

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ANÁLISE: UM ESTUDO SOBRE A
QUALIDADE DE VIDA EM UM HOSPITAL DE ENSINO FEDERAL**

ADRIANE VIEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

GISELE DE CÁSSIA GOMES

FERNANDO COUTINHO GARCIA

FACULDADE NOVOS HORIZONTES (NOVOS HORIZONTES)

LORRANA RISI MOREIRA

JOÃO ANTONIO DECONTO

Agradecimento à orgão de fomento:

Agradecemos ao apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelos financiamentos da pesquisa e da participação no evento.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ANÁLISE: UM ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA EM UM HOSPITAL DE ENSINO FEDERAL

1 INTRODUÇÃO

Os serviços prestados na área da saúde são de vital importância para a vida humana e os profissionais que nela atuam são os que enfrentam os maiores riscos de estresse ocupacional, em função da longa jornada de trabalho, desgaste físico e emocional, envolvendo plantões e situações de pressão que afetam profundamente o sono e o descanso necessário para a reprodução da força de trabalho e prestação de um serviço de qualidade sem riscos aos usuários (Moreira *et al.*, 2016; Achkar, 2006; Benevides-Pereira, 2002).

Os programas de residência, vitais para a formação desses profissionais, caracterizam-se por um processo de desenvolvimento profissional e pessoal marcado por 60 horas semanais de trabalho e de atividades acadêmicas com pouco tempo para o descanso, cobranças intensas 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, que podem levar ao desequilíbrio físico e mental, incorrendo em prejuízo à qualidade de vida – QV (Moreira *et al.*, 2016; Guido *et al.*, 2012; Asaiag *et al.*, 2010).

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 comum em situações rotineiras de tensão é a tendência a fechar-se em si mesmo e isolar-se do mundo exterior, como forma de enfrentar as dificuldades, potencializando o sentimento de frustração e de depressão (Mathias *et al.*, 2004; Barrack *et al.*, 2006). Desse contexto emerge o problema desta pesquisa: quais fatores associados aos programas de residência multiprofissional afetam a qualidade de vida dos profissionais de saúde?

Muitos estudos têm avaliado a QV, estresse e *burnout* em residentes médicos (Lourenção *et al.*, 2010), no entanto, poucos foram encontrados que avaliassem estes aspectos em residentes multiprofissionais (Moreira *et al.*, 2016). Visando cobrir tal lacuna esta pesquisa teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos residentes de um Programa Integrado Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), localizado na cidade de Belo Horizonte. Para atingir tal propósito a QV foi avaliada por meio do *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-bref), desenvolvido pelo Grupo WHOQOL (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 afim de garantir melhores condições de trabalho e de aprendizagem, e conseqüentemente uma melhora na 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 apresentamos 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 elas estão 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 e Buss, 2000).

Souza e Barroso (1999) atribuem 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, atribuem 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, saúde, infraestrutura e 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 se considera 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 e Zannon, 2004; Spiller *et al.*, 2008).

Segundo Sorés e Peto (2015), pesquisas comprovam 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 do indivíduos de se inserir 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 de indivíduos e sociedades (Pedroso & Pilatti, 2010). Todos esses elementos fazem parte da qualidade de vida, ao mesmo tempo podem variar de acordo com as circunstâncias econômicas, sociais e culturais de cada sociedade (Gonzalez *et al.*, 2000). Minayo, Hartz e Buss (2000) descrevem 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” (WHO, 1997, p. 1). Para operacionalizar o conceito, pesquisadores vinculados a OMS elaboraram o questionário WHOQOL-100, composto por 100 itens, distribuídos em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meioambiente 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).

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), coordenados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (Rodrigues, 2016). O objetivo central dos programas é contribuir para qualificar os serviços de saúde a partir de ações inovadoras, através do trabalho construído conjuntamente por diferentes áreas profissionais, rompendo assim com o paradigma tradicional da educação (Rodrigues, 2016).

Diversas pesquisas têm sido realizadas com residentes médicos a fim de identificar dificuldades de ordem emocional propiciadas pela atividade ocupacional. Lourenção, Moscardini e Soler (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, pesquisas sobre residentes de outras áreas profissionais da saúde ainda são escassas.

Segundo Carvalho e Malagris (2007), estudos sobre o nível de estresse entre profissionais da saúde têm sofrido um aumento significativo 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 McArthur (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 qualidade de vida, quanto para a qualidade da assistência por eles 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. De acordo com Cousins (1981), o treinamento no formato da residência pode ser comparado a um teste de resistência, dado a 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 qualidade de vida dos profissionais, bem como uso rotineiro de auxiliares farmacológicos (Handel, Haja & Lindsell, 2006). Estudo conduzido por Cahú *et al.* (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, com elevada frequência nos residentes, bem como pouca energia diária. Estudo realizado por Carvalho e Malagris (2007) encontraram resultados semelhantes, indicando o desgaste físico e o cansaço constante como sintomas que se apresentam com mais frequência entre os residentes.

Além do estresse, a depressão e a síndrome de *burnout* são outros fenômenos frequentemente identificado. Pesquisa realizada por Cavalcanti *et al.* (2018), com 46 residentes de um programa de residência multiprofissional em oncologia concluiu que o *burnout* está correlacionado com ocorrência de depressão, e que ambos os problemas tiveram

aumento significativo ao longo do programa de residência.

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), atribuem ao processo de trabalho uma parte da responsabilidade pelo estresse, dos enfermeiros em especial, 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 os autores, pesquisas realizadas identificaram que enfermeiros com *burnout* tendem a deixar o trabalho (Aiken *et al.*, 2012), e que acabam apresentando muitos dias de afastamento do trabalho, em função de doenças decorrentes do estresse (Negeliskii & Lautert, 2012). Outro fenômeno identificado foi o presenteísmo, que ocorre quando o profissional se mantém no trabalho, mas com problemas de saúde e menor produtividade (Umann, Guido & Grazziano, 2012).

Tais dados concedem relevância ao estudo ora proposto, e também porque considerar a questão da falta de qualidade de vida pode aperfeiçoar o sistema de treinamento.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O método escolhido para a realização da pesquisa foi o *survey* transversal e descritivo. A pesquisa *survey* pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre características de um determinado grupo por meio de um questionário. Ela foi realizada com participantes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), localizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, em funcionamento desde 2010, com as áreas de concentração: saúde cardiovascular, saúde do idoso, e cuidado humanizado da criança e do adolescente.

Para levantar a percepção dos residentes sobre a qualidade de vida foi aplicado o questionário WHOQOL-Bref. O instrumento é composto por 26 questões extraídas do WHOQOL-100. 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, que variam entre: muito ruim e muito bom; muito satisfeito e muito insatisfeito; nada e extremamente; nunca e sempre. Quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida (Cruz *et al.*, 2011).

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

DOMÍNIOS	FACETAS	PERGUNTAS
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?
	2. Energia e fadiga	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
	3. Sono e repouso	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?
	4. Mobilidade	Quão bem você é capaz de se locomover?
	5. Atividades da vida cotidiana	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
	7. Capacidade de trabalho	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Domínio II - Domínio psicológico	8. Sentimentos positivos	O quanto você aproveita a vida?
	9. Pensar, aprender, memória e concentração	O quanto você consegue se concentrar?
	10. Autoestima	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?
	11. Imagem corporal e aparência	Você é capaz de aceitar sua aparência física?
	12. Sentimentos negativos	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?
Domínio III - Relações sociais	14. Relações pessoais	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	15. Suporte (Apoio) social	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
	16. Atividade sexual	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?
Domínio IV- Meio- Ambiente	17. Segurança física e proteção	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
	18. Ambiente no lar	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?
	19. Recursos financeiros	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	21. Oportunidade para adquirir novas informações e habilidades	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
	22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	24. Transporte	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?
Qualidade de vida global e percepção geral da saúde		Como você avaliaria sua qualidade de vida?
		Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Figura 1 Domínios, facetas e perguntas do WHOQOL-Bref

Fonte: adaptado de Pedroso *et al.* (2010).

O instrumento autoaplicado foi respondido por 55 residentes. Os questionários foram aplicados em sala de aula, com a autorização da coordenação do programa e imediatamente recolhidos. 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 daqueles que se negassem a responder ao questionário. Todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética sob o registro CAAE: 51490015.2.0000.5149.

Após a coleta, os dados foram organizados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa Excel 2007 (Office XP). Para analisar os dados foram seguidas as orientações de Pedroso *et al.* (2010) e Canavarro *et al.* (2010), seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL. Com o uso do software Excel, recorreu-se à estatística descritiva com uso de média e desvio-padrão. Como não foi intenção da pesquisa buscar diferenças entre grupos constituídos, não foi necessário recorrer à estatística inferencial.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Dos 70 alunos regularmente matriculados, 55 participaram da pesquisa, correspondendo a 71% do total, sendo 29 pertencentes ao segundo ano de residência e 26 ao primeiro ano. Os que estavam no primeiro ano já tinham sete meses de frequência ao curso.

Sobre o perfil da amostra, 54 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino. As médias das idades encontradas entre os residentes foi de 28 anos, sendo a mais baixa 24 e a mais alta 47. Quanto ao estado civil, 47 eram solteiros, 4 casados e 2 estavam em união estável. Apenas 4 residentes possuíam filhos. Quanto às especialidades, 13 eram residentes da enfermagem, 5 da nutrição, 14 da fisioterapia, 8 da fonoaudiologia, 3 da terapia ocupacional, 2 da odontologia, 10 da farmácia e 2 da psicologia.

A Tabela 1 apresenta o resultado comparativo entre os domínios físico, psicológico meio ambiente e relações sociais do WHOQOL-Bref. Os dados revelam que o melhor desempenho foi obtido pelo domínio relações sociais, seguido dos domínios meio ambiente e psicológico, constituindo um quadro em que os residentes se percebem em situação de não insatisfação nem satisfação com sua qualidade de vida. O pior desempenho foi registrado no domínio físico, assumindo uma condição de insatisfação com a qualidade de vida neste domínio.

Tabela 1 Média e desvio-padrão do desempenho dos quatro domínios do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Domínio Físico	2,74	1,17
Domínio Psicológico	3,17	1,16
Domínio Meio Ambiente	3,35	1,02
Domínio Relações Sociais	3,46	1,13

Fonte: dados da pesquisa.

Resultado semelhante foi obtido por Cahú *et al.* (2014), cujo pior domínio foi o do meio ambiente, seguido, respectivamente, pelos domínios físico, psicológico e social. Pesquisa realizada por Gessner *et al.* (2013) com profissionais da saúde da família, também apontou o domínio Relações Sociais como aquele com melhor resultado, e os domínios Psicológico e Meio Ambiente com os piores escores. A pesquisa realizada por Moreira *et al.* (2016) com 60 profissionais de residência mental, também constatou que os menores escores foram para os domínios Psicológico, Meio Ambiente e Físico.

No que se refere ao Domínio Físico, conforme dados da Tabela 2, as médias mais baixas se deram nas facetas ‘dor e desconforto’ e ‘dependência de medicação ou de tratamento’, indicando que a dor física quase nunca os impede de desempenharem suas tarefas (2,10), e que eles quase nunca sentem necessidade de buscar algum tipo de tratamento médico para levar sua vida diária (2,29), o que é positivo para a QV. Note-se que o desvio padrão nas facetas desse domínio esteve acima de 1,0 em quase todas as facetas, indicando uma variação maior de respostas na facetas 2, 3 e 5.

Tabela 2 Média e desvio padrão das facetas do domínio Físico do WHOQOL-bref

FACETAS	MÉDIA	DESVIO
1. Dor e desconforto	2,10	1,01
2. Energia e fadiga	2,87	1,09
3. Sono e repouso	3,22	1,30
4. Mobilidade	3,31	1,40
5. Atividades da vida cotidiana	2,42	1,21
6. Dependência de medicação ou de tratamentos	2,29	1,15
7. Capacidade de trabalho	3,00	1,04

Fonte: dados da pesquisa.

No Domínio Físico, a percepção de insatisfação com a qualidade de vida está presente na capacidade de desempenhar as ‘atividades da vida cotidiana’ (2,42) e na ‘falta de energia’ e presença de fadiga’ (2,87). Segundo Ishara (2007), o trabalho na assistência à população visa produzir saúde, com relação estreita entre o nível de saúde do profissional e a quantidade e a qualidade do cuidado produzido, portanto, o índice de residentes que apresentam insatisfação quanto à capacidade para o trabalho nesta pesquisa, nos leva à reflexão acerca da influência do estado psíquico sobre a vida laborativa.

Nas facetas mobilidade (3,31), ‘capacidade de trabalho’ (3,00) e ‘sono e repouso’ (3,22), a percepção é de nem satisfação nem insatisfação. Note-se que nenhuma das facetas obteve percepção de satisfação (maior ou igual a 4,00). Problemas com a capacidade de dormir têm sido reportados por inúmeras pesquisas realizadas com residentes e dispararam um sinal de alerta.

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 qualidade de vida de residentes multiprofissionais. No entanto, como a falta de um repouso adequado é uma das principais causas da fadiga e da diminuição da capacidade de trabalho, é preciso aprofundar a investigação com esse grupo de residentes a fim de identificar por quais motivos os residentes não estão satisfeitos com suas capacidades de desempenhar bem as atividades diárias, e não dispõem de energia suficiente para o trabalho.

Segundo Moreira *et al.* (2016) e Cahú *et al.* (2014), a qualidade de sono tende a diminuir ao longo da residência o que acaba comprometendo os demais os domínios da QV, especialmente para quem inicia os programas. 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 *et al.* (1984) e Handel, Raja e Lindsell (2006) têm apontado a relação entre a privação do sono e distúrbios cognitivos de maneira consistente, bem como com a incidência de depressão e uso rotineiro de auxiliares farmacológicos para controlar a privação de sono e reduzir a sonolência. Outro resultado encontrado foi a presença de raiva e hostilidade, como os fatores relacionados ao humor, facetas pertencentes com o Domínio Psicológico analisado na sequência.

De acordo com a Tabela 3 os escores mais altos nesse domínio envolvem a capacidade de concentração, presentes na faceta ‘pensar, aprender, memória e concentração’ (3,54), e satisfação consigo mesmo, representada pela faceta ‘espiritualidade’ (3,49), vinculada a pergunta: em que medida você acha que a sua vida tem sentido? Nesses quesitos o quadro da QV é favorável, com desvio padrão aceitável para todas as facetas, destacando-se que ‘imagem corporal e aparência’ foi a facete com maior variação de resposta.

Tabela 3 Média e desvio padrão das facetas do domínio Psicológico do WHOQOL-bref

FACETAS	MÉDIA	DESVIO
1. Sentimentos positivos	2,78	1,11
2. Pensar, aprender, memória e concentração	3,54	1,03
3. Autoestima	3,36	1,09
4. Imagem corporal e aparência	3,14	1,23
5. Sentimentos negativos	2,74	1,10
6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	3,49	1,38

Fonte: dados da pesquisa.

A faceta que requer mais atenção porque aponta para uma situação de insatisfação diz respeito aos ‘sentimentos positivos’ (2,78), indicando que o residente pouco aproveita a vida.

Em certa medida pode-se dizer que, a manutenção do equilíbrio emocional nesse domínio está sendo compensado pela baixa presença de ‘sentimentos negativos’ (2,74), tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

A não satisfação nem insatisfação com a ‘imagem corporal e aparência’ (3,14), ou aceitação de sua aparência física, e com a ‘autoestima’ (3,36), (em que medida você acha que a sua vida tem sentido?), também são aspectos da QV que merecem ser mais bem explorados, para se entender o que é possível ser feito para melhorar o bem-estar psicológico, assim como o físico, de forma a permitir que essas pessoas se sintam inseridas e aceitas pelos grupos do qual fazem parte, cujas facetas são exploradas no próximo domínio.

De acordo com a Tabela 4, as três facetas do Domínio Relações Sociais remetem a uma situação intermediária entre não satisfação nem insatisfação, quanto as relações pessoais com amigos, parentes e colegas (3,29), com a e vida sexual (3,44), e com o apoio que recebe dos amigos (3,64). Como alertam Jodas e Haddad (2009), os residentes atuam em um ambiente hospitalar marcado por barreiras no relacionamento interpessoal, no quando devem enfrentar situações clínicas graves, que acabam por gerar sentimento de insegurança e impotência ao lidar com situações de vida de outro ser humano. É precisamente em função desse contexto, que o apoio dos familiares, amigos e preceptores é tão importante par ao equilíbrio emocional.

Tabela 4 Média e desvio padrão das facetas do domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref

FACETAS	MÉDIA	DESVIO
1. Relações pessoais	3,29	1,03
2. Suporte (apoio) social	3,64	1,22
3. Atividade sexual	3,44	1,15

Fonte: dados da pesquisa.

Estudo realizado por Ferguson *et al.* (2008) com 180 residentes médicos nos Estados Unidos à respeito de problemas sexuais revelaram sua prevalência, especialmente entre o sexo feminino. Os autores argumentam que este tema está relacionado a qualidade de vida, mas que tem sido ignorado nas pesquisas realizadas sobre o tema, e muitas vezes um das primeiras áreas da vida a sofrer quando um indivíduo é colocado em uma situação estressante. Por fim, alertam 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 existem 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 em curso, por se tratar de um traço inicial do *burnout*, o qual decorre essencialmente da existência de conflito nas relações interpessoais e de sobrecarga de trabalho (Silva *et al.*, 2010). Guido *et al.* (2012), reforçam essas considerações ao apontar a exaustão emocional como um preditor da despersonalização e da redução da realização profissional.

A Tabela 5 apresenta os dados das facetas do último Domínio, o Meio Ambiente. Cabe ressaltar que esse domínio foi o que apresentou os mais baixos escores nas pesquisas realizadas por Cahú *et al.* (2014) e Gessner *et al.* (2013).

Nesse domínio os dois itens com percepção mais favorável para a QV foram ambiente no lar (3,73) (pergunta: Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?) e cuidados de saúde e sociais (3,78) (pergunta: Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?). Para ambos os casos a percepção é de nem satisfação nem insatisfação.

Tabela 5 Média e desvio padrão das facetas do domínio Meio Ambiente do WHOQOL-bref

FACETAS	MÉDIA	DESVIO
17. Segurança física e proteção	3,16	1,13
18. Ambiente no lar	3,73	1,01
19. Recursos financeiros	3,69	0,96
20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	3,78	1,08
21. Oportunidade para adquirir novas informações e habilidades	3,22	0,90
22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	3,00	0,84
23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	3,27	0,95
24. Transporte	2,93	1,27

Fonte: dados da pesquisa.

Nesse domínio, a situação de insatisfação está mais relacionada às facetas: transporte (2,93), recreação e lazer (3,00) e segurança física e proteção (3,16). Nesse início de carreira as condições financeiras costumam ser menos favoráveis e, portanto, o meio de transporte mais comumente utilizado acaba sendo o coletivo. O problema dos transportes nas grandes capitais é de domínio público, 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 pode estar associada ao fator transporte, na medida em que o deslocamento no período noturno traz riscos adicionais ao usuários de serem assaltados.

A faceta recursos financeiros (3,69) (pergunta: você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?) não apresentou percepção negativa, apesar de ainda remeter a uma condição de não satisfação e nem insatisfação. Isso pode ser explicado pelo fato de o valor recebido pela bolsa de ensino (R\$ 3.330,43) para as demais profissionais da saúde, com exceção dos médicos, é muito próximo ou igual ao valor da remuneração de um profissional que está ingressando no mercado de trabalho. Só para exemplificar, de acordo com informações disponíveis no site da Prefeitura de Belo Horizonte o valor do salário de um médico do município de Belo Horizonte é de R\$ 10.000,00, enquanto o de um enfermeiro é de R\$ 5.000,00. No entanto, essa condição financeira não é suficiente para que se possa arcar com os custos de um transporte individual, nem de realizar com atividades de lazer de qualidade (3,00). As condições do ambiente físico, medidas pela poluição, ruído, trânsito e clima (3,27) e de acesso às informações das quais necessita no dia a dia (3,22) também remetem a uma situação de não satisfação e podem ser fontes de estresse ocupacional.

As duas últimas questões do questionário permitem fazer uma avaliação da percepção geral dos residentes quanto a qualidade de vida global é definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a sua percepção geral de bem-estar. Em relação à pergunta do ‘Como você avaliaria sua qualidade de vida?’ o escore obtido foi de 2,27, o que remete a percepção de insatisfação com a qualidade e de vida de modo geral. A resposta à pergunta ‘Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?’, também remeteu a um sentimento de insatisfação com a sua saúde (2,40).

Em síntese, as facetas com resultados mais positivos para a QV dos residentes multiprofissionais são: capacidade de concentração, satisfação consigo mesmo, suporte social, ambiente no lar, recursos financeiros e acesso aos serviços de saúde. As facetas com escores mais baixos, por sua vez, são: segurança, lazer, transporte, satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia, e concentração. No entanto, é preciso salientar que nenhuma facete obteve escore igual ou superior a 4, apontando a não presença da condição de estar satisfeito com o que se faz, como se vive e como se relaciona com as demais pessoas e instituições aos quais pertence. O quadro exige preocupação e intervenção específica por parte da instituição de ensino, que pode desenvolver programas de saúde mental, de bem-estar e de tutoria. Concordamos com Mayer (2017), quando ela argumenta que não podemos contemplar problemas relacionados saúde psicossocial como se fossem

rotineiros e normais, especialmente quando se propõe a cuidar da saúde da população e sequer se consegue dar atenção à saúde de quem presta assistência à ela.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi o de analisar a qualidade de vida dos residentes de um Programa Integrado Multiprofissional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), nos quatro domínios estabelecidos pelo WHOQUOL-bref.

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, normalmente trabalhando em situações de emergência, com uma carga de trabalho extensa, submetidos a todo o tipo de estresse que podem 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 experiências com os preceptores e demais profissionais do serviço. No entanto, eles também alertam 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 do presente 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. Alertamos 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. Reconhecemos que são necessárias outras pesquisas para confirmar os resultados aqui descritos e analisados e aprofundar a reflexão sobre o assunto. Ressaltamos como limitações do estudo o fato de não termos avaliado os sintomas físicos, psicológicos e comportamentais dos sujeitos. Esperamos que os resultados possam servir de subsídio para que medidas de prevenção a serem colocadas em ação.

REFERÊNCIAS

- Aach, R. D. *et al.* (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, Brasil.
- Aiken, L. *et al.* (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, 422-9.

- Barrack, R.L. et al. (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. et al. (2014). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 76-83.
- Canavarro, M.C. et al. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3(3), 243-268.
- Cavalcanti, I.S. et al. (2018). Burnout e depressão em residentes de um programa multiprofissional em oncologia: estudo longitudinal prospectivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(1), 190-198.
- Carvalho, L., & Malagris, L. (2007). Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 570-582.
- Cousins, N. (1981). Internship: preparation or hazing? *Journal of the American Medical Association*, 245(4), 154-16.
- Cruz, L.N. et al. (2011). Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-Bref in Southern general populations sample. *Quality of life Research*, 20(7): 1123-1129.
- Ferguson, G.G. et al. (2008). The sexual lives of residents and fellows in graduate medical education programs: a single institution survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 2756-2765.
- Fleck, M.P.A. et al. (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, 19-28
- Fleck, M. P. A. et al. (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, 201-203.
- Gessner, L.S. (2013). Qualidade de vida de trabalhadores de equipes de saúde de família no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 15(3), 30-37.
- González, N. et al. (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. et al. (2012). Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 1477-83.
- 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), 1-8.
- 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), 363-71.
- 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. (2004). Effect of reducing intern's weekly work hours on sellepand attentional failures. *The New England Journal of Medicine*, 351(18),1829-37.
- 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.
- Malach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annals Review Psychology*, 52, 397-422.
- 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, Brasil.
- Mathias, L. et al. (2004). O plantão noturno em anestesia reduz a latência ao sono. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54, 693-9.
- Moreira, A.P. et al. (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.
- 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.
- 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.
- Spiller, P. M. et al. (2008). Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, 13(1), 88-95.
- 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), 1-09.
- Pedroso, P. et al. (2010). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 2(1), 31-36.
- 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.
- Silva, T.L et al. (2010). Socio- demographic aspects related to burnout syndrome in physiotherapists. *Revistainspira*, 2(1), 6-13.
- 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), 580-88.
- Souza, L.J.E., & Barroso, M.G.T. (1999). Qualidade de vida na criança acidentada. *Texto & Contexto Enfermagem*, 8(3), 308-317.
- Sorés A. & Peto, K. (2015). Measuring of subjective quality of life. *Procedia Economics and Finance*, 32, 809-816.

- Trigo, T.R. (2010). Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In: Glina, D.M. & Rocha, L.E. (Org.). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca. p.160-175.
- Uliana, R.L. *et al.* (1984). Mood changes during the internship. *Journal of Medical Education*, 59, 118-23.
- 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.
- Wenger, N. (1984). El Concepto de calidad de vida. *Calidad de Vida y Atención Cardiovascular*, 1(1), 2-14.
- Who - World Health Organization (1997). Division of mental health and prevention of substance abuse. *WHOQOL - Measuring Quality of Life*. Genebra, 1997. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Acesso em: 30 de Jun. de 2018.
- 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.