aspects, vitality and mental health. Dysphoria/depression were found in 27.9% of the nursing residents.

DESCRIPTORS: depression; quality of life; nursing

CALIDAD DE VIDA Y SINTOMAS DEPRESIVOS EN RESIDENTES DE ENFERMERÍA

El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida y la prevalencia de disforia/síntomas depresivos en los residentes de enfermería de una escuela de Medicina en São Paulo, Brasil. Este es un estudio exploratorio, descriptivo y transversal con 68 Residentes de Enfermería del primer y segundo año de residencia de todas las áreas de especialidad, por medio de la aplicación de la versión brasileña del instrumento de calidad de vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey) y de la versión brasileña del Inventario de Depresión de Beck (IDB). Los aspectos relacionados a calidad de vida se mostraron comprometidos en el componente mental de la SF-36: aspectos emocionales, vitalidad y salud mental. Observamos prevalencia de disforia/depresión en el 27,9%.

DESCRIPTORES: depresión; calidad de vida; enfermería

¹ Trabalho extraído da dissertação de mestrado; ² Enfermeiro, Especialista em Enfermagem em Cardiologia, Mestre em Enfermagem, Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo, Professor Assistente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, e-mail: gianfabio@uniju.tche.br;

³ Enfermeira, Diretora de Enfermagem do Hospital São Paulo, Professor Associado; ⁴ Médico Psiquiatra, Professor Associado. Universidade Federal de São Paulo

INTRODUÇÃO

A residência em enfermagem caracteriza-se como treinamento em serviço e possibilita ao enfermeiro recém-graduado o crescimento profissional através do aperfeiçoamento de habilidades técnicas e obtenção do título de especialista na área de escolha. Esse programa segue o modelo da residência médica e, assim, aspectos concretizados no treinamento médico podem ser incorporados ao dia-a-dia do enfermeiro residente, como exemplo, podemos citar a natureza estressante do treinamento que, em geral, produz distúrbios físicos e emocionais, podendo interferir na qualidade de vida.

Neste artigo, realizaremos uma abordagem acerca da residência em enfermagem e quais as suas possíveis repercussões na qualidade de vida física e mental de seus sujeitos. Na literatura científica verificamos a existência de inúmeros trabalhos relacionados à qualidade de vida, estresse e depressão, mas, em contrapartida, existem poucos estudos e publicações abordando essa população.

REVISÃO DA LITERATURA

A residência em enfermagem é uma prática recente no Brasil⁽¹⁾. Esse tipo de qualificação eleva a qualidade da assistência no serviço de saúde e forma profissionais mais bem preparados para a prática profissional, com condições de atender os grandes centros do país, onde a tecnologia exige maior conhecimento e especialização. É caracterizada por sua dedicação exclusiva que põe o enfermeiro residente em contato direto com os pacientes, acompanhando sua evolução e cumprindo atividades teórico-práticas⁽²⁾. A residência em enfermagem é uma especialização com 80% das atividades voltadas à prática e 20% à teoria e possui rígido esquema de treinamento que pretende colocar enfermeiros melhor preparados no mercado de trabalho⁽²⁻⁵⁾.

A residência em enfermagem foi discutida no Brasil pela primeira vez na década de 70⁽⁶⁾. De acordo com a literatura, o primeiro programa de residência em enfermagem no Brasil foi o de pediatria, implantado em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo (SP), e tinha como objetivo capacitar melhor o profissional recém-formado através de atividades práticas e teóricas, desenvolvidas em nível hospitalar^(1,6-7). O segundo curso de especialização - Modalidade Residência - implantado no Brasil, foi na área de enfermagem médica-cirúrgica na Universidade Federal da Bahia, em 1973. No rumo da expansão dos programas de residência em enfermagem no Brasil, a Universidade Federal de Pernambuco, em 1974, a Universidade Federal Fluminense, em 1975, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, em 1976, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, em 1977, a Universidade do Estado do

Rio de Janeiro, em 1978, o Hospital Barros Barreto, no Pará, em 1977 e a Universidade Federal da Paraíba, em 1978, também implantaram seus programas⁽⁷⁾. No ano de 1993 o programa de residência em enfermagem foi instalado na Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein em São Paulo (SP), tendo encerrado suas atividades recentemente⁽⁸⁾. Em 1995, o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina criou o Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência -, que iniciou suas atividades objetivando habilitar enfermeiros nas mais diversas áreas de especialidade, colocando o residente em contato com a prática, através de intenso treinamento em serviço, contribuir para a implementação da sistematização do cuidado de enfermagem no Hospital São Paulo e melhorar a qualidade da assistência prestada na instituição⁽⁵⁾. O referido programa na Instituição possui carga horária extensa. São 60 horas semanais, incluído um plantão de 12 horas no final de semana, perfazendo o total de 5600 horas (1400 teóricas e 4200 práticas) divididas em dois anos. Durante o primeiro ano (R1), o residente de enfermagem atua em diversas unidades de assistência do hospital (unidade de terapia intensiva, emergência, dentre outras) e, no segundo ano (R2), aprofunda-se na especialidade que escolheu no momento da inscrição⁽⁵⁾. Existe a cada ano uma demanda maior de candidatos pelo programa de residência nessa Instituição, havendo aumento de mais de 100% no número de vagas oferecidas. Existe também grande aceitação desses profissionais no mercado de trabalho, tanto em hospitais como em escolas de enfermagem do país.

Pelas características quantitativas do trabalho dos residentes de enfermagem, percebeu-se, no dia-a-dia e nas conversas informais com os enfermeiros residentes, fatores que geravam sentimentos de desilusão, ansiedade, depressão, medo e sentimentos de incertezas que dificultavam a adaptação e a atuação profissional desses profissionais de saúde. Preocupados com o desgaste profissional do enfermeiro no ambiente de trabalho, inúmeros estudos foram realizados. Em um desses estudos⁽⁹⁾, pesquisaram-se os motivos que levaram os profissionais da saúde a procurarem apoio psicológico. Os resultados demonstraram que a natureza do trabalho realizado e a preocupação com a instituição geravam sentimentos de ansiedade nos trabalhadores. Em outra investigação⁽¹⁰⁾, verificou-se que a sobrecarga de trabalho, os problemas de relacionamento interpessoal aliados aos acontecimentos como morte, sofrimento e dor geravam desgaste e estresse nos indivíduos que prestavam assistência direta aos pacientes. O enfermeiro residente, durante o seu período de treinamento, é vulnerável a inúmeros desses fatores.

Num estudo realizado em uma instituição hospitalar do município de São Paulo (SP), com membros da equipe de enfermagem, verificaram-se manifestações físicas e emocionais de desgaste relacionadas ao ambiente de trabalho. Os pesquisadores, em geral,

observaram que as condições mais desgastantes enumeradas pelos enfermeiros foram o excesso de carga horária e problemas de relacionamento interpessoal⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Na literatura internacional percebemos que a sobrecarga de trabalho, as relações interpessoais, as situações constantes de dor e morte, a falta de autonomia e o excesso de autoridade dos supervisores no trabalho do enfermeiro são investigações que têm suscitado discussões⁽¹⁴⁾. A residência em enfermagem é uma experiência que carrega consigo um grande desgaste⁽¹⁵⁾. Existem aspectos preditores de desgaste relacionados às condições de trabalho durante o período de treinamento profissional. Alguns deles referem-se à insatisfação quanto à substituição de funcionários nos períodos de folgas, desvio de função, esgotamento físico e mental, falta de lazer e, principalmente, a conflituosa relação de falta de identidade profissional e desvio de funções⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A prevalência de sintomas de depressão entre os profissionais de enfermagem tem sido pouco relatada. Na literatura, existem trabalhos abordando aspectos como ansiedade, o estresse e a Síndrome de *Burnout* do enfermeiro nas mais diversas áreas de sua atuação. Diversos autores realizaram investigações utilizando essa temática, mas não com foco central no estudo da depressão^(12-13,18-22). Isso demonstra a necessidade da realização de novos estudos avaliando esse tipo de problemática direcionada à população de enfermagem. O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e a prevalência de disforia/depressão nos residentes de enfermagem do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Exploratório, descritivo e transversal.

Período do estudo

O estudo foi realizado no período de julho de 2001 no Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

População/amostra

A população/amostra foi composta por 68 residentes de enfermagem, sendo 37 residentes do primeiro ano (R1) e 31 residentes do segundo ano (R2) do Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência. Foram incluídos no estudo os residentes de enfermagem de ambos os sexos que aceitaram participar da pesquisa

e excluídos os enfermeiros não-residentes, enfermeiros ex-residentes. Todos os residentes de enfermagem aceitaram participar do estudo. Os residentes de enfermagem pertenciam às seguintes especialidades: Enfermagem em Centro Cirúrgico, Enfermagem em Cardiologia, Enfermagem em Pronto-Socorro, Enfermagem em Infectologia/Epidemiologia Hospitalar, Enfermagem em Geriatria/Gerontologia, Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem em Neurocirurgia, Enfermagem em Neonatologia, Enfermagem em Oncologia Adulto, Enfermagem em Pneumologia, Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto, Enfermagem em Pediatria Geral, Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica, Enfermagem em Oftalmologia e Enfermagem em Oncologia Pediátrica.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida e depressão foram o SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey), recentemente traduzido e validado para a língua portuguesa⁽²³⁾, e o Inventário de Depressão de Beck (IDB), também validado e traduzido para o Brasil⁽²⁴⁾. O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação do estado de saúde, de fácil administração e compreensão. Foi desenvolvido para ser utilizado em grupos de indivíduos, independente da faixa etária, patologia, tratamento, raça, sexo, etc. É multidimensional, formado por 36 itens, divididos em oito escalas ou domínios: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor física (DF), estado geral de saúde (GS), vitalidade (VT), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE) e saúde mental (SM), onde cada componente, ou domínio, é avaliado separadamente. Para avaliar seus resultados finais é dado um escore de zero (que equivale ao pior estado de saúde) a 100 (que equivale ao melhor estado de saúde). Ao final dá-se um valor numérico para cada domínio existente⁽²³⁾.

O aspecto relacionado à avaliação de sintomas depressivos dos sujeitos do estudo, foi verificado pelo Inventário de Depressão de Beck (IDB). Esse é um instrumento de auto-avaliação amplamente reconhecido em diversos países do mundo e avalia a prevalência e intensidade de depressão, podendo ser utilizado tanto em pacientes psiquiátricos como na população não-clínica, e tem valor preditivo de aproximadamente 90%⁽²⁴⁻²⁵⁾. Seu tempo de administração gira em torno de dez minutos. É classificado como uma escala de auto-avaliação de depressão. Compõem-se de 21 itens que avaliam atitudes e sintomas depressivos que refletem o estado atual do paciente: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta ou perda de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusação, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, isolamento ou retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Cada item engloba quatro

afirmativas (0, 1, 2 ou 3). Pode-se ter mais de uma resposta em cada questão, levando-se em consideração a alternativa de maior valor. Existem diferentes propostas de pontos de corte dependendo da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Em amostras não-diagnosticadas, como é o caso dos sujeitos deste estudo, pode-se considerar os pontos de corte ou propriedades psicométricas recomendados a seguir⁽²⁴⁾: <15 = normal ou depressão leve; 16-20 = disforia; >20 = depressão.

Coleta/análise dos dados

Todos os dados foram coletados pelo pesquisador. Para a realização da coleta dos dados, foram agendadas datas e horários diferentes para o R1 e R2. Todos os sujeitos foram informados dos propósitos da pesquisa e do caráter voluntário na participação da mesma. As eventuais dúvidas que surgiram durante o preenchimento dos instrumentos foram esclarecidas. O tempo médio de duração para o preenchimento dos instrumentos foi de 30 minutos. Após contato e agendamento prévio, os residentes (R1 e R2) foram reunidos em diferentes datas, numa sala de aula privativa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, e entregue para cada um deles os instrumentos que deveriam ser respondidos no local e devolvidos posteriormente ao pesquisador. Esse procedimento foi realizado em dois períodos: P1: os instrumentos foram aplicados num dia do mês de julho de 2001 a todos os Residentes de Enfermagem do primeiro ano (R1); P2: os instrumentos foram aplicados num outro dia do mês de julho de 2001 a todos os Residentes de Enfermagem do segundo ano (R2).

Os dados coletados foram inseridos num banco de dados (Microsoft Excel® 97), montado pelo pesquisador e analisado por um estatístico com ajuda do programa para computador Statistical Packages for The Social Sciences for Windows - versão 10.0.1. O nível de significância adotado foi de alfa $p<0,05$. Consideraram-se, ainda, níveis de significância limítrofes para valores compreendidos entre 0,05 e 0,10.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (Protocolo nº 535/01). Os participantes assinaram e receberam um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Portaria 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Associações entre as dimensões do SF-36, ano de residência (R1-R2) e especialidades foram analisadas.

Tabela 1 - Valores obtidos para cada componente do SF-36 nos 68 Residentes de Enfermagem dos primeiro e segundo anos (R1-R2)

| Dimensões do SF-36 | R1 Mediana | R2 Mediana |
|-----------------------|---------------|---------------|
| Capacidade funcional | 85,0 | 80,0 |
| Aspectos físicos | 50,0 | 50,0 |
| Dor | 51,0 | 51,0 |
| Estado geral de saúde | 62,0 | 55,0 |
| Vitalidade | 35,0 | 30,0 |
| Aspectos sociais | 50,0 | 50,0 |
| Aspectos emocionais | 33,0 | 33,0 |
| Saúde mental | 48,0 | 44,0 |

Conforme pode ser visto na tabela 1, as dimensões do SF-36 que se apresentaram mais comprometidas nos R1 e R2 foram os aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental. Nos dois grupos, o melhor índice foi encontrado na dimensão capacidade funcional. Para os outros componentes do SF-36 observamos igualdade de resultados.

Tabela 2 - Correlação entre os escores obtidos para cada componente do SF-36 e o ano de residência (R1 e R2) dos 68 Residentes de Enfermagem

| Dimensões do SF-36 | p* |
|-----------------------|-------|
| Capacidade funcional | 0,819 |
| Aspectos físicos | 0,509 |
| Dor | 0,675 |
| Estado geral de saúde | 0,371 |
| Vitalidade | 0,843 |
| Aspectos sociais | 0,970 |
| Aspectos emocionais | 0,953 |
| Saúde mental | 0,305 |

*p<0,05

Ao correlacionarmos os escores obtidos para cada componente do SF-36 e o ano de residência dos 68 residentes verificamos que não houve correlação estatisticamente significativa entre o ano de residência (R1 e R2) e os componentes do SF-36, pois todos os seus aspectos apresentaram-se com $p>0,05$. Um estudo⁽²⁶⁾ descreveu que para o R1 a rotatividade, a falta de suporte pessoal, a falta ou pouca experiência clínica na residência e alguns outros fatores como pacientes problemáticos podem promover prejuízos e os R2 assumem mais responsabilidades. Em geral, os efeitos sobre a qualidade de vida na saúde dessa população são prejudiciais e incidem cotidianamente sobre eles, mudando o seu desempenho e comportamento, tanto físico como mental.

Tabela 3 - Correlação entre os escores obtidos para cada componente do SF-36 e todas as especialidades dos 68 Residentes de Enfermagem (R1 e R2)

| Dimensões do SF-36 | p* |
|-----------------------|-------|
| Capacidade funcional | 0,537 |
| Aspectos físicos | 0,233 |
| Dor | 0,789 |
| Estado geral de saúde | 0,176 |
| Vitalidade | 0,716 |
| Aspectos sociais | 0,413 |
| Aspectos emocionais | 0,334 |
| Saúde mental | 0,926 |

*p<0,05

Não observamos correlação estatisticamente significativa entre as especialidades dos residentes (R1 e R2) e os componentes físicos e emocionais do SF-36. Existem descrições na literatura nacional e internacional^(19,21) que algumas especialidades como pronto-socorro, terapia intensiva e centro cirúrgico, por exemplo, são mais desgastantes e que implicam em diminuição da qualidade de vida. Alguns autores^(19,21) descrevem que essas unidades podem influenciar no desgaste do enfermeiro devido ao quadro de saúde do paciente e à complexidade do cuidado realizado.

Tabela 4 - Escores obtidos no Inventário de Depressão de Beck pelos 68 Residentes de Enfermagem (R1 e R2)

| Escores do Inventário de Depressão de Beck | N | % |
|--|----|-------|
| <15 (normal) | 49 | 72,1% |
| 16-20 (disforia) | 6 | 8,8% |
| >20 (depressão) | 13 | 19,1% |
| TOTAL | 68 | 100% |

Observamos nos dados acima que 72,1% dos residentes não apresentaram critérios para depressão; 8,8% apresentaram critérios para disforia e 19,1% apresentaram critérios compatíveis com depressão, considerando-se os pontos de corte estabelecidos pelo questionário. Esse índice é superior ao encontrado na população geral – em torno de 5 a 10%⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

O presente estudo não teve a pretensão de esgotar a temática. Acreditamos que muitos desdobramentos das evidências aqui encontradas poderão ser futuramente discutidos. A apresentação dos dados desta pesquisa no início de cada programa de Residência poderá repercutir favoravelmente na reconstrução do modelo existente. Os dados apresentados nesta investigação indicam que alguns aspectos

precisam ser levados em consideração, visto que alguns desses resultados não são exclusivos do programa de residência em enfermagem desta Instituição. Algumas queixas e sentimentos são consolidados em outros estudos e que essa população de residentes de enfermagem precisa ser mais estudada, ouvida e valorizada, pois a residência em enfermagem é, sem dúvida, excelente forma de qualificação profissional tendo em vista que a cada ano a procura pelo programa é cada vez maior. A melhoria das condições de trabalho nesse tipo de programa refletirá na assistência de enfermagem ao paciente e na qualidade de vida de seus sujeitos.

Assim, após analisarmos a qualidade de vida dos Residentes de Enfermagem do Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM, remetemos às seguintes conclusões: os aspectos relacionados à qualidade de vida mostraram-se comprometidos no componente mental do SF-36: aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental dos 68 Residentes. Não ocorreram diferenças significativas entre o grupo dos residentes do primeiro ano (R1) e do segundo ano (R2); não houve correlações estatisticamente significativas entre a diminuição da qualidade de vida e as áreas de especialidade dos Residentes; observamos que 72,1% dos Residentes não apresentaram prevalência de disforia/depressão e que em 27,9% esse critério ocorreu, índices esses semelhantes aos de outros trabalhos.

Os dados apresentados nesta investigação indicam que alguns aspectos precisam ser levados em consideração, visto que alguns desses resultados não são exclusivos do programa de residência em enfermagem desta Instituição. Algumas queixas e sentimentos são consolidados em outros estudos e que essa população de residentes de enfermagem precisa ser mais estudada, ouvida e valorizada, pois a residência em enfermagem é, sem dúvida, excelente forma de qualificação profissional tendo em vista que a cada ano a procura pelo programa é cada vez maior. A melhoria das condições de trabalho nesse tipo de programa refletirá na assistência de enfermagem ao paciente e na qualidade de vida de seus sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima DM, Porto MEA. Residência em enfermagem: subsídios para possíveis estudos. Enfermagem Novas Dimensões 1977; (3):294-8.
2. Sbaffi I, Moretto R. Programa de residência. Análise sob dois enfoques: previdenciário e rural. Rev Medicina do Estado do Rio de Janeiro 1975; (42):214-9.
3. Almeida MH, Oliveira C. Curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica sob a forma de residência: relato de experiência do 1º ano. Rev Bras Enfermagem 1975; (28):88-97.
4. Maria VLR, Lim TA. Residência de enfermagem em cardiologia. Cad FUNDAP 1985; (5):69-72.
5. Barros ALBL, Michel JLM. Curso de especialização em enfermagem – modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. Rev Latino-am Enfermagem 2000; (8):5-11.
6. Largura M, Vectirans AZ, Oliveira IC. Enfermeira residente: método de especialização. Rev Paul Hosp 1962; (10):24-6.
7. Lopes GT, Lima EX. O âmbito da Residência de Enfermagem. In: Lopes GT, organizadora. Residência de Enfermagem: um espaço de lutas e contradições. Rio de Janeiro (RJ): EPUB, 2000. p. xviii-xxix.
8. Schiavardi SN. Análise da implantação de um curso de especialização – modalidade residência em uma instituição de ensino superior privada. [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Mackenzie; 1997.
9. Bonato VL. Procura de atendimento psicoterapêutico pelo trabalhador da saúde. [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.
10. Pereira MER. O lazer como aspecto de alívio de tensão para a equipe de enfermagem em CTI. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1997.
11. Candeias NMF, Abujamra AMD, Lim TA. "Stress" em um Instituto de Cardiologia da cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Ocup 1988; 64(16):33-40.

12. Unicovski MAR. Fatores geradores de satisfação e insatisfação na profissão dos enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais e alunos de enfermagem. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1993.
13. Vieira DFVB. Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em um hospital de ensino. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1993.
14. Lautert L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. Rev Gaúch Enfermagem 1997; (18):83-93.
15. Berg JK, Garrard J. Psychosocial Support in Residency Training Programs. Med Educ 1980; (55):851-7.
16. Lopes GT. Residência de Enfermagem. Nursing 2001; 41.
17. Martins LAN. Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1994.
18. Bianchi ER. Estresse em enfermagem: uma análise da atuação do enfermeiro em centro cirúrgico. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1990.
19. Pitta AMF. Hospital, dor e morte como ofício. São Paulo (SP): Hucitec; 1991.
20. Stechmiller JK, Hossein NY. Predictors of burnout in critical care nurses. Heart & Lung 1993; 22(6): 534-41.
21. Lautert L. O desgaste profissional do enfermeiro. [tese]. Espanha: Universidad de Salamanca; 1995.
22. Stumm EMF. O estresse de equipe de enfermagem que atuam em unidades de Centro Cirúrgico nos hospitais de Ijuí/RS. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
23. Ciconelli RM. Tradução para o português do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1997.
24. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck – propriedades psicométricas da versão em português. In: Gorenstein C, Andrade L, Zuardi, AW, editores. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria de Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 89-95.
25. Gorenstein C, Andrade L. Validation of Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. Braz J Med Biol Res 1996; (29):453-7.
26. Aach RD, Cooney TG, Girard DE. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. Ann Intern Med 1988; 109(2):154-61.
27. Nunes EP Filho, Bueno JR, Nardi AE. Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu; 2001.