

**A RESIDÊNCIA MÉDICA EM ANÁLISE: UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A
QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES DE UM HOSPITAL DE ENSINO FEDERAL**

ADRIANE VIEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

CARLA APARECIDA SPAGNOL

UNIVERSITÉ DE CERGY PONTOISE

JOÃO ANTONIO DECONTO

JOAO PAULO GOMES DE CARVALHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Agradecimento à orgão de fomento:

Agradecemos a Fapemig e Cnpq pelo financiamento da pesquisa.

A RESIDÊNCIA MÉDICA EM ANÁLISE: UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES DE UM HOSPITAL DE ENSINO FEDERAL

1 Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 levou à proposição de um processo educativo para os profissionais da saúde mais integrado à realidade dos serviços, incorporando questões políticas e organizacionais no seu conteúdo, de modo a propiciar uma visão sistêmica e integrada dos serviços. Nesse contexto os currículos das residências médicas e multiprofissionais foram reorganizados (Feuerwerker, 1998).

A residência em saúde se caracteriza por um tipo de educação em nível de pós-graduação *lato sensu*, realizado em instituições de saúde sob a orientação de profissionais qualificados (Nogueira-Martins et al., 2004). Trata-se de um ensino de vital importância para a formação dos profissionais que tem como carga horária semanal 60 horas de dedicação, com pouco tempo para o descanso e muitas cobranças (Moreira et al., 2016, Guido et al., 2012, Asaiag et al., 2010). Essas condições podem trazer consequências negativas para a qualidade de vida do residente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde a QV (*World Health Organization - WHO*): “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 Sorés e Peto (2015) a qualidade de vida (QV) está relacionada ao bem-estar, englobando uma dimensão objetiva (*welfare*) como os rendimentos, a infraestrutura e a segurança pública, mas também uma dimensão subjetiva (*well being*) associada ao respeito, à valorização e ao bom relacionamento. Nesse sentido, os estudos sobre QV devem envolver aspectos psicológicos, biológicos e sociais de indivíduos e sociedades (Pedroso & Pilatti, 2010).

Nesse contexto pergunta-se: como se configura a qualidade de vida dos médicos residentes? Para responder a essa pergunta foi realizado um estudo de caso em um hospital geral localizado em Minas Gerais, tendo como objetivo analisar a influência do programa de residência médica na qualidade de vida dos profissionais. Espera-se que o estudo forneça subsídios para ações de melhoria na QV desses residentes e que aponte estratégias de mudança nos programas a fim de garantir melhores condições de aprendizagem (Lourenção, Moscardini, & Soler, 2010).

Na sequência deste trabalho apresenta-se o referencial teórico, a metodologia da pesquisa, a descrição e análise dos dados, e no último item as considerações finais, contendo limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

2 QUALIDADE DE VIDA NA SAÚDE: UMA BREVE INTRODUÇÃO AO TEMA

As primeiras discussões sobre qualidade de vida levaram ao entendimento de que ela estaria relacionada a um conjunto de padrões associados à interação social entre membros de um mesmo grupo, de modo a satisfazer suas necessidades (Wenger, 1984). Posteriormente essa compreensão foi ampliada e foram incluídos outros aspectos como a capacidade das pessoas de agirem na vida diária, o desempenho e a produtividade no trabalho, a capacidade intelectual, a estabilidade emocional e a satisfação geral (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV é determinada por diversos fatores, dentre eles, tais como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade. Conceituar a QV torna-se uma tarefa complexa. 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 (Minayo, Hartz & Buss, 2000). Além disso, ela é subjetiva, ou seja, só

quem pode avaliar a QV são os próprios sujeitos, e envolve diferentes dimensões: físicas, psicológicas, relacionais, de trabalho e de recursos financeiros (Seidl & Zannon, 2004, Spiller *et al.*, 2008).

Diversas pesquisas têm sido realizadas com residentes médicos a fim de identificar dificuldades de ordem emocional propiciadas pelas atividades ocupacionais. Lourenção, Moscardini e Soler (2010) realizaram revisão bibliográfica utilizando os descritores qualidade de vida, estresse, internato e residência, e identificaram 42 publicações apontando a incidência elevada de estresse e *burnout* entre residentes, produzindo graves consequências negativas para a qualidade de vida.

No Brasil a residência médica teve seu início por volta de 1940, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Oficialmente os programas de residência foram instituídos pelo Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977, com carga horária de 60 horas semanais, sendo 80 a 90% desta sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares (BRASIL, 2004).

Os serviços de saúde são vitais para a vida humana, no entanto, os profissionais são submetidos a longas jornadas de trabalho e muito desgaste físico e emocional, o que acaba comprometendo a qualidade de sua vida e a prestação de um serviço sem riscos aos usuários (Moreira *et al.*, 2016, Achkar, 2006, Benevides-Pereira, 2002).

Estudos apontam que o ingresso nos cursos de medicina, seja na graduação ou pós-graduação, provoca fortes impactos no modo de vida dos acadêmicos, pelo fato de o processo de ensino-aprendizagem exigir intensa carga horária de estudo, em ambiente competitivo e estressante, no qual os estudantes devem lidar com a impossibilidade de dominar todo o conhecimento que necessitam (Vasconcelos *et al.*, 2015). Além disso devem enfrentar o medo de cometer erros e a dificuldade de manter uma vida pessoal satisfatória (Mayer (2017). Tal ambiente, segundo Nogueira-Martins *et al.* (2004) é naturalmente insalubre, tanto fisicamente quanto psicologicamente.

De acordo com Swide e Kirsh (2007), a carga de trabalho e a falta de experiência profissional são os fatores que mais podem contribuir para o desenvolvimento de crises adaptativas e transtornos mentais em médicos residentes. A ausência de monitoramento do estado emocional e de ações de promoção da saúde podem incorrer em maior risco para estados depressivos com ideia suicida, consumo excessivo de álcool, adição a drogas, disfunções conjugais, raiva crônica, ceticismo e mau humor (Mayer, 2017).

Segundo Cousins (1981), os programas de residência podem ser comparados a um teste de resistência, dado a capacidade de despertar quadros de ansiedade, e para Aach *et al.* (1988), os principais sintomas emocionais encontrados nesses contextos são a insegurança, relacionada à percepção de limitações na assistência clínica e ao processo de aprendizagem, e a tendência a desenvolver reações depressivas à frustração pelo excesso de trabalho e privação de sono. A privação do sono e distúrbios cognitivos em residentes têm sido apontados como sintomas mais frequentemente encontrados entre os residentes (Handel, Haja, & Lindsey, 2006, Asaiag *et al.*, 2010) bem como uso rotineiro de auxiliares farmacológicos para controlar a privação e reduzir a sonolência. Outros sintomas presentes são: raiva e a hostilidade (Uliana *et al.*, 1984); isolamento social (Jodas & Haddad, 2009); sentimentos de desvalorização da profissão, ressentimento pela perda de poder do saber médico e percepção da medicina mais como negócio (Gilbert, Cardoso, & Wuillaume, 2006); ansiedade, depressão e ideação suicida (Mayer, 2017, Heijden, 2008, Tyssen *et al.*, 2001); problemas de ordem sexual, como falta de libido e distanciamento emocional dos parceiros (Ferguson *et al.*, 2008).

Sucupira e Pereira (2004) discutem o papel da preceptoria na residência, apontando as possibilidades de atuação dos preceptores. Para os autores os preceptores são educadores que têm como missão construir junto com os residentes uma nova prática clínica, que possa

responder aos problemas de saúde por meio de uma ação integral. A atuação pedagógica do preceptor deve ser fundamentada no diálogo, na participação, na reflexão crítica sobre a prática e no respeito ao saber dos educandos.

Botti e Rego (2010) também examinaram o papel da preceptoria, partindo das percepções dos preceptores dos programas de residência médica em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Ele constatam que o preceptor funciona como uma vitrine de atributos técnicos e relacionais, proporcionando verdadeiras condições de desenvolvimento técnico e ético nos cenários reais de prática profissional.

Para os residentes a medicina tem se tornado mais um negócio do que um ofício, segundo Gilbert, Cardoso e Wuillaume (2006), além disso, a falta de cobertura dos planos para determinados procedimentos é constante e provoca questionamentos sobre a ética profissional. Apesar disso, existe o reconhecimento por parte dos residentes sobre a importância da bagagem adquirida, e a percepção de que são capazes de enfrentar situações fora do ambiente protegido do hospital.

Em síntese, as pesquisas têm apontado que a situação da qualidade de vida e da saúde dos residentes é preocupante e exige intervenções específicas por parte da instituição de ensino, tais como programas de saúde mental, de bem-estar e de tutoria, para não se incorrer no equívoco de encarar os problemas de saúde mental como normais e até mesmo essenciais ao amadurecimento emocional e crescimento profissional (Mayer, 2017).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O método escolhido para a realização da pesquisa foi o estudo de caso único (Yin, 2001), com residentes médicos de um hospital de ensino federal localizado Minas Gerais. Para realizar as entrevistas utilizou-se os domínios do questionário WHOQOL-Bref como inspiração para a construção do roteiro (Figura 1) e elaboração das perguntas.

Temas	Perguntas
Domínio Físico	Fale sobre a qualidade do seu sono e repouso. Descreva as condições do dormitório utilizado durante os plantões. Quando e onde você realiza suas refeições e como avaliada a qualidade. Fale sobre o meio de transporte utilizado para ir ao trabalho e sobre a sua qualidade.
Domínio Psicológico	Descreva os motivos de escolha da residência neste hospital. Explique quais eram as suas expectativa em relação à residência e se elas foram atendidas ou não. Você se sente valorizado por este hospital?
Domínio das Relações Sociais	Descreva a qualidade do relacionamento profissional com residentes de outras especialidades Descreva a sua relação familiar e o tipo de apoio recebido enquanto realiza a residência. Descreva a relação com o preceptor e sobre como ele avalia e da feedback sobre o trabalho realizado.
Domínio Meio ambiente	Descreva as condições de trabalho. Explique o quanto você sente segurança para o desempenho da profissão. O valor da bolsa de estudos é suficiente para atender suas necessidades básicas? Quais são suas atividades de lazer?

Figura 2: Análise de conteúdo: temas e subtemas

Fonte: elaborado pelos autores.

A entrevista semiestruturada foi realizada com oito residentes no local de trabalho, com duração média de 30 minutos, gravadas e transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato os entrevistados receberam um código com a letra R e um número de 1 a 8. A escolha dos residentes foi aleatória e não probabilística, resultante da disponibilidade de participar do estudo. Solicitou-se a coordenação geral do programa autorização para a realização da pesquisa e a mesma realizou o contato com os preceptores solicitando liberação dos residentes para a participação nas atividades. O critério de encerramento da coleta de dados foi o de saturação teórica. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), o fechamento amostral por saturação teórica é definido como o encerramento de inclusão de novos sujeitos quando os dados obtidos passam a apresentar redundância, na avaliação do pesquisador, o que permite considerar que não há mais dados relevantes para prosseguir com a coleta de dados.

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.

A técnica de análise de dados utilizada por a análise de conteúdo do tipo categorial temática (Franco, 2008). Após a coleta, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e depois de seguidas leituras foram construídas as categorias, denominadas de temas, sendo que de cada tema emergiram outros subtemas relacionados.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Domínio Físico

Quanto à qualidade do sono apenas dois residentes afirmaram que dormem bem, os demais disseram que dormem porque chegam em casa cansados ou porque tomam remédio, apenas um respondeu que dorme melhor porque dá menos plantões noturno.

Durmo bem, até porque chego muito cansado e caio na cama. R1

Estou chegando em casa muito cansada e durmo. R2

Meu sono com clonazepam vai muito bem. R7

A relação entre a privação do sono e distúrbios decorrentes como sonolência e até mesmo erros médicos tem sido explorada por autores como Handel, Haja e Lindsell (2006), com destaque para a consequência negativa sobre a qualidade de vida dos profissionais, bem como uso de auxiliares farmacológicos como citado pelo R7. 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) indica o desgaste físico e o cansaço constante como sintomas que se apresentam com mais frequência entre os residentes. Autores como Lourenção, Moscardini e Soler (2010), Heller (2008) e Gopal (2007) são unânimes em afirmar que a redução da carga horária dos programas levaria a uma melhora da qualidade de vida dos residentes.

Os residentes da pesquisa apontaram também os fatores que comprometem a qualidade de vida e que vão além do sono, dando destaque à extensa carga de trabalho. Outro fator citado como comprometedor da QV foi o ambiente de trabalho no período diurno, considerado mais estressante que o noturno, pelo barulho, demanda e movimentação. Eles também enfatizaram que o estresse é bem maior no primeiro anos de residência, em função dos plantões.

Quando eu era R1 era muito pior. A gente dorme melhor porque tem menos plantões na residência. R4

Quando eu era R2 era mais estressante. Quando chegava em casa estressada não conseguia dormir. Acaba acumulando e ao longo da semana a gente fica mais cansada. R3

Eu não durmo bem. No plantão noturno é mais silencioso. Tem menos pessoas aguardando e gritando. R5

De acordo com Prins et al. (2007) são justamente os médicos-residentes do primeiro ano de residência que são mais afetados pela sobrecarga física e emocional. Os autores ainda alertam para a necessidade de monitoramento do quadro a fim de que não evolua para distúrbios emocionais como estresse, depressão e síndrome de *burnout*. Segundo Asaiag et al. (2010) e Trigo (2010), a síndrome psicológica de esgotamento profissional conhecida como *burnout* é decorrente da sobrecarga emocional crônica no trabalho, e apresenta três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia. Tironi et al. (2016) identificaram a prevalência da síndrome em pesquisa realizada com 180 médicos intensivistas, de cinco capitais brasileiras, e estudo conduzido por Uliana et al. (1984) apontou a raiva e a hostilidade como os fatores relacionados ao humor que mais se mostraram presentes durante a residência.

Em relação à qualidade dos dormitórios a maioria dos residentes considerou as instalações adequadas, mas, alguns deles esclareceram que melhorias foram realizadas pelos antigos residentes, que compraram camas e ventiladores para melhorar o conforto e a qualidade do descanso.

O dormitório é bom. A gente divide com graduandos, mas não tem problema. Não tem travesseiro, mas a gente não dorme muito mesmo. R1

Tiveram algumas melhorias proporcionadas pelos residentes. Eles compraram camas e travesseiros. Os banheiros são bons. R6

Um dos residentes mencionou a dificuldade de utilizar o dormitório por falta de tempo e o outro disse que a distância entre a sala de descanso e o local de trabalho é muito longa. Outros dois mencionaram que o espaço é muito pequeno para a quantidade de residentes existente, e que o número de pessoas transitando pelo local deixa o local sujo e bagunçado.

A qualidade do dormitório é boa, mas, a gente só não consegue usar porque é trabalho demais. R2

Poderia melhorar. É em uma área comum para todas as especialidades, uma sala de encontro. São camas antigas, a ventilação não é boa. Como tem muita gente transitando fica sujo e bagunçado. R3

O tema destacado pelos entrevistados como sendo o que tem gerado mais insatisfação é a alimentação, em especial a falta de lanche no plantão noturno e a falta de tempo para se deslocar até o refeitório para se alimentar mais tranquilamente.

Eles falam do almoço, o resto ninguém te pergunta. Já nem tenho esse negócio de comer de 3 em 3 horas. Agora é café e almoço, e lanche quando eu chego em casa. R1

Piorou muito. Pela manhã, a gente atende e acaba de discutir os casos lá pela 13:00, e tem que liberar as prescrições para a farmácia, então eu vou almoçar entre 14:00 ou 15:00 horas. Nesse horário tem que sair do hospital para almoçar, e perde-se bastante tempo. Antigamente a gente almoçava aqui e era muito mais prático e rápido. Eu sei que a gente não tem mais direito. R3

No plantão noturno é servido um lanche. A pessoa que está de plantão tem que descer com o crachá e pegar o lanche. Muitas vezes você está em uma intercorrência aqui em cima e não pode pedir pra alguém pegar porque tem que ser você á pegar. R4

Alimentação é o pior. Acaba que a nossa bolsa de residência a maior parte é pra alimentação. Mas a gente não consegue sair meio-dia do hospital entendeu, tem várias coisas a serem feitas que o residente tem que deixar pronto mesmo que ele não esteja de plantão, o ideal seria comer aqui mesmo se possível pelo menos para todos os residentes. R6

As vezes, por exemplo não trouxe comida, não consegue sair porque paciente está grave, não sei eu acho que a comida no hospital é o mínimo para o residente. R7

Antes eles serviam um lanche durante os plantões agora nem isso. Faz muita falta.

Antes, se a gente estava de plantão a gente pedia para um colega trazer o almoço para a gente. Agora não pode mais, só a gente é que pode pegar. Aí fica sem almoçar. Um lanche a noite faz muita falta. A gente fica muito tempo sem se alimentar. R8

De acordo com Lourenção, Moscardini e Soler (2010), o contato frequente com a dor e o sofrimento são marcantes no ambiente profissional da residência, provocados pela jornada semanal de 60 horas, com plantões de 24 ou 30 horas, privação do sono e nutrição inadequada, que acabam por resultar em fadiga extrema. Firth-Cozens, Cording e Ginsburg (2003) e Swide e Kirsh (2007) alertam que a falta de repouso adequado juntamente com uma sobrecarga de trabalho contribuem incisivamente para o desenvolvimento de crises adaptativas e transtornos mentais em médicos residentes. Tudo isso aponta para a necessidade da coordenação do programa e preceptores estarem mais atentos às necessidades dos residentes, por mais insignificantes que suas queixas possam parecer, pois, a falta de preocupação, em quadros de exaustão física e emocional, podem atuar como catalizadores do sofrimento, adoecimento e falta de motivação para o trabalho, além de comprometer o processo de aprendizagem e impactar negativamente na qualidade do tratamento dos usuários.

4.2 Domínio psicológico

A grande maioria dos residentes entrevistados escolheu fazer a residência no hospital em estudo pelo fato de ele ser referência para muitas especialidades, e pela qualidade de sua infraestrutura e equipe de preceptores. Eles reconhecem que já aprenderam muito com a residência e confirmam que as expectativas foram atendidas.

Nem se compara o que eu sabia antes de entrar aqui e o que eu sei hoje. R3

No primeiro mês que eu estive aqui eu já aprendi muito, tanto questões pessoais de crescimento individual quanto de conhecimentos específicos mesmo. R8

Apenas dois residentes fizeram referência ao sentimento de “às vezes ser usado como mão de obra barata” e da necessidade de aprimoramento da preparação para o exercício da preceptoria.

Eu tenho reconhecimento de mão de obra barata. Mão de obra barata, porque enquanto a gente tá fazendo serviço o plantão tá funcionando, enquanto a gente está atendendo no ambulatório e conseguindo ir embora cedo, ok. Saiu daí a gente não é mais reconhecido. Quando você precisa de alguma coisa não é. Acho que é só a mão de obra barata mesmo. R3

4.3 Domínio das relações sociais

Os residentes destacaram a importância do bom relacionamento entre as especialidades para a realização do trabalho e afirmaram que iniciativas de aproximação acontecem com frequência. Apenas um deles fez referência às dificuldades impostas no relacionamento não pelos residentes mas pelos médicos que se encarregam de os supervisionar.

Quando a gente vê que o paciente precisa de mais de uma especialidade, a gente procura. A maioria te trata bem. Então, quando a pessoa é acessível troca telefone, conversa e se comunica bem. Mas, às vezes o serviço te trata mal. O problema não é nem o residente, é a chefia. Você vai discutir um caso e o preceptor é ríspido. Mas os residentes costumam ser pessoas tranquilas e a relação normalmente é boa. R1

O tema mais sensível foi a relação com os preceptores, tanto em relação ao acompanhamento diário e supervisão na realização das tarefas.

A gente atende dez pacientes pela manhã e não discute caso de nenhum. Se você não chamar o preceptor você atende sozinho. Os preceptores querem que a gente toque o serviço e a gente não tem retorno em nada. Às vezes a gente vai para o ambulatório e é só atender, atender, atender. Eu fico às vezes aterrorizada. R1

A maioria deles são muito satisfeita em ensinar. Quando eles percebem que a gente tem alguma dificuldade eles comentam mais sobre aquele assunto, e quando você está em um dia mais tranquilo na urgência dá para analisar melhor o caso. R5

Às vezes o preceptor não aparece não corresponde...tem receptor que abusa do poder que ele tem para fazer, para delegar funções que não são do próprio residente... de forma mais agressiva, mais impositiva, de forma que a gente se sente tratado apenas como aluno e não como médico. O que mais incomoda todos os residentes, eu acho, são as questões que levam a esse assédio moral mesmo... gritando mesmo... R2

A gente tem que ter mais autonomiaa gente tem que atender... mas às vezes o preceptor simplesmente não nos recebe.. a gente fica meio perdido nessa história. R2

Alguns residentes citaram que os preceptores estão sempre presentes e disponíveis para ajuda-los, porém, outros afirmaram que não, e se sentem assustados com essa situação, chegando a gerar a percepção de que os preceptores aparentam não querer estarem satisfeitos por desempenhar esta função.

O preceptor tem papel importante na inserção e socialização do recém-graduado fornecendo suporte para que o residente adquira mais confiança e segurança para realizar suas atividades diárias. Segundo Botti e Rego (2008), na prática ele acaba assumindo um conjunto muito amplo de atribuições, desde a orientação e supervisão até a mentoria. Nesse último caso ele serve como guia e estimula o raciocínio e a postura ativa, e ainda aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal do residente (Botti & Rego, 2011). No entanto, nem sempre eles estão preparados para planejar e avaliar as atividades educativas (Lima & Rozendo, 2015), cabendo a coordenação do programa e do hospital criar cursos de capacitação para assumirem essas novas responsabilidades. Outro papel atividade que preceptor acaba por desempenhar é a de apoio psicológico aos residentes, dado que, como apontam Lourenção, Moscardini e Soler (2010) e Mayer (2017) distúrbios emocionais, como estresse, depressão e síndrome de *burnout* têm se tornado comum entre os residentes, especialmente no primeiro ano.

4.4 Domínio do meio ambiente

A maioria dos respondentes não identificou problemas com o seu meio de transporte. Apenas um usava o coletivo porque o hospital não fornecia estacionamento, os demais faziam uso de aplicativos porque o veículo próprio ainda é um luxo que não está ao alcance de todos porque o valor da bolsa não é suficiente para tal, pois para comprar um carro é preciso ter outras fontes de renda.

No que se refere ao lazer os residentes reportaram atividades realizadas em casa e individualmente, como jogar videogame ou ler, ou então ficar com a família ou sair com

amigos. Todos eles mencionaram o desejo de ter mais tempo disponível para o descanso e reposição das energias.

Às vezes eu saio com meus pais em casa de parentes. R2

O problema é o tempo, quando a gente consegue a folga dá para fazer. R6

De vez em quando eu jogo vídeo game com meu menino. R4

Gosto de viajar, gosto de ir para o sítio, tem muito tempo que eu não vou por falta de tempo. R3

Alguns justificaram que o baixo valor da bolsa os faz realizar plantões nos horários que seriam de descanso, porque precisam ajudar nas despesas da casa. A maioria não está satisfeita com o valor da bolsa. Três deles ajudam nas despesas de casa e ressaltaram o sentimento de insatisfação pela falta de valorização do trabalho.

Todo mundo aqui na residência ajuda com as despesas em casa. Eu tenho uma mãe que é doente e tenho que ajudar no tratamento dela, então eu preciso complementar a renda R4

É caro. Aluguel, condomínio, alimentação é o pior. Acaba que a nossa bolsa de residência a maior parte é para alimentação. A questão do transporte e da alimentação consomem de 50% á 70%. R3

O aluguel aqui em Belo Horizonte é caro e o condomínio também. R5

Eu tenho que ter outro trabalho, tenho dois filhos e eu sou a única pessoa que sustenta minha casa. R7

De acordo com dados disponíveis no portal do hospital em estudo, o valor da bolsa de residência em saúde paga pelo Governo Federal é de R\$ 3.330,43. O salário é uma dimensão objetiva da QV e que não pode ser colocada em segundo plano, sob pena de ameaçar o equilíbrio entre os diversos domínios e facetas da qualidade de vida (Minayo, Hartz e Buss, 2000). É preciso ressaltar que questões subjetivas e objetivas estão profundamente articuladas na QV, como salientam Sorés e Peto (2015). Segundo os autores bem-estar na sua uma dimensão objetiva (*welfare*) e ligado aos rendimentos pode refletir na dimensão subjetiva (*well being*), representando respeito, apreciação e valorização.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi analisar a influência do programa de residência médica na qualidade de vida dos profissionais. Os resultados mostram que os fatores associados à qualidade de vida que têm sido mais negativamente afetados pelo programa de residência em estudo são o sono, a qualidade do dormitório enquanto local de descanso durante os plantões, a falta de cuidado com a alimentação, a relação com o preceptor, tempo para o descanso e lazer e o baixo valor da bolsa de estudos.

O ambiente hospitalar é por natureza bastante complexo e na fase de formação profissional em que estão os residentes somam-se aos fatores naturalmente estressores (jornadas extensas, risco de vida, capacidade de lidar com as demandas de urgência e com aspectos emocionais dos pacientes) as cobranças intensas por parte de tutores e preceptores e a diminuição do tempo e espaço para a vida social, o que acaba por provocar o distanciamento da família e/ou dos amigos e levar ao desequilíbrio físico e mental, incorrendo em prejuízo à qualidade de vida.

É preciso reconhecer a importância dos programas de residência para a preparação para o trabalho, no entanto, não se pode furtar de alertar para a necessidade de um acompanhamento sistemático da qualidade de vida dos residentes, nos aspectos físicos, ambientais, psicológicos e relacionais, em função dos fatores aqui apontados.

Como limitações do estudo destaca-se o tamanho da amostra e sugere-se a necessidade de aliar dados qualitativos e quantitativos na busca pela melhor compreensão do fenômeno, bem como comparar os resultados com dados levantados em hospitais de outra natureza, como os privados e os sem fins lucrativos.

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.

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.

Benevides-Pereira, A.M.T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Botti, S.H.O., & Rego, S.T.A. (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 3(3):363-373.

Botti, S.H.O., & Rego, S.T.A. (2010). Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 21(1): 65-85.

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Portaria no 198/GM/MS. *Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor*. Brasília.

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.

Feuerwerker, L. C. M. (1998). Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface. Comunic, Saúde, Educação*, 3, 51-71.

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.

Firth-Cozens, J., Cording, H., & Ginsburg, R. (2003). Can we select health professionals who provide safer care. *Quality & Safety in Health Care*, 12 (s1):6–20.

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.

Fontanella, B. J.B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em

pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1):17-27.

Franco, M. De L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Brasília: Líber.

Gilbert, A.C.B., Cardoso, M.H.C.A., & Wuillaume, S. M. (2006). Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(18):103-116.

Gopal, R. K. et al. (2007). Internal medicine residents reject “longer and gentler” training. *Journal of general internal medicine*, 22(1):102-106.

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.

Heijden, F. V. D., Dillingh, G., Bakker, A., & Prins, J. (2008). Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout. *Archives of Suicide Research*, 12: 344–346.

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.

Lima, P.A.B., & Rozendo, A.A. (2015). Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde, *Interface (Botucatu)*, 19 Supl 1:779-791.

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.

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.

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.

Nogueira-Martins, L. A. et al. (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of Sao Paulo: a preliminary report. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 7(10):1519-1524.

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.

Prins, J. T. et al. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medical Education*, 41(8): 788-800.

- Spiller, P. M. *et al.* (2008). Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, 13(1), 88-95.
- Swide C.E., & Kirsch, J.R. (2007). Duty hours restriction and their effect on resident education and academic departments: the American perspective. *Current Opinion in Anesthesiology*, 20(6):580-4.
- 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), 580-88.
- Sorés A. & Peto, K. (2015). Measuring of subjective quality of life. *Procedia Economics and Finance*, 32, 809-816.
- Sucupira, A. C. S. L.; Pereira, A. (2004). Preceptoria na residência em saúde da família. *SANARE*, 5(1):47-43.
- Tironi, M.O.S. *et al.* (2016). Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3):270-277.
- Tyssen, R. *et al.* (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64:69-79.
- 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.
- Vasconcelos, T.C. *et al.* (2015). Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(1), 135-42.
- 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.
- Yin, R. (2001). *Estudo de caso*. Porto Alegre: Bookman.