



A qualidade de vida de quem cuida da saúde: a residência multiprofissional em análise

*The quality of life of those who take care of health:
the multiprofessional residence under analysis*

Adriane Vieira¹

Gisele de Cássia Gomes²

João Antonio Deconto³

Lorrana Risi Moreira⁴

Resumo

O ingresso nos programas de residência provoca mudanças no estilo de vida dos profissionais de saúde em função da presença de vários fatores estressantes, dentre eles, as intensas cobranças, diminuição do tempo para a vida social, distanciamento dos amigos e da família e poucas oportunidades de lazer. O objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida dos residentes de um Programa Integrado Multiprofissional de um hospital de ensino federal localizado no Estado de Minas Gerais. O método de pesquisa adotado foi o *survey*, por meio do questionário WHOQOL-Bref, com uma amostra de 55 residentes. A técnica utilizada para a análise de todas as escalas foi a estatística univariada, com medidas de posição e tendência central (média) e dispersão dos dados. Os resultados apontam que os residentes tenderam à maior positividade nas facetas que remetem à baixa percepção de dor e desconforto, seguida de satisfação com o acesso aos serviços de saúde, satisfação com as condições de moradia, dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades e satisfação com o suporte que recebe de amigos, enquanto a percepção de negatividade está mais fortemente presente nas facetas relacionadas à satisfação com a capacidade de trabalho, sentimentos de estar aproveitando a vida e ter energia suficiente para o dia a dia. Conclui-se que há a necessidade de monitoramento do estado emocional dos residentes a fim de prevenir estados de adoecimento físico, depressivos e outras disfunções socioemocionais.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Residência; Multiprofissional; Hospital; Saúde.

Abstract

Entering residency programs causes changes in the lifestyle of health professionals due to the presence of several stressors, such as intense demands, reduced time for social life, distancing from friends and family and few opportunities for recreation. The objective of this study was to analyze the quality of life of residents of an Integrated Multi-professional Program of a federal teaching hospital located in the state of Minas Gerais. The research method adopted was the survey, using the WHOQOL-Bref questionnaire, with a sample of 55 residents. The technique used for the analysis of all scales was univariate statistics, with measures of position and central tendency (mean) and data dispersion. The results show that residents tended to be more positive in the facets that refer to the low perception of pain and discomfort, followed by satisfaction with access to health services, satisfaction with housing conditions, enough money to meet needs and satisfaction with the support you receive from friends, while the perception of negativity is more strongly present in facets related to work ability satisfaction, feelings of enjoying life and having enough energy for everyday life. It is concluded that there is a need to monitor the emotional state of residents in order to prevent states of physical illness, depression and other socio-emotional dysfunctions.

Keywords: Quality of life; Residence; Multiprofessional; Hospital; Health.

1 Doutorado Administração pela UFMG.
Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7552-5491>
vadri.bh@gmail.com

2 Titulação: Doutorado em Neurociências pela UFMG.
Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7829-9493>
giselecg@ufmg.br

3 Bacharelado em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG.
Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5545-506X>
joaodeconto@gmail.com

4 Bacharelado em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG.
Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5109-3361>
lorrynarm2@gmail.com



1 Introdução

Os profissionais da área da saúde prestam serviços de vital importância para a vida humana. Paradoxalmente, eles são submetidos a grandes riscos de estresse ocupacional, em função da longa jornada de trabalho e do desgaste físico e emocional propiciado por plantões e situações de pressão, que afetam profundamente o sono e o descanso necessários para a reprodução da força de trabalho e prestação de um serviço de qualidade (Benevides-Pereira, 2002; Achkar, 2006; Moreira, Patrizzi, Accioly, Shimano, & Walsh, 2016).

Os programas de residência, tão importantes para a formação desses profissionais, caracterizam-se por um processo de educação que se estende por 60 horas semanais de atividades teóricas e práticas, com intensas cobranças por parte de tutores e preceptores, diminuição do tempo e espaço para a vida social, distanciamento dos amigos e da família e poucas oportunidades de lazer, incorrendo em prejuízo à qualidade de vida (Asaiag, Perrota, Martins, & Tempski, 2010; Guido, Silva, Goulart, Bolzan, & Lopes, 2012; Moreira *et al.*, 2016).

Dentre as consequências físicas da falta de qualidade de vida e do estresse estão as somatizações algícas, como tonturas, dores de cabeça e de estômago, fadiga muscular e complicações osteomioarticulares. Outra reação de enfrentamento comum em situações rotineiras de tensão é a tendência a fechar-se em si mesmo e isolar-se do mundo exterior, potencializando o sentimento de frustração (Mathias, Coelho, Vilela, Vieira, & Pagnocca, 2004; Barrack, Miller, Sotile, Sotile, & Rubash, 2006). Nesse contexto, emerge o seguinte problema de pesquisa: quais fatores associados aos programas de residência multiprofissional afetam negativamente a qualidade de vida dos profissionais?

Muitos estudos têm avaliado a qualidade de vida (QV), o estresse e o *burnout* em residentes médicos (Lourenção, Moscardini, & Soler, 2010), no entanto, poucos foram encontrados que avaliassem estes aspectos em residentes multiprofissionais (Moreira *et al.*, 2016). Objetivou-se, visando a cobrir tal lacuna, por esta pesquisa, analisar a qualidade de vida dos residentes de um Programa Integrado Multiprofissional de um hospital de ensino federal localizado no Estado de Minas Gerais. Para atingir tal propósito, a QV foi avaliada por meio do *World*

Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-bref), desenvolvido pelo Whoqol Group (1998) e validado no Brasil por Fleck *et al.* (1999a, 1999b), envolvendo quatro domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Espera-se que este estudo permita subsidiar ações para melhorar a QV desses profissionais, além de apontar estratégias de mudança nos programas, a fim de garantir melhores condições de trabalho e de aprendizagem e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade do atendimento prestado (Nogueira-Martins & Jorge, 1998; Lourenção *et al.*, 2010).

Na seqüência deste trabalho, apresenta-se o referencial teórico abrangendo três tópicos: origem dos estudos sobre QV, conceitos e medidas de qualidade de vida e qualidade de vida dos residentes multiprofissionais. A metodologia da pesquisa é o item três do artigo. No item quatro, os dados coletados foram descritos e analisados e, no último item, apresentam-se as considerações finais, contendo limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

2 Referencial teórico

2.1 Qualidade de vida: conceitos e medidas

A qualidade de vida (QV) é um conceito que começou a ser desenhado nos anos 1960 por um grupo de intelectuais norte-americanos envolvidos com pesquisas tecnológicas e sociais. As primeiras discussões situavam a qualidade de vida como um conjunto de padrões associados à maior interação social entre membros de um mesmo grupo de modo a satisfazer suas necessidades (Wenger, 1984).

Quando aplicado na área da saúde, o termo adquiriu uma concepção mais ampla, incluindo aspectos do *status* biopsicossocial que permitem, ao indivíduo, cumprir diversas funções para obter satisfações. Dentre as funções, destaca-se a capacidade de agir na vida diária, a realização de papéis sociais, o desempenho e a produtividade no trabalho, a capacidade intelectual, a estabilidade emocional e a satisfação geral na vida (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Souza e Barroso (1999) atribuíram um significado marcadamente subjetivo à QV determinado por cada



pessoa a fim de satisfazer necessidades básicas e desejos por meio de mecanismos de adaptação às possíveis limitações encontradas. Sorés e Peto (2015), por sua vez, atribuíram à QV tantos aspectos subjetivos quanto objetivos. Para eles, a qualidade de vida está relacionada ao bem-estar composto por uma dimensão objetiva (*welfare*) ligada aos rendimentos, à saúde, à infraestrutura e à segurança pública. A dimensão subjetiva (*well being*), por sua vez, diz respeito ao deleite, apreciação e carinho.

De qualquer forma, conceituar a QV não é uma tarefa fácil, dada a multidimensionalidade e subjetividade do termo. Por subjetividade, consideram-se as percepções da pessoa no seu contexto de vida pessoal influenciadas por aspectos culturais. A multidimensionalidade, por sua vez, refere-se às diferentes dimensões físicas, psicológicas, relacionais, de trabalho e de recursos financeiros, que influenciam a QV (Seidl & Zannon, 2004; Spiller, Dyniewicz, & Slomp, 2008).

Segundo Sorés e Peto (2015), pesquisas comprovaram que os rendimentos mais elevados levam a uma melhor saúde, mas uma melhor saúde também pode resultar em rendimentos mais elevados em função do aumento da capacidade dos indivíduos de inserirem-se no mercado de trabalho e também do próprio aumento da produtividade no trabalho. Da mesma forma, relações bidirecionais podem ser detectadas na relação entre educação e renda, segundo Putnam (1993).

Os estudos sobre QV, portanto, envolvem aspectos psicológicos, biológicos e sociais (Pedroso & Pilatti, 2010), que podem variar de acordo com as circunstâncias econômicas, sociais e culturais de cada sociedade (González *et al.*, 2000). Minayo *et al.* (2000) descreveram a QV como uma noção eminentemente humana, dado que remete à necessidade de satisfação amorosa, social e ambiental encontrada na vida familiar. De acordo com os autores, a polissemia do termo está associada aos elementos da cultura de determinada sociedade, considerando-se o padrão de conforto, o acesso a bens de consumo, o bem-estar social e relacional. Nesse sentido, eles identificam, pelo menos, três dimensões da QV: a primeira é histórica e diz respeito ao tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico em cada sociedade. A segunda é cultural, envolvendo os valores e necessidades socialmente construídos e hierarquizados em cada sociedade. A terceira está relacionada às diferenças de classes sociais

que levam ao bem-estar das camadas superiores em detrimento de outras.

O conceito adotado neste estudo foi formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (*World Health Organization - WHO*): “a qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, no contexto de sua cultura e valores e em função de seus objetivos, expectativas e padrões” (World Health Organization, 1997, p. 1). Para operacionalizar o conceito, pesquisadores vinculados à OMS elaboraram o questionário WHOQOL-100, composto por 100 itens distribuídos em seis domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. Os pressupostos que originaram o instrumento foram: (1) a essência abrangente do conceito de qualidade de vida; (2) que uma medida quantitativa, fiável e válida pode ser construída e aplicada às várias populações e (3) que qualquer fator que afete a QV influencia um grande número de componentes incorporados no instrumento e este, por sua vez, serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na qualidade de vida (Whoqol Group, 1998). Uma versão abreviada foi desenvolvida posteriormente. Trata-se do WHOQOL-Bref, composto por quatro domínios de interesse: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Vaz Serra *et al.*, 2006).

2.2 Qualidade de vida na residência multiprofissional

Os Programas de Residência Multiprofissional foram criados pela Lei nº 11.129, de 2005, sendo definidos como modalidade de ensino de pós-graduação Lato sensu, tendo como compromisso central a formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os programas são articulados de maneira conjunta pelos Ministérios da Saúde (MS) e Educação (MEC) e coordenados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), tendo como objetivo central qualificar os serviços de saúde a partir de ações inovadoras construídas conjuntamente por diferentes áreas profissionais (Rodrigues, 2016).

Diversas pesquisas têm sido realizadas com residentes médicos a fim de identificar dificuldades de ordem emocional propiciadas pela atividade ocupa-





cional. Lourenção *et al.* (2010), por exemplo, realizaram revisão bibliográfica com os descritores qualidade de vida, estresse, internato e residência e identificaram 42 publicações, apontando a incidência elevada de estresse e *burnout* como graves consequências para a qualidade de vida e para a saúde dos residentes. No entanto, segundo Moreira *et al.* (2016), pesquisas sobre residentes de outras áreas profissionais da saúde ainda são escassas.

De acordo com Carvalho e Malagris (2007), houve um aumento significativo de estudos sobre o nível de estresse entre profissionais da saúde desde os anos 1970, principalmente em virtude das inovações na metodologia de trabalho, do aumento da competição entre trabalhadores e da sobrecarga de tarefas. Alguns desses trabalhos receberam especial atenção e destaque no meio acadêmico, tais como as publicações de Vaillant, Sobowale e Mearthur (1972) e Valko e Claytoon (1975).

Os resultados das pesquisas têm mostrado que os residentes são submetidos a diversos tipos de estresse durante o treinamento, que podem produzir efeitos danosos tanto para sua QV quanto para a qualidade da assistência prestada (Nogueira-Martins & Jorge, 1998). Segundo Aach *et al.* (1988), dentre os principais sintomas emocionais provocados pelos programas de residência destacam-se: a insegurança relacionada à percepção de limitações e dificuldades relativas à assistência médica aos pacientes e ao processo de aprendizagem e a tendência a desenvolver reações depressivas à frustração, excesso de trabalho, privação de sono e falta de apoio social e institucional. Para Cousins (1981), o treinamento no formato da residência pode ser comparado a um teste de resistência devido à capacidade de despertar quadros ansiogênicos e reações disfóricas.

A relação entre a privação do sono e distúrbios cognitivos em residentes tem sido apontada como a principal consequência negativa sobre a QV dos profissionais, bem como o uso rotineiro de auxiliares farmacológicos (Handel, Haja, & Lindsell, 2006). Estudo conduzido por Cahú, Santos, Pereira, Vieira e Gomes (2014), com 45 residentes multiprofissionais de Pernambuco, revelou que eles estavam em situação elevada de estresse. Cansaço, desgaste físico e insônia foram outros sintomas observados pelos autores, bem como pouca energia diária. Carvalho e Malagris (2007) encontraram resultados semelhantes, indicando que o desgaste físico e o cansaço

constante são os sintomas que se apresentam com mais frequência entre os residentes.

Pesquisa realizada por Cavalcanti, Lima, Souza e Silva (2018), com 46 residentes de um programa de residência multiprofissional em Oncologia, concluiu que a Síndrome de *Burnout* também se apresenta com frequência, estando correlacionada com a depressão. A síndrome é uma doença ocupacional caracterizada por despersonalização, exaustão emocional e baixa realização pessoal com o trabalho (Maslach, Schaufeli, & Lieter, 2001), que ocorre em resposta ao estresse crônico. Os achados de Cavalcanti *et al.* (2018) apontam para a gravidade do problema, considerando que ambas as condições apareceram no primeiro ano de curso. Segundo os autores, a escassa experiência profissional prévia, a extensa carga horária do programa e o duplo papel do estudante-trabalhador podem levar o residente ao adoecimento.

Guido *et al.* (2012) atribuíram a elementos do processo de trabalho uma parte da responsabilidade pelo estresse dos enfermeiros, tais como: a permanência 24 horas nos serviços de saúde; a mediação das relações e demandas entre pacientes, técnicos de Enfermagem e outros profissionais da equipe multiprofissional e a realização de atividades gerenciais e assistenciais concomitantemente. Segundo Aiken *et al.* (2012) e Negeliskii e Lautert (2012), as doenças decorrentes do estresse acabam levando os profissionais a se licenciarem do trabalho com frequência. Outro fenômeno identificado por Umann, Guido e Grazziano (2012) foi o presenteísmo, que ocorre quando o profissional se mantém no trabalho, mas com problemas de saúde e menor produtividade.

3 Metodologia da pesquisa

O método escolhido para a realização da pesquisa foi o *survey* transversal e descritivo, indicado para a obtenção de dados ou informações sobre características de um determinado grupo por meio de um questionário (Babbie, 2001) respondido por participantes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional de um hospital de ensino federal do Estado de Minas Gerais, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), em funcionamento desde 2010, com duração de dois anos e média anual de 60 alunos.



Para levantar a percepção dos residentes sobre a qualidade de vida, foi aplicado o questionário WHOQOL-Bref, composto por 26 questões. A versão em português foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) por um grupo de pesquisadores sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. As respostas do questionário utilizam escala do tipo *Likert* de cinco pontos. Revela-se que, seguindo as orientações de Pedroso, Pilatti, Gutierrez e Picinin (2010) e Canavaro, Pereira, Moreira e Paredes (2010), a escala foi transformada e fixada para variar entre zero e 100, sendo que: zero correspondente a respostas negativas e 100, a respostas positivas; os intervalos de confiança estritamente menores que 50 (ponto médio do intervalo) apontam negatividade; intervalos maiores indicam positividade e intervalos que contêm o 50 não evidenciam negatividade nem positividade. Alguns itens foram identificados como reversos com relação à informação latente de seus respectivos constructos. Assim, esses itens foram invertidos e foram identificados por um I em sua sigla.

A figura 1 apresenta os quatro domínios e as respectivas facetas e perguntas do WHOQOL-Bref.

O instrumento autoaplicado foi respondido por 55 residentes. Para compor a amostra, foi utilizado o critério de conveniência, assim, o instrumento foi preenchido pelos residentes que estavam em sala de aula. Não participaram da pesquisa os residentes em férias, em licença ou afastados do serviço. Durante o processo de esclarecimento das condições da pesquisa, destacou-se que a participação era voluntária e sem qualquer prejuízo àqueles que se negassem a responder ao questionário. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética sob o registro CAAE: 51490015.2.0000.5149.

Os dados coletados foram organizados e armazenados em uma planilha eletrônica no IBM SPSS *software*. Identificou-se ausência de valores de *outliers* fora do intervalo da escala, não apontando erro na tabulação dos dados. Também não foram encontradas observações fora do intervalo de 4,00 (*outliers* univariados) e nem observações que tiveram a significância da medida de D2 de Mahalanobis inferior a 0,001 (*outliers* multivariados).

Quanto à linearidade, foram identificadas relações significativas ao nível de 5%, em aproximadamente

82,61% das correlações possíveis, pela matriz de correlação de Pearson. Por meio do teste de Bartlett, foram encontrados valores-p inferiores a 0,05 em todos os construtos, confirmando a linearidade.

A técnica utilizada para a análise de todas as escalas foi a estatística univariada, visando a investigar, de forma isolada, a relação entre cada variável explicativa sem levar em consideração o conjunto das variáveis em estudo. Para essa análise, foram apurados a distribuição de frequências dos dados e o estabelecimento do posicionamento da unidade amostral por meio de medidas de posição e tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão) e do intervalo de confiança *bootstrap*, apropriado para amostras reduzidas (Costa, 2006). Para Efron e Tibshirani (1983), o método *bootstrap* e o desvio-padrão são técnicas consideradas robustas na hora de construir um intervalo de confiança para as estimativas do parâmetro de interesse.

4 Descrição e análise dos dados

Quanto ao perfil da amostra, 28 dos 55 residentes eram do sexo feminino e 27, do sexo masculino. A média das idades encontrada foi de 28 anos, sendo a mais baixa 24 e a mais alta 47. Quanto ao estado civil, 24 eram solteiros; 27, casados; dois, divorciados; um, viúvo e um encontrava-se em união estável. Apenas quatro residentes possuíam filhos; 29 estavam no segundo ano de residência e 27 estavam no primeiro ano, tendo cursado sete meses de curso.

A tabela 1 apresenta a descrição da média, desvio-padrão e intervalo de confiança das respostas dos residentes médicos para cada uma das facetas dos quatro domínios do Whoqol- Bref.

No que se refere ao domínio Físico, conforme dados da tabela 1, as médias mais positivas deram-se nas facetas F11 e F12, indicando que a dor física quase nunca impede os residentes de desempenharem suas tarefas e que eles quase nunca sentem necessidade de buscar algum tipo de tratamento médico para levar sua vida diária, o que é positivo para a QV. A percepção de insatisfação está presente na capacidade de desempenhar as atividades da vida cotidiana (F16) e na falta de energia e presença de fadiga (F13). Nota-se, ainda, que o desvio-padrão foi maior nas



Domínios	Facetas	Perguntas
Domínio Físico	FI1-1 Dor e desconforto	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
	FI2-1 Dependência de medicação ou de tratamentos	O quanto você precisa de um tratamento médico para levar sua vida diária?
	FI3 Energia e fadiga	Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?
	FI4 Mobilidade	Quão bem você é capaz de se locomover?
	FI5 Sono e repouso	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?
	FI6 Atividades da vida cotidiana	Quão satisfeito (a) você está com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?
	FI7 Capacidade de trabalho	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Domínio Psicológico	PS1 Sentimentos positivos	O quanto você aproveita a vida?
	PS2 Autoestima	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?
	PS3 Pensar, aprender, memória e concentração	O quanto você consegue se concentrar?
	PS4 Imagem corporal e aparência	Você é capaz de aceitar sua aparência física?
	PS5 Espiritualidade, religião e crenças pessoais	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?
	PS6-1 Sentimentos negativos	Com qual frequência você tem sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
Relações Sociais	RS1 Relações pessoais	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	RS2 Atividade sexual	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?
	RS3 Suporte (apoio) social	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
Meio Ambiente	MA1 Segurança física e proteção	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?
	MA2 Ambiente físico: (poluição/ ruído/trânsito/clima)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	MA3 Recursos financeiros	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	MA4 Oportunidade para adquirir novas informações e habilidades	Quão disponíveis estão para você as informações que precisa no seu dia a dia?
	MA5 Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?
	MA6 Ambiente no lar	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?
	MA7 Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	MA8 Transporte	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?
Qualidade de vida global e percepção geral da saúde		25. Como você avaliaria sua qualidade de vida?
		26. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

Figura 1: Domínios, facetas e perguntas do WHOQOL-BrefFonte: Adaptado de Pedroso *et al.* (2010).

facetas F14 e F15, indicando uma maior variabilidade de respostas ao avaliar a capacidade de locomoção e a satisfação com a qualidade do sono e do repouso, confirmada pelos intervalos de confiança (IC).

Diferentemente de resultados obtidos em pesquisas realizadas com médicos residentes (Lockley *et al.*, 2004;

Handel, Raja, & Lindsell, 2006), a privação do sono não parece ser o motivo de maior preocupação com a QV de residentes multiprofissionais, apesar da variabilidade das respostas. No entanto, como a falta de um repouso adequado é uma das principais causas da fadiga e da diminuição da capacidade de trabalho, e como existe uma



Tabela 1: Média, desvio-padrão e intervalo de confiança das respostas do programa de residência multiprofissional das facetas da Escala de Qualidade de Vida (Whoqol-Bref).

Domínios	Facetas	Média	D.P.	I.C. - 95% ¹
Domínio Físico	FI1-1 Dor e desconforto	72,27	25,31	[65,00; 79,09]
	FI2-1 Dependência de medicação ou de tratamentos	67,73	28,74	[60,45; 75,00]
	FI3 Energia e fadiga	46,82	27,24	[40,00; 54,09]
	FI4 Mobilidade	57,73	34,98	[48,64; 67,73]
	FI5 Sono e repouso	55,45	32,52	[47,26; 63,64]
	FI6 Atividades da vida cotidiana	35,45	30,31	[27,73; 43,64]
	FI7 Capacidade de trabalho	50,00	25,91	[43,18; 56,82]
Domínio Psicológico	PS1 Sentimentos positivos	44,55	27,93	[36,82; 51,82]
	PS2 Autoestima	62,27	34,65	[52,73; 70,91]
	PS3 Pensar, aprender, memória e concentração	63,64	25,83	[56,36; 70,00]
	PS4 Imagem corporal e aparência	53,64	30,96	[45,91; 61,82]
	PS5 Espiritualidade, religião e crenças pessoais	59,09	27,37	[51,82; 66,36]
	PS6-1 Sentimentos negativos	56,36	27,73	[48,64; 63,19]
Domínio Relações Sociais	RS1 Relações pessoais	57,27	25,76	[50,45; 63,64]
	RS2 Atividade sexual	60,91	28,77	[53,64; 68,18]
	RS3 Suporte (apoio) social	67,73	27,92	[60,00; 74,55]
Domínio Meio Ambiente	MA1 Segurança física e proteção	55,45	26,22	[48,18; 62,73]
	MA2 Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	56,82	23,79	[50,45; 62,73]
	MA3 Recursos financeiros	67,27	23,99	[60,91; 74,09]
	MA4 Oportunidade para adquirir novas informações e habilidades	55,45	22,41	[49,55; 60,91]
	MA5 Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	50,00	20,97	[44,55; 55,45]
	MA6 Ambiente no lar	68,18	25,21	[60,45; 74,55]
	MA7 Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	69,55	27,08	[62,73; 76,36]
	MA8 Transporte	48,18	31,86	[40,45; 56,36]
Qualidade de Vida Geral	Qualidade de vida global	31,82	26,55	[25,00; 38,64]
	Percepção geral da saúde	35,00	22,36	[29,09; 40,45]

Fonte: Elaborado pelos autores.

¹Intervalo de confiança *Bootstrap*.

relação estreita entre o nível de saúde do profissional e a quantidade do cuidado (Ishara, 2007), é preciso aprofundar a investigação acerca da influência do estado psíquico na qualidade do trabalho prestado no atendimento das necessidades dos usuários.

Segundo Cahú *et al.* (2014) e Moreira *et al.* (2016), a qualidade de sono tende a diminuir ao longo da residência em função da exposição a maiores pressões e jornadas mais longas de trabalho, o que acaba comprometendo os demais os domínios da QV. Tal fato tem levado os programas de residência a serem submetidos a diversas críticas em vários países do mundo nos últimos anos, em especial, quando a privação do sono está associada à sobrecarga assistencial e à excessiva carga horária

(Heller, 2008). Estudos de Friedman, Bigger e Kornfeld (1971), Uliana, Hubbell, Wyle, & Gordon (1984) e Handel, Raja e Lindsell (2006) apontaram, de maneira consistente, a existência de relação entre a privação do sono e distúrbios cognitivos e de depressão e uso rotineiro de auxiliares farmacológicos para controlar a privação de sono e reduzir a sonolência. Outro resultado encontrado pelos autores tem sido a presença de raiva e hostilidade, facetas pertencentes ao próximo domínio a ser analisado.

De acordo com a tabela 1, os escores mais positivos do domínio Psicológico envolvem as facetas capacidade de concentração (PS2), percepção de que a vida tem um sentido (PS3) e satisfação consigo mesmo (PS5), destacando-se que a primeira apresentou variabilidade



acentuada de respostas expressas no desvio-padrão e no IC. A faceta que requer mais atenção, porque aponta para uma situação de insatisfação, diz respeito aos sentimentos positivos (PS1), indicando que os residentes se ressentem de aproveitar pouco a vida, provavelmente em função de o trabalho ocupar um grande espaço dela. O equilíbrio emocional parece ser alcançado pela positividade em relação à faceta PS6 (sentimento negativo).

Destaca-se a tendência à não satisfação nem insatisfação com a imagem corporal e aparência (PS4), sendo este mais um aspecto da QV que merece ser explorado, para se entender o que é possível ser feito para melhorar o bem-estar psicológico de forma a permitir que essas pessoas se sintam inseridas e aceitas nos grupos aos quais pertencem.

As três facetas do domínio Relações Sociais remetem a uma percepção de satisfação maior com o apoio que recebem de amigos (RS3) e menor em relação às demais facetas. O escore mais baixo encontra-se nas relações sociais (RS1). Como alertaram Jodas e Haddad (2009), o enfrentamento cotidiano de situações clínicas graves acaba por gerar sentimento de insegurança e impotência ao lidar com situações de vida de outro ser humano, erguendo fortes barreiras no relacionamento interpessoal, como o isolamento e distanciamento emocional, razão pela qual a insatisfação com as relações pessoais com amigos, parentes, conhecidos e colegas pode colocar em risco a saúde mental.

Outra faceta que apresenta negatividade é a vida sexual, nem sempre compreendida com um contribuinte da melhor qualidade de vida, capaz de reduzir o estresse e melhorar o sono. Estudo realizado por Ferguson, Nelson, Brandes e Shindel (2008), com 180 residentes médicos nos Estados Unidos a respeito de problemas sexuais, revelou sua prevalência entre representantes do sexo feminino e alertou que, entre os 20 e 30 anos de idade, os seres humanos vivenciam o período considerado como pico de atividade sexual e que essa atividade tem sido negligenciada pelos residentes porque os programas de treinamento exigem um esforço físico, emocional e mental que drena todas as energias dessas pessoas.

Vários estudos têm alertado para o avanço da presença do estresse e da exaustão emocional entre residentes médicos e multiprofissionais (Asaiag *et al.*, 2010; Trigo, 2010; Mayer, 2017), podendo sugerir a existência

de um processo de Síndrome de *Burnout* em curso, a qual decorre essencialmente da existência de conflito nas relações interpessoais e de sobrecarga de trabalho (Guido *et al.*, 2012).

No domínio Meio Ambiente, os dois itens com percepção mais favorável para a QV foram as condições do ambiente onde mora (MA6) com o acesso aos serviços de saúde (MA7) e com os recursos financeiros (MA3). Quanto a esta última faceta, cabe esclarecer que o valor da bolsa de ensino de residência (R\$ 3.330,43) é muito próximo da remuneração de um profissional que está ingressando no mercado de trabalho. De acordo com informações disponíveis no site da Prefeitura de Belo Horizonte, por exemplo, o salário de um enfermeiro é de R\$ 5.000,00. No entanto, ao que tudo indica, essa condição financeira não é suficiente para que se possa arcar com os custos de um transporte individual (MA8), nem de ter uma atividade de lazer de qualidade (MA5), dado que essas duas últimas facetas apresentaram escores mais baixos.

O problema dos transportes nas grandes capitais é de domínio público e objeto de muitas matérias na mídia e também no meio acadêmico: difícil acesso; longas filas de espera; assaltos e demora na conclusão dos trajetos. A percepção de insegurança e de falta de proteção (MA1) pode estar associada ao fator transporte na medida em que o deslocamento, especialmente no período noturno, traz riscos adicionais aos usuários de serem assaltados. As condições do ambiente físico, medidas pela poluição, ruído, trânsito e clima (MA2), e de acesso às informações das quais necessita no dia a dia do hospital (MA4) evidenciam que os residentes não estão satisfeitos, mas, quando essas condições são somadas a outras de maior negatividade, podem contribuir para o desenvolvimento de quadros de adoecimento físico e mental.

As duas últimas questões do questionário permitem fazer uma avaliação da percepção geral dos residentes quanto à qualidade de vida global, definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a sua percepção de bem-estar. Em relação à pergunta “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”, o escore obtido aponta para a insatisfação, bem como o resultado em relação à pergunta “Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?”. Isso confirma a gravidade da situação, apontando para a neces-

vidade de intervenções específicas que promovam saúde, bem-estar, satisfação com o trabalho, com a profissão e com a vida.

As figuras 2 e 3 ilustram os intervalos de confiança *Bootstrap* apresentados nas tabelas.

Em síntese, é possível verificar que os sujeitos tenderam à maior positividade nas facetas FI1 (baixa percepção de dor e desconforto) seguidas de MA7 (satisfação com o acesso aos serviços de saúde), MA6 (satisfação com as condições de moradia), MA3 (dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades) e RS3 (satisfação com o suporte que recebe de amigos), enquanto a maior percepção de negatividade está presente nas facetas FI7 (satisfação com a capacidade de trabalho), seguidas de PS1 (sentimentos de estar aproveitando a vida) e FI3

(energia suficiente para o dia a dia) e nas questões QV1 e QV2 (qualidade de vida global e percepção da saúde).

A situação de gravidade em relação à saúde dos residentes brasileiros motivou a senadora Maria do Carmo Alves a submeter, ao exame da Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto de Lei do Senado (PLS) n.º 157, de 2017, estabelecendo a obrigatoriedade de prestação de assistência psiquiátrica e psicológica aos médicos residentes e aos alunos de graduação em Medicina, permitindo-se questionar o porquê da não inclusão dos residentes multiprofissionais, dado que estão submetidos a situações estressoras semelhantes.

Assim, como Mayer (2017), conclui-se que não se pode contemplar problemas relacionados à saúde psicossocial como se fossem rotineiros e normais, especialmente quando se propõe a cuidar da saúde da população, mas

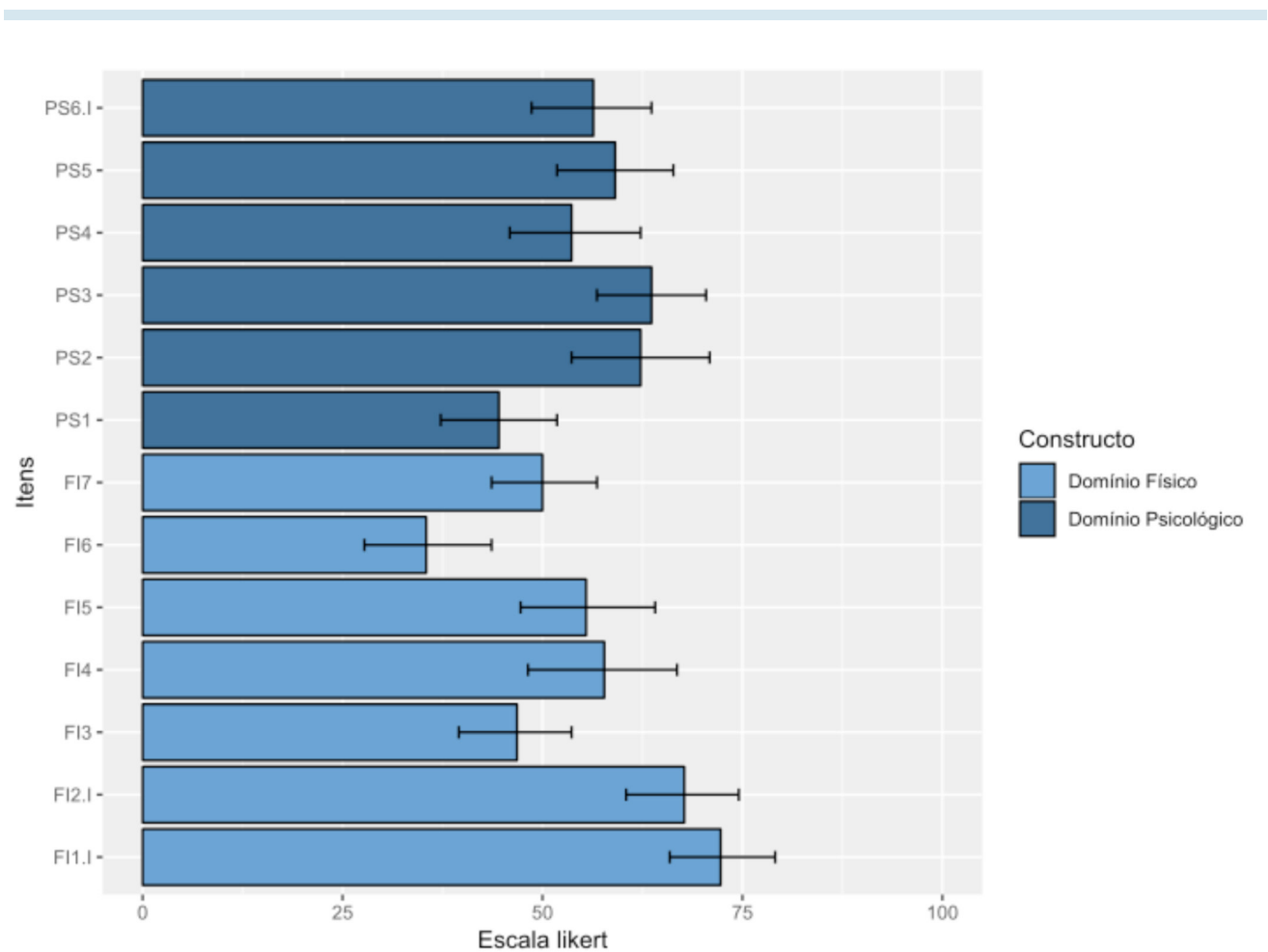


Figura 2: Gráfico de barras com intervalo de confiança das facetas dos domínios Físico e Psicológico.

Fonte: Elaborado pelos autores.

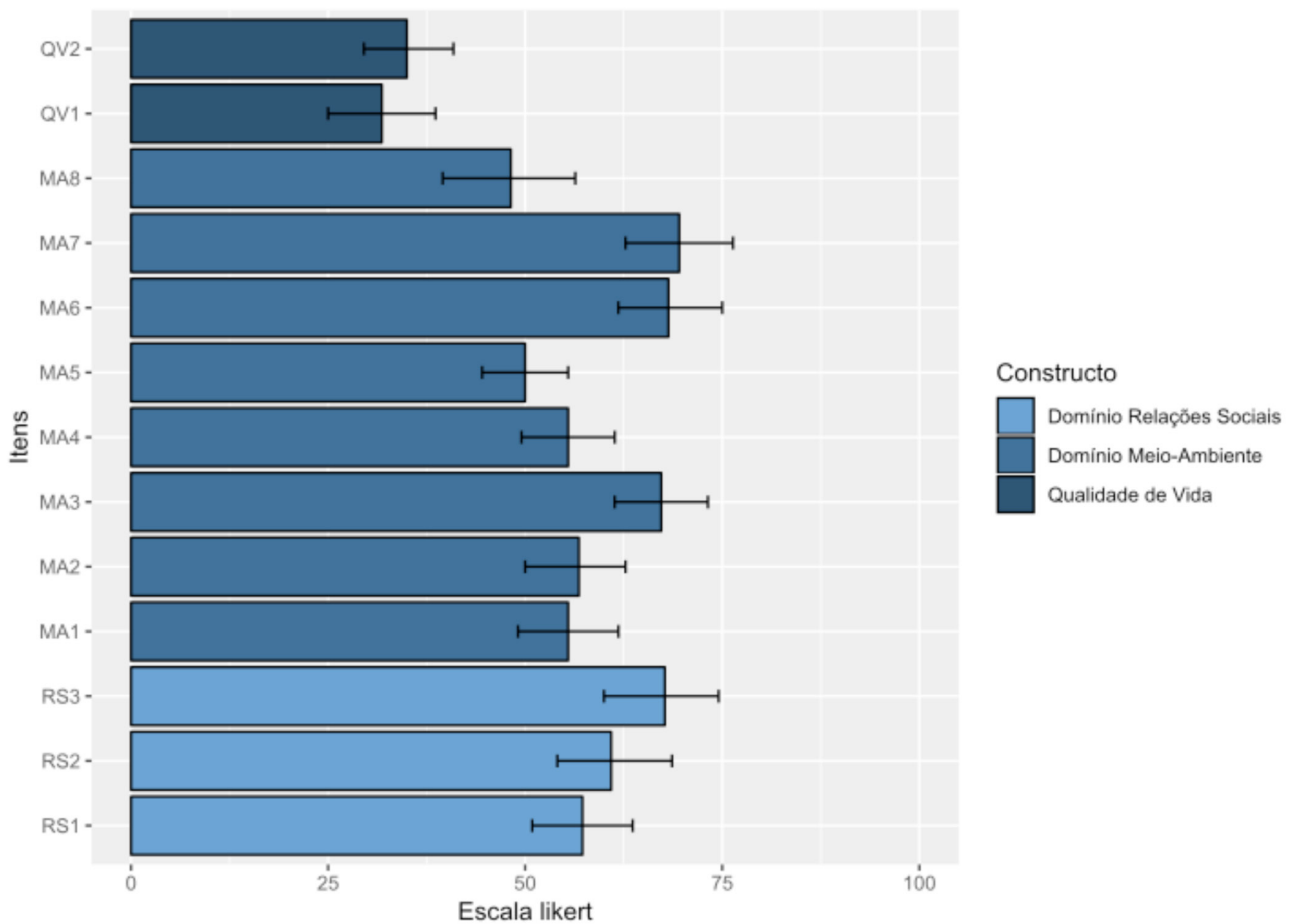


Figura 3: gráfico de barras com intervalo de confiança dos itens da qualidade de vida dos domínios Relações Sociais e Meio Ambiente.

Fonte: Elaborado pelos autores.

não se consegue dar atenção à saúde de quem presta assistência a ela. Por esse motivo, espera-se que os resultados desta pesquisa despertem o interesse dos envolvidos na oferta dos cursos residência a considerarem as questões que têm afetado negativamente a QV, visando a aperfeiçoar o sistema de ensino.

5 Considerações finais

Médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde que atuam em hospitais devem lidar com a complexidade na prestação de serviços durante 24 horas, todos os dias da semana. Esses profissionais são os principais recursos utilizados na assistência à saúde e passam uma parte significativa de seu tempo nos hospitais, normal-

mente trabalhando em situações de emergência, com uma carga de trabalho extensa, submetidos a todo o tipo de estresse que pode afetar negativamente o desempenho e a saúde física e mental.

A literatura aponta para o reconhecimento da importância desses programas como forma de preparação para o trabalho, ao permitir o enfrentamento de situações reais permeadas pelos estudos acadêmicos, pelas discussões de casos e pela troca de experiências com os preceptores e demais profissionais do serviço. No entanto, também alerta para a necessidade de um acompanhamento sistemático da qualidade de vida dos residentes nos aspectos físicos, ambientais, psicológicos e relacionais, em função da extensa e intensa carga de trabalho, pressão e estresse aos quais eles são submetidos durante a jornada de 60 horas semanais.



Os resultados deste estudo mostram uma percepção de insatisfação com a saúde pelos residentes e de uma percepção ruim quanto à qualidade de vida, com escores bastante preocupantes quanto à segurança, lazer, transporte, satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia e concentração. Alerta-se para a necessidade de monitorar e desenvolver ações preventivas quanto às facetas: sono e repouso; autoestima; satisfação com a aparência física; relacionamento interpessoal; ambiente físico; acesso às informações das quais necessita no dia a dia.

A residência multiprofissional em saúde ainda é campo recente de formação dos profissionais e carece de estudos sobre as dificuldades de implantação e funcionamento. Reconhece-se que são necessárias outras pesquisas para confirmar os resultados aqui descritos e analisados, tanto quantitativas quanto qualitativas.

Como limitações do estudo, ressalta-se o fato de não avaliar os sintomas físicos, psicológicos e comportamentais dos sujeitos. Espera-se que os resultados possam servir de subsídio para que medidas de prevenção sejam colocadas em ação.

Referências

- Aach, R. D., Cooney, T., Girard, D., Grob, D., McCue, J. D., Page, M. I., Reinhard J. D., Reuben, D. B., & Smith, J. W. (1988). Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. *Annals of Internal Medicine*, 109(2),154-161.
- Achkar, T.C. S. (2006). *Síndrome de burnout: repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, Cascavel, PR, Brasil.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344(1717),1-14.
- Asaiag, P. E., Perrota, B., Martins, M. A., & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3),422-429.
- Babbie, E. (2001). *Métodos de pesquisas de survey*. Belo Horizonte: UFMG.
- Barrack, R. L., Miller, L. S., Sotile, W. M., Sotile, M. O., & Rubash, H. E. (2006). Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clinical Orthopaedics Related Research*, 449,134-7.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cahú, G., Santos, A. C. O., Pereira, R. C., Vieira, C. J. L. & Gomes, S. A. (2014). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2),76-83.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3(3),243-268.
- Carvalho, L., & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3),570-582.
- Cavalcanti, I. L., Lima, F. L. T., Souza, T. A., & Silva, M. J. S. (2018). Burnout e depressão em residentes de um programa multiprofissional em oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(1),190-198.
- Costa, G. G. O. (2010). Intervalo de confiança e teste de significância bootstrap para coeficiente de correlação linear referente à hipótese de um valor não nulo. *Revista GEPROS Gestão de Produção, Operações e Sistemas*,5(2),177-186.
- Cousins, N. (1981). Internship: preparation or hazing? *Journal of the American Medical Association*, 245(4),377.
- Efron, B., & Tibshirani, R. J. (1983). *An introduction to the bootstrap*. New York: Chapman & Hall.
- Ferguson, G. G., Nelson, C. J., Brandes, S. B., & Shindel, A. W. (2008). The sexual lives of residents and fellows in graduate medical education programs: a single institution survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(12),2756-2765.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1),19-28.



- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2),198-205.
- Friedman, R. C., Bigger, J. T., & Kornfeld, D. S. (1971). The intern and sleep loss. *The New England Journal of Medicine*, 285(4),201-203.
- González, N., Padilla, J., Rodríguez, E., Esteva, M., Ruiz, M., Tomarelli, R., Espejo, B., Granados, I., Zarelli, F., Chung, L., & Cordero, G. (2000). El concepto de “calidad de vida” en los estudiantes de Medicina y residentes de Postgrado de un hospital universitario. *Revista de Investigación Clínica*, 41(4),219-235.
- Guido, L. A., Silva, R. M., Goulart, C. T., Bolzan, M. E. O., & Lopes, L. F. D. (2012). Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6),1477-1483.
- Handel, D. A., Raja, A., & Lindsell, C. J. (2006). The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. *BMC Health Services Research*, 6,136.
- Heller, F. R. (2008). Restriction of duty hour for residents in internal medicine: a question of quality of life but what about education and patient safety? *Acta Clinica Belgica*, 63(6),363-371.
- Ishara, S. (2007). *Equipe de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Jodas, D. A., & Haddad, M. C. L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista Enfermagem*, 22(2),192-197.
- Lockley, S. W., Cronin, J. W., Evans, E. E., Cade, B. E., Lee, C. J., Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Katz, J. T., Lilly, C. M., Stone, P. H., Aeschbach, D., Czeisler, C. A., & Harvard Work Hours, Health and Safety Group. (2004). Effect of reducing intern’s weekly work hours on sellepand attentional failures. *The New England Journal of Medicine*, 351(18),1829-1837.
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C. & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(1),81-91.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annals Review Psychology*, 52,397-422.
- Mathias, L. A. S. T., Coelho, C. M. F., Vilela, E. P., Vieira, J. E., & Pagnocca, M. L. (2004). O plantão noturno em anestesia reduz a latência ao sono. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(5),693-699.
- Mayer, F. B. (2017). *A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Minayo, M. C. S., Hartz, M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1),7-18.
- Moreira, A. P., Patrizzi, L. J., Accioly, M. F., Shimano, S. G. N., & Walsh, I. A. P. (2016). Avaliação da qualidade de vida, sono e síndrome de burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Medicina*, 49(5),393-402.
- Negeliskii, C., & Lautert, L. (2012). Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3),1-8.
- Nogueira-Martins, L. A., & Jorge, M. R. (1998). Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1),28-34.
- Pedroso, B., Pilatti, L. A., Gutierrez, G. L., & Picinin, C. T. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 2(1),31-36.
- Pedroso, B., & Pilatti, L. A. (2010). Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. *Revista Eletrônica FAFIT/FACIC*, 1(1),01-09.
- Putnam, R. (1993). The prosperous community: social capital and public life. *The American Prospect*, 4(13),21.
- Rodrigues, T. F. (2016). Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? *Serviço Social & Saúde*, 15(1),2-82.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Sorés, A., & Peto, K. (2015). Measuring of subjective quality of life. *Procedia Economics and Finance*, 32,809-816.
- Souza, L. J. E., & Barroso, M. G. T. (1999). Qualidade de vida na criança acidentada. *Texto & Contexto Enfermagem*, 8(3),308-317.
- Spiller, P. M., Dyniewicz, A. M., & Slomp, M. G. F. S. (2008). Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, 13(1),88-95.

Trigo, T. R. (2010). Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: D. M. Glina, & L. E. Rocha, L. E. (Org.). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática* (pp. 160-175). São Paulo: Roca.

Uliana, R. L., Hubbell, F. A., Wyle, F. A., & Gordon, G. H. (1984). Mood changes during the internship. *Journal of Medical Education*, 59(2),118-123.

Umann, J., Guido, L. A., & Grazziano, E. S. (2012). Presenteeism in hospital nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1),159-66.

Vaillant, G. E., Sobowale, N. C., & McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *The New England Journal of Medicine*, 287(8),372-375.

Valko, R. J., & Claytoon, P. J. (1975). Depression in the internship. *Diseases of Nervous System*, 36,26-9.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1),41-49.

Wenger, N. (1984). El Concepto de calidad de vida. *Calidad de Vida y Atención Cardiovascular*, 1(1),2-14.

Whoqol Group. (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12),1569-1585.

World Health Organization. (1997). *Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL - Measuring Quality of Life*. Genebra: WHO.

