



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -
MESTRADO

DÉBORA ANDRADE CAETANO

**ESTRESSE, BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O
TRABALHO EM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS**

JUIZ DE FORA-MG

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA –
MESTRADO

DÉBORA ANDRADE CAETANO

**ESTRESSE, *BURNOUT*, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O
TRABALHO EM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

JUIZ DE FORA-MG

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -
MESTRADO

DÉBORA ANDRADE CAETANO

**ESTRESSE, BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA O
TRABALHO EM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr. ^a Edelvais Keller

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Mary Sandra Carlotto

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Dedicatória

Que meu esforço possa ser motivo de orgulho a memória das minhas avós.

Agradecimentos

As boas ideias e os grandes talentos não se constroem no isolamento, existe um quebra-cabeça de inúmeras interferências sutis que transformam os trabalhos e fazem com que terminem com sucesso.

Nesse difícil trabalho, agradeço à minha família por todos os momentos que me atrapalharam e todos que deram o suporte que eu precisei. Sem eles não chegaria até aqui, com eles tive outros problemas para lidar. Agradeço a família que emprestei e que me abrigou do início ao fim, me deu espaço, alimento e suporte para a realização da minha pesquisa e da minha escrita, à avó que eu ganhei na vida, à madrinha que eu conheci por outros caminhos, à irmã que fiz vinda de outra mãe e as amizades que me valeram ouro.

À minha orientadora agradeço por me dar suporte acadêmico e, na maioria das vezes, emocional para lidar tanto com os problemas da pesquisa e das outras interferências da vida. Também agradeço a todos os professores, doutores e especialistas envolvidos nesse trabalho que se mostraram sempre solícitos.

Agradeço a minha saúde por não ter me abandonado por completo, mesmo com todas as noites em claro, as incontáveis viagens e as dificuldades encontradas.

Agradeço a CAPES por tornar essa pesquisa possível.

A todos envolvidos direta ou indiretamente, todos que torceram por minha vitória e que fizeram parte dos meus últimos 32 meses, o meu muito obrigada.

RESUMO

A experiência de formação em serviço em residências multiprofissionais pode acarretar a vivência de situações de tensão e pressão que predispõem residentes ao estresse e ao *burnout*, o que pode ter relação com os prejuízos na qualidade de vida e capacidade para o trabalho. Sendo uma recente realidade na formação de profissionais de saúde no Brasil, existem poucos estudos que investigam a saúde mental dessa população. A presente pesquisa rastreou os possíveis casos de vulnerabilidade ao estresse e *burnout* de residentes de diversas áreas de formação em dois hospitais universitários de cidades distintas, suas relações com a qualidade de vida e capacidade para o trabalho, bem como a percepção dos residentes sobre sua formação acadêmica e o cotidiano da residência. A pesquisa tem método misto e como instrumentos foram utilizadas as escalas de vulnerabilidade ao estresse no trabalho (EVENT), o questionário de *burnout* (CESQT), índice de capacidade para o trabalho (ICT) e de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), com o questionário sociodemográfico-clínico e uma entrevista semiestruturada sobre as relações dos residentes. Os resultados apontam para uma prevalência de 25,9% de vulnerabilidade ao estresse e de *burnout*. Utilizando análise fatorial, vulnerabilidade ao estresse no trabalho e capacidade para o trabalho foi o único par de variáveis entre os escores dos testes que não obteve correlação entre si. A análise qualitativa pode demonstrar que as principais unidades de registro relacionadas com a percepção do estresse na residência são a organização e as relações interpessoais, entretanto as mesmas relações foram percebidas como fonte de proteção quando no trabalho interprofissional.

Palavras-chave: *Burnout*, Estresse Psicológico, Qualidade de Vida, Residência Multiprofissional

ABSTRACT

The multiprofessional residency training experience may put the resident under strain and stressful situations that incline them toward distress and burnout, which in their turn may be related with low quality of life and work ability. Once the multiprofessional residency is a recent reality in the health staff training in Brazil, there are few studies about that population mental health. This research tracked back the possible stress vulnerability and burnout cases among several multiprofessional health staff from two different cities University Hospitals, the variables correlation with the quality of life and the work ability, as well as the resident's perception over their academic instruction and the daily residency. It's a mixed method research and the instruments used were the scale of vulnerability to stress at work (SVSW), the Spanish burnout inventory (SBI), the work ability index questionnaire (WAIQ) and the world health organization quality of life instrument abbreviated (WHOQOL-BREF), with the social demographic and clinic questionnaire and a semi-structured interview designed about the resident's relationships. The results point to a prevalence of 25,9% of stress vulnerability and burnout. The factorial analysis showed that the only pair of the tests scores variables that didn't correlate were the stress vulnerability and the work ability. The qualitative analysis showed that the main units related with the perceived residency distress are organizational and interpersonal relationships, however the same units are perceived as a protection source when they're located in the interprofessional work.

Keywords: Burnout, Psychological Stress, Quality of Life, Multiprofessional Residency

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – EVENT

ANEXO II – CESQT, ICT, WHOQOL

**ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO CLÍNICO

APÊNDICE II – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

APÊNDICE III E IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CESQT – *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

Deges – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EVENT – Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

MEC – Ministério da Educação (antigo Ministério da Educação e Cultura)

MS – Ministério da Saúde

SAG – Síndrome da Adaptação Geral

SB – Síndrome de *Burnout*

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho (*International Labour Organization*)

OMS – Organização Mundial da Saúde, Órgão da Organização das Nações Unidas (ONU)

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

WHOQOL-BREF – *World Health Organization Quality of Life*, Questionário abreviado

Sumário

Agradecimentos	v
RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
LISTA DE ANEXOS.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
I. Introdução	1
I.1 Revisão da literatura.....	5
I.2 Educação em saúde e residência multiprofissional	10
I.3 Estresse psicológico	14
I.4 Síndrome de <i>Burnout</i>	19
I.5 Qualidade de vida.....	23
II. Objetivos.....	24
II.1 Objetivo geral	24
II.2 Objetivos específicos.....	25
III. Metodologia	25
III.1 Desenho do estudo	26
III.2 Amostra	28

<i>III.2.1 Critérios de seleção</i>	29
<i>III.2.2 Critérios de inclusão.....</i>	29
<i>III.2.3 Critérios de não inclusão.....</i>	30
<i>III.3 Instrumentos</i>	30
<i>III.3.1 Questionário sociodemográfico e clínico</i>	31
<i>III.3.2 Entrevista semi-estruturada.....</i>	32
<i>III.3.3 Escala de vulnerabilidade ao estresse no trabalho</i>	33
<i>III.3.4 Questionário para avaliação da síndrome de burnout</i>	34
<i>III.3.5 Índice de capacidade para o trabalho</i>	36
<i>III.3.6 WHOQOL-BREF</i>	37
<i>III.4 Aspectos éticos</i>	38
<i>III.5 Procedimentos</i>	40
<i>IV. Análise de dados</i>	41
<i>V. Resultados.....</i>	42
<i>V.1 Variáveis sociodemográficos</i>	42
<i>V.2 Variáveis clínicas</i>	46
<i>V.3 Variáveis socioprofissionais.....</i>	51
<i>V.4 Variáveis dos testes</i>	53
<i>V.4.1 Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho</i>	53

V.4.2	<i>Burnout</i>	55
V.4.3	Capacidade para o trabalho	57
V.4.4	Qualidade de vida	61
V.5	O que dizem os números?	63
V.5.1	Análise de correlações de Spearman.....	63
V.5.2	Correlações de mineração de dados	74
V.6	Dados qualitativos	79
V.7	O que dizem as vozes?	82
V.7.1	Preparo da graduação	83
V.7.2	Mudanças na graduação	89
V.7.3	Cotidiano.....	91
V.7.4	Mudanças na residência	95
V.7.5	Fatores de estresse.....	106
V.7.6	Satisfação/Proteção	120
VI.	Discussão	129
VII.	Conclusão.....	138
VIII.	Referências.....	140
IX.	Anexos	160

I.Introdução

A vida acadêmica e profissional pode ser prejudicial ou benéfica à saúde mental, considerando que o adulto passa boa parte do seu dia em sua ocupação, as pesquisas na área são de grande importância para o conhecimento dos processos de saúde e adoecimento, levando em conta os riscos psicossociais que fazem parte do ambiente e cotidiano de todas as pessoas em formação ou no mercado de trabalho (Stansfeld, 2002). A fase de formação prossegue ao longo de todo o exercício do profissional de saúde, segundo a política nacional de educação permanente em saúde para os trabalhadores da saúde pública do país. Dentro dessa política, as residências são consideradas uma forma de especialização profissional, na modalidade de aprendizagem em serviço (Ministério da Saúde, 2009). A partir da Lei 11.129 que criou a Residência Multiprofissional em Saúde (MRS) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (Brasil, 2005), teve início o primeiro Seminário Nacional de RMS, que desenvolveu grupos de trabalho voltados para a implementação do programa e que respeitasse os critérios da educação permanente em equipes com profissionais de diversas especialidades em saúde trabalhando para a compreensão da saúde de forma integral (Alexandre, 2013).

Atualmente a definição do conceito de saúde segue parâmetros que caracterizam como o estado de: 1) integridade anatômica, fisiológica e psicológica; 2) capacidade de desempenhar pessoalmente funções familiares, profissionais e sociais; 3) habilidade para tratar com tensões físicas, biológicas, psicológicas ou sociais; e 4) sentimento de bem-estar e livre do risco de doença ou morte (Luz, 2006). De acordo com a 8^a Conferência Nacional de Saúde (1986), “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde”. Com isso, as definições de saúde trazem associados consigo a capacidade de trabalho,

a educação e as condições de bem-estar físico e psicológico e como estes interferem na saúde do indivíduo, mais uma vez, destacando os processos psicossociais e sua relação com a saúde em todos os campos da vida. Os profissionais de saúde têm por formação a defesa destes parâmetros para a população em geral, no entanto, fazem parte de um grupo de risco ocupacional que pode não voltar seus cuidados para si mesmo (Santos, et al., 2012).

Ainda que a equipe multiprofissional de saúde seja formada por profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, entre outras diferentes especialidades, existe um foco especial de investigações em *burnout* e estresse entre a equipe de enfermeiros e técnicos, os médicos residentes e de serviço pelo grande número de fatores estressores reconhecidos a que estão submetidos (Carlotto & Câmara, 2008). Nesse cenário de pesquisa, uma parte da equipe de saúde não tem a mesma atenção que os demais, ainda que ocupem os mesmos ambientes e se submetam a fatores de riscos comuns a equipe médica e de enfermagem.

A consequência da exposição aos fatores de risco psicossociais se dá na qualidade de vida, na satisfação com trabalho e na saúde física e psicológica dos profissionais de saúde (Costa & Santos, 2013). Com isso, a pesquisa na área de estresse e *burnout* é consequência tanto do interesse nos problemas individuais, morais, psíquicos que o estresse negativo e o *burnout* acarretam ao indivíduo, bem como no déficit de tratamento do cliente ou paciente, dos pedidos de demissão, afastamentos e rotatividade profissional que esses acometimentos trazem às organizações e os danos consequentes à saúde pública (Maslach & Jackson, 1981). O Ministério da Saúde (1999) e código previdenciário brasileiro reconhecem a Síndrome de *Burnout* ou do Esgotamento Profissional desde 1999 como um dos agentes patogênicos do trabalho, assim como sua correspondente na Classificação Internacional das Doenças (CID – Z73.0). Trigo, Teng e Hallak (2007) afirmam que a síndrome de *burnout* é responsável por

afastamentos do trabalho, aposentadoria precoce e licença médica, também está relacionado a diversos transtornos psiquiátricos dentro da literatura internacional, como a depressão, transtornos ansiosos não específicos, ideação suicida, transtornos dissociativos, hipervigilância e abuso de álcool, tabagismo e outras drogas.

A residência é uma área de atuação complexa, onde o profissional de saúde muitas vezes se encontra envolvido em uma gama de atividades de naturezas diversas. Diferentes estudos abordam a qualidade de vida e saúde mental destes profissionais, como aponta a tese de Lautert (1995), desenvolvida com enfermeiros profissionais. Destacam-se também estudos como de Borges e Carlotto (2004), Tarnowski e Carlotto (2007) e Mori et al. (2012), com foco em estudantes técnicos de enfermagem, psicologia, medicina e de Franco et al. (2011) com foco em residentes de enfermagem. Lourenção et al. (2010), apresentam em revisão o histórico de pesquisas com foco em qualidade de vida e saúde mental de residentes médicos, que se iniciou ainda na década de 1970, cerca de duas décadas após os primeiros programas de residência médica nos moldes atuais (Cassell, 1999).

Os profissionais de saúde, segurança pública, da educação e estudantes, são considerados grupos de prevalência de problemas psicossomáticos como estresse, ansiedade, depressão e *burnout* (Carlotto & Câmara, 2008). Essas profissões têm em comum a necessidade das relações interpessoais e o cuidado voltado ao outro na atuação profissional. Os residentes são profissionais que se enquadram em dois dos grupos relacionados, pois a modalidade de aprendizagem em serviço alia estudo e atividade profissional. Segundo Guido et al. (2012), há fatores que envolvem essa etapa da carreira em saúde que são estressores específicos dessa organização e predispõem o residente a um grupo de risco que diverge de todos os outros.

Sendo assim, a literatura enuncia como grupos de prevalência de problemas psicossomáticos como estresse, ansiedade, depressão e *burnout*, tanto as profissões que lidam

com o cuidado e envolvimento direto com pessoas, profissionais de saúde e de segurança pública, como também profissionais da educação e no período pré-profissional, professores e estudantes. Há ainda na literatura internacional investigação em outras categorias profissionais liberais que não são abordadas nas pesquisas brasileiras (Carlotto & Câmara, 2008).

As residências multiprofissionais têm história recente, com características específicas que colocam residentes de diversas profissões não-médicas em contato com agentes estressores relacionados ao trabalho interdisciplinar, ao exercício profissional e, simultaneamente, a cobranças da vida acadêmica, no entanto, ainda existem poucas investigações sobre a saúde profissional dessa população (Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira, 2012). Esses profissionais de saúde que iniciam a especialização em residências multiprofissionais, se enquadram em diferentes grupos de vulnerabilidade ao desenvolvimento de estresse crônico e da síndrome de *burnout*, tornando esse público foco de interesse em pesquisas, devido à variedade de especialidades profissionais envolvidas em uma residência multiprofissional e que fazem parte do cotidiano de uma equipe de apoio do ambiente hospitalar, sem ter a atenção que médicos e enfermeiros residentes têm recebido em pesquisas anteriores.

Nos capítulos a seguir serão tratados os temas de educação continuada e residências multiprofissionais, qualidade de vida, o estresse e o *burnout*. O *burnout* é um termo inglês que designa uma síndrome acarretada pelo estresse crônico no trabalho (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009; Carlotto & Câmara, 2008). Para tradução aproximada ao sentido da palavra os termos correspondentes no meio acadêmico são esgotamento, desgaste, estafa, exaustão profissional entre outros relacionados ao estresse. Nenhum dos termos é suficiente para caracterizar a síndrome uma vez que se apresentam como parte dos sintomas do *burnout*. Para fins do presente trabalho, *burnout* e síndrome de *burnout* (SB) serão usados como sinônimos.

Seguindo como base essas informações, as perguntas norteadoras da presente pesquisa foram: É possível identificar presença de estresse e *burnout* entre os residentes multiprofissionais das instituições estudadas e qual é a relação desses com os fatores de qualidade de vida e a capacidade para o trabalho? A hipótese do trabalho é que na residência já é possível identificar profissionais com elevado nível de estresse e *burnout* e que entre esses residentes ainda existem fatores comuns de desencadeamento associados a outros fatores relacionados à capacidade para o trabalho e qualidade de vida.

I.1 Revisão da literatura

Em revisão realizada em outubro de 2017 sobre o tema residência multiprofissional, *burnout* e estresse, foi possível encontrar dois artigos que abordavam a SB e residentes profissionais. As bases de dados escolhidas foram PubMed, Web of Science, PsyInfo, BVS e Scielo. A primeira etapa foi uma busca pelos termos de pesquisa na Biblioteca dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), onde não foi possível encontrar nenhum termo que se referisse à multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e multiprofissional ou interprofissional relacionados às residências, as ocorrências estão ligadas somente ao trabalho em equipe profissional e voltada a alguma especialidade de atendimento, como a saúde mental ou atenção hospitalar. O termo semelhante encontrado foi “internato não médico” que designa programas avançados de treinamento para campos além da medicina e odontologia, como a farmacologia, nutrição e enfermagem.

Consequentemente, a pesquisa prosseguiu com a combinação dos termos encontrados no DeCS para o *burnout* (esgotamento profissional, “*burnout*”) e estresse (estresse psicológico, “*psychological stress*”) e de forma que a pesquisa tivesse como base o maior número inicial de artigos. As combinações usadas incluíram sempre os termos esgotamento profissional (“*burnout*”) e estresse psicológico (“*psychological stress*”) com residência (*residency*), ou

residente (*resident*), ou internato e residência (“*internship and residency*”) ou internato não médico (“*internship, nonmedical*”), nas buscas com três descritores. Nas buscas com quatro descritores o descritor multiprofissional (“*multiprofessional*”) foi acrescentado às combinações de três descritores. Os critérios utilizados na busca foram todas as pesquisas publicadas em qualquer tempo nas bases de dados, com texto nas línguas portuguesa, inglesa, italiana, francesa, alemã e espanhola. Os termos da pesquisa foram utilizados com o adicional AND, que limitava a busca para os artigos que contivessem todos os termos da pesquisa em qualquer parte do texto, título ou nos descritores.

Tabela 1

Quantidade de artigos encontrados nas bases eletrônicas segundo cada pesquisa

Bases	Burnout; psychological stress; residency	Burnout; psychological stress; resident	Esg. profissional; estresse psic.; residência	Esg. profissional; estresse psic.; residente	Total:
PubMed	381	202	0	0	583
Web of Science	23	75	0	0	98
BVS	152	87	88	55	382
Scielo	3	1	0	0	4
PsychNet	54	39	0	0	93
Total					1160

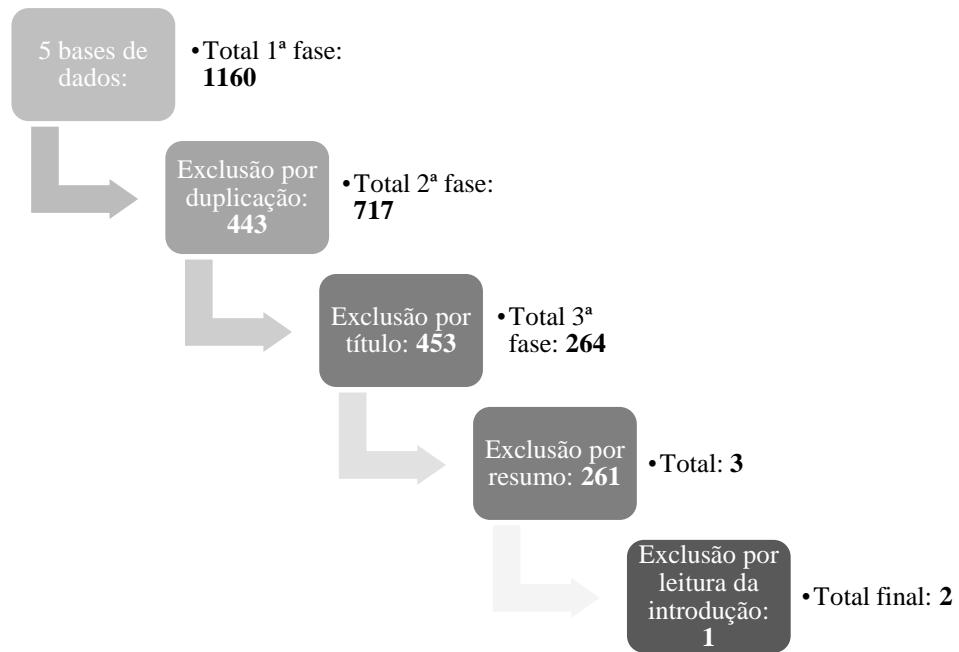
As duas combinações de pesquisas com maior número de resultados foram as de três descritores com os termos residência (*residency*) e residente (*resident*) com 701 e 459 resultados, respectivamente. Optou-se por usar as duas combinações de pesquisas e filtrar nas fases de exclusão os artigos que mencionassem pesquisas com equipes multidisciplinares, ou que avaliassem pelo menos duas especialidades trabalhando em conjunto em residências, com o objetivo de alcançar os artigos que estivessem indexados somente com os descritores que fazem parte do DeCS (Tabela 1). Os critérios para exclusão dos artigos na fase de leitura dos títulos, resumos e textos foram artigos não-científicos (revisões, editoriais, listas de resumos ou outros formatos de textos não acadêmicos), que não estivessem publicados nas línguas inglesa, portuguesa, espanhola, italiana, francesa e alemã, que não tivessem seus textos

disponibilizados de forma completa e gratuita através do periódico CAPES e que não fizessem referência à saúde de residentes e equipe de saúde relacionada às temáticas, *burnout*, estresse, ou não mencionassem mais de uma especialidade profissional avaliada na pesquisa.

Para iniciar o processo de seleção dos artigos, o resultado das buscas nas bases de dados foi importado para a ferramenta *online* de edição de referências *EndNote* (disponível gratuitamente pelo cadastro no site www.myendnoteweb.com), no qual prosseguiram todas as fases de exclusão da revisão. A pesquisa iniciou com 1160 artigos e, na segunda fase, 443 deles foram excluídos por duplicação. Na terceira fase, passou-se à leitura dos títulos dos artigos e exclusão daqueles que não estivessem dentro dos critérios mencionados. Foram excluídas 453 entradas pelo título e restaram 264 artigos para a fase de leitura de resumo.

Figura 1

Processo de exclusão de artigos



Os critérios de exclusão por título foram mantidos para os resumos e ao final foram excluídos 261 artigos, resultando em somente três artigos que se encaixavam nos critérios de pelo menos duas especialidades em residência como público alvo de pesquisas sobre estresse

e *burnout*. A sequência da revisão se deu pela busca dos artigos completos que estivessem disponíveis gratuitamente, seguindo os passos descritos na figura 1. Um artigo foi excluído após a leitura da introdução, pois se trata de uma pesquisa em equipe médica multiprofissional, que não condiz com o foco da pesquisa atual. Por fim, restaram somente os dois artigos para análise, sendo que o artigo de Sanches e colaboradores (2016) é o mais recente deles e foi publicado no ano anterior ao da presente pesquisa. Ambos artigos foram obtidos da busca na base de dados BVS.

O artigo “Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos” (Sanches, et al., 2016) foi publicado na revista Brasileira de Educação Médica, é resultado de uma pesquisa longitudinal e quantitativa feita com 18 residentes de uma Universidade Federal no Mato Grosso do Sul. O objetivo da pesquisa era verificar a correlação entre os índices de *burnout* e qualidade de vida do residentes durante o período de residência, para isso os pesquisadores utilizaram o Inventário Maslach de *Burnout* (IMB) e o questionário de qualidade de vida *Short Form 36* (SF36) em quatro momentos dos dois anos de residência, no início, no final do primeiro ano, no início do segundo ano e ao final da residência.

Os resultados obtidos por Sanches e colaboradores (2016) indicaram que a média do nível de *burnout* variou significativamente durante as quatro fases de coleta de dados e ao final dos dois anos os índices de *burnout* e os fatores que avaliam realização profissional e exaustão emocional eram maiores, saindo de níveis baixos ou médios e chegando a níveis altos ou limítrofes entre o médio e alto. O fator despersonalização não variou ao longo da residência, permanecendo na média. A qualidade de vida teve piora geral de todos os seus aspectos, sendo progressiva ao longo dos dois anos de residência. Nas análises correlacionais houve correlação positiva entre a queda na qualidade de vida e maiores índices de *burnout* ao fim da residência,

que foram relacionados com fatores de insegurança pessoal e profissional, como medo da atuação, uma vez que o perfil dos residentes é de recém formados, apontando que é dever dos núcleos estruturantes promoverem o acolhimento dos alunos, além de outros fatores como o acúmulo de responsabilidades e pressão na residência, devido à ausência do preceptor que fica sobrecarregado no serviço. O artigo não apresentou os resultados descritivos, somente as análises ao longo dos anos.

Guido e colaboradores (2012) apresentam a pesquisa realizada em uma Universidade Federal no centro do estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, publicado na revista Latino-Americana de Enfermagem, a conclusão apresentou uma correlação positiva entre altos níveis de estresse e a síndrome de *burnout*, onde 27% dos participantes apresentaram indicativo da síndrome. Comparado com outros estudos com profissionais, os autores concluíram que o grupo de residentes apresentou boas estratégias de enfrentamento do estresse e níveis baixos da síndrome de *burnout*. Vale ressaltar que do total de residentes que cumpriam os critérios de elegibilidade, somente 43,53% concordou em participar e preencheu os dados das entrevistas corretamente.

O resultado da revisão é suficiente somente para concluir que as pesquisas com esse público são recentes e insuficientes para apresentar conclusões generalistas. As pesquisas se apresentaram com metodologias variadas de abordagem da saúde mental de residentes e o número reduzido de publicações não permitem comparações das realidades.

A grande limitação dessa revisão é o uso dos descritores adequados para abranger o mesmo tipo de programa de educação e treinamento das residências multiprofissionais do Brasil e fora do país. Não foi possível encontrar um consenso sobre os termos e a literatura principal do tema residência multiprofissional é brasileira. Dallegrave e Ceccim apresentam que essa dificuldade persiste desde 2012 e são importantes para a busca adequada dos títulos que

contenham pesquisas sobre a residências multiprofissionais (2013). A seguir, discute-se o surgimento e as características singulares dessa forma de pós-graduação e especialização que indica ser genuinamente brasileira.

I.2 Educação em saúde e residência multiprofissional

Ao final do período militarista, o processo de redemocratização do Brasil teve como palco o desenvolvimento de movimentos sociais e a proposta da reforma sanitarista de democratização da saúde que se concretizou durante a 8^a Conferência Nacional de Saúde no texto do Sistema Único de Saúde – SUS – incorporado à Constituição Federal no período de redemocratização (Paim, 2008; Ministério da Saúde, 1986). Sob o Título VII – da Ordem Social, no capítulo II – de Seguridade Social, sessão de Saúde, dos Art. 196 ao 200, o inciso III estabelece como missão do SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde (Constituição, 1988). Consequentemente, como a formação dos profissionais que atuam em saúde também envolve o Ministério da Educação – MEC, torna-se necessária a articulação entre o órgão e o Ministério da Saúde – MS – para que os interesses e necessidades do SUS estejam em consonância com as políticas de investimento e estruturação de currículos dos cursos de formação profissional em qualquer nível.

Dos princípios e diretrizes do SUS, a integralidade é alcançada com o trabalho em equipes multidisciplinares, que refletem a mudança da lógica biomédica da cura para a atenção biopsicossocial do processo de saúde-doença (Engel, 1977). Para cumprir com essa obrigação e formar profissionais que estivessem em acordo com a organização dos Programas de Saúde da Família, criado em 1993, a lei 11.129 de 30 de junho de 2005 dá início a regulamentação das políticas de educação permanente em saúde que o MS, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES – e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde

– Deges– já promovia desde 2003, apoiando a criação de diversas Residências Multiprofissionais em Saúde pelo Brasil (Ministério da Saúde, 2006).

A política nacional de educação permanente em saúde é um importante direcionamento da formação e manutenção dos recursos humanos na saúde, construída não só com o objetivo de criar programas que supram as lacunas das formações técnicas e das graduações, mas também para adequar o conhecimento dos profissionais de saúde às necessidades regionais da população a que atende. Dentro da perspectiva da formação continuada dos profissionais de saúde oferecida pelos estados e municípios, as residências se encaixam no formato de especialização em serviço (Ministério da Saúde, 2009). As residências multiprofissionais também são direcionadas pela política de formação dos recursos humanos e obedecem a eixos norteadores como a integralidade, formação crítica-reflexiva, protagonismo social, integração entre a residência, outros estágios de formação em saúde e ensino-serviço-comunidade, através das parcerias locais, além da articulação com as residências médicas e estratégias pedagógicas diferenciadas para garantir a multidisciplinaridade (Portaria nº 1077, 2009).

A formação para a área de saúde no Brasil voltada para o SUS, deve ser regida por quatro práticas: ensino, gestão, atenção e controle social. Essas práticas são responsáveis por assegurar que a formação do profissional em saúde é pautada no ensino de qualidade que esteja diretamente voltado ao interesse e necessidade da população, gerido de forma adequada para que cumpra essa obrigação de forma eficiente no uso dos recursos humanos e materiais e sob o constante controle social. A educação permanente tem como pressuposto, dentro das práticas de ensino e gestão, a aprendizagem significativa, de forma reflexiva sobre a prática profissional real nos contextos da rede de atenção pública (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Assim, a aprendizagem em serviço é um instrumento adequado de formação que problematiza a própria

organização do trabalho e prepara o profissional para o desafio do serviço público de saúde no Brasil.

A residência é uma das etapas de formação de alguns profissionais de saúde, geralmente corresponde ao início da carreira e de inserção na vida profissional, apesar de ainda carregar o status de estudante. Assim, a residência tem ligação com o MEC, como uma forma de pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de formação em serviço, e ligação com o MS, como obrigação constitucional e forma de prestação de serviço e atenção à saúde pública. Diversas formações profissionais são consideradas de saúde, dentre elas quatorze de nível superior são reconhecidas como profissões em saúde, de acordo com resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Resolução nº 287, 1998), sendo incluídas 14 nos programas de residência multiprofissional: Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia, Psicologia, Fonoaudiologia, Biomedicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Educação Física, Terapia Ocupacional, Biologia, Ciências Sociais e Serviço Social (Ministério da Saúde, 2006).

Os programas de residência multiprofissional iniciam no primeiro dia do mês de março e têm duração mínima de dois anos, são remunerados com bolsa mensal de dedicação exclusiva e de carga horária de 60 horas semanais, podendo seguir especialidades como a saúde da mulher, do idoso, atenção primária, saúde mental entre outras. O processo de criação de residências depende do esforço de gestores em saúde e do interesse de muitos profissionais dispostos a construir as redes de apoio e estabelecer parcerias necessárias para custear e dar condições de existência de uma residência multiprofissional. Existe uma grande variedade metodológica entre as residências multiprofissionais. As residências adotam a tutoria e preceptoria e variam na carga horária de aulas e dedicação ao trabalho, bem como a forma de sua avaliação, conclusão e certificação (Ministério da Saúde, 2006).

A morte de uma paciente chamada Libby Zion nos EUA, atendida por dois residentes médicos (um residente do primeiro ano, denominado R1 e outro do segundo ano, denominado R2), foi creditada à falta de orientação, a lacunas no conhecimento sobre o diagnóstico e a fadiga devido às altas cargas de trabalho dos residentes. Os plantões de 36 horas e 100 horas semanais, com grande demanda e pouca orientação faziam parte da metodologia de ensino das pressões e desafios do exercício da profissão e que colocava o residente em treinamento ao extremo de suas condições físicas, mentais e psicológicas com objetivos pedagógicos. Após a morte da paciente, algumas medidas foram tomadas que limitaram a carga horária de residentes a 80 horas por semana e modificaram as estruturas de ensino das residências médicas das diversas especialidades nos EUA e em outros países como o Canadá, Nova Zelândia e na Europa (Ahmed, et al., 2014).

Diversos estudos como de Goiten et al. (2005), Woods et al. (2008), Morrison, Wyatt e Carrick (2009) e Gelfand et al. (2004) verificaram os impactos dessas modificações na qualidade do ensino e no atendimento ao paciente e na qualidade de vida e saúde dos residentes. Os variados resultados apontaram que as mudanças não diminuíram o cuidado com o paciente, nem a quantidade de pacientes atendidos, diminuiu a mortalidade em traumas, não sobrecarregou residentes, diminuiu os custos com cuidados em saúde, não alterou o número de erros médicos, melhorou a qualidade de vida e a satisfação no trabalho e diminuiu o *burnout* e o estresse entre os residentes (Fletcher, et al., 2005; Schenarts, Schenarts, & Rotondo, 2006; Ahmed, et al., 2014). Este fato foi um marco recente que modificou a visão sobre a qualidade de vida, satisfação com o trabalho e a saúde, reforçando a necessidade de avaliar os fatores associados ao estresse entre os residentes. Por ser uma forma recente de especialização, a residência multiprofissional teve pouca atenção para a saúde, estresse e qualidade de vida entre os residentes, bem como os fatores específicos dessa modalidade associados à qualidade de vida, saúde e estresse nessa população (Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira, 2012).

I.3 Estresse crônico

Um dos importantes aspectos de saúde avaliados entre os residentes é o estresse relacionado ao estudo e trabalho na residência. A palavra *stress* é conhecida desde o século XIV, com significado de estreitos, severos, aflição, adversidade. Somente no século XVII ganhou significado na física mecânica e no século XIX sua definição foi finalmente sistematizada. O conceito se manteve na medicina do século XIX como base para doenças, relacionando a tipos de personalidade e modos de viver a vida. No decorrer dos anos, diversas áreas que tinham objetos de estudo similares ao estresse aproveitaram a popularidade do nome e permaneceram estabelecendo as mesmas pesquisas e usando o termo estresse, por isso é termo comum entre as áreas de fisiologia, medicina, psicologia, sociologia e outros (Lazarus & Folkman, Stress, Appraisal, and Coping, 1984).

O primeiro autor a introduzir a palavra *stress* de forma técnica na área da saúde, foi o cientista Hans Selye, em 1934. A observação de alguns pacientes que se queixavam e apresentavam sintomas similares como indisposição, cansaço e dores pelo corpo, despertaram o interesse pelo estudo e logo se iniciou as investigações com animais em laboratórios (Lipp, 2003). Conceituado endocrinologista da época, Selye fez testes com ratos para saber os efeitos de hormônios femininos e observou nas dissecções dos ratos que morriam durante os experimentos que diversos deles apresentavam aumento nas glândulas suprarrenais, úlceras pépticas, alterações no trato gastrointestinal e tecido imunitário reduzido (Benevides-Pereira, Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador, 2008).

Depois da replicação dos experimentos, Selye observou que os animais do grupo de controle também apresentaram as alterações e atribuiu como causa a sua própria manipulação dos ratos, pois admitia que não tinha bom domínio deles, por diversas vezes os deixava cair e precisava correr atrás dos animais no laboratório. Selye conferiu a todos esses sintomas o nome

de Síndrome da Adaptação Geral (SAG), que ficou definido como o somatório de todas as reações sistemáticas não específicas do corpo em resposta à exposição contínua e prolongada ao *stress*. Essa é uma resposta a todo e qualquer estímulo nocivo ao qual o indivíduo não está qualitativo ou quantitativamente adaptado. Às demandas do ambiente, Selye denominava como estressores (Selye, The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation, 1946; Selye, The Stress Concept, 1976; Benevides-Pereira, 2008; Meneghini, Paz, & Lautert, 2011).

Para Selye o estresse poderia ser positivo, considerado motivador, compensador e engajador, que se denominou *eustress*, e poderia ser negativo, denominado *distress* e acarretando a SAG. Essa divisão é uma marca de como estresse é necessário para o mínimo de atividade diária, responsável pelo desafio e recompensa (Selye, Stress without distress, 1974). A Síndrome da Adaptação Geral ocorre em três fases, cuja sequência as autoras Medeiros e Nóbrega (2013) explicam da seguinte forma:

Fase de alarme: o indivíduo experimenta sensações que, muitas vezes, não são identificadas como sinal de estresse. Alguns desses sintomas podem ser hiperidrose palmar, taquicardia, inapetência, cefaleia e pirose. São relatados na fase aguda.

Fase de resistência: acontece quando o indivíduo tenta reestabelecer um equilíbrio, ou seja, quando tenta se adaptar à situação. À medida que o equilíbrio é atingido, alguns sinais iniciais desaparecem, entretanto para que ocorra esta adaptação, o organismo utiliza energia de outras funções vitais.

Fase de exaustão: neste momento, a energia adaptativa foi extinta e os sinais iniciais voltam e outros se desenvolvem. Ocorre a incapacidade de adaptação do organismo, devido à ausência de mecanismos de enfrentamento, fazendo com que os efeitos dos estressores perdurem por mais tempo.

Selye foi o responsável por difundir a teoria e pesquisa na área de estresse, principalmente na concepção fisiológica do estresse. Até o lançamento de seu livro *The Stress of Life* (Selye, 1956), as publicações em fisiologia do estresse ultrapassavam a marca dos seis mil títulos ao ano, com sua entrada para *American Psychological Association* também cresceu o interesse na área da psicologia e outras ciências do comportamento. É importante salientar que dentro da sociologia e da psicologia existiam trabalhos na mesma época que tratavam do tema sob suas próprias perspectivas, utilizando termos como a “alienação” e “ansiedade” para o fenômeno. Depois das publicações de Selye e da popularidade do termo *stress*, diversas definições foram tomadas para aproximar as pesquisas em sociologia e psicologia ao estresse (Lazarus & Folkman, Stress, Appraisal, and Coping, 1984).

Depois de Selye muitas teorias sobre o estresse foram desenvolvidas, que Lazarus (1990) dividiu em três variedades: as que consideram o estresse uma condição fisiológica do organismo, seguindo a tradição fisiológica que incluem também as neuroendócrinas, de tendência orgânica; as que consideram que o estresse é resultado da atuação do ambiente e dos grupos, seguindo tradições sociológicas, como as primeiras teorias de estresse organizacional; e as teorias interacionistas, como a teoria transacional de Lazarus e Launier (1978) que estabelece que o estresse seja produto da diferença entre a relação das demandas e o controle interno que o indivíduo tem, são as teorias mais difundidas na atualidade. Assim, o estresse só ocorre quando o indivíduo, diante de uma demanda do ambiente externo ou interno, busca em si mesmo as capacidades para adaptar ao problema e não consegue encontrar (Lazarus R. S., Psychological Stress and the Coping Process, 1966; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, & Dunkel-Schetter, 1986; Lazarus & Launier, 1978; Lazarus R. S., Theory-based stress measurement, 1990; Sisto, Baptista, Santos, & Noronha, 2008).

Essa teoria também é conhecida como a teoria do *coping* (que vem da palavra inglesa *cope* ou lidar) ou enfrentamento. Quando as estratégias de enfrentamento do repertório de uma pessoa são adotadas e não são suficientes para a resolução de um problema, o estresse se desenvolve, em oposição, quando as estratégias funcionam, a adversidade é considerada um desafio e pode ser um estímulo. Existem dois tipos de enfrentamento, o *coping* com foco no problema, onde os recursos são direcionados para resolução ou extinção do problema e o *coping* com foco na emoção, onde os recursos são usados para a mudança interna das emoções que o problema causa no indivíduo sem alterar o problema, considerando que ambos são importantes dependendo da situação a se adaptar. Nessa teoria o estresse é um processo de interpretação de estímulos que pode levar a alterações orgânicas, físicas, psíquicas e cognitivas (Lazarus R. S., Theory-based stress measurement, 1990; Teixeira, Reisdorfer, & Gherardi-Donato, 2014; Andolhe, Barbosa, Oliveira, Costa, & Padilha, 2015; Silva, Barbosa, Silva, & Patrício, 2015).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) desenvolveu uma cartilha (Internacional Labour Organization, 2016), lançada no Dia Mundial da Segurança e Saúde no ambiente de trabalho (28 de abril), a qual define que o estresse relacionado ao trabalho não é uma doença, mas é o primeiro sinal de uma resposta física e emocional prejudicial. O estresse ocupacional é determinado pelo projeto de trabalho, a organização do trabalho e as relações laborais, sendo causado pelo desequilíbrio entre as demandas percebidas e os recursos percebidos e habilidades dos indivíduos de lidar com essas demandas, quando as demandas do trabalho excedem as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador, ou quando não há correspondência entre as expectativas da cultura organizacional e a capacidade dos trabalhadores de lidar com as demandas da empresa. As causas do estresse no trabalho são denominadas riscos (ou fatores) psicossociais ligadas às interações entre o ambiente de trabalho, o teor do trabalho, condições organizacionais e capacidades, necessidades, cultura e

questões pessoais do trabalhador que podem, por meio das percepções e da experiência, influenciar a saúde, desempenho e satisfação no trabalho.

Em muitas unidades de saúde, os trabalhadores vivenciam situações estressantes que podem levar ao acidente e ao sofrimento psíquico, desencadeado pelas situações cotidianas, como por exemplo, a dor e morte dos pacientes. Além disso, o ritmo, a intensidade do trabalho, as emergências e o convívio com doenças são fatores desencadeantes de estresse ocupacional, são geradores de desgastes como mal-estar e transtornos mentais como ansiedade, *burnout*, depressão e outras doenças. Sendo assim, os trabalhadores de saúde sofrem com fatores psicossociais específicos que os deixam como principais grupos de risco para desenvolvimento do estresse e outras comorbidades (Sisto, Baptista, Santos, & Noronha, 2008; Sarquis & Felli, 2009; França & Ferrari, 2012).

Pasupuleti et al. (2009) relacionam o estresse laboral às condições de insatisfação pessoal e queda na qualidade de vida. Além disso, o desgaste entre estudantes pode acarretar perda de qualidade de vida e da saúde geral que por sua vez podem levar a perdas na qualidade de formação e aquisição de conhecimentos tanto no período acadêmico como nas modalidades de pós-graduação, como a residência (Heijde, Vonk, & Meijam, 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) coloca como necessidade o desenvolvimento de intervenções voltadas para o *coping* e para a redução dos estressores e fatores de risco no trabalho, a fim de evitar o estresse no trabalho e melhorar a saúde mental, como consequência, prevenindo demissões, depressão, ansiedade, *burnout*, consumo abusivo de álcool, doenças cardiovasculares e comportamento suicida (World Health Organization, 2004).

I.4 Síndrome de *Burnout*

O *burnout* é uma síndrome psicológica caracterizada pela má adaptação, por um tempo prolongado, a um trabalho considerado estressante e com alta carga tensional e se desenvolve como reação ao estresse ocupacional crônico (Maslach, Schaufeli, & Leiter, Job burnout, 2001). O termo *burnout* originalmente era relacionado aos motores à combustão que deixavam de funcionar, que no português se aproximaria do “fundir”, também se refere ao apagar de uma chama ou de uma vela que se queimou até o fim, surgiu metaforicamente para elucidar o sofrimento do indivíduo em seu ambiente laboral, associando à perda de motivação e o alto grau de insatisfação, provenientes da exaustão e a perda do potencial de trabalho, uma vez que não existem mais os recursos para permanecer trabalhando. Esta síndrome é definida como um estresse crônico experimentado pelo indivíduo em seu contexto de trabalho, principalmente no âmbito das profissões cuja característica essencial é o contato direto com pessoas como, por exemplo, professores, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e funcionários de instituições penitenciárias (Maslach, What have we learned about *burnout* and health?, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009; Neves, Oliveira, & Alves, 2014).

O *burnout* está relacionado ao esgotamento energético, expresso por meio de um sentimento de fracasso e exaustão, causados por um excessivo desgaste de recursos de enfrentamento. As recentes visões sobre o *burnout* explicam essa síndrome a partir de novas interpretações da noção de desajuste indivíduo-trabalho. Autores sustentam que a distância ou o desajuste entre a pessoa e o seu trabalho incrementam a probabilidade de desenvolvimento da síndrome (Maslach, What have we learned about *burnout* and health?, 2001; Tamayo, 2009).

As primeiras aparições do termo *burnout* foram em 1953, por Schwartz e Will, tratando do caso de uma enfermeira psiquiátrica e em 1960 por Graham um caso de um arquiteto, ambos desiludidos com o trabalho e que produziram um conjunto de sintomas que hoje é tratado como

a síndrome de *burnout*. O representante da concepção clínica do *burnout* é Freudenberguer (1974), que afirma que a síndrome decorre de características individuais relacionadas ao trabalho. A principal autora do tema é a psicóloga social americana, Christina Maslach, que defende uma concepção psicossocial da síndrome e foi a primeira a caracterizar o *burnout* com as atitudes negativas com relação ao trabalho e o distanciamento pessoal (Benevides-Pereira, 2008; Carlotto & Câmara, 2008). Estudos realizados por todo o mundo indicam que o *burnout* constitui enorme problema biopsicossocial nos tempos modernos, despertando interesse e preocupação por parte da comunidade científica internacional, e por organizações governamentais, empresariais e sindicais norte-americanas e europeias, em razão de suas consequências individuais e coletivas (Ayala & Carnero, 2013).

O *burnout*, segundo Christina Maslach (2001), é avaliado através da observação de três dimensões do indivíduo: a exaustão emocional refere-se a um sentimento de fadiga e esgotamento energético, que esvazia os recursos emocionais do indivíduo; a despersonalização, componente interpessoal do *burnout* que engloba as atitudes negativas de dureza, indiferença e distanciamento excessivo manifestado pelos profissionais no relacionamento com os usuários dos seus serviços; a dimensão da realização profissional, que quando baixa relaciona-se a um sentimento de incompetência e a percepção de um desempenho insatisfatório no trabalho, retratando o aspecto de autoavaliação da síndrome. Com base nesse modelo, a maioria das pesquisas usa o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para encontrar prevalências do *burnout* (Maslach & Jackson, The measurement of experienced *burnout*, 1981; Maslach, What have we learned about burnout and health?, 2001; Silveira, Câmara, & Amazarray, 2014; Reatto & de Almeida Araújo, 2016).

Outros instrumentos de avaliação do *burnout* são recentemente conhecidos no Brasil e pelo mundo, como o *Copenhagen Burnout Inventory* (Kristensen, Borritz, Villadsen, &

Christensen, 2005), o Inventário para Avaliação da Síndrome de *Burnout* – ISB (Benevides-Pereira, Elaboração e validação do ISB - inventário para avaliação da síndrome de burnout, 2015), o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* – CESQT (Gil-Monte P. R., 2005), entre outros encontrados na literatura (França, Martino, Vasconcelos, & Silva, 2016). Entre os modos de avaliação da SB destaca-se o CESQT que se baseia no modelo teórico de dois perfis de síndrome de *burnout*, sendo o perfil 1 caracterizado pela ausência de culpa e o perfil 2 com presença de culpa. Segundo essa teoria, o *burnout* tem quatro dimensões: o desgaste psíquico, relacionado à exaustão emocional e física proveniente do contato direto com as pessoas na prestação de serviço; indolência representa o cinismo e a indiferença com as pessoas nas prestações de serviço; ilusão pelo trabalho, relaciona-se com as metas e com satisfação no trabalho, e a culpa, resultado das atitudes da indolência, sentimento de culpa por não agir de acordo com o padrão esperado da profissão ou exigências internas e da organização (Rodriguez & Carlotto, 2014; Silveira, Câmara, & Amazarray, 2014).

A síndrome também é avaliada em pessoas que estão no período pré-profissional, os estudantes, devido ao seu efeito negativo no desempenho, levando ao fracasso acadêmico e o adoecimento do estudante. Diversas pesquisas como as de Borges e Carlotto (2004), Tarnowski e Carlotto (2007) e Carlotto et al. (2009) utilizam a variação do MBI para estudantes, que sofrem com estressores específicos do meio acadêmico em que vivem, mesmo que transitoriamente. A falta de controle do estudante sobre o ambiente pode gerar o estresse, consequentemente torna-se parte dos grupos de risco para o desenvolvimento do *burnout*, mesmo que não esteja ainda no período profissional. Em específico, os estudantes da área de saúde tem sido foco das pesquisas por sua grande relação com os estressores que os profissionais formais encontram no cotidiano do mercado (Borges & Carlotto, 2004; Tarnowski & Carlotto, 2007; Carlotto M. S., Câmara, Otto, & Kauffmann, 2009; Bublitz, Guido, Freitas, & Lopes, 2012). Mais uma vez, os residentes se encontram tanto no período

pré-profissional, como no exercício profissional e portanto, somam os fatores de risco psicossociais do estresse e *burnout*.

O *burnout* foi incluído no Cadastro Internacional de Doenças com o código Z73.0 (Organização Mundial da Saúde, 2008), por isso foi incluída no Ministério da Saúde e da Previdência Social (Decreto n. 3.048, 1999) como transtorno mental relacionado ao trabalho e no Manual de Procedimentos Relacionados a doenças do Trabalho (Portaria MS n. 1.339/GM, 1999) está classificada como doença que deve ser prevenida e assistida em todos os níveis de atenção. Apesar disso, Silveira, Câmara e Amazaray (2014), afirmam que a síndrome de *burnout* ainda não foi suficientemente estudada no Brasil e as políticas públicas são insuficientes para o cuidado, prevenção e atenção ao *burnout*, mesmo nos ambientes de atenção à saúde pública. A principal contradição está no próprio equipamento do SUS que deveria assistir e prevenir o *burnout* e representa para seus trabalhadores os principais fatores relacionados com o desenvolvimento da síndrome: precariedade dos recursos necessários, descrença dos profissionais quanto aos objetivos da organização e a desvalorização profissional.

A síndrome de *burnout* não é facilmente diagnosticada, a literatura apresenta diversas condições clínicas necessárias para o diagnóstico (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009; Diehl & Carlotto, 2015) e, mesmo quando são preenchidas, existe a dificuldade do afastamento do trabalho para tratamento, devido às questões de nexo causal dos transtornos mentais e o trabalho (Lima, 2008). A metodologia atual seguida para o nexo causal leva em consideração a classificação de Schilling: Tipo I, o trabalho é causa necessária para o desenvolvimento da doença; Tipo II, o trabalho é fator de risco para o desenvolvimento da doença, e Tipo III, o trabalho pode ser fator desencadeante ou agravante de doença preexistente ou latente. A previdência social lista como agentes etiológicos ou fator de risco da síndrome de *burnout*

(sensação de estar acabado), o ritmo de trabalho penoso (Z-56.3) e outras dificuldades físicas e mentais relacionados ao trabalho (Z-56.6), sem especificar quais e em que carga é responsável pelo desenvolvimento da síndrome, cabendo ao profissional julgar a validade do nexo (Abdalla-Filho, Chalub, & Telles, 2016). Por isso são necessários estudos sobre a síndrome e os danos que ela pode acarretar ao indivíduo e ao ambiente de trabalho.

I.5 Qualidade de vida

Outro conceito muito discutido no âmbito das residências diz respeito à qualidade de vida, que se encontra em consonância com o modelo biopsicossocial de saúde em contrapartida ao modelo hegemônico biomédico (Engel, 1977), porém a simples substituição do termo doença para qualidade de vida não acrescenta na discussão e conceituação do termo. Por diversas vezes o termo é usado como qualidade de vida em saúde, tentando designar os cuidados para promoção de melhores parâmetros de qualidade de vida na doença. Definições se aproximam do grau de satisfação individual encontrado minimamente em todas as esferas da vida, física, social, cultural e econômica (Minayo, Qualidade de vida e saúde: um debate necessário, 2000).

Um exemplo de medidas de qualidade de vida é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo programa de Nações Unidas. É um indicador social ponderado dos níveis de renda, educação e saúde de determinada população, criado em contrapartida ao indicador de Produto Interno Bruto (PIB) (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2013). Existem outros instrumentos de medida relacionados ao âmbito clínico e de saúde, como o *Health-Related Quality of Life* (HQRL) (Minayo, Qualidade de vida e saúde: um debate necessário, 2000) e o SF-36 (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999), todos eles apresentam problemas com os conceitos envolvidos e com a própria definição de qualidade de vida.

A OMS desenvolveu um instrumento de qualidade de vida, o WHOQOL (The WHOQOL Group, 1995), num esforço de equipe e numa construção colaborativa internacional que pretendesse sanar as concepções clínicas de qualidade de vida. O conceito desenvolvido e seguido pelo presente trabalho é a percepção individual da posição na vida no contexto cultural e do sistema de valores em que se vive, em relação com suas metas, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e que envolve de forma complexa aspectos da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e condições do ambiente de uma pessoa.

É importante diferenciar o conceito de qualidade de vida do WHOQOL e o de qualidade de vida no trabalho (QVT), construído desde a década de 1950, que envolve questões como a satisfação, motivação, segurança e saúde no trabalho (Alves E. F., 2010). Por ser este um conceito que se restringe ao ambiente de trabalho e está relacionado com o mercado de trabalho, estabilidade e relações próprias do mercado, preferiu-se no presente estudo usar o conceito amplo que englobasse todos os aspectos da vida do residente. Diversas pesquisas recentes fazem uso do WHOQOL para avaliar a qualidade de vida de estudantes e profissionais da área de saúde (Alves, Tenório, Anjos, & Figueroa, 2010; Andrades Barrientos & Valenzuela Suazo, 2007; Rios, Barbosa, & Belasco, 2010; Chazan, Campos, & Portugal, 2015).

II. Objetivos

II.1 Objetivo geral

Verificar a relação entre a vulnerabilidade ao estresse, o *burnout*, a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde dos hospitais universitários das instituições públicas de ensino do Rio de Janeiro-RJ e Juiz de Fora - MG.

II.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil dos profissionais que ingressam em residência multiprofissional das duas instituições públicas de ensino;
2. Avaliar o desenvolvimento do estresse e *burnout* do estágio da formação acadêmica e a relação com a percepção da posição profissional;
3. Avaliar a autopercepção dos residentes multiprofissionais sobre a sua formação na residência hospitalar com foco na promoção de sua saúde mental e bem-estar.

III. Metodologia

O método, o delineamento, a técnica, o desenho do estudo e tratamento dos dados de uma pesquisa são escolhidos e organizados para responder à pergunta ou problema de pesquisa e alcançar seus objetivos. Uma mesma pergunta de pesquisa pode ser respondida por métodos variados e é mais prolífero para o desenvolvimento da ciência que se proceda com a multiplicidade de métodos para responder às questões e desenvolver conclusões que estejam baseadas em resultados de diferentes pesquisas. Nesse sentido, Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith (2010) afirmam que “muitas teorias psicológicas podem ser testadas usando mais de um método. De fato, é prudente testar uma teoria usando uma variedade de métodos a fim de provar que não é nenhum artefato do método que resulta na teoria que está sendo sustentada.”. Assim, outros fatores como disponibilidade de população de estudo, relevância, interesse e utilidade do tema, tempo e recursos disponíveis e questões éticas são alguns exemplos que determinam a exequibilidade de um método de pesquisa para responder a determinada pergunta de forma científica. (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010; Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2012; Prodanov & Freitas, 2013).

As abordagens ou tratamento dos dados podem ser qualitativos e quantitativos, sendo que as quantitativas têm como característica buscar generalizações dos dados obtidos e a explicação através de números e estatísticas, enquanto as qualitativas buscam o contexto real que é traduzido nos números da pesquisa quantitativa. Ambas as abordagens têm limitações e diferenças importantes, onde, no campo da saúde, a quantitativa é comum aos estudos de epidemiologia e a qualitativa sobre os mesmos problemas comum nas ciências sociais. A união delas é considerada uma forma ideal de pesquisa, sendo denominada pesquisa mista, *mixed methods*, métodos múltiplos ou ainda como triangulação de métodos (Deslandes & Assis, 2008; Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010; Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2012; Prodanov & Freitas, 2013; Creswell & Clark, 2013).

Tendo em vista tais conceitos, as perguntas norteadoras da presente pesquisa foram: É possível identificar presença de estresse e *burnout* entre os residentes multiprofissionais das instituições estudadas e qual é a relação desses com os fatores de qualidade de vida e a capacidade para o trabalho? A hipótese do trabalho é que na residência já é possível identificar profissionais com elevado nível de estresse e *burnout* e que entre esses residentes ainda existem fatores comuns de desencadeamento associados a outros fatores relacionados à capacidade para o trabalho e qualidade de vida. O desenho do presente estudo foi construído de forma a responder à pergunta da pesquisa de forma realista, exequível e que alcance os objetivos do estudo no máximo de sua potencialidade.

III.1 Desenho do estudo

As primeiras definições de métodos mistos incluíam desenhos de pesquisa que fosse empregado pelo menos um método que na coleta de dados tivesse o intuito de ser traduzido em números (parte quantitativa) e pelo menos um método que na coleta de dados fosse destinado a coletar palavras (parte qualitativa) independente de paradigmas. Os conceitos evoluíram até

a atualidade e a pesquisa mista é considerada um terceiro paradigma, que não tem limites para a triangulação de métodos, não precisam ser somente quantitativos e qualitativos e podem estar em qualquer momento do planejamento, desenvolvimento e análise da pesquisa. Essa definição não significa que as diferenças e até ambiguidades entre os diversos métodos foram superadas, ainda há autores que defendem o diálogo das abordagens e como a hegemonia de uma sobre a outra é prejudicial para a formação da base científica de uma disciplina. O desenvolvimento do método misto em pesquisa se deu de diferentes formas nas ciências humanas, alguns contextos que exigiam pesquisas experimentais e ensaios randômicos controlados para encontrar desfechos baseados em evidência levaram a graus variados de adoção dos métodos mistos. As diferenças podem acontecer devido às premissas ontológicas e epistemológicas dos diferentes campos e podem variar de acordo com as práticas de cada país. Em especial nas ciências da saúde, a tradição em pesquisas com estratégias de inquérito resultou em aplicações únicas dos métodos mistos (Flick, 2016; Figaro, 2014; Creswell & Clark, 2013; Creswell, Klassen, Plano Clark, & Smith, 2011; Alise & Teddlie, 2010; Ivankova & Kawamura, 2010; O'Cathain, 2009; Deslandes & Assis, 2008; Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Minayo & Minayo-Gómez, 2003).

A natureza da presente pesquisa é aplicada, uma vez que as implicações do estudo pretendem intervir na saúde e na formação de profissionais de saúde, trazendo consequências para as organizações e para a qualidade do atendimento aos pacientes. Por se tratar de uma pesquisa de mestrado, que está limitada em dois anos, o delineamento é transversal. A abordagem será mista, combinando os métodos quantitativos e qualitativos, com isso, a parte quantitativa da pesquisa pode ser dividida na parte descritiva como um estudo epidemiológico de prevalência e analítica, pois se pretendem correlacionar os dados clínicos, psicossociais e sociodemográficos obtidos. A parte qualitativa pretende, de forma exploratória, compreender padrões dos determinantes sociais e da cultura que promovem ou que mantenham o desfecho

encontrado na parte quantitativa, bem como os fatores relacionados ao desfecho ou ao bem-estar na residência. Para tanto, os instrumentos de obtenção de dados foram o questionário sociodemográfico e clínico, os testes psicométricos e a entrevista semiestruturada, aplicados em todos os residentes e analisados em sua totalidade (Baasch, 2016; Figaro, 2014; Creswell & Clark, 2013; Dures, Rumsey, Morris, & Gleeson, 2011; Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010; Collins, Onwuegbuzie, & Jiao, 2007; Minayo & Minayo-Gómez, 2003).

III.2 Amostra

A amostra foi escolhida por conveniência devido à acessibilidade e disponibilidade das instituições, sendo composta por 39 profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) que aceitaram responder aos questionários, das especialidades: Análises Clínicas, Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia; e 19 profissionais da residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clemente Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ) das especialidades: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional, no total geral de 58 residentes. Os residentes que participaram da pesquisa estão relacionados segundo a profissão na tabela 2.

Tabela 2

Especialidade por localidade

		Especialidades									Total
		Educação Física	Enfermagem	Farmácia	Fisioterapia	Nutrição	Psicologia	Serviço Social	Análises Clínicas	Terapia Ocupacional	
Local	JF	2	8	4	4	4	5	9	3	0	39
	RJ	0	3	3	4	1	2	1	0	2	19
Total		2	11	7	8	5	7	10	3	2	58

III.2.1 Critérios de seleção

As instituições foram selecionadas por conveniência, de forma que tivessem adequação para a maior similaridade das características de ensino, ambiente e especialidades relacionadas. Para tanto, foram selecionadas somente as residências que estivessem estruturadas em uma Coordenação de Residências Multiprofissionais (COREMU), em Hospitais Universitários de Universidades Federais, que tivessem o mesmo caráter de atendimento em nível hospitalar, com público alvo em saúde geral do adulto. As especialidades envolvidas nas atividades multiprofissionais variaram, mas manteve-se o critério de que as instituições deveriam contemplar a especialidade em Psicologia. As especialidades em comum são: Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. As especialidades que diferem são: Educação Física presente somente na residência do HU-UFJF e Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional presente somente no HUCFF-UFRJ. Durante o processo de coleta de dados foi apresentado uma especialidade da formação em Farmácia, a Análises clínicas, que faz parte do quadro de profissões do HU-UFJF.

Além dos critérios descritos, também foi levada em consideração a proximidade física das instituições e das cidades, bem como a aceitação da pesquisa por parte das Coordenações das Residências Multiprofissionais das respectivas instituições (ANEXO I e II).

III.2.2 Critérios de inclusão

Todos os residentes matriculados nas residências multiprofissionais em saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e do Hospital Universitário Clemente Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ).

III.2.3 Critérios de não inclusão

1. Residentes com menos de seis meses de curso, que sejam considerados iniciantes e por isso não estavam envolvidos com a rotina da residência;
2. Residentes que fizeram parte de grupos de intervenção para manejo de estresse e desenvolvimento de técnicas de relaxamento;
3. Residentes que estiveram em licença médica ou outro afastamento;
4. Residentes que não estiveram presentes durante as aulas de eixo temático, que foram foco de abordagem da pesquisadora.

Seguindo os presentes critérios, somente um participante da pesquisa do HUCFF foi excluído por fazer parte de um programa de intervenção de manejo de estresse e técnicas de relaxamento que poderiam alterar seus resultados comparados com os demais colegas.

III.3 Instrumentos

Os instrumentos são as técnicas de obtenção de dados, uma vez que nenhum método observacional será usado. No presente estudo foram utilizados o questionário sociodemográfico, os testes psicométricos e a entrevista semiestruturada. Os testes psicométricos tiveram como objetivo avaliar os aspectos do trabalho, qualidade de vida e saúde do trabalhador dos residentes. Uma vez que não existem instrumentos disponíveis para a população específica que é alvo da presente pesquisa (misto de período de formação em exercício profissional), a entrevista semiestruturada teve como objetivo preencher o espaço da formação e estudo, além de complementar os aspectos interpessoais e profissionais ausentes nos instrumentos escolhidos. A forma de aplicação e utilização dos instrumentos será descrita nos procedimentos. Os instrumentos foram divididos em quatro grupos, organizados na

seguinte sequência de aplicação: O Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE I); a folha de aplicação do EVENT (ANEXO III); o CESQT, ICT e WHOQOL-BREF (ANEXO IV); e a entrevista semiestruturada (APÊNDICE II). A seguir está o detalhamento de cada um dos instrumentos.

III.3.1 Questionário sociodemográfico e clínico

Para caracterizar a população foi aplicado um questionário socioeconômico. As primeiras questões levaram em consideração as variáveis de idade, gênero, religião e grupo familiar, além de profissão, tempo de residência, local de graduação, permanência do residente na mesma instituição ou possível mudança de cidade para cursar a programa de residência. As perguntas posteriores são relacionadas aos critérios de não inclusão, além disso, aspectos subjetivos dos residentes, incluindo comportamentos de risco à saúde com dados clínicos gerais, percepção das relações interpessoais com colegas de residência, percepção do tempo e da dedicação à residência e percepção do tempo dedicado ao autocuidado. O questionário foi baseado e adaptado de outros questionários utilizados em pesquisas com profissionais da área de saúde (Lino, 2004; De Marco, Cítero, *et al.*, 2008) (APÊNDICE I).

O processo de construção e adaptação do questionário contou com uma aplicação de pré-teste em três residentes que não estariam nos critérios de inclusão no momento da coleta de dados e que estavam dispostos a contribuir com o desenvolvimento e adequação das perguntas para a realidade da residência, como resultado a questão sobre lazer foi alterada devido a dificuldade dos participantes do pré-teste em quantificar horas dedicadas a atividades de prazer na semana dos residentes. Mesmo com o cuidado do pré-teste, após a coleta foi percebida a ausência de dois dados na construção do questionário sociodemográfico: o tempo de formados de cada um dos residentes, fator que apareceu espontaneamente na entrevista semiestruturada;

e a presença ou ausência de filhos entre as residentes, fator relacionado em pesquisa anterior (Goulart, Silva, Bolzan, & Guido, 2012).

III.3.2 Entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada sobre a formação e as condições da residência foi desenvolvida para atender a questões relacionadas à percepção dos residentes a respeito de sua própria formação durante a graduação e seu nível de preparo para o cotidiano da residência. Esta abrange questões sobre as possíveis mudanças que o residente gostaria de fazer na sua graduação, visando alcançar as lacunas percebidas em sua graduação que possam estar associadas com qualquer emoção relacionada às dificuldades encontradas durante a residência.

Para compreender as diferenças entre os setores, das percepções pessoais e as afinidades com o trabalho prestado e o estudo na residência foi elaborado uma pergunta sobre o cotidiano, deixando livre para que o residente apresentasse sua própria percepção de seu dia a dia. Outra questão aborda a percepção do residente sobre a frequência de emoções negativas (caracterizadas por medo, raiva e frustração) durante o período de residência e as principais situações relacionadas a essas emoções.

Uma pergunta sobre as mudanças que o residente gostaria que fossem aplicadas na residência foi inserida com o objetivo de verificar as lacunas que o residente percebe sobre a sua própria vivência. Além disso, foi conveniente adicionar uma pergunta sobre o que satisfaz o residente em seu cotidiano com o objetivo de conhecer aquilo que o mantém ligado a residência e os possíveis fatores de engajamento e satisfação na residência.

Por fim, esperou-se conhecer aspectos que são prováveis fatores associados a saúde mental ou adoecimento dos residentes, segundo sua percepção. As questões foram elaboradas de forma que complementem os dados obtidos pelos testes quantitativos, com dados que são

específicos do ambiente da residência multiprofissional e que não são contemplados em nenhum teste disponível para aplicação e todas as entrevistas foram avaliadas (APÊNDICE II).

III.3.3 Escala de vulnerabilidade ao estresse no trabalho

Para indicar a presença de estresse ocupacional foi utilizada a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) de autoria e Sisto, Baptista, Noronha & Santos (2007). A escala é autoaplicável e composta de 40 afirmações sobre situações do trabalho com alternativas em escala tipo “*Likert*” de frequência com três variações, “nunca” pontuado com zero, “às vezes” com pontuação um e “frequentemente”, pontuação dois, avaliando questões do ambiente, das relações e do cotidiano no trabalho da residência. A pontuação mínima na escala é de zero e a máxima é de 32 pontos (Sisto, Baptista, Noronha, & Santos, 2007).

A escala passou por validação e análise fatorial, apresentou-se multifatorial, concluindo em três fatores: 1- Clima e Funcionamento Organizacional contém 16 dos 40 itens da escala e as afirmações têm relação com despreparo, problemas de relação, diálogo e expectativas dos superiores, inadequação de ambiente físico, problemas na avaliação do trabalho, solidariedade e valorização do trabalho, relações de autoridade e questões sobre o salário; 2- Pressão no Trabalho contém 13 itens com afirmações sobre acúmulo de função ou trabalho e seu ritmo acelerado, fazer trabalhos de outras funções ou designadas a colegas ou outros, alto nível de responsabilidade, obrigações novas ou maiores que dos colegas, o erro do residente no seu trabalho afeta os outros e ter que atender muitas pessoas em pouco tempo; 3- Infraestrutura e Rotina contêm os demais 11 itens, afirmações que compreendiam as jornadas de trabalho, acidentes, afastamentos e saúde pessoal e dos colegas, mudanças de chefia, dificuldades de trabalho em conjunto, iluminação do ambiente e atraso de salário (Sisto, Baptista, Santos, & Noronha, 2008).

Na análise de validação, a média, mediana e moda da pontuação dos participantes da pesquisa de validação foram correspondentes ao ponto médio da escala, que foi completamente coberta, pois obteve desde a pontuação mínima a máxima e houve simetria nas faixas de respostas iguais ou inferiores a quatro pontos (5,9%) e 26 ou mais pontos (6,4%), os demais (87,7%) ficaram entre cinco e 25 pontos (Sisto, Baptista, Santos, & Noronha, 2008). Considerando a população alvo específica do presente estudo, as escalas disponíveis para avaliação do estresse não são completamente adequadas, pois assumem aspectos do trabalho em mercado como carreira e promoção que não são parte da residência, por isso, os instrumentos disponíveis foram estudados e a escolha do EVENT se deu pelos fatores da escala não se relacionarem diretamente com a carreira e pela menor interferência dos aspectos não relevantes para o público de residentes (ANEXO I).

As questões 15 e 31 da escala, que tem como tema perspectiva futuras no trabalho sendo o plano de cargos e salários e de ascensão e transferência foram duas questões problemáticas da escala com relação à realidade dos residentes que podem ter influenciado a análise dos resultados que se segue.

III.3.4 Questionário para avaliação da síndrome de burnout

A avaliação do *burnout* foi medida pela versão validada para *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT), Questionário para a avaliação da Síndrome de *Burnout*, de Gil-Monte (2005), traduzido e validado por Gil-Monte, Carlotto e Câmara (2010). O questionário é autoaplicável e composto por 20 afirmações sobre o ambiente de trabalho avaliadas em escala “Likert” de frequência com cinco pontos, variando de zero equivalente a “nunca”, um, “raramente”, dois, “às vezes”, três, “frequentemente” a quatro, correspondente a “diariamente”, com pontuação mínima de zero e máxima de 80 pontos.

O CESQT é uma escala multifatorial e os 20 itens estão divididos em quatro fatores associados a quatro dimensões da síndrome: 1- Desgaste psíquico, avalia o desgaste emocional e físico com relação ao trabalho e contém quatro dos 20 itens; 2- Indolência, contém seis itens e avalia a indiferença e atitudes negativas na relação interpessoal, com colegas e atendimentos; 3- Culpa, contém cinco itens e avalia o remorso, sentimentos negativos direcionados ao próprio comportamento; 4- Ilusão pelo trabalho, avalia expectativas, realização profissional e do trabalho em cinco itens. As dimensões são consideradas sub-escalas e tiveram suas pontuações calculadas pelos itens que as compõem, sendo assim, altas pontuações (maior ou igual a dois) nas sub-escalas de desgaste psíquico, indolência, culpa e baixas pontuações (menor que dois) na sub-escalas de ilusão pelo trabalho indicam altos níveis da síndrome de *burnout* e a presença do *burnout* (Gil-Monte, Carlotto, & Câmara, 2010).

A vantagem do uso do CESQT reside no modelo teórico e psicométrico de base que leva em consideração os sentimentos de culpa, além dos aspectos emocionais, cognitivos e físicos do *burnout*. Com isso existem dois perfis de resultado para o teste, o *burnout* sem culpa (perfil 1) e com culpa (perfil 2). O CESQT é superior a outras adaptações brasileiras de instrumentos para avaliar o *burnout* que apresentam insuficiências psicométricas (Gil-Monte, Carlotto, & Câmara, 2010). O CESQT foi utilizado em populações de profissionais de saúde (Silveira, Câmara, & Amazaray, 2014), enfermeiros (Barros, 2016) e psicólogos (Rodriguez & Carlotto, 2014), que fazem parte do público alvo do presente estudo. O diagnóstico da síndrome de *burnout* só pode ser feito com entrevistas clínicas, processos de avaliação psicológica e de saúde mental (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009; Diehl & Carlotto, 2015), portanto a presente pesquisa tem como objetivo rastrear possíveis casos e os indivíduos que estão em risco de desenvolver o *burnout*. O uso do CESQT foi autorizado para fins de pesquisa (ANEXO II).

III.3.5 Índice de capacidade para o trabalho

A avaliação da percepção do residente de sua saúde e disposição para o trabalho foi investigada através da aplicação do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (Tuomi, Ilmarinen, Jähkola, Katajärinne, & Tulkki, 2005), na validação brasileira de Martinez, Latorre e Fischer (2009), composto por dez questões com formas de avaliação variadas, predominando escalas do tipo “Likert”, a questão quatro apresenta uma lista de doenças que o participante pode ter na atualidade, considerando sua própria opinião ou o diagnóstico médico e a questão cinco relaciona as doenças ao impedimento para o trabalho podendo responder mais de uma das alternativas. Para fins de correção do teste será considerado somente os casos diagnosticados pelos médicos, segundo as normas de correção do manual (Tuomi, Ilmarinen, Jähkola, Katajärinne, & Tulkki, 2005).

O questionário é multifatorial, contendo sete dimensões: 1- Capacidade de trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida, cujo escore varia de 0 a 10; 2- Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho, contendo duas questões sobre a natureza mental, física ou mista do trabalho com escore ponderado de 2 a 10 pontos; 3- Número atual de doenças autoreferidas e diagnosticadas por médico, corresponde à questão quatro, com 51 doenças listadas cujo escore varia de 1 a 7 pontos; 4- Perda estimada para o trabalho por doenças, equivalente a questão cinco com escore variando de 1 a 6 pontos; 5- Faltas ao trabalho por doenças, com escore de 1 a 5; 6- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho, que tem três pontuações possíveis (1, 4 ou 7) e, 7- Recursos mentais, com escore ponderado de três questões que pode variar de 1 a 4 pontos. O resultado total oferece uma medida de capacidade para o trabalho com um valor entre 7 e 49 pontos, seguindo os cálculos apresentados no manual (Tuomi, Ilmarinen, Jähkola, Katajärinne, & Tulkki, 2005).

O ICT é um instrumento autoaplicável e é considerado um preditor de absenteísmo, afastamentos por questões de saúde, perda de capacidade precoce para o trabalho e abandono do trabalho (Silva Júnior, Vasconcelos, Griep, & Rotenberg, 2011). O ICT tem sido utilizado para avaliar a capacidade para o trabalho de enfermeiros de hospitais universitários (Duran & Cocco, 2004; Hillesheim, et al., 2011), por isso será um dos instrumentos utilizados para avaliar as condições físicas dos residentes para o cotidiano de trabalho no programa de residência multiprofissional (ANEXO II).

III.3.6 WHOQOL-BREF

Para avaliar a percepção de saúde em geral e qualidade de vida foi aplicado o WHOQOL-BREF em sua versão brasileira (Fleck, 1998), composto de 26 questões, com respostas do tipo “Likert” com cinco pontos, que variam de acordo com a pergunta da questão, o mínimo é marcado com um ponto e o máximo é cinco pontos, sendo que as questões 3, 4 e 26 devem ser avaliadas com pontuação inversa. As menores pontuações na avaliação indicam pior qualidade de vida e as maiores pontuações indicam melhor qualidade de vida. O questionário avalia a qualidade dos fatores físicos, psicológicos, sociais, ambientais.

Segundo análise fatorial exploratória de Castro, Hökerberg e Passos (2013) aplicado em profissionais de saúde, o WHOQOL é um instrumento multifatorial com seis fatores distribuídos nos domínios: 1- Geral, corresponde aos aspectos de qualidade de vida e saúde; 2- Físico 1, correspondentes às questões relativas à dor, tratamento e locomoção; 3- Físico 2, que trata de capacidade para o trabalho, atividades diárias e sono; 4- Psicológico, o maior domínio com oito dos itens que dizem respeito a aproveitar e ter sentido na vida, segurança, energia, concentração, autossatisfação, aparência física e presença ou ausência de sentimentos negativos; 5- Relações sociais, compreendem as relações pessoais, apoio dos amigos e satisfação com a vida sexual, e 6- Meio ambiente, leva em consideração as questões de moradia,

transporte, lazer, recursos financeiros, acesso à informação e serviços de saúde e ambiente saudável. Essa avaliação levou em conta o modelo teórico do grupo WHOQOL e a análise fatorial exploratória do instrumento, chegando numa nova divisão das questões, diferente da proposta original. Os domínios físico 1 e 2 tiveram divisão similar na análise fatorial de Moreno et al (2006) e foram renomeadas como “físico patológico” e “físico funcional”, que leva a conclusões teóricas sobre o nível de independência da população que está no mercado de trabalho e economicamente ativa.

Devido à validação em um grupo similar ao do público alvo da presente pesquisa e das análises encontradas, o WHOQOL-BREF será usado no formato de 26 questões e com os fatores relacionados por Castro, Hökerberg e Passos (2013). As características de aprendizagem em serviço do grupo alvo fizeram com que os instrumentos de qualidade de vida no trabalho não fossem interessantes para a pesquisa, além disso, é interesse saber a relação do estresse e *burnout* com a qualidade de vida geral do residente. O instrumento é autoaplicável e foi usado como forma de avaliação da percepção da relação de qualidade de vida com o período de permanência e trabalho na residência (ANEXO II).

III.4 Aspectos éticos

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética, no parecer consubstanciado nº 1.821.033 (ANEXO V). Os residentes foram informados dos objetivos do estudo, esclarecidos sobre a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, mantendo garantido seu sigilo, sem que isso os lese de qualquer forma, sobre a proteção da sua identidade e dos seus dados pessoais e preservação de qualquer constrangimento que a pesquisa possa lhe causar, havendo concordância, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE-APÊNDICES III e IV), seguindo-se os preceitos da Resolução nº 466/2012. Por caracterizar-se como aplicação de questionário em entrevista que envolve perguntas que podem estar relacionadas

ao *burnout*, as relações no local de trabalho e estudo e as relações pessoais, a pesquisa envolve riscos mínimos.

Um dos participantes demonstrou interesse em ter os resultados de forma individual e foi estabelecido o contato para que seja entregue o parecer completo sobre seus resultados no momento da devolutiva para as residências. Não houve ocorrência de casos observados que indicassem qualquer demanda por parte dos entrevistados durante a aplicação dos testes e entrevistas, portanto não houve nenhum encaminhamento para acompanhamento psicológico pela pesquisadora. No momento da devolutiva aos participantes, caso algum deles apresente a necessidade, terão encaminhamento adequado para sua residência, sendo que: os residentes da Universidade Federal de Juiz de Fora, serão encaminhados ao Centro de Psicologia Aplicada – CPA – da UFJF e, por questões éticas profissionais, os estudantes egressos da graduação de Psicologia da UFJF a Clínica de Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – CES/JF; os residentes do HUCFF serão encaminhados para a divisão de Psicologia Aplicada – DPA – da UFRJ e Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – SPA-UERJ – para os residentes de psicologia egressos da UFRJ.

Os participantes foram informados sobre os benefícios do estudo, que consiste no conhecimento dos principais fatores associados ao estresse e *burnout* de profissionais de diversas áreas que atuam de forma interdisciplinar, orientando intervenções em grupo no futuro, promovendo novas políticas de educação para a formação em saúde e estabelecendo diretrizes para as relações entre as especialidades envolvidas no cuidado em saúde pública. Durante os encontros de coletas de dados, os participantes confirmaram os benefícios da pesquisa.

III.5 Procedimentos

Os participantes foram informados sobre a pesquisa em aula de eixo comum ou na reunião do eixo transversal, com a devida autorização do professor e da coordenação da residência, onde foram convidados a responder aos testes e à entrevista no momento que não estivessem em atividade acadêmica, no próprio hospital de residência ou no campus onde estivessem ocorrendo as aulas. Os residentes foram informados que a participação não era obrigatória e que poderiam se retirar da pesquisa a qualquer momento durante a explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A aplicação dos instrumentos foi dividida em duas etapas: a primeira foi a autoaplicação do questionário socioeconômico (APÊNDICE I) e dos testes EVENT (ANEXO I) que foi utilizada a folha de aplicação original, e o demais na sequência CESQT, ICT e WHOQOL-BREF (ANEXO II), a segunda etapa foi de resposta às questões da entrevista semiestruturada, gravada pelo aplicador devidamente treinado. Foram feitas pelo menos três tentativas de aplicação dos instrumentos, com diferença de pelo menos uma semana entre elas, abordando os residentes presentes nos horários estipulados pela coordenação. Foram considerados como “perda” depois de consecutivas tentativas semanais, excluindo os dias que houveram feriados, entre os períodos de 17 de março e 5 de maio, total de nove semanas. Dois residentes se recusaram a participar no HUCFF, foram considerados como “negativas” e não foram abordados novamente.

Somente a pesquisadora executou todas as entrevistas e seguiu o padrão de postura na aplicação do questionário sociodemográfico, ao deixar os participantes com liberdade e discrição para responder a bateria de instrumentos autoaplicáveis e por fim, o procedimento de gravação e cuidado ético para não identificar os participantes pelo nome nos áudios. Para identificar os áudios provenientes das entrevistas semiestruturadas, a pesquisadora iniciou as

gravações falando em voz alta o local, data e hora da entrevista, os mesmos dados foram colocados nos envelopes dos respectivos participantes, junto com um número de identificação que contém as informações do local e sequência de participante entrevistado pela pesquisadora. Cada um dos participantes tem um envelope que contém os instrumentos respondidos, bem como as transcrições das entrevistas e todos os áudios gravados em um cartão de memória, mantidos em arquivo no Núcleo Interdisciplinar de Investigação em Psicossomática, Saúde e Organizações – NUIPSO/UFJF ou no Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPG/UFJF.

A pesquisadora fez controle de todas as visitas ao hospital universitário e ao campus através do diário de campo. O diário de campo contém as tentativas, recusas e os sucessos em entrevistas, onde foram feitas anotações sobre as intercorrências na aplicação dos instrumentos, que pudessem eliminar a entrevista, interferências externas e as condições do local de aplicação dentro do hospital universitário ou no campus. As tentativas, recusas e sucessos de aplicação foram acompanhados até o fim da coleta de dados e, ao fim da tabulação e análise de dados, os documentos e os diários estão mantidos em arquivo junto aos questionários e entrevistas da pesquisa.

IV. Análise de dados

Para a análise dos resultados, foram feitas comparações internas às instituições, análises relacionando as duas instituições e outros resultados gerais como prevalência de vulnerabilidade ao estresse, *burnout*, capacidade para o trabalho e qualidade de vida. A saúde e qualidade de vida dos residentes foram levadas em consideração em outras análises por estarem inseridos no programa de residência, assim, mantendo esses participantes pretende-se não haver perda de informações qualitativas.

V.Resultados

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos no que diz respeito à análise quantitativa dos dados, bem como a análise qualitativa das entrevistas realizadas.

Ao fazer as análises, 47 das variáveis foram relacionadas para o SPSS versão 20 (Statistical Package for the Social Sciences) e todas as 170 no SPHINX Lexica. As variáveis correspondem às 37 variáveis do questionário socioeconômico e clínico; 44 variáveis da EVENT que correspondem às 40 perguntas, o resultado dos três fatores e o resultado total; 32 variáveis do CESQT, sendo 20 das perguntas, 7 dos resultados nominais dos fatores e os perfis de *burnout* e 5 dos resultados escalares dos fatores e do total; 17 variáveis do ICT com dez questões, 6 fatores e o total final; por fim as 40 variáveis do WHOQOL que correspondem às 26 perguntas do teste e sete com os fatores e resultados nominais e os mesmos de forma escalar. Ao final, as variáveis do questionário clínico sobre o uso de cigarro e outras drogas não foram relacionadas na análise, uma vez que todas as residentes afirmaram não fazer uso, portanto não interferem nas correlações.

As questões da entrevista semiestruturada forneceram mais de quatro horas e meia de áudios e 181 páginas de transcrição. Os resultados da entrevista serão dados a partir da análise de Conteúdo de Bardin (2016) e segundo as categorias encontradas.

V.1 Variáveis sociodemográficos

O programa de residência multiprofissional do HUCFF tem entrada anual de 27 residentes, desta forma um dos residentes que ingressaram no ano de 2016 e faziam parte do grupo eletivo durante o período de coleta da pesquisa desistiu da formação e abandonou a residência. Dos 26 possíveis participantes, dois se recusaram a participar da pesquisa, um preenchia os critérios de não inclusão por participar de intervenção de manejo do estresse e

relaxamento, cinco foram procurados em pelo menos seis momentos diferentes e não estavam presentes ou não tiveram interesse em participar da pesquisa, deixando um total de 18 participantes que cumprem os critérios de inclusão e que responderam aos testes. Durante a entrevista de um dos participantes do HUCFF houve um problema no equipamento de gravação que foi posteriormente identificado, excluindo a entrevista semiestruturada. O participante foi procurado a responder a entrevista novamente em outro momento e alegou não ter disponibilidade.

O programa de residência multiprofissional do HU-UFJF tem entrada anual de 40 residentes em três atenções: hospitalar, doenças crônico-degenerativas e saúde mental. De todos, 39 estavam disponíveis no momento da coleta e participaram da pesquisa. Todos os residentes responderam os testes autoaplicáveis nas duas primeiras semanas de coleta de dados. As entrevistas foram realizadas no decorrer das semanas seguintes, seguindo aqueles que haviam respondido aos testes. Devido ao período de férias, dois residentes não responderam à entrevista semiestruturada no período de coleta de dados.

Portanto, do total de 58 participantes que responderam aos testes, destes, 56 responderam à entrevista semiestruturada e houve uma perda, ficando um total de 55 que responderam tanto aos testes quanto à entrevista. A maioria das residentes que fizeram parte da pesquisa eram as especialidades de enfermagem (19%), seguida pelo serviço social (17,2%) e fisioterapia (13,8%). Farmácia e psicologia apresentaram a mesma quantidade de respondentes na pesquisa com sete representantes cada (12,1%). Das onze especialidades que tinham a possibilidade de entrar na pesquisa, somente a Odontologia não teve representação. A equipe de residentes multiprofissionais é formada em sua maioria por mulheres como descrito na tabela 3 que segue.

Tabela 3

Dados sociodemográficos dos residentes

Variável	Principal ocorrência	Frequência e %
----------	----------------------	----------------

Sexo	Feminino	(53) 91,4%
Estado civil	Solteira	(51) 87,9%
Religião	Católica	(37) 63,8%
Idade	26 (média, mediana e moda) (variação: 23-38)	(14) 24,1%
Curso:		
	Enfermagem	(12) 20,7%
	Serviço Social	(10) 17,2%
	Farmácia, Fisioterapia e Psicologia	(7) 12,1%
	Nutrição	(5) 8,6%
	Análises Clínicas e Fonoaudiologia	(3) 5,2%
	Educação Física e Terapia Ocupacional	(2) 3,4%

O HUCFF apresentou maior frequência de homens que o HU-UFJF, sendo que 15,8% dos residentes que participaram da pesquisa no HUCFF são homens e somente 5,12% dos residentes do HU-UFJF se declararam do sexo masculino. A maioria se declarou do sexo feminino e quando perguntadas sobre seu estado civil foram dadas 6 opções, dentre elas viúvas, divorciadas e outro não tiveram nenhuma ocorrência. O HUCFF apresentou maior porcentagem de casados (10,52%) e de uniões estáveis (5,26%) do que o HU-UFJF (5,12% casados e 5,12% de uniões estáveis). A grande maioria é de solteiras (87,9%). As residentes responderam sobre seu estado de moradia, dando quatro opções que tiveram ocorrências.

Tabela 4

Frequência e porcentagem de condições de moradia

Local		Condições de moradia					Total
		Com familiares	Sozinha(o)	Com amigos	Outro	Com Cônjugue	
Local	Juiz de Fora	27	3	6	1	2	39
	Rio de Janeiro	9	3	4	2	1	19
Total		36 (62,1%)	6 (10,3%)	10 (17,2%)	3 (5,2%)	3 (5,2%)	58

Para a análise dos resultados de local de moradia foi acrescentado às respostas possíveis a categoria das pessoas que viviam com o cônjuge. A resposta “Outros” dava opção de especificar o que representava e, por metade das ocorrências terem especificado que Outros significava o cônjuge, foi julgado necessário apresentar esse dado. A maioria das residentes vive com familiares (62,1%), sendo que essa resposta pode abranger também os cônjuges. Foram

relacionadas nove opções de resposta para religião, dentre elas três (Judaísmo, Testemunha de Jeová e outros) não apresentaram nenhuma ocorrência.

Tabela 5

Frequência e porcentagem de religião

	Local	Religião						Total
		Católica	Espírita	Evangélica	Umbanda	Ateu/ateia	Nenhuma	
	JF	25	4	5	1	1	3	39
	RJ	12	1	0	1	0	5	19
Total		37 (63,8%)	5 (8,6%)	5 (8,6%)	2 (3,4%)	1 (1,7%)	8 (13,8%)	58

A maioria das residentes é católica (63,8%), seguida daquelas que não têm nenhuma religião e não se consideram ateias (13,8%), e de espíritas e evangélicas (8,6%). Foram dadas três opções de local de graduação, com intuito de conhecer a origem das residentes e todas tiveram ocorrências. Esta questão tinha a opção de colocar a instituição que cursaram a graduação, muitas não completaram essa opção.

Tabela 6

Frequência e porcentagem das instituições de graduação

	Local	Instituição de graduação			Total
		Pública	Particular	Mesma	
				Instituição	
	Juiz de Fora	14	2	23	39
	Rio de Janeiro	10	3	6	19
Total		24 (41,4%)	5 (8,6%)	29 (50%)	58

As residentes que assinalaram a opção de universidade pública e completaram o local de resposta com a mesma instituição de ensino que faziam parte na residência foram corrigidas para a opção “Mesma Instituição”. Metade das residentes mantiveram-se na instituição de ensino e o total de 91,4% eram oriundas de uma universidade pública, da mesma instituição ou não. O HUCFF apresentou somente 31,57% das residentes que cursaram a graduação na UFRJ, enquanto o HU-UFJF apresentou 58,97% formadas na UFJF. Acompanhando o resultado da instituição de formação, 81% das residentes fizeram a sua graduação na mesma cidade que se formaram.

Tabela 7

Frequência e porcentagem das mudanças de cidade da graduação

Local		Cidade da graduação		Total
		Mesma cidade da residência	Cidade diferente da residência	
Juiz de Fora		32	7	39
Rio de Janeiro		15	4	19
Total		47 (81%)	11 (19%)	58

Todas as residentes se encontravam no período de 12 a 14 meses de residência que está de acordo com o período de coleta de dados e dentro dos critérios de inclusão da pesquisa.

V.2 Variáveis clínicas

O objetivo da presente pesquisa era encontrar possíveis casos de *burnout* e de maior vulnerabilidade ao estresse, por isso o participante de pesquisa que afirmou participar de grupos de manejo do estresse ou de relaxamento foi excluído da pesquisa pela possibilidade de alterar os dados. Todos os residentes que responderam aos testes, alegaram não fazer uso de cigarro e outras drogas. Portanto, esta variável foi retirada da análise final. Foi perguntado aos residentes aqueles que já haviam feito psicoterapia anteriormente, como na tabela abaixo.

Tabela 8

Frequência e porcentagem de psicoterapia anterior

Local		Psicoterapia anterior		Total
		Não fez psicoterapia	Fez psicoterapia	
Juiz de Fora		19	20	39
Rio de Janeiro		14	5	19
Total		33 (56,9%)	25 (43,1%)	58

Boa parte dos 56,9% que não fez terapia se deve ao fato que 73,7% dos residentes do Rio de Janeiro não fez psicoterapia, sendo que em Juiz de Fora pouco mais da metade fez psicoterapia anteriormente. As residentes também foram perguntadas quais ainda faziam acompanhamento psicoterápico.

Tabela 9

Frequência e porcentagem de acompanhamento psicoterápico

Local		Psicoterapia atual			Total
		Não faz psicoterapia	Faz psicoterapia	Nunca fez psicoterapia	
		Omissos			
Local	Juiz de Fora	10	10	18	39
	Rio de Janeiro	3	2	14	19
Total		13 (22,4%)	12 (20,7%)	32 (55,2%)	58

Metade das residentes de Juiz de Fora que faziam psicoterapia anteriormente não faziam no momento da pesquisa. Pouco menos da metade das residentes do Rio de Janeiro continuavam em psicoterapia. O caso de omissão corresponde a uma pessoa que não fez psicoterapia anteriormente.

Tabela 10

Frequência e porcentagem de acompanhamento psiquiátrico anterior

Local		Acompanhamento psiquiátrico anterior			Total
		Não fez acompanhamento psiquiátrico	Já fez acompanhamento psiquiátrico		
Local	Juiz de Fora	30	9	39	
	Rio de Janeiro	16	3	19	
Total		46 (79,3%)	12 (20,7%)	58	

Somente 20,7% das residentes afirmaram já terem passado por acompanhamento psiquiátrico anteriormente, tendência que se manteve em ambos os locais. Na sequência as residentes foram perguntadas sobre o acompanhamento psiquiátrico no momento da pesquisa, ou seja, durante a residência.

Tabela 11

Frequência e porcentagem de acompanhamento psiquiátrico atual

Local		Acompanhamento psiquiátrico atual			Total
		Não faz acompanhamento psiquiátrico	Faz acompanhamento psiquiátrico		
Local	Juiz de Fora	34	5	39	
	Rio de Janeiro	17	2	19	
Total		51 (87,9%)	7 (12,1%)	58	

A porcentagem de residentes que permaneciam em tratamento psiquiátrico durante a pesquisa é pouco maior que a metade das que faziam anteriormente. Essas perguntas eram essenciais para compreender o comportamento das residentes quanto ao uso de medicamentos

psicotrópicos e 31% (18 residentes) afirmou ter usado medicamentos psicotrópicos, que podem ser receitados por outros médicos ou podem ser automedicados ou receitados por médicos de outras especialidades.

Tabela 12

Frequência e porcentagem dos tipos de medicamentos psicotrópicos de uso anterior

Local		Tipos de medicamentos psicotrópicos anterior				Total
		Antidepressivo	Ansiolítico	Não faz uso de medicamentos	Combinações de antidepressivos, ansiolíticos e outros	
	Juiz de Fora	4	6	24	5	39
	Rio de Janeiro	0	2	16	1	19
Total		4 (6,9%)	8 (13,8%)	40 (69,0%)	6 (10,3%)	58

A maioria das residentes (50%) que fez uso de medicamentos anteriormente à pesquisa, fez uso de ansiolíticos e 33,3% fez uso de combinados. As residentes também foram perguntadas sobre o uso atual de psicotrópicos e somente metade das residentes que faziam uso anterior mantinham o uso durante a pesquisa (9 residentes).

Tabela 13

Frequência e porcentagem de tipos de psicotrópicos de uso atual

Local		Tipos de medicamentos psicotrópicos atual				Total
		Antidepressivo	Ansiolítico	Não faz uso de medicamentos	Combinações de antidepressivos, ansiolíticos e outros	
	Juiz de Fora	5	1	32	1	39
	Rio de Janeiro	0	1	17	1	19
Total		5 (8,6%)	2 (3,4%)	49 (84,5%)	2 (3,4%)	58

Das residentes que faziam uso de medicamentos psicotrópicos anterior a pesquisa houve redução das que faziam uso de ansiolíticos durante a pesquisa, permanecendo as que faziam uso de antidepressivos, com um pequeno aumento. Esse conjunto de perguntas é importante para avaliar a relação do uso de medicamentos com outras variáveis avaliadas na pesquisa. Ainda no campo de saúde, as residentes foram perguntadas sobre seu comportamento no uso

de álcool, sono, alimentação e prática de exercícios físicos. Dentre as residentes, 60,3% afirmou fazer uso de álcool.

Tabela 14

Frequência e porcentagem de uso de álcool

	Local	Frequência do uso de álcool por semana				Total
		Uma vez ou menos	De uma a duas vezes	De duas a três vezes	Não faz uso de álcool	
	Juiz de Fora	20	2	3	14	39
	Rio de Janeiro	9	1	0	9	19
Total		29 (50%)	3 (5,2%)	3 (5,2%)	23 (39,7%)	58

Metade das residentes fazem uso de álcool uma vez ou menos durante a semana, um número menor afirmou fazer uso por maior quantidade de vezes. Quanto aos padrões de sono, as residentes foram perguntadas sobre a quantidade de horas por dia que dispunham de sono e se era suficiente para sentir-se descansada. Somente 4 das residentes, todas do Rio de Janeiro, afirmaram que se sentiam descansadas com as horas de sono que despunham no momento da pesquisa, sendo assim 93,1% ainda se sentia cansada ao acordar. Das quatro residentes que afirmaram sentir-se descansadas, duas dormiam entre cinco e seis horas, outras duas afirmaram dormir entre sete e oito horas.

Tabela 15

Distribuição e porcentagem da quantidade de horas e qualidade de sono por dia

	Local	Quantidade de horas de sono por dia					Total
		5 h ou menos	Entre 5 h e 6 h	Entre 6 h e 7 h	Entre 7 h e 8 h	8 h ou mais	
	Juiz de Fora	3	15	16	3	2	39
	Rio de Janeiro	2	10	3	4	0	19
Quali. do sono	Insuficiente para descanso	5	23	19	5	2	54 (93,1%)
	Suficiente para descanso	0	2	0	2	0	4 (6,9%)
Total		5 (8,6%)	25 (43,1%)	19 (32,8%)	7 (12,1%)	2 (3,4%)	58

As residentes afirmaram que conseguem se alimentar de forma adequada durante a residência (55,2%). Deste número as residentes de Juiz de Fora apresentaram maioria que não

consegue se alimentar bem (53,8%) e a grande maioria das residentes do Rio de Janeiro (73,7%) afirmam se alimentar bem. A maioria (56,9%) também afirmou praticar exercícios físicos.

Tabela 16

Distribuição e porcentagem da frequência de exercícios físicos

	Local	Frequência de prática de exercícios						Total
		Pratica exercícios uma vez na semana ou menos	Pratica exercícios de duas a três vezes na semana	Pratica exercícios de três a quatro vezes na semana	Pratica exercícios quatro vezes ou mais na semana	Pratica exercícios todos os dias	Não praticam	
	JF	1	13	3	2	1	19	39
	RJ	0	9	1	2	1	6	19
Total		1 (1,7%)	22 (37,9%)	4 (6,9%)	4 (6,9%)	2 (3,4%)	25 (43,1%)	58

O lazer é outro aspecto relacionado ao bem-estar adicionado ao questionário sociodemográfico. Durante o estudo piloto foi percebido uma dificuldade das residentes de compreender o que compreendiam as horas de lazer, por isso três perguntas foram relacionadas ao lazer. A primeira delas é a quantidade de horas espontâneas de lazer, nessa pergunta houve uma ocorrência de residente que escreveu no teste “dormir é lazer?”.

Tabela 17

Distribuição da quantidade de horas espontâneas de lazer semanal

	Local	Quantidade de horas espontânea de lazer semanal									
		5h ou menos	Entre 5h e 6h	Entre 6h e 7h	Entre 7h e 8h	Entre 8h e 9h	Entre 10h e 11h	Entre 11h e 12h	Entre 12h e 13h	Mais de 15h	
	JF	13	3	3	4	3	6	2	4	1	0
	RJ	3	1	2	1	1	2	2	1	1	5
Total		16	4	5	5	4	8	4	5	2	5
		(27,6%)	(6,9%)	(8,6%)	(8,6%)	(6,9%)	(13,8%)	(6,9%)	(8,6%)	(3,4%)	(8,6%)

A maior frequência foi de 5 horas ou menos por semana (27,6%), seguida por 10 a 11 horas (13,8%). Na sequência foi perguntado se as residentes afirmaram espontaneamente a quantidade de horas livres que tinham fora da residência em sua totalidade. O objetivo era

avaliar o conceito de lazer das residentes seguindo com a próxima pergunta sobre as atividades que as davam prazer e avaliar as diferenças.

Tabela 18

Distribuição da avaliação das horas da residência

Local		Levou em consideração todo o tempo fora da residência			Total	
		Não considerou todo o tempo fora da residência	Considerou todo o tempo fora da residência	Omissos		
Local	Juiz de Fora	7		31	39	
	Rio de Janeiro	3		16	19	
Total		10 (17,2%)		47 (81%)	58	

Acompanhando a grande maioria que considerou a quantidade de horas na totalidade (81%), houve um aumento do número de pessoas que dedicam 5 horas ou menos ao lazer e de que dedicam entre 5 e 6 horas.

Tabela 19

Distribuição de horas de lazer dedicadas ao prazer

Local		Quantidade de horas dedicadas a algo que dê prazer pessoal						Total
		5 h ou menos	Entre 5h e 6h	Entre 6h e 7h	Entre 7h e 8h	Mais de 8h	Não considerou	
Local	JF	13	9	4	1	4	6	39
	RJ	6	1	3	2	3	3	19
Total		19 (32,8%)	10 (17,2%)	7 (12%)	3 (5,2%)	7 (12%)	9 (15,5%)	58

Esse conjunto de informações relatadas pelas residentes sobre sua própria saúde geral será avaliado relacionando as demais variáveis dos demais testes e seus fatores, buscando as possíveis correlações. Como continuação do questionário foram elaboradas três perguntas sobre as relações socioprofissionais que serão especificadas no capítulo a seguir.

V.3 Variáveis socioprofissionais

Com intuito de conhecer como era a percepção das residentes sobre as suas relações interpessoais na residência, foi pedido que as residentes jugassem a qualidade de suas relações em uma escala Likert de cinco opções variando de ótima a péssima. Só tiveram ocorrências entre regular, boa e ótima.

Tabela 20

Relação com os demais residentes

Local		Relação com os demais residentes			Total
		Ótima relação com os demais residentes	Boa relação com os demais residentes	Relação regular com os demais residentes	
Local	Juiz de Fora	10	26	3	39
	Rio de Janeiro	11	8	0	19
Total		21 (36,2%)	34 (58,6%)	3 (5,2%)	58

As únicas ocorrências de relação regular, que indica necessidade de melhoria, são de Juiz de Fora. As residentes do Rio de Janeiro tiveram maior tendência em avaliar suas relações como ótimas que as residentes de Juiz de Fora. A percepção sobre a satisfação no momento da pesquisa com a profissão escolhida foi relacionada entre as perguntas e teve ocorrência em todas as cinco opções da escala Likert organizada para a pergunta.

Tabela 21

Percepção sobre a satisfação atual com a profissão

Local		Satisfação atual com a profissão				Total
		Muito satisfeita(o)	Satisfeita(o)	Indiferente	Insatisfeita(o)	
Local	Juiz de Fora	15	17	3	3	1 39
	Rio de Janeiro	6	12	0	1	0 19
Total		21 (36,2%)	29 (50%)	3 (5,2%)	4 (6,9%)	1 (1,7%) 58

Metade das residentes afirmaram estar satisfeitas com a profissão no momento da pesquisa, seguidas pelas muito satisfeitas e com pequenas ocorrências das que acreditam que a relação com a profissão é indiferente, ou estão insatisfeitas com a profissão. Por fim, o questionário apresentou uma questão sobre a percepção das residentes sobre a relação entre seu humor deprimido ou estressado com a residência.

Tabela 22

Percepção sobre a relação entre humor deprimido ou estressado com a residência

Relação entre humor deprimido ou estressado com a residência	Total
--	-------

		Sempre que estou estressado ou deprimido é associado à residência	Frequentemente que estou estressado ou deprimido é associado à residência	Às vezes que estou estressado ou deprimido é associado à residência	Raramente que estou estressado ou deprimido é associado à residência	Nunca que estou estressado ou deprimido é associado à residência	
Local	JF	4	20	11	4	0	39
	RJ	2	6	8	2	1	19
Total		6 (10,3%)	26 (44,8%)	19 (32,8%)	6 (10,3%)	1 (1,7%)	58

A maior parte das residentes acredita que a residência está associada frequentemente aos seus episódios de estresse e humor deprimido. Os resultados referentes a essa questão serão relacionados com os demais testes, ainda que esse resultado já traga informações suficientes para apontar para uma preocupação sobre as consequências do programa na vida dos residentes.

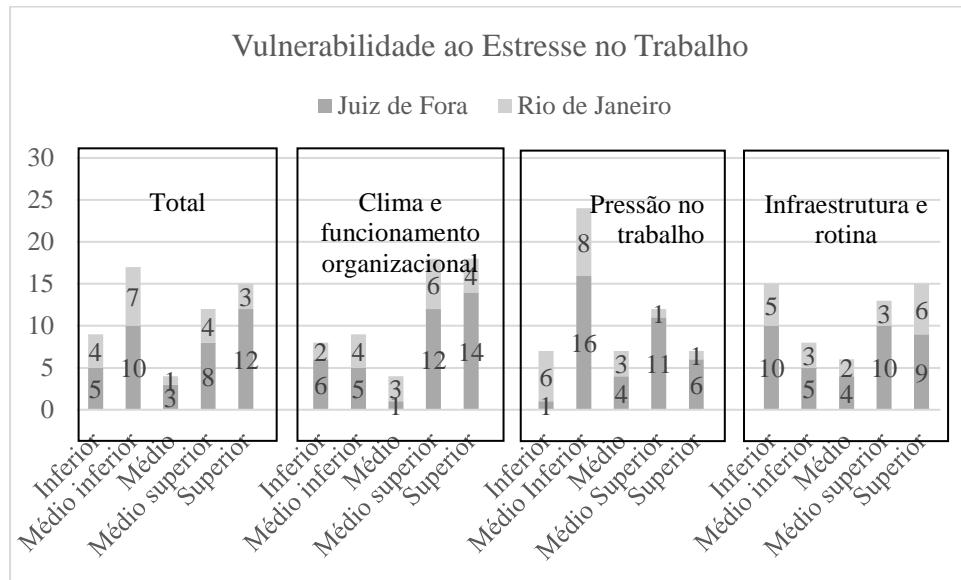
V.4 Variáveis dos testes

V.4.1 Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho

Na sequência do questionário sociodemográfico foi aplicado a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (Sisto, Baptista, Noronha, & Santos, 2007) que apresenta os resultados em níveis de vulnerabilidade ao estresse, sendo cinco possíveis: inferior, médio inferior, médio, médio superior e superior. O teste apresenta três fatores: infraestrutura e rotina; clima e funcionamento organizacional, e pressão no trabalho, também divididos segundo os mesmos níveis. Uma das residentes não respondeu ao EVENT, com isso o n válido de respostas para o teste foi de 57.

Gráfico 1

Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e seus fatores



A população do perfil 3 do manual do EVENT inclui pessoas com formação superior e profissionais de saúde. As médias para os fatores de infraestrutura e rotina e pressão no trabalho se aproximaram às médias da população similar de comparação (média 5,04; $\sigma = 3,16$ e média 13,07; $\sigma = 5,91$; respectivamente) já a média de clima e funcionamento organizacional ficou acima da média da população base de comparação (média 11,35; $\sigma = 6,54$). A residência apresenta média total maior de vulnerabilidade ao estresse no trabalho comparado ao grupo profissional que inclui trabalhadores da saúde (média 29,97; $\sigma = 11,85$) equivalente à residência multiprofissional (Sisto, Baptista, Santos, & Noronha, 2008).

Tabela 23

Estatística descritiva vulnerabilidade ao estresse no trabalho

	Vulnerabilidade ao estresse no trabalho				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Escore de Rasch	57	-1,99	1,28	-0,4391	0,68409
Infraestrutura e rotina	57	0	13	5,55	3,039
Pressão no trabalho	57	0	25	13,05	4,979
Clima e funcionamento organizacional	57	0	30	13,53	6,679
Vulnerabilidade ao estresse Total	57	0	61	32,14	11,971

O resultado é dado em forma escalar com a representação de Rasch, indicado para os fins de pesquisa, bem como usando o resultado bruto. Seguindo o ponto de corte do grupo

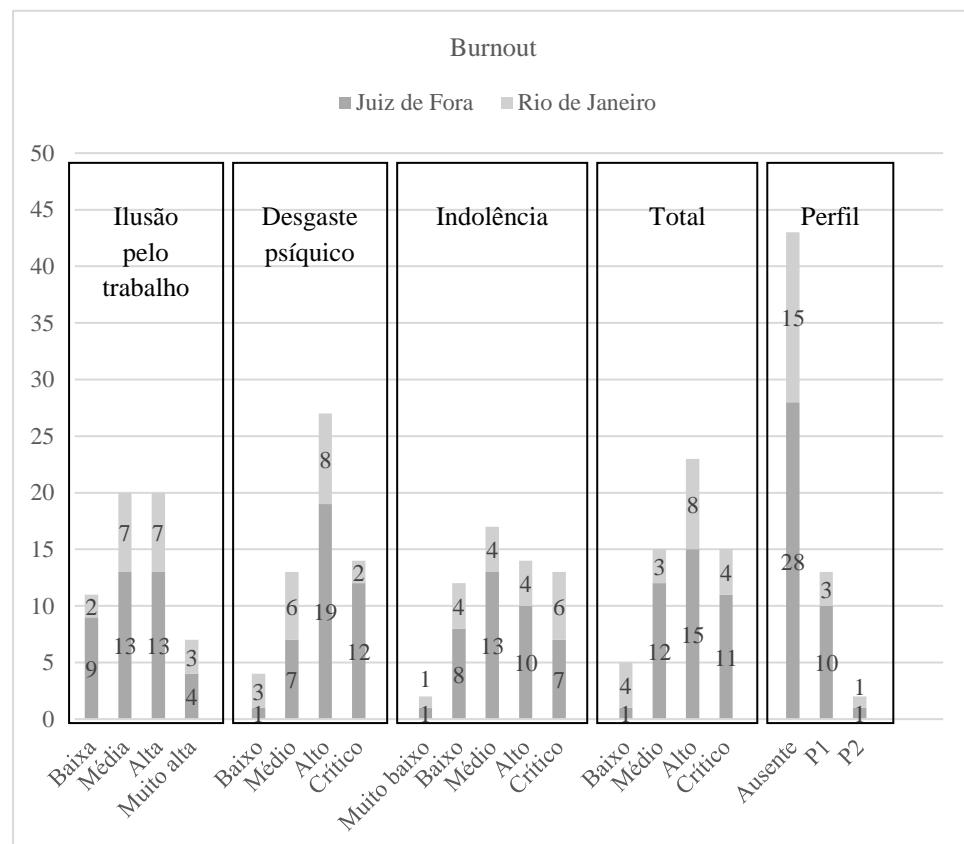
profissional de base, 25,9% das residentes estão no nível superior de vulnerabilidade ao estresse no trabalho, 20,7% no nível médio superior, 6,8% no ponto médio, 29,3% médio inferior e 15,5% no inferior.

V.4.2 *Burnout*

O CESQT (Gil-Monte P. R., 2011) apresenta três resultados possíveis: ausência de *burnout*, perfil sem culpa (P1) e perfil com culpa (P2). A culpa é um dos fatores do questionário, junto ao de indolência, desgaste psíquico e ilusão pelo trabalho, porém é responsável somente pela determinação do perfil de *burnout* da residente.

Gráfico 2

Burnout e seus fatores



Somando os dois perfis possíveis, 25,9% das residentes apresentaram *burnout*, segundo o CESQT. Para caracterizar o *burnout* os escores de ilusão pelo trabalho tem que estar baixos

enquanto os de desgaste psíquico e indolência estão altos. A presença de culpa é um agravante para o perfil de *burnout* segundo a teoria de Gil-Monte (2011). As residentes com os maiores escores para ilusão no trabalho têm uma boa relação com a profissão e conseguem lidar com os desafios que encontram em seu cotidiano com prazer e satisfação profissional. Desta forma, as pontuações baixas nesse fator são indicadores de SB. Os maiores escores em desgaste psíquico apresentam maior comprometimento da saúde mental e física devido ao cotidiano enfrentado no trabalho. As pontuações altas desse fator são indicativos de *burnout* e não existiu nenhuma ocorrência de nível muito baixo na presente pesquisa. Quem apresenta maior pontuação no fator indolência tem atitudes negativas no tratamento com os pacientes e com as relações interpessoais no trabalho, sendo elas o cinismo e a indiferença as marcas principais.

Tabela 24

Estatística descritiva do Questionário para avaliação do burnout

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
CESQT escore	58	0,47	2,47	1,5202	0,53057
Ilusão pelo trabalho	58	0,40	4,00	2,8448	0,79828
Desgaste psíquico	58	0,75	4,00	2,4957	0,81312
Indolência	58	0,00	2,50	1,1724	0,64509
Culpa	58	0,00	3,00	0,9931	0,75390

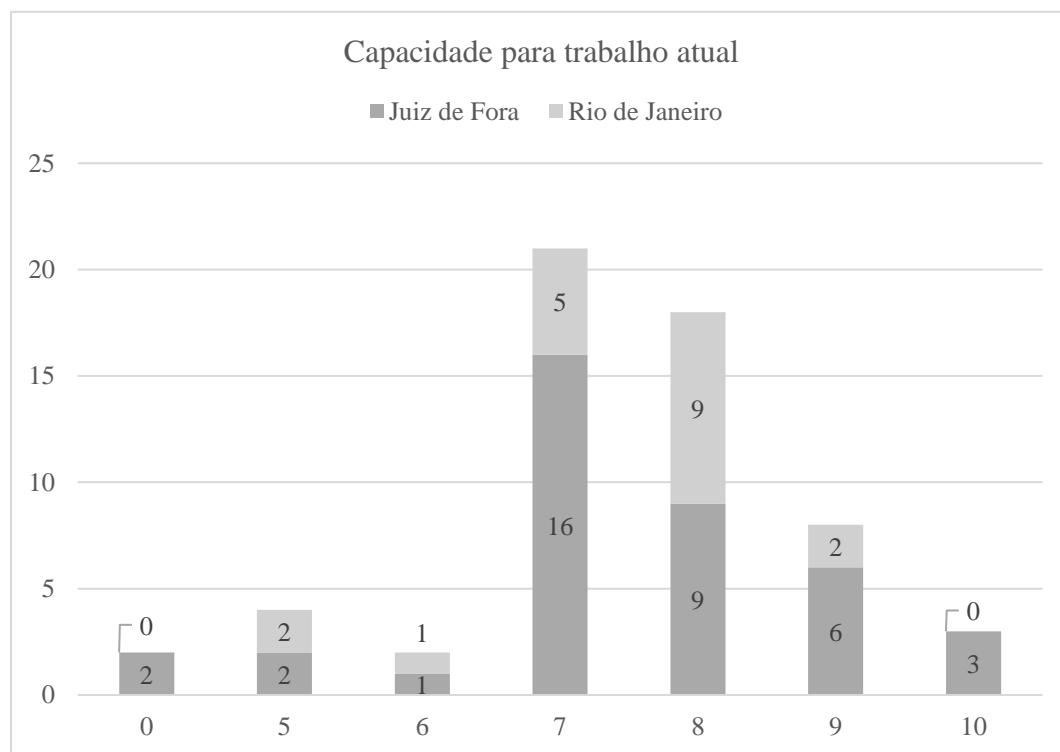
O escore médio total das residentes foi maior que a população de base para avaliação do *burnout* (média 1,10; $\sigma = 0,60$), assim como desgaste psíquico (média 1,65; $\sigma = 0,95$), a indolência (média 0,99; $\sigma = 0,67$) e a culpa (média 0,96; $\sigma = 0,69$). Já a pontuação em ilusão pelo trabalho das residentes se apresentou menor que a população de base (média 3,11; $\sigma = 0,77$). Todas as residentes responderam ao CESQT,

V.4.3 Capacidade para o trabalho

O índice de capacidade para o trabalho é dividido em sete itens, as pontuações em cada um deles varia de acordo com o aspecto avaliado. O primeiro item é o de Capacidade atual para o trabalho comparado com a melhor de toda vida, numa escala de 1 a 10, sem relacionar com alguma escala. As ocorrências das percepções das residentes sobre a própria capacidade para o trabalho atual estão no gráfico 3.

Gráfico 3

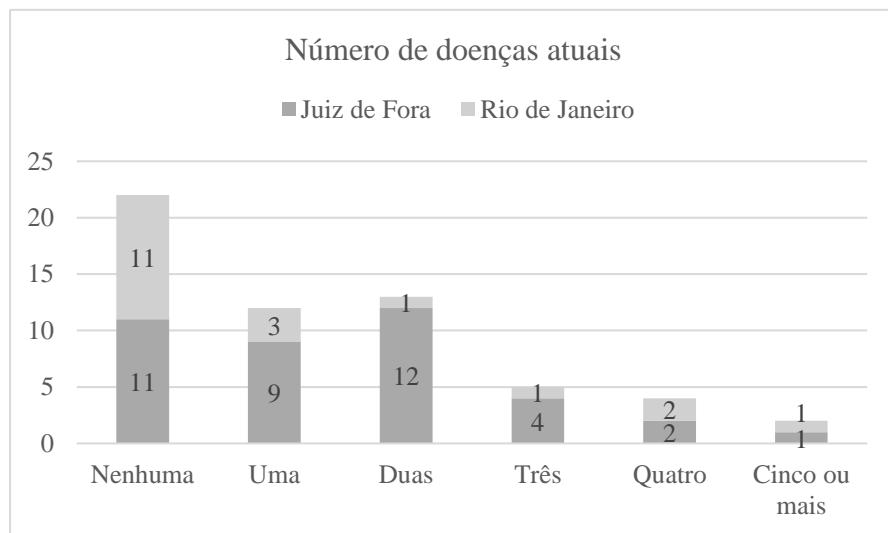
Capacidade atual para o trabalho comparado com a melhor de toda a vida



O terceiro item do ICT é o Número de doença atuais diagnosticadas por médico, onde, apesar da pergunta de base levar em consideração as doenças que o participante acredita que tem, somente os diagnósticos médicos são relacionados no teste. As pontuações para o item são invertidas e seguem a lógica de maior pontuação para o menor número de doenças como na distribuição do gráfico 4.

Gráfico 4

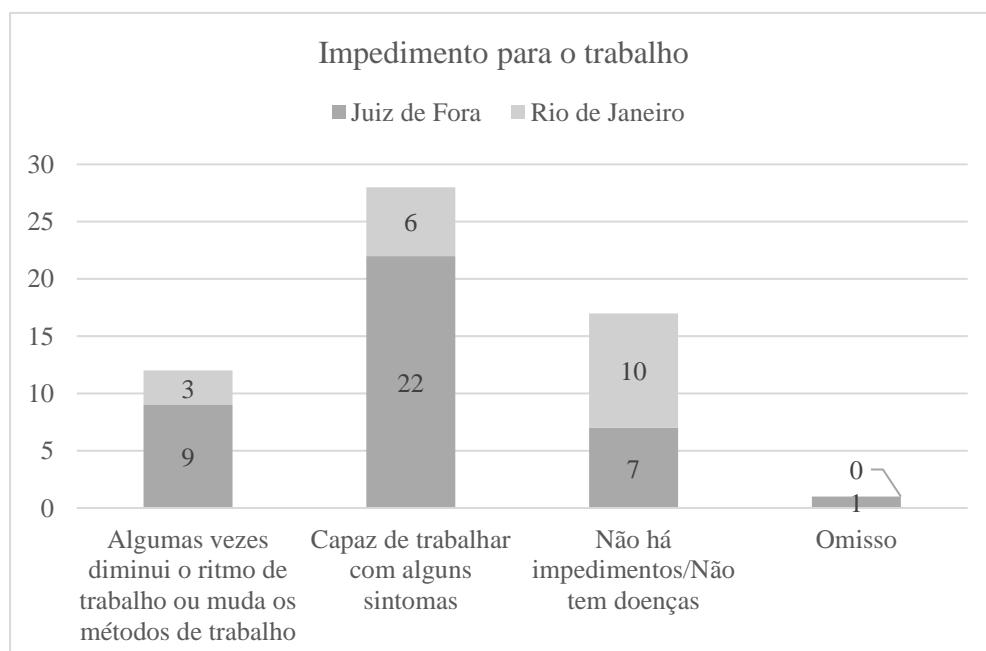
Número de doenças atuais diagnosticadas por médicos



O quarto item se refere à Perda estimada para o trabalho por causa de doenças, onde é considerado a pontuação do pior valor que a residente responde no questionário. Nesse item é avaliado a percepção da residente sobre a sua capacidade para o trabalho mesmo apresentando doenças. As únicas ocorrências para o item estão relacionadas no gráfico 5.

Gráfico 5

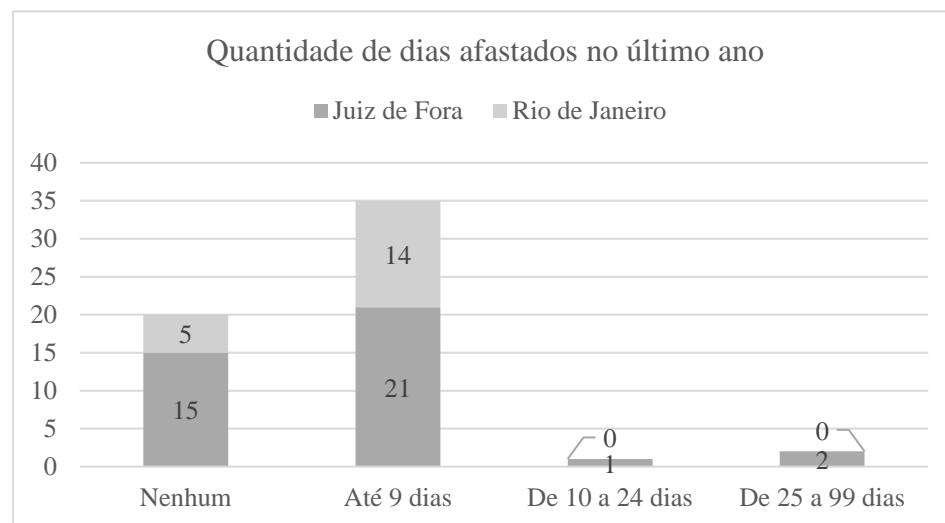
Perda estimada para o trabalho por causa de doenças



As Faltas ao trabalho por doenças no último ano é o quinto item do ICT, corresponde a questão onde assinala o intervalo correspondente ao número de faltas do último ano. Os intervalos que apresentaram ocorrências estão descritos no gráfico 6.

Gráfico 6

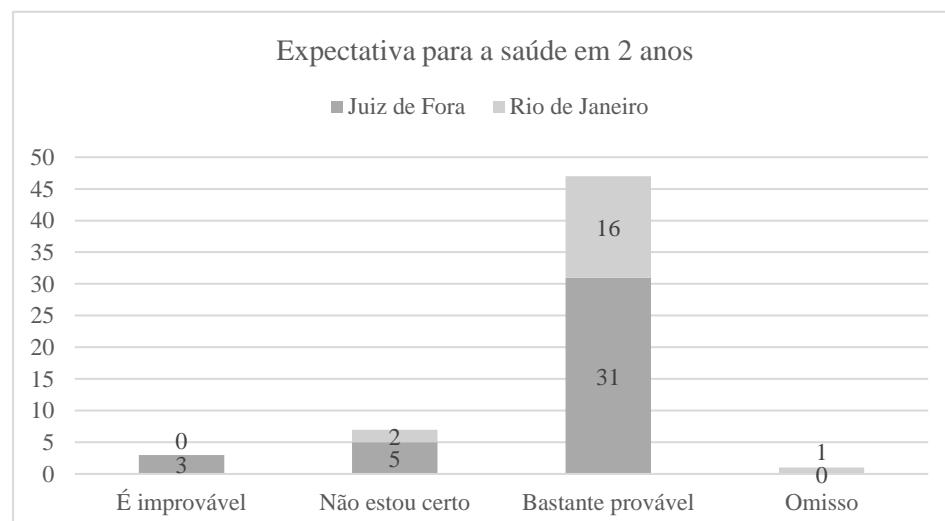
Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses)



O sexto item se refere ao Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos. Existem somente três possibilidades e pontuações para a questão, uma residente não respondeu ao item. As ocorrências estão descritas no gráfico 7.

Gráfico 7.

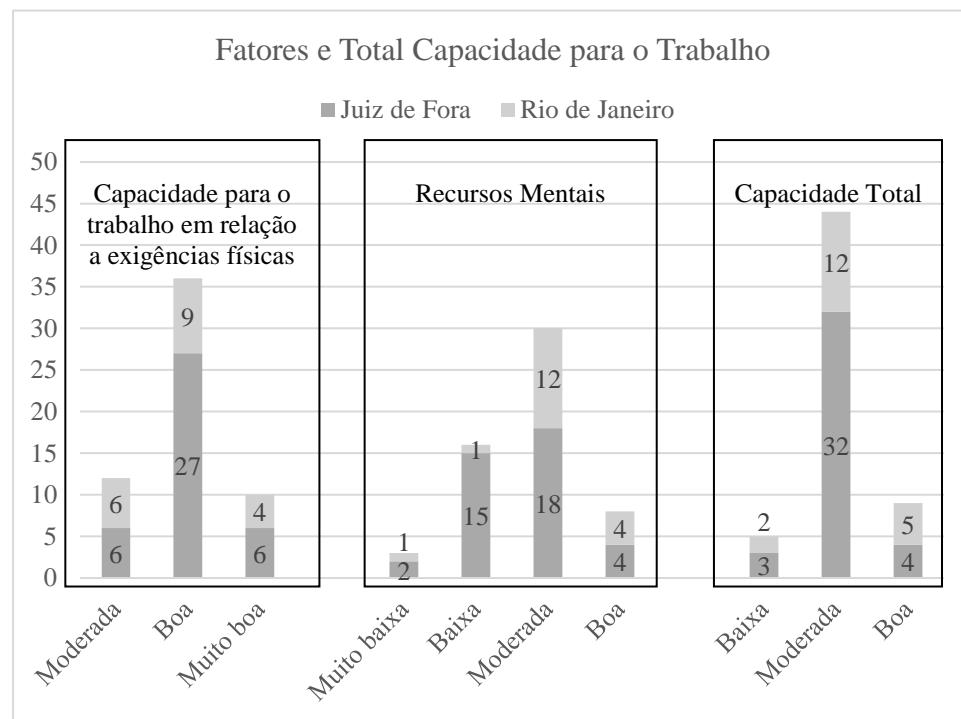
Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos



Os itens de capacidade para o trabalho em relação as exigências físicas, os recursos mentais e a capacidade total têm escalas semelhantes e variam em quatro pontos para a de recursos mentais, que nomeei de muito baixa a boa e para a capacidade para o trabalho em relação a exigências físicas e capacidade total também variam em quatro pontos de baixa a ótima. No gráfico 8 está descrito as frequências nos dois itens e da Capacidade total.

Gráfico 8

Itens 2, 7 e Capacidade para o trabalho total



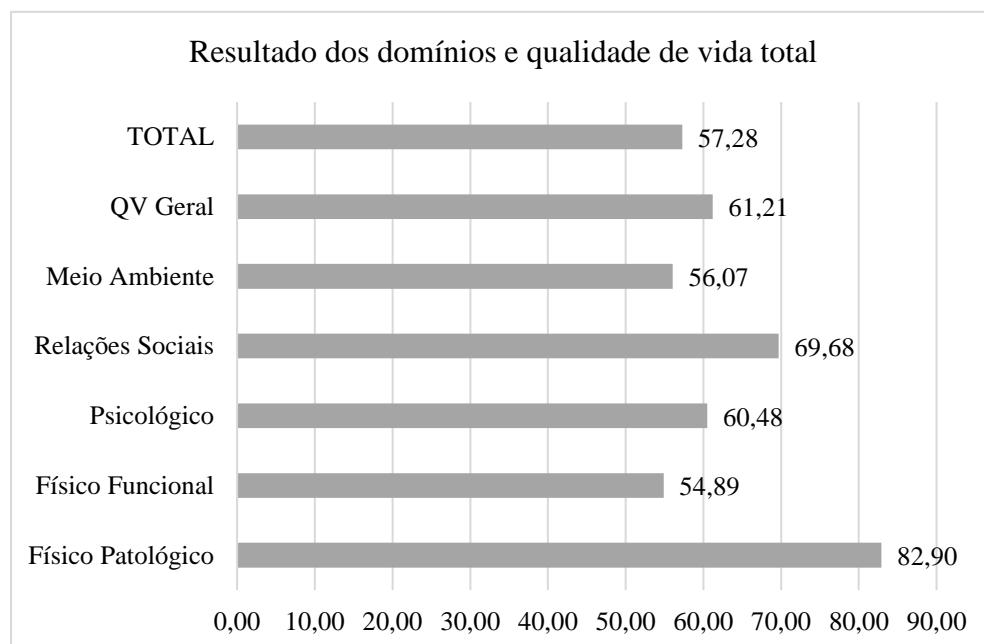
Os resultados para a Capacidade para o trabalho são dados com medidas a serem tomadas a partir de cada um dos níveis. Capacidade baixa tem medidas com objetivo de restaurar a capacidade para o trabalho, capacidade moderada tem objetivo de melhorar, boa capacidade tem o objetivo de apoiar e ótima capacidade de manter. A maioria das residentes apresenta a capacidade para o trabalho moderada (75,9%), seguidas pelas residentes que apresentam boa capacidade (15,5%) e 8,6% têm baixa capacidade para o trabalho. Não teve nenhuma ocorrência de capacidade ótima para o trabalho.

V.4.4 Qualidade de vida

A análise do WHOQOL-BREF foi feita seguindo o modelo de distribuição dos fatores de Castro e colaboradores (2013), que apresentou maior adequação ao grupo de profissionais da saúde. O resultado é obtido através de uma fórmula que usa uma constante junto às médias dos fatores e do escore total, que consiste na subtração de 4 dos escores brutos e multiplicação por 6,25, assim os resultados são dados em porcentagens.

Gráfico 9

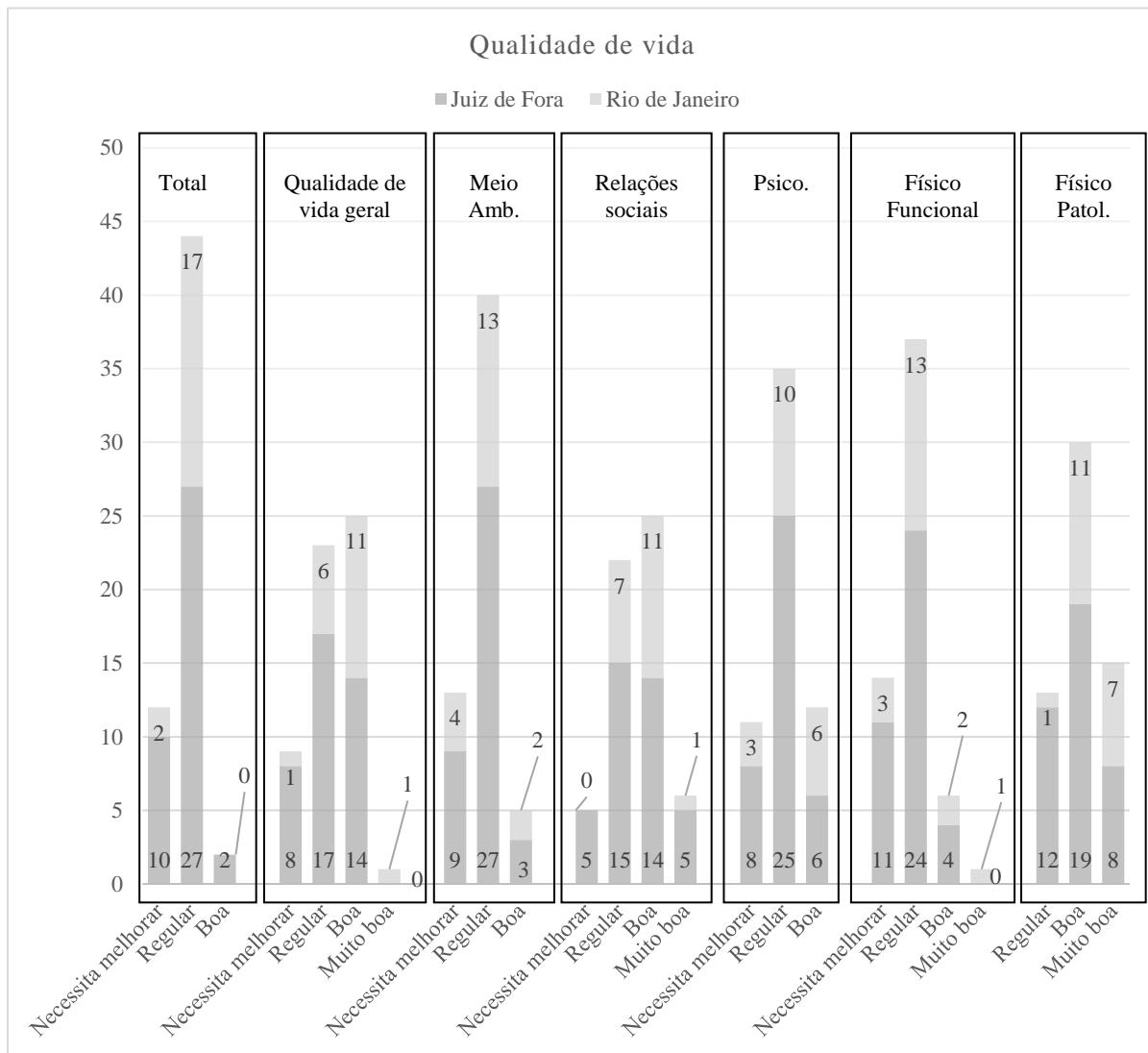
Resultado total qualidade de vida em porcentagem



Os domínios com menores porcentagens foram o Físico funcional e Meio ambiente, o maior o de Físico Patológico e Relações sociais. A interpretação dos resultados se dá de forma direta, as maiores pontuações para os domínios ou para o resultado total caracterizam uma melhor qualidade de vida, enquanto pontuações menores significam que a qualidade de vida é pior. Os níveis dos fatores são divididos em “necessita melhorar”, “regular”, “boa” e “muito boa”. O gráfico 10 a seguir apresenta as distribuições segundo a localidade.

Gráfico 10

Distribuição dos níveis de qualidade de vida e fatores segundo Castro e col.



Nenhum residente apresentou qualidade de vida no nível muito boa, a maioria (75,9%) apresentou qualidade de vida no nível regular, seguida do pior nível, necessita melhorar (20,7%). Como a teoria para correção do WHOQOL-BREF é recente, não existe base de comparação para a população. Portanto as médias apresentam as tendências da presente população para cada um dos domínios.

Tabela 25

Estatística descritiva qualidade de vida

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
--	--------	--------	-------	---------------

Físico Patológico	12	20	17,2643	2,35438
Físico Funcional	6,6667	20	12,7816	0,66667
Psicológico	8	18	13,6773	2,11626
Relações Sociais	6,6667	20	15,1494	2,90538
Meio Ambiente	6,2857	17,7142	12,9704	2,22324
QV Geral	6	20	13,793	2,82085
TOTAL	9,5384	16,1538	13,1648	1,43421

A diferença entre as médias dos domínios físicos patológico (17,264) e funcional (12,781) é um dos indícios de que a teoria de Castro e colaboradores é mais adequada à população de profissionais da saúde. As variações nas médias são correspondentes aos resultados em porcentagem. Os resultados apontam para uma qualidade de vida que precisa de melhorias.

V.5 O que dizem os números?

A análise quantitativa dos dados se deu em duas formas que apresentaram diferenças importantes quanto aos níveis de significância e os pares de correlação. A primeira delas é a análise de correlações não paramétricas do SPSS, uma vez que a pesquisa apresenta duas amostras e a do Rio de Janeiro é menor e por isso configurou uma amostra não paramétrica. A segunda é a mineração de dados e a criação de duas redes de correlação, uma muito significante e outra significante. Neste capítulo apresentaremos os resultados obtidos por ambas as análises.

V.5.1 Análise de correlações de Spearman

A análise de correlações bivariadas foi feita usando o coeficiente de Spearman para grupos não paramétricos no SPSS e apresentou correlações em todas as 47 variáveis relacionadas. Foram obtidos 157 pares de correlação muito significativas ($p<0,01$) e 103 pares de correlações significativas ($p<0,05$), com o total de 260 pares de correlações. Para fins de simplificação, serão selecionados os quadros de correlação que se apresentem de acordo com

os objetivos da pesquisa, por isso as correlações entre os fatores internos de um mesmo teste e as variáveis que não correlacionarem com os objetivos da pesquisa serão resumidas.

A variável Especialidade apresentou somente uma correlação significativa com outra questão do questionário sociodemográfico, a percepção das residentes sobre a relação do seu humor deprimido ou estressado com a residência ($r_s = -.306$). A tabela de análise cruzada desse par de correlação apontou uma tendência das residentes da especialidade de terapia ocupacional de perceber a residência como o motivo de suas alterações de humor e pouca percepção das profissionais de educação física sobre a relação entre a residência e o seu humor. A instituição de graduação correlacionou somente com a cidade de graduação ($r_s = -.321$), que era esperado uma vez que as residentes que se mantiveram na instituição de graduação também se mantiveram na cidade de graduação.

Para melhor apresentar os resultados das correlações, a saída do SPSS será resumida em alguns cruzamentos colocando um dos testes como o eixo principal em relação aos dados sociodemográficos e as variáveis dos testes. Dessa forma cada tabela apresentará uma parte dos cruzamentos entre as variáveis e o conjunto delas representará todos os resultados, evitando as redundâncias, repetições e eliminando os valores que não correspondem a correlações verdadeiras.

V.5.1.1 Correlações ao sociodemográfico

As correlações entre as primeiras respostas ao questionário sociodemográfico com as últimas, sobre as condições clínicas e comportamentos das residentes ocorreram em menor número que os demais cruzamentos de variáveis.

Tabela 26

Correlações de Spearman para sociodemográfico e clínico

Sociodemográfico

		Local	Idade na aplicação	Gênero	Cond. de moradia	Cidade da grad.
	Tipos de med. psicotrópicos atual				,305*	
	Uso anterior de med. psicotrópicos				,333*	
	Uso de álcool					,316*
	Frequência do uso de álcool				-,277*	-,305*
	Quantidade de horas de sono por dia					-,357**
Clínico	Qualidade do sono			,390**		
	Qualidade da alimentação			,260*		
	Quantidade de horas espontânea de lazer			,306*		
	Frequência de prática de exercícios				,260*	
	Relação com os demais residentes			-,333*		
	Satisfação atual com a profissão					,364**

* Correlações significativas - ** Correlações muito significativas

A correlação entre o uso anterior de medicamentos psicotrópicos e a idade, bem como a frequência do consumo de álcool e a idade podem ser explicadas pela variação semelhante entre distribuição das idades e as variáveis. As pessoas que moravam com familiares tiveram maior tendência a usar antidepressivos, enquanto as ocorrências de uso de medicamentos combinados são de residentes que moram com amigos ou cônjuge. As residentes que moravam sozinhas ou com o cônjuge consomem álcool pelo menos uma vez na semana, o que explica as correlações entre o uso e frequência do consumo de álcool. A maioria das residentes que se sentiam muito satisfeitas ou satisfeitas com a profissão moravam com familiares e as ocorrências de total insatisfação estão relacionadas com as residentes que dividem a moradia com amigos.

A correlação entre a cidade da graduação e a quantidade de horas de sono por dia existiu porque as residentes tiveram a tendência de ter menos horas de sono quando mudaram de cidade da graduação para a residência. Como nenhuma das residentes de Juiz de Fora considerou seu sono suficiente para descansar e cinco residentes do Rio de Janeiro consideraram, a correlação muito significativa entre qualidade de sono e local se estabeleceu. De forma semelhante na percepção sobre a qualidade de alimentação e nas horas de lazer, um

número proporcionalmente maior de residentes do HUCFF considerou que consegue se alimentar bem e tem maior quantidade de horas de lazer comparado com as residentes do HU UFJF. Na relação com os demais residentes, as únicas respostas que avaliaram como regular são das residentes de Juiz de Fora.

Por fim, somente um dos homens respondeu a frequência que faz exercício e faz 4 vezes ou mais na semana. As variáveis que fazem parte do questionário e não estão presentes na tabela 28 não obtiveram correlações e foram excluídas na formatação da tabela.

V.5.1.2 Correlações ao *burnout*

A relação do *burnout* com as variáveis sociodemográficas só teve ocorrências para o local, no entanto as variáveis o comportamento de saúde e a autoavaliação das relações socioprofissionais apresentaram correlações significativas com os fatores e o escore total de *burnout*. O único par de correlação com o local foi o fator de desgaste psíquico que teve uma tendência a ser maior entre as residentes de Juiz de Fora. A culpa também só apresentou uma correlação com prática de exercícios físicos e a tendência foi de os praticantes de atividade física terem menor culpa que os não praticantes.

A ilusão correlacionou com a satisfação atual com a profissão, como esse fator é positivo na escala do CESQT (Gil-Monte P. R., 2011), as altas pontuações em ilusão significam uma boa relação com a profissão, o único caso de pessoa que considerou muito insatisfeita com a escolha da profissão pontuou baixo no fator de ilusão, as outras respostas se mantiveram distribuídas entre as altas satisfações e variaram no fator de ilusão. Também com relação a satisfação com a profissão, as residentes que afirmaram estar indiferentes ou insatisfeitas com a profissão tiveram pontuações maiores para o *burnout*.

Tabela 27

Correlações de Spearman para burnout e clínico

		<i>Burnout</i>				
		Ilusão	Desgaste Psíquico	Indolência	Culpa	Escore total
Local				-,283*		
Qualidade do sono				-,290*		-,285*
Qualidade da alimentação				-,319*		-,316*
Sociodemo gráfico	Prática de exercícios físicos					-,309*
	Relação com os demais residentes		,367**		,291*	
	Satisfação atual com a profissão	-,509**				,374** ,382**
	Relação entre humor deprimido ou estressado com a residência		-,434**	-,355**		-,412**

* Correlações significativas - ** Correlações muito significativas

As residentes que apresentaram valores críticos de *burnout* consideravam o sono insuficiente para descansar, as com valores baixos consideraram o sono reparador também conseguem se alimentar melhor, variação semelhante para o desgaste psíquico. A relação regular com os demais residentes ou entre o humor deprimido e estressado com a residência está ligada à valor alto ou crítico de *burnout* ou no desgaste psíquico. A percepção de maior frequência da relação entre humor e a residência pelas residentes está ligada a maior desgaste psíquico e indolência. A indolência que representa a atitude de indiferença com as pessoas no trabalho correlacionou os valores críticos com uma relação regular com os colegas de residência.

Ao cruzar as variáveis dos testes com as de *burnout*, mais correlações foram possíveis. O desgaste correlacionou muito significativamente com as variáveis de vulnerabilidade ao estresse, capacidade para o trabalho e qualidade de vida. Os fatores Pressão no trabalho e Infraestrutura e rotina da vulnerabilidade ao estresse no trabalho não apresentam correlação com todos os fatores do *burnout*, bem como as de perdas por causa de doenças e quantidade de doenças da capacidade para o trabalho e meio ambiente da qualidade de vida.

Tabela 28

Correlação de Spearman para o burnout

		<i>Burnout</i>
Local		
Qualidade do sono		
Qualidade da alimentação		
Sociodemo gráfico	Prática de exercícios físicos	
	Relação com os demais residentes	
	Satisfação atual com a profissão	
	Relação entre humor deprimido ou estressado com a residência	

		Ilusão	Desgaste psíquico	Indolência	Culpa	Escore total
Vulnerabilidade ao estresse	Clima e funcionamento organizacional	-,549**	,314*	,484**	,281*	,654**
	Pressão no trabalho		,282*			
	Infraestrutura e rotina				,283*	,288*
	Escore total	-,395**	,370**	,344**	,295*	,531**
Capacidade para o trabalho	Capacidade para trabalho atual	,395**		-,345**		-,477**
	Exigências Físicas		-,352**	-,277*		-,391**
	Perda por causa de doenças					
	Quantidade de doenças					
Qualidade de vida	Recursos mentais	,658**	-,500**	-,523**		-,796**
	Escore total	,487**	-,483**	-,462**		-,678**
	Físico patológico		-,371**		-,320*	-,360**
	Físico funcional	,374**	-,355**	-,350**		-,551**
	Psicológico	,434**	-,504**	-,418**		-,643**
	Social	,318*	-,271*	-,367**		-,446**
	Meio ambiente					
	Qualidade de vida geral		-,394**			-,391**
Escore total		,407**	-,393**	-,366**		-,556**

* Correlações significativas - ** Correlações muito significativas

O fator culpa correlacionou significativamente somente com o clima e funcionamento organizacional, infraestrutura e rotina, com a vulnerabilidade ao estresse e com o físico patológico, porém este fator é o indicador do perfil de *burnout* do participante, não fazendo parte do escore total do *burnout*.

V.5.1.3 Correlações à qualidade de vida

As correlações entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas e clínicas eram esperadas, uma vez que o WHOQOL avalia fatores como o meio ambiente, social, psicológico e os físicos. Os pares de correlação formados com o local demonstram uma tendência de Juiz de Fora obter escores regulares ou que precisam melhorar, no fator físico patológico, psicológico e qualidade de vida geral. As residentes mais novas tiveram escores

melhores em meio ambiente e as que fazem uso de álcool uma vez na semana tem bons escores físicos patológicos.

Tabela 29

Correlações de Spearman qualidade de vida e sociodemográfico

	Qualidade de vida						
	Físico Pato.	Físico Func.	Psico.	Social	Meio amb.	Qual. vida geral	Escore total
Local							
	,268*			,280*			,291*
Idade na Aplicação							-,321*
Acompanhamento psiquiátrico atual				-,297*			-,284* -,263* -,282*
Uso atual de medicamentos psicotrópicos							-,303*
Frequência do uso de álcool			,263*				
Quantidade de horas de sono por dia				,424**			
Qualidade do sono				,386**			,290* ,305*
Qualidade da alimentação	,438**	,478**	,632**			,526**	,526**
Quantidade de horas espontânea de lazer					,306*		,311*
Prática de exercícios físicos						,417**	
Relação com os demais residentes						,349**	
Satisfação atual com a profissão	-,293*		-,277*				-,279*
Relação entre humor deprimido ou estressado com a residência					,327*		,260* ,289*

* Correlações significativas - ** Correlações muito significativas

As correlações entre o sono e satisfação com a profissão com o fator físico funcional são esperadas, uma vez que o fator contém perguntas análogas e abarca essas questões. De forma semelhante, a qualidade da alimentação também é correlacionada com o fator físico funcional. A qualidade de alimentação esteve relacionada a todos fatores com exceção do social. O acompanhamento psiquiátrico atual esteve relacionado a escores regulares e necessitam melhorar no fator psicológico, bem como no meio ambiente, qualidade de vida geral e na qualidade de vida total. A mesma tendência também ocorreu para o uso de medicamentos e o meio ambiente que tem o acesso à saúde como componente de suas perguntas. A prática de exercícios físicos correlacionou com a qualidade de vida geral. A

quantidade espontânea de horas de lazer relacionou com o fator psicológico, meio ambiente, a percepção da qualidade de vida geral e qualidade de total.

O fator social esteve associado à relação com os demais residentes, que também obteve correlação com todos os fatores psicológico, meio ambiente e qualidade de vida geral, além do total para qualidade de vida, não correlacionando somente com os fatores físicos. A satisfação com a profissão está ligada às boas pontuações nos fatores físicos funcionais, psicológico e a qualidade de vida total. A relação entre o humor e a residência esteve correlacionada com os fatores psicológico, qualidade de vida geral e com a qualidade de vida total.

Tabela 30

Correlação de Spearman para a qualidade de vida

		Qualidade de vida								
		Físico Pato.	Físico Func.	Psico.	Social	Meio amb.	Quali. vida geral	Escore total		
Vulnera. ao estresse	Clima e funcionamento organizacional			-,366**	-,436**	-,581**	-,505**	-,476**	-,557**	
	Pressão no trabalho					-,269*				
	Infraestrutura e rotina			-,277*						
	Escore total			-,396**	-,347**	-,458**	-,314*	-,368**	-,379**	
Capaci. para trabalho	Capacidade para trabalho atual				,383**	,346**				
	Exigências Físicas			,276*					,327*	
	Perda por causa de doenças			,368**						
	Quantidade de doenças			-,368**						
	Recursos mentais			,386**	,544**	,743**	,336*	,334*	,485**	,631**
	Escore total			,443**	,463**	,578**	,261*		,459**	,508**

* Correlações significativas - ** Correlações muito significativas

Seguindo com as correlações entre as variáveis dos testes, a Tabela 32 apresenta as correlações entre os fatores e escores da qualidade de vida com a vulnerabilidade ao estresse e a capacidade para o trabalho. Os dois pares apresentam correlação nos seus escores totais.

Ao analisar as correlações dos fatores, o fator clima organizacional da vulnerabilidade ao estresse e o escore total apresentam com todos os fatores com exceção da qualidade de vida geral. No entanto os outros dois fatores correlacionam somente com o físico patológico e a pressão no trabalho com o psicológico. O único item da capacidade para o trabalho que correlacionou com todos os escores da qualidade de vida foi o de recursos mentais, com maior força na relação com o fator psicológico.

As correlações entre os itens de exigências físicas, perda por causa de doenças e quantidade de doenças com o fator físico patológico é condizente com os aspectos relacionados com o fator. As melhores percepções sobre a capacidade para o trabalho atual comparadas com toda a vida estiveram relacionadas com melhores fatores físicos funcionais e psicológicos. O escore total da capacidade para o trabalho correlacionou com todos os fatores da qualidade de vida com exceção do meio ambiente.

V.5.1.4 Correlações vulnerabilidade ao estresse no trabalho

Quando pareados com as variáveis sociodemográficas e clínicas, o fator pressão no trabalho correlaciona com o local, houve uma tendência das residentes do HU UFJF apresentarem maiores escores que as residentes do HUCFF. As residentes mais jovens estiveram com maiores pontuações em pressão para o trabalho. As residentes casadas ou em união estável menores escores em pressão no trabalho e em infraestrutura e rotina. O uso de ansiolíticos ou da combinação de medicamentos anterior está relacionado com a vulnerabilidade ao estresse.

Tabela 31

Correlações de Spearman para a vulnerabilidade ao estresse e sociodemográfico

	Vulnerabilidade ao estresse			
	Clima e func. org.	Pressão no trabalho	Infra. e rotina	Escore total
Local			-,369**	

Idade na Aplicação		-,311*	
Estado Civil		-,280*	-,410**
Tipos de medicamentos psicotrópicos anterior			,274*
Qualidade do sono		-,358**	-,293*
Qualidade da alimentação	-,326*		-,295*
Quantidade de horas espontânea de lazer	-,279*	-,263*	
Relação com os demais residentes	,325*		
Satisfação atual com a profissão	,358**		,336*
Relação entre humor deprimido ou estressado com a residência	-,310*	-,269*	-,366**

* Correlações significativas - ** Correlações muito significativas

As residentes que consideram que seu sono é suficiente para o descanso estão nas faixas inferiores de pressão no trabalho e vulnerabilidade ao estresse. As residentes que afirmaram conseguir se alimentar bem tiveram menos chance de estarem com os escores inferiores para clima organizacional e vulnerabilidade ao estresse no trabalho. As residentes que afirmaram espontaneamente ter mais horas de lazer tiveram escores menores em pressão no trabalho e clima e funcionamento organizacional, que por sua vez estiveram correlacionados com relações regulares com os demais residentes. As residentes que estiveram indiferentes ou insatisfeitas com a profissão tiveram escores maiores em clima e funcionamento organizacional. As pessoas que não consideravam que seu humor deprimido ou estressado era relacionado com a residência tiveram escores menores em todos as variáveis da vulnerabilidade ao estresse no trabalho, com exceção ao fator infraestrutura e rotina que não estabeleceu correlação.

As únicas correlações obtidas pela vulnerabilidade ao estresse e a capacidade para o trabalho foi entre o fator de Recursos mentais da capacidade para o trabalho e o fator de Clima e funcionamento organizacional ($r_s = -0,601$); o fator Recursos mentais e a Vulnerabilidade ao trabalho total ($r_s = -0,390$), no nível muito significativo. A Capacidade para o trabalho total e Clima e funcionamento organizacional ($r_s = -0,284$) correlacionaram no nível significativo.

Desta forma, o par de variáveis Vulnerabilidade ao estresse e capacidade para o trabalho foi o único do estudo que não correlacionou.

V.5.1.5 Correlações capacidade para o trabalho

Ao correlacionar os itens da capacidade para o trabalho internamente os itens quantidade de doenças e perdas estimadas por causa de doenças tiveram a mesma variação com uma correlação muito significativa e total ($r_s = -1,000$). Portanto, as correlações que ocorreram para um dos itens ocorreram na mesma significância e força para ambos. O item exigências físicas não apresentou correlação com as variáveis sociodemográficas, por isso, foi excluído da Tabela 32 que se segue.

Tabela 32

Correlações de Spearman capacidade para o trabalho e sociodemográfico

	Capacidade para o trabalho				
	Cap. Trab. atual	Perda por doenças	Quant. de doenças	Recursos mentais	Escore total
Gênero		,268*			,269*
Cidade da graduação		-,311*			
Acompanhamento psiquiátrico atual			-,367**	,368**	-,292* -,262*
Uso atual de medicamentos psicotrópicos			-,425**	,426**	
Uso anterior de medicamentos psicotrópicos			-,507**	,507**	
Acompanhamento psiquiátrico anterior			-,427**	,427**	
Qualidade do sono			,304*	-,304*	
Qualidade da alimentação	,276*		,355**	-,354**	,467** ,485**
Relação com os demais residentes					-,383**
Satisfação atual com a profissão					-,308* -,343**

* Correlações significativas - ** Correlações muito significativas

Os homens da residência tiveram a tendência a ter boas capacidades para o trabalho atual comparada com toda a vida e capacidade para o trabalho total, que foi menor para as residentes que mudaram de cidade para fazer a residência. As pessoas que fazem acompanhamento psiquiátrico tendem a apresentar escores menores em recursos mentais e na

capacidade para o trabalho total. Os residentes que afirmaram ter relações regulares com os demais colegas, tiveram pontuações baixas no item de recursos mentais.

A qualidade da alimentação correlacionou com todos os itens, exceto exigências físicas que foi retirado da tabela 34. O par quantidade e perda por doenças correlacionou com as variáveis de acompanhamento psiquiátrico anterior e atual, uso de medicamentos anterior e atual, com a qualidade de sono e de alimentação. As residentes que se sentem indiferentes ou insatisfeitas com a profissão tiveram pontuações moderadas ou baixas para os recursos mentais e variação semelhante para a capacidade para o trabalho total.

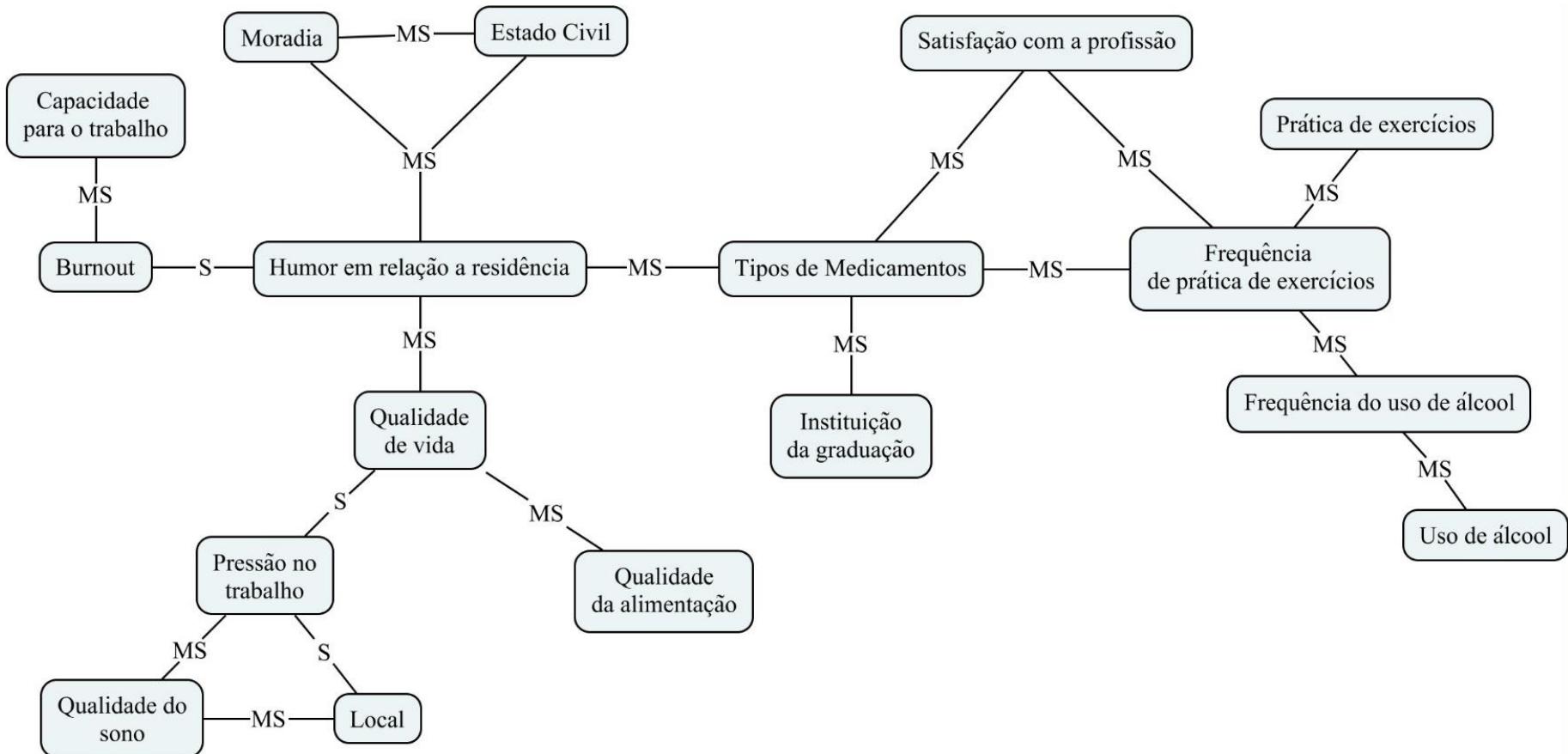
V.5.2 Correlações de mineração de dados

A mineração de dados fornece uma imagem com todas as relações possíveis dentro de um mesmo nível de significância, chamada rede neural. Os pontos de ligação são as variáveis do estudo. Para a presente pesquisa duas figuras foram criadas, a primeira apresenta as relações muito significativas, com algumas ligações significativas que unem os grupos de correlação, a segunda são as ligações significativas.

Usando os dados da fornecidos pelo SPHINX Lexica, as redes neurais foram organizadas na ferramenta de criação de mapas conceituais CmapTools (IHMC, 2004), de forma que a visualização das variáveis ficasse clara. Os mapas construídos no *software* podem ser importados na forma de imagem, com as variáveis em balões, ligadas por linhas com as informações sobre as relações. As siglas S expressam as relações significativas e MS as muito significativas.

Figura 2

Relações muito significativas SPHINX Lexica



A figura 2 apresenta as correlações muito significativas. Três pares de correlações significativas também estão demonstradas na rede neural de forma que as relações dos grupos de variáveis fiquem evidenciadas: qualidade de vida e pressão no trabalho; humor em relação a residência e o *burnout*; pressão no trabalho e local. Para a apresentação simplificada dessa rede neural as correlações muito significativas esperadas, como o uso de medicamentos, os tipos de medicamentos e acompanhamento psiquiátrico atual e anterior foram simplificados com os Tipos de medicamentos, pois o Tipos de medicamento atual é o núcleo desse grupo.

A figura 3 apresenta as correlações significativas. O *burnout* foi usado como o ponto central da distribuição das correlações significativas, apresentando novamente os pares significativos da figura 2. Quatro das relações significativas do questionário sociodemográfico com o *burnout* apresentadas pela figura 3 foram especificadas nas distribuições de suas médias através da análise do SPHINX Lexica. A primeira delas é a correlação entre as especialidades e o *burnout*, fato que não foi apresentado pela análise de Spearman.

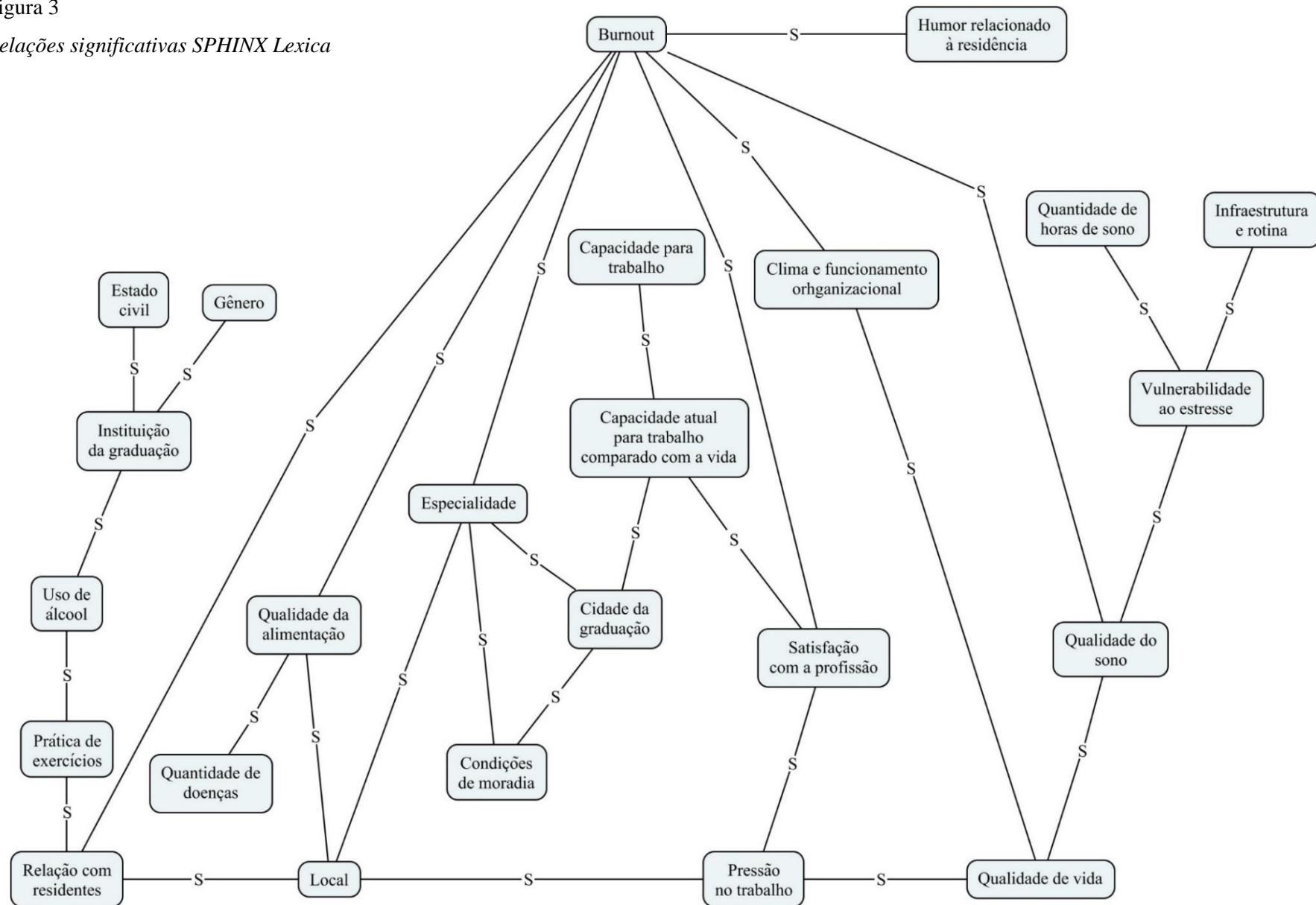
Tabela 33

Análise da correlação especialidade e burnout

Especialidade	<i>Burnout</i>
Educação Física	1,73
Enfermagem	1,38
Farmácia	1,34
Fisioterapia	1,63
Nutrição	1,15
Psicologia	1,84
Serviço Social	1,73
Análises Clínicas	1,31
Terapia Ocupacional	2,2
Fonoaudiologia	0,93
Total	1,52

Os valores da tabela 35 são as médias calculadas dos escores de *burnout* sem considerar as não-respostas. Os valores dos critérios discriminantes estão marcados com as cores azul e

Figura 3
Relações significativas SPHINX Lexica



vermelho. Os números marcados correspondem às médias por categoria significativamente diferentes (teste t) do conjunto da amostra (ao risco de 95%). Dessa forma, as especialidades de nutrição e fonoaudiologia apresentaram *burnout* significativamente menores e a terapia ocupacional foi significativamente maior.

A correlação entre as variáveis relação com os demais residentes e satisfação com a profissão com o *burnout* foi encontrada na análise de Spearman como muito significativa e para o SPINX Lexica foram relações significativas.

Tabela 34

Análise da correlação relação com residência e residentes com burnout

Relação com os demais residentes		Satisfação atual com a escolha da profissão atualmente				Total	
		Muito satisfeita(o)					
		Satisfeita(o)	Indiferente	Insatisfeita(o)	Muito insatisfeita(o)		
Ótima		1,01	1,6	1,47	1,07	1,28	
Boa		1,45	1,64	1,8	2,04	1,62	
Regular		1,47	2,27	2,4		2,05	
Total		1,24	1,65	2	1,75	1,07	
						1,52	

Os valores da tabela são os médias da variável *burnout* para cada dupla de citações. Os números correspondem às médias por categoria significativamente diferentes do conjunto da amostra (ao risco de 95%). Os números em azul apresentam as médias significativamente menores de *burnout* e em vermelho as significativamente maiores. Assim, é possível perceber que as pessoas que têm relações regulares com os demais residentes tiveram maior *burnout*, assim como aqueles que estão indiferentes à profissão. As residentes que têm ótima relação com os demais têm baixo nível de desgaste mesmo que estejam muito insatisfeitas com a profissão atualmente.

A correlação da percepção da relação entre o humor deprimido e estressado com a residência e o *burnout* se deu no nível muito significativo para a análise de Spearman, enquanto no SPINX Lexica a relação foi significativa.

Tabela 35

Análise da correlação humor na residência e burnout

		<i>Burnout</i>
Associação entre humor deprimido ou estressado com a residência	Sempre	1,89
	Frequentemente	1,69
	Às vezes	1,24
	Raramente	1,39
	Nunca	1,07
	Total	1,52

Os valores da tabela são as médias calculadas sem considerar as não-respostas. Os valores dos critérios discriminantes estão marcados em azul. Os números em azul correspondem às médias por categoria significativamente diferentes (teste t) do conjunto da amostra (ao risco de 95%). Dessa forma quando a residente considera que nunca quando está estressada ou deprimida está relacionado à residência apresenta o menor *burnout*.

A única correlação entre as variáveis da pesquisa que foi apontada pelo SPHINX Lexica é entre o *burnout* e a capacidade para o trabalho na figura 2. A qualidade de vida correlacionou com dois fatores da vulnerabilidade ao estresse, pressão no trabalho e clima e funcionamento organizacional, que também correlacionou com o *burnout* na figura 3. A capacidade para o trabalho total correlacionou somente com seu item de capacidade para o trabalho atual comparado com toda a vida na figura 3. A vulnerabilidade ao estresse no trabalho correlacionou com o seu fator infraestrutura e rotina na figura 3. As outras correlações são entre as variáveis socioeconômicas e clínicas da pesquisa que já foram apresentadas pela análise no SPSS.

V.6 Dados qualitativos

A entrevista semiestruturada foi aplicada em todos 19 residentes do HUCFF que participaram da pesquisa e 37 dos 39 residentes participantes do HU-UFJF. Devido à necessidade de dividir a aplicação dos residentes do HU-UFJF em duas fases de coleta de dados, houve duas perdas de residentes que entraram de férias no período da coleta de dados. Os dados das entrevistas foram transcritos e foi feita a análise de conteúdo de Bardin (2016).

As 55 entrevistas produziram um total de 4 horas, 45 minutos de áudios que foram transcritos seguindo uma padronização baseada em Bauer e Gaskell (2002), usando o aplicativo *Express Scribe Transcription Software* (NCH Swift Sound, 2015), que apresenta a ferramenta de redução da velocidade do áudio, o campo de transcrição e todos os metadados em execução de forma que a transcrição manual seja mais eficiente. A precisão da transcrição manual é maior do que as de aplicativos automáticos disponíveis que foram testados, pois os códigos de leitura da linguagem oral variam e poderiam causar divergências na interpretação dos sentidos das falas. Aplicativos automáticos não reconhecem pausas, trocas de assunto ou sentido na

frase, excluem as repetições e não marcam as entonações usados que podem alterar o sentido. Também foi adicionado nas transcrições as reações dos entrevistados, como riso, dúvida, pausa e outras emoções que auxiliam a leitura do texto como uma fonte de áudio.

Optou-se por fazer a análise temática dos dados obtidos nas entrevistas. As cinco perguntas elaboradas para a entrevista resultaram em seis eixos temáticos com categorias e subcategorias específicas. Ao contrário do que se espera da análise de conteúdo de Bardin (2016), o contexto das falas incluiu categorias iguais em eixos temáticos diferentes, pois os valores dados às unidades de registro semelhantes foram diferenciados ou opostos em parte das ocorrências, ligações que serão discutidas adiante.

Após avaliação exaustiva dos dados foi possível descrever as entrevistas nos seguintes eixos temáticos:

Tabela 36

Eixos de análise temática

Eixos temáticos	Categorias	Subcategorias
Preparo da Graduação	Muito pouco/pouco	
	Parcial	
	Bom	
	Teórico	

	Voltado a pesquisa	
	Não profissionalizante/atuação	
	Isolado de outras profissões	
	Ausência da saúde pública/coletiva	
	Pouco para relações interpessoais	Equipe
		Paciente
Mudanças na graduação	Estágios	
	Maior conhecimento de outras áreas	
	Atualização para o mercado	
Cotidiano	Regime	Exaustiva
		Tranquila
	Rotina	Sobrecarregada
		Diferentes para cada profissão
		Tarefas diárias
	Expediente	
	Aprendizagem em serviço	
	Carga horária	Diminuição
		Adequação/Flexibilização
Mudanças na residência	Plantões ociosos/Inadequados	
	Organização	Estrutura
		Gestão autocrática/democrática
		Diferenças entre profissões
	Infraestrutura	Ambiente
		Material
		Contratação
	Preceptoria	Treinamento
		Sobrecarregada/Mal remunerada
		R2 orienta R1
	Aulas/Teoria	
	Supervisão e tutoria	
	Medicina na multiprofissional	
	Desamparo na prática	
	Relações multiprofissionais	
	Relações Interpessoais	Colegas
		Comunicação
Fatores de estresse	Ilusão pela residência	
	Organizacional	Cobrança e avaliação
		Incoerência regras do serviço e residência
	Medo	Insegurança pessoal
		Insegurança pela formação

		Insegurança inicial
		Mercado pós-residência
Responsabilidade		
Sobrecarga		
Mão de obra do serviço		
Desmotivação	Profissional	
	Na residência	
Tempo Ocio/Subaproveitamento		
Acidentes de trabalho		
Preceptoria	Assédio	
	Ausente	
Gestão		
Graduação de outra instituição/cidade		
Características pessoais		
Equipe	Aprender o trabalho interprofissional	
	Relação entre residentes	
Atuação Interprofissional	Compartilhamento de responsabilidade	
	Integralidade	
Realização Profissional	Experiência profissional	
	Primeiro trabalho	
	Eixo específico	
Satisfação/ Proteção		
Humanização		
Evolução pessoal		
Remuneração		
Reconhecimento	Paciente e familiares	
	Preceptores, tutores e coordenação	
Autonomia		

No capítulo V.7 as categorias serão apresentadas seguidas de seus exemplos e das suas ocorrências nas especialidades e cidades correspondentes.

V.7 O que dizem as vozes?

O objetivo desse capítulo é apresentar os eixos temáticos, categorias e subcategorias encontrados na análise dos dados qualitativos. Para isso cada um dos eixos será retratado segundo suas categorias e com as principais ocorrências que as ilustram. Algumas das subcategorias estão representadas por estatística descritiva para a ocorrência. Os subtópicos

que seguem são os eixos temáticos descritos anteriormente. Para ilustrar as categorias e subcategorias serão usadas as falas das residentes, junto ao local da residência e a especialidade entre parênteses. Não serão apresentados trechos que possam identificar a residente.

V.7.1 Preparo da graduação

Este eixo representa a pergunta inicial da entrevista cujo intuito era conhecer a percepção do residente sobre a sua formação e preparação para encarar o período de residência e a prática profissional. A pergunta aberta permitiu que as respostas variassem além do sim ou não, abrindo a possibilidade para variadas respostas com relação a preparação da graduação na visão das residentes.

V.7.1.1 Muito pouco/pouco

A primeira categoria sobre o preparo da graduação teve respostas que afirmavam a dificuldade que a formação trouxe para o mercado ou para a residência. Nove unidades de registro dos dois locais de pesquisa trouxeram afirmações similares:

“Definitivamente minha graduação não me preparou para a residência. é um desafio diário...” (JF07 – Psicologia).

“Muito pouco, praticamente nada me preparou para a residência, praticamente. Foi um mundo novo a residência” (RJ02 – Nutrição).

“Eu não sei [...] eu acho que não prepara muito não [...] acho que a gente sabe um pouco do que é a residência porque a gente teve contato com alguns residentes durante a graduação, mas acho até que há pouco tempo que tá sendo mais incentivado” (JF22 – Fisioterapia).

V.7.1.2 Parcial

As sete unidades de registro que afirmaram que a graduação preparou parcialmente, ou preparou com problemas estão descritas a seguir:

“Bom a graduação me ajudou, mas não tanto como eu gostaria pra estar na residência porque eu tive uma formação ambulatorial e pouco hospitalar assim aí eu tive um pouco de dificuldade” (RJ10 – Fisioterapia).

“Eu acho que a minha graduação me preparou em termos. (Me preparou em) algumas coisas, mas mais de identificação então assim se teve algum projeto que eu tive o interesse para participar acaba que na residência ele me ajuda” (JF15 – Fisioterapia).

“A minha graduação prepara para um pouquinho de tudo, mas te dá só a noção básica mesmo. A gente cai na residência um pouco de paraquedas.” (JF – Análises Clínicas).

“Minha graduação me preparou bem no sentido das minhas experiências de estágio que eu tive na graduação, (mas) foram bem diferentes então isso contribui para que eu não me sinta tão segura assim nos cenários aqui da residência” (RJ11 – Terapia Ocupacional).

V.7.1.3 Bom

Seis unidades de registro inferem que a graduação preparou bem para enfrentar as dificuldades e o cotidiano da graduação, mesmo que a continuação das respostas apresentasse problemas da formação estes registros foram considerados.

“Bom, acho que na graduação os estágios ajudaram a enfrentar o que eu passo pela residência” (JF09 – Nutrição).

“Acho que a minha graduação me preparou muito” (JF32 – Serviço Social).

“Eu acho que de uma certa forma me preparou muito, porque a graduação aqui na universidade foi um grande diferencial. Muitas coisas que a gente conseguiu ver na graduação a gente está trabalhando agora na residência, então isso contribuiu muito” (JF28 – Enfermagem).

V.7.1.4 Teórico

Sete unidades de registro apresentaram que a formação da graduação foi predominantemente teórica e as respostas seguem os exemplos abaixo:

“Eu acho que me preparou na parte teórica, no conhecimento teórico, para saber ao fazer uma análise [...] o que está por trás daquilo ali” (JF08 – Serviço Social).

“A graduação é muito teórica, então ela não prepara você pro mercado de trabalho” (JF29 – Enfermagem).

“Minha graduação promoveu uma formação muito mais teórica” (JF18 – Farmácia).

“Bom a minha graduação não me preparou tanto assim porque na verdade foi mais teoria” (RJ09 – Serviço Social).

V.7.1.5 Voltado a pesquisa

Alguns registros apontavam a tendência das graduações de formar para fins científicos, comum entre profissionais da enfermagem e na cidade de Juiz de Fora.

“Eu considero assim que a formação foi muito mais voltada pra pesquisa, essa parte mais teórica do que realmente a parte prática” (JF25 – Enfermagem).

“A minha graduação me preparou bastante para parte científica, em questão de interpretação de artigo, de leitura, de buscar sempre me atualizar no profissional” (JF01 – Fisioterapia).

V.7.1.6 Não profissionalizante/atuação

Os registros que podemos inferir que a formação é insuficiente para dar suporte à prática do profissional é comum, com 15 ocorrências variando entre as profissões e as localidades. Os exemplos a seguir ilustram as ocorrências:

“Eu não saí [da graduação] me sentindo preparada, dependendo do setor onde eu vou ficar esse ano que eu vou para lugares diferentes do ano passado, eu ainda não me sinto preparada (...) a prática na graduação não foi tão boa o quanto poderia ser” (RJ08 – Enfermagem).

“Agora eu acho que a gente teve muito pouco contato com a prática, então eu acho que isso prejudica um pouco na hora que você sai da graduação, como eu saí, e vai direto pra um lugar onde tem que se posicionar enquanto assistente social, tem que tomar as decisões que competem a sua profissão, isso foi um pouco prejudicado porque a gente não teve um contato mais aprofundado com a prática no serviço social, embora eu tenha feito estágio” (JF08 – Serviço Social).

V.7.1.7 Isolado de outras profissões

Esse registro traz à tona o fato de o isolamento das formações durante a graduação impedir os estudantes de conhecer o trabalho multidisciplinar e as outras profissões no exercício da saúde pública.

“Como a graduação é uma coisa única a gente não trabalha em equipe, tem um contato mínimo e até inexistente com as outras profissões” (RJ05 – Enfermagem).

“A gente acaba ficando muito especialista na nossa área, acaba ficando muito focado no que eu posso fazer pelo paciente e não pelo o que uma equipe estruturada pode acrescentar” (JF06 – Fisioterapia)

V.7.1.8 Ausência da saúde pública/coletiva

Apesar da pesquisa se dar entre profissionais considerados como especialistas da área de saúde, alguns registros apontaram que a formação não apresentou conteúdo em relação a saúde pública suficiente para as residentes se sentirem preparadas.

“Ela me preparou pouco em relação a área de saúde porque ela é mais voltada pra área de desempenho” (JF20 – Educação Física).

“(A graduação foi) muito pouco voltada pra saúde pública e pro contexto hospitalar, então eu não me senti preparada pela minha graduação para estar na residência” (JF18 – Farmácia).

“Principalmente porque a gente ainda tem uma graduação muito voltada para clínica, essa questão da psicologia da saúde é muito deficitária mesmo na nossa graduação” (JF07 – Psicologia).

V.7.1.9 Pouco para relações interpessoais

Duas subcategorias puderam ser analisadas a partir das dificuldades em relações interpessoais que as residentes afirmaram que a graduação não as preparou. A primeira em equipe, especialmente o trabalho em equipe multidisciplinar; a segunda com o paciente, o trato com os pacientes só iniciou a partir da experiência na residência. Seguem os exemplos de cada uma delas.

V.7.1.9.1 Equipe

“Qualquer um que você conversa sente muitas vezes as relações interpessoais dentro do serviço que você tem [...] às vezes é o que mais dificulta o serviço” (JF30 – Enfermagem).

“A gente entender qual que é o papel do psicólogo só que numa equipe multiprofissional falhou um pouco” (JF38 – Psicologia).

“Eu acho que durante a graduação a gente não tem muito trabalho multiprofissional isso é uma coisa que a gente sente falta” (JF19 – Nutrição).

V.7.1.9.2 Paciente

Esta subcategoria foi comum aos profissionais de análises clínicas que não está presente no programa do Rio de Janeiro. Assim, as ocorrências são de Juiz de Fora.

“Não fui preparado para conversar com paciente, não fui preparado para orientar, não fui... é cru. Então (são) coisas que eu estou descobrindo na prática, como conversar, como orientar” (JF13 – Análises Clínicas).

“Com relação ao tratamento com as pessoas, isso realmente a graduação não ensina, você vai aprendendo no serviço” (JF05 – Análises Clínicas).

V.7.2 Mudanças na graduação

Ao perguntar às residentes as mudanças que consideram necessárias a graduação o objetivo é conhecer o que elas avaliam como pontos que poderiam fortalecer-las e orientasse para sanar a insatisfação com a graduação caso ela existisse e que dão pistas sobre as dificuldades enfrentadas no início da vida profissional. Três categorias distintas foram formadas, estágios/prática, maior conhecimento de outras áreas e atualização para o mercado.

V.7.2.1 Estágios/prática

Em 27 ocorrências, os estágios e a prática foram apontados como mudanças necessárias para a preparação da graduação para enfrentar o mundo do trabalho.

“Acho que fazer estágios novos, com contatos, conhecer novas pessoas dá para a gente conseguir indicações (que precisa) pra conseguir emprego depois da faculdade” (RJ01 – Fisioterapia).

“Não sei se todas as graduações são assim, mas ter um campo de estágio melhor assistido porque tem muito estágio também que você coloca a pessoa e é a mesma coisa que nada e acho que foi o meu caso” (JF02 – Nutrição).

“Eu mudaria basicamente os estágios obrigatórios que a gente passa durante a graduação, alguma parte deveria ser voltada para a área de saúde. A minha graduação não foi, então a gente sai muito clínico e pouco hospitalar ou pouco da saúde pública” (RJ06 – Psicologia).

“Eu mudaria mais o contato com a prática. A prática na graduação não foi tão boa o quanto poderia ser” (RJ08 – Enfermagem).

V.7.2.2 Maior conhecimento de outras áreas

As ocorrências que apontam necessidade de modificar o conhecimento para outras áreas, outras profissões ou para outros conhecimentos dentro da profissão são 21 e que são próximas aos exemplos que se seguem.

“Então o que eu mudaria na graduação é já introduzir essa ideia de que ninguém pode ficar sozinho no ambiente hospitalar, se é pro bem comum do paciente, um sempre depende do outro” (RJ05 – Enfermagem).

“Incluir no caso áreas mais humanas, (...) agora já tem na grade tem Saúde e Sociedade e outras matérias humanas que um professor de lá colocou. Agora ele está dando essas matérias, acho que agora as pessoas vão entrar mais preparadas” (JF23 – Enfermagem).

“Eu mudaria mais esse foco, eu gostaria mais de ter aprendido em relação à saúde não tanto a questão de desempenho” (JF20 – Educação Física).

“Se eu pudesse mudar alguma coisa seria mais (...) tentar voltar um pouco mais da nossa formação para essa atenção ao paciente que não é o que meu curso é voltado” (JF18 – Farmácia).

V.7.2.3 Atualização para o mercado

A relação entre a formação promovida pela graduação e o mercado de trabalho também está relacionada entre as mudanças que as residentes pensaram para a graduação.

“O que eu mudaria talvez seria uma preparação na própria graduação da realidade do que é a minha profissão porque isso ainda destoa muito do que é (...) o

próprio mercado, é muita diferença da graduação para o mercado de trabalho” (JF15 – Fisioterapia).

“A graduação dá um suporte sim, mas ela nunca vai dar um suporte necessário pra gente entrar tanto na residência quanto encarar o mercado de trabalho” (JF30 – Enfermagem).

V.7.3 Cotidiano

A pergunta sobre o cotidiano tinha como propósito alcançar a relação das residentes com o dia a dia da residência, o objetivo inicial era compreender qual o nível de engajamento da residente no programa e o comprometimento da sua vida particular, porém a pergunta aberta deixou margem para variadas interpretações e as categorias estão voltadas para a relação com a residência multiprofissional e visão das residentes sobre cotidiano.

V.7.3.1 Regime

A unidade de registro das sessenta horas semanais ocorreu 5 vezes para descrever o cotidiano da residência.

“As pessoas falam (...) que sessenta horas semanais é muito, mas (...) tudo bem” (JF09 – Nutrição).

“Eu vou de segunda a sábado e aí completa essas sessenta horas semanais” (JF15 – Fisioterapia).

V.7.3.2 Rotina

Algumas características da rotina foram relacionadas entre as respostas das residentes. As percepções variam e as diferentes subcategorias são exaustiva, tranquila, sobrecarregada, diferentes para cada profissão e um resumo das tarefas diárias.

V.7.3.2.1 Exaustiva

Diversas justificativas foram associadas ao fato de as residentes considerarem o programa exaustivo ou cansativo, com 34 ocorrências nas entrevistas.

“A carga horária é uma coisa que é muito exaustiva” (JF19 – Nutrição).

“Então a rotina de R2 é mais puxada nos cenários” (RJ11 – Terapia Ocupacional).

“A residência ela é bem cansativa para a gente, que a carga horária é bem puxada” (JF21 – Educação Física).

“Eu acho que você ouve muito isso (riso) é bastante exaustivo (...) prejudica, sim, algumas outras áreas da nossa vida, nossas relações familiares, com amigos” (JF18 – Farmácia).

V.7.3.2.2 Tranquila

Nove unidades de registro apontam que a residência é tranquila ou se tornou tranquila em algum momento.

“Agora acho que eu estou mais tranquila, estou no segundo ano (...) eu já estou mais no clima” (JF16 – Serviço Social).

“Eu acho que a residência aqui (...) é mais tranquila assim” (RJ19 – Fonoaudiologia).

“Depois que a gente acostuma é tranquilo” (JF17 – Farmácia).

“Então, é um cotidiano bem tranquilo, eu acho que não tem tanta cobrança, eu esperava mais na verdade” (RJ15 – Fisioterapia).

V.7.3.2.3 Sobrecarregada

Sete ocorrências apontam a sobrecarga de funções, tarefas e/ou de assumir responsabilidade sobre o atendimento e o trabalho de outros.

“Então acaba que é uma sobrecarga diária de funções e tarefas” (JF27 – Enfermagem).

“Estávamos sentindo realmente sobrecarregado, não de não querer trabalhar, mas de trabalhar no lugar do outro” (RJ14 – Fonoaudiologia).

V.7.3.2.4 Diferentes para cada profissão

Ainda que o programa de residência seja o mesmo para todas as profissões, as realidades entre as especialidades variam de acordo com as coordenações, as inserções e as preceptorias, como descrito nos exemplos abaixo.

“O cotidiano de cada profissão é diferente, da nutrição dizem que é um pouco mais puxadinho” (RJ02 – Nutrição).

“O resto do pessoal das outras profissões da multi, até os preceptores deles e na UAPS também (têm) uma rotina um pouco (...) em questões de horários definidos, um pouco mais leve porque tem um horário menor” (JF13 – Análises Clínica).

“Depende muito da área para psicologia é mais tranquilo” (RJ04 – Psicologia).

“Minha área (...) é diferente das outras, eu acho, porque a gente não tem tanto contato com o paciente” (JF05 – Análises Clínicas).

V.7.3.2.5 Tarefas diárias

A última subcategoria de rotina é a descrição das tarefas diárias, as residentes fizeram uma descrição de suas rotinas, apresentando as tarefas diárias, sem apresentar julgamento.

“Tiramos um senso dos pacientes do nono andar que são pacientes que a gente atende (...) da clínica médica e fazemos com os pacientes novos internados do dia todo o processo de conciliação medicamentosa, que é você ver todos os medicamentos de uso prévio que os pacientes faziam e conciliar com os medicamentos que eles fazem na internação” (RJ03 – Farmácia).

“Então basicamente é de segunda a sexta nas enfermarias e eu desenvolvo as atividades integrais, a gente tem todo o cuidado do paciente, não tem nada diferente” (RJ05 – Enfermagem).

“A gente lida com a comunidade diariamente, então a gente pega a base das redes de atenção, vê questão de paciente que vai ser internado e de paciente que está começando uma doença que a gente pode intervir” (JF28 – Enfermagem).

V.7.3.3 Expediente

Outras ocorrências sobre o cotidiano trataram sobre o expediente:

“Da segunda à sexta de 7h às 17, um plantão de final de semana por mês, sendo que a gente tinha e acho que vai continuar, não sei, aula sábados também. Ano passado a gente teve quase todos os finais de semana aula sábado” (RJ02 – Nutrição).

“Na residência nós somos diaristas, então geralmente o trabalho de enfermeiro é plantão 12/36 ou 12/60 e como nós somos diaristas, geralmente o diarista é só uma manhã ou só uma tarde e o nosso é o dia inteiro todos os dias” (RJ12 – Enfermagem).

V.7.3.4 Aprendizagem em serviço

As residentes também apresentaram o cotidiano de aprendizado e a divisão dos estudos com o tempo de trabalho.

“Assim a gente primeiramente trabalha, mas também tem um tempo para estudo teórico” (RJ10 – Fisioterapia).

“O tanto que a gente aprende na residência que eu tenho certeza que se eu trabalhasse em outro lugar eu não aprenderia” (JF9 – Nutrição).

“É corrido com a carga horária teórica que as vezes é subutilizada e com uma carga horária prática que é muito sobrecarregada, então a distribuição não é equânime, tudo bem que é 20% e 80%, mas 20% que é pouco aproveitado e 80% que é insuficiente” (JF29 – Enfermagem).

“O que a gente espera da residência seria um treinamento, para a gente estar tanto aprendendo a aplicar o que a gente conhece, mas assim de melhorando (...), aplicando técnicas melhores” (JF06 – Fisioterapia).

“Quanto mais puxado e apertado for mais você aprende” (JF12 – Análises Clínicas).

“Tive um aprendizado muito grande, mas assim era uma responsabilidade muito grande” (JF16 – Serviço Social).

V.7.4 Mudanças na residência

Ao apontar as mudanças na residência o objetivo era compreender as principais dificuldades e as necessidades encontradas pelas residentes no primeiro ano desse período de formação da residência. Dessa forma, as residentes indicam os pontos que cruciais da relação

com esse estágio da formação e que refletem na qualidade de suas vidas. Houveram duas ocorrências de residentes que não mudariam nada na residência, para os fins de organização das categorias e subcategorias, seguem as ocorrências das residentes que alterariam.

V.7.4.1 Carga horária

As subcategorias relacionadas à carga horária variaram entre as 60 horas semanais com intuito de diminuir, adequar ou flexibilizar e a relação com a qualidade do serviço.

V.7.4.1.1 Diminuição

A diminuição da carga horária foi um tema recorrente e comum às duas residências, mesmo que as residentes considerassem que essa mudança de fato não competia ao programa em específico, mas a legislação superior ou ao âmbito nacional.

“Não sei se vai ser possível, mas acho que o que eu mudaria a (...) carga horária é bem extensa” (JF16 – Serviço Social).

“A gente tem uma questão que é (...) nacional que é a carga horária da residência que é muito puxada, mas é difícil trabalhar isso em âmbito local. É uma falta mesmo de união dos próprios residentes para mudar isso em âmbito nacional” (JF37 – Serviço Social).

“A carga horária, sessenta horas semanais é muita coisa” (JF25 – Enfermagem).

“Eu mudaria o tempo, porque é muito tempo, é desumano” (JF31 – Psicologia).

“Diminuiria um pouco mais a carga horária” (JF32 – Serviço Social).

“Eu acho que a carga horária, acho muito puxado... todo dia. (Pausa) é... a carga horária, acho que só, mudaria só isso, eu ia diminuir” (RJ17 – Fonoaudiologia).

V.7.4.1.2 Adequação/Flexibilização

Algumas ocorrências para a carga horária não apontaram para diminuição, porém para a flexibilização e adequação da distribuição dessas horas em relação às atividades do programa.

“A carga horária, mudaria para otimizar. Tudo bem fazer as sessenta horas, mas talvez ter algumas flexibilidades” (JF33 – Serviço Social).

“Aqui não tem essa flexibilidade só o horário de sete às quatro e pronto” (JF12 – Enfermagem).

“Porque o negócio é cumprir as sessenta horas, não importa a formação, não importa se a gente está sendo desenvolvido e se a gente está trabalhando o que importa é cumprir” (JF38 – Psicologia).

“Não sei se as sessenta horas semanais, mas uma flexibilidade maior” (JF05 – Análises Clínicas).

“Carga horária também, eu acho que não reduzir as sessenta horas, mas eu acho que a gente poderia ter um tempo pra sentar discutir caso” (JF19 – Nutrição).

V.7.4.2 Plantões ociosos/Inadequados

Os plantões foram relacionados entre as mudanças necessárias na residência e apontados ou como ociosos ou inadequados, principalmente por serem no hospital que não é de porta aberta e não está aberto aos finais de semana.

“Mudaria também é em relação aos plantões que parecem que é muito relacionado pra você suprir mão de obra e não traz nada pra você, não te acrescenta muita coisa” (JF25 – Enfermagem).

“Porque plantão de psicologia não tem muita coisa mesmo, então eu acho que podia ser um plantão de pronto aviso, a pessoa ficaria em casa ou então revezariam menos pessoas” (JF31 – Psicologia).

“Carga horária é bem extensa, principalmente os plantões que a gente tem que fazer que às vezes é uma coisa muito ociosa assim e a gente fica lá e não tem uma atividade” (JF16 – Serviço Social).

V.7.4.3 Organização

As questões relacionadas à organização estiveram entre questões institucionais, questões de gestão, as distribuições nos setores e as diferenças entre os profissionais.

V.7.4.3.1 Estrutura

As questões estrutura dizem respeito a uma rede de regras não formal das relações no programa que alteram a forma como a residente se comporta e atua na residência.

“A gente fica muito tempo quando está no serviço, de cada área, passa muito tempo em função dos pareceres e para a gente atender algum paciente fica dependendo do médico daquela enfermaria chamar a gente. Muitas vezes a gente vê através de outros colegas, de outros profissionais que determinados pacientes no hospital precisam e que nós não fomos chamados. Então eu acho que é uma liberdade que a gente também deveria ter enquanto residente, especificamente a gente não deveria ficar embasado no ato médico, já que isso aqui é um hospital de ensino, então a gente deveria poder fazer busca ativa e a gente não pode” (RJ06 – Psicologia).

“Estruturar melhor a conversa com os serviços em que a gente vai se inserir, porque, às vezes, a gente chega lá e o responsável pelo serviço não sabe que a gente

está chegando naquele dia, não sabe qual é o nosso papel dentro daquele serviço, fica algumas coisas assim... a conversa falta" (JF06 – Fisioterapia).

V.7.4.3.2 Gestão autocrática/democrática

Os exemplos que seguem as relações com a gestão ou coordenação e apontam para uma necessidade de mudanças na forma do exercício da autoridade.

“Eu acho que os coordenadores são, talvez, muito distantes da realidade que o residente [vive], não estou falando de todas as áreas, estou falando pela minha área, (...) às vezes ele tenta falar alguma coisa, mas ele está tão distante daquilo que é algo tão surreal que ele está falando que não bate, é algo muito longe da prática que a gente está vivendo. Ele fica lá na salinha dele, não está aqui perto da gente para sabe o que a gente está fazendo, não está vendo o que a gente está fazendo, não sabe nem quem a gente é, se bobear. E quer cobrar, quer ter autoridade, mas não sabe de nada. Então acho que essa coordenação devia estar mais próxima, mas eu não estou falando de todas as áreas porque eu vejo áreas que são bem próximas” (JF02 – Nutrição).

“O diálogo também com alguns professores, o diálogo com a própria coordenação também, eu acho que poderia ser mais próximo, mais compreensível na área, no nosso campo” (JF35 – Serviço Social).

“Eu gostaria de uma gestão mais democrática e que valorizasse o nosso papel (...) que eu até proponho para a minha gestão, que tenha uma gestão mais horizontalizada, menos verticalizada, até porque somos nós que estamos levando os serviços, então nós que sabemos as dificuldades que têm e as melhores maneiras que têm do serviço funcionar” (JF37 – Serviço Social).

V.7.4.3.3 Diferenças entre profissionais

As diferenças entre as especialidades que fazem parte do programa de residência foram apontadas como um quesito que precisa mudar, tanto para unificar as formas de relação entre as profissões, como para tratar de forma diferente as profissões que tivessem suas especificidades.

“Eu acho que talvez a forma como ela está organizada, cada programa funciona de uma forma, então cada profissional que está na ponta como supervisor ou como coordenador também age de uma forma, se talvez aquilo ali fosse tudo unificado e todo mundo falasse a mesma língua talvez seria mais fácil” (JF30 – Enfermagem).

“Porque ela tem um modelo bem médico, ela foi organizada no modelo médico e não enxergam muito essas especificidades das outras profissões” (JF26 – Psicologia).

“Eu acho que tinha que ser uma coisa igual, tem residência que nem plantão faz, então assim eu acho que fica um pouco puxado. Acho que é uma outra coisa que eu mudaria, ou tem plantão para todo mundo ou não tem” (JF10 – Farmácia).

V.7.4.4 Infraestrutura

As questões de infraestrutura apresentadas pelas residentes são relacionadas ao ambiente ou ao material e recursos disponíveis para o trabalho. As subcategorias que se seguem.

V.7.4.4.1 Ambiente

A dificuldade de local foi apresentada por residentes das duas localidades:

“Local apropriado, locais preparados para o paciente mesmo” (RJ01 – Fisioterapia).

“São espaços muito precários, espaço pequeno” (JF16 – Serviço Social).

V.7.4.4.2 Material

Também foram comuns às residentes do Rio de Janeiro as necessidades de material adequado para o exercício da profissão e melhor atendimentos aos pacientes.

“Eu acho que materiais para a gente trabalhar eu acho que é o que a gente mais precisa” (RJ01 – Fisioterapia).

“Coisas que são impossíveis de mudar infraestrutura, fornecimento de material” (RJ05 – Enfermagem).

“Fora a questão dos materiais a gente tem escassez de recurso na terapia ocupacional, a gente tem que trabalhar com atividade, então falta, às vezes, material para a gente poder desenvolver uma atividade, acaba não ajudando o paciente da melhor forma possível. A gente tenta ser criativo com o que tem, mas, às vezes, não é o mais eficaz, então a gente acaba não oferecendo assistência da melhor forma” (RJ11 – Terapia Ocupacional).

V.7.4.5 Preceptoria

As mudanças necessárias relacionadas para a preceptoria variaram entre maior número de preceptores necessários, a necessidade de treinamento dos preceptores, a sobrecarga dos preceptores ou o fato de serem mal remunerados. Além disso, uma mudança que as residentes apontaram relacionada a preceptoria é a relação entre residentes do primeiro ano (R1) e do segundo ano (R2) e como a preceptoria confia às R2 para acompanhar as R1.

V.7.4.5.1 Contratação

As unidades de registro que inferiam a necessidade de maior quantidade de profissionais de setor responsáveis por fazer a preceptoria ou acompanhar as residentes no campo de atuação, que demonstravam necessidade de contratação ou aumento do corpo de profissionais estão na subcategoria de contratação. Esta subcategoria é comum aos dois programas de residência e variou entre as especialidades.

“Bastante preceptor para ajudar a gente, porque a gente acaba muito indo por fora, pesquisando, nós mesmos nos incentivando um ao outro residente do segundo ano e do primeiro ano conversando para buscar artigo, buscar atualizações. Acho que preceptoria seria também muito o que eu mudaria assim” (RJ01 – Fisioterapia).

“Isso é a principal coisa que eu mudaria, porque eu acho que a figura de um preceptor faz muita falta pra gente, não tem como não ter um preceptor numa residência, isso é primordial” (RJ03 – Farmácia).

“Mais preceptores para ajudar, para estar mais perto assim da gente na hora, assim nas enfermarias” (RJ04 – Psicologia).

“Eu sei que preceptoria é mais difícil, por toda essa questão de escassez de contratação, escassez de profissionais no hospital” (RJ11 – Terapia Ocupacional).

“Eu gostaria muito que a gente tivesse um preceptor de área que a gente não tem, teve o concurso, mas não chamaram” (JF20 – Educação Física).

“Eu acho que às vezes precisaria de mais preceptor” (JF12 – Análises Clínicas).

“Principalmente essa questão do preceptor, porque a gente entra aqui pra ser um processo de formação em prática, tudo bem a gente tem um CRP, a gente é um

profissional, mas se fosse pra gente estar largado, a gente teria feito um concurso ou um contrato” (JF38 – Psicologia).

V.7.4.5.2 Treinamento

Outras ocorrências sobre as preceptorias apontavam o despreparo dos profissionais ao lidar com o ensino e o suporte às residentes, ou ao próprio conhecimento da prática. O afastamento da preceptoria também deixava abertura para interpretação de uma insuficiência.

“Treinamento para os preceptores porque os preceptores eles não são escolhidos eles são designados” (RJ05 – Enfermagem).

“Você ter uma autonomia melhor para mudar aquilo que já é feito há anos. Você conseguir chegar e implementar novas ideias, mudar um protocolo, por exemplo, que você não concorda, eu tentaria mudar a cabeça dos preceptores nesse ponto” (JF29 – Enfermagem).

“Eu mudaria a preceptoria. Uma preceptoria mais adequada e que te incentivasse a aprender e melhorar como profissional” (RJ15 – Fisioterapia).

“Eu preciso de um preceptor que oriente, que seja meu espelho, que eu possa discutir, que eu possa levar [as dúvidas] e não ser uma pessoa perigosa” (JF13 – Análises Clínicas).

“Em relação aos meus preceptores, por exemplo, eu vejo que assim eles não têm muita formação, então a gente chega com sede querendo aprender e eles estão crus, até menos que nós” (JF16 – Serviço Social).

“Se eu escolhesse a seleção dos profissionais, eu colocaria importância de ter prática prévia antes de entrar no concurso público, porque não é só você saber a teoria,

a prática dentro de um hospital é fundamental, ela é 90% do que você é como profissional" (JF01 – Fisioterapia).

V.7.4.5.3 Sobrecarregada/mal remunerada

Outros problemas de relação apontaram uma justificativa para as mudanças serem necessárias, dentre elas a remuneração das pessoas do serviço ser menor que das residentes e a responsabilidade acumulada tanto pelo serviço como pelo residente.

“Eu entendo que é difícil para as preceptoras porque elas têm a atuação delas ali e não dá pra ficar o tempo todo” (JF07 – Psicologia).

“Eles ganham menos do que a gente e alguns tem um certo bloqueio, que eu acho super compreensível pela posição deles” (RJ05 – Enfermagem).

V.7.4.5.4 R2 orienta R1

Uma mudança apontada e uma relação comum às duas residências é a dependência das residentes do primeiro ano com a experiência das residentes do segundo ano. Alguns casos as residentes apontam que é uma relação de preceptoria, além de uma comunicação para o aprendizado mútuo.

“Preceptor é preceptor, não é R2. Pois é, talvez até já devem ter até falado isso, R2 não é preceptor, tem que ter um preceptor que faça o papel de preceptor, esteja ali para te auxiliar e não para falar ‘o R2 toma conta de você’, não é para isso, porque a gente também está ali aprendendo” (RJ02 – Nutrição).

“Daquela coisa de você aprender com o colega ali que, às vezes, é o R2 ou um colega que já teve aquela experiência e eu vejo que o profissional que tá inserido no campo que eu estou, não está preparado pra orientar a residência” (JF15 – Fisioterapia).

V.7.4.6 Aulas/Teoria

A adequação da teoria à prática, ajustamento da quantidade de horas dedicadas ao estudo em relação a prática e o conteúdo das aulas foram apontados como necessidade de mudança nas duas residências.

“Aulas teóricas, conteúdo teórico porque prática a gente já tem muito” (RJ07 – Fisioterapia).

“Colocaria um pouco mais de teoria também no segundo ano que a gente não tem nada” (RJ08 – Enfermagem).

“Às vezes só o professor traz alguns temas que não são tão pertinentes ou que a gente tem vivenciado na residência, então eu mudaria isso” (JF32 – Serviço Social).

V.7.4.7 Supervisão e tutoria

Outras mudanças com relação a supervisão e tutoria também foram relacionadas pelas residentes em ambos os programas.

“Eu gostaria de ter tido supervisão de área (...) porque a gente não tem supervisão, a gente tem uma noite de supervisão com os preceptores de área, mas eles têm uma profissão específica que não é a terapia ocupacional” (RJ11 – Terapia Ocupacional).

“Então a gente não está com vínculo com a faculdade e isso dificulta um pouco que a gente está tendo mais é contato com o pessoal do serviço social e faz falta alguém da sua profissão. Apesar de ter o tutor, mas não é docente aqui na universidade e também as dificuldades com o projeto de TCC, porque por não ser docente o orientador fica mais complicado” (JF23 – Enfermagem).

“Os tutores, eu acho que se estivessem mais presentes eles saberiam mais a nossa realidade o que está bom, o que pode continuar, o que pode melhorar...” (JF22 – Fisioterapia).

V.7.4.8 Medicina na multiprofissional

Por fim, as residentes também apontaram a necessidade de incluir a medicina entre as profissões que fazem parte da equipe multiprofissional.

“Uma mudança interessante também seria incluir a medicina na nossa residência que ela é chamada de multi, isso é uma coisa que a gente vem pensando e discutindo desde o início” (JF26 – Psicologia).

“Bom, pra começar que eu acho que, se é uma residência multiprofissional, deveria ter a participação dos médicos porque uma equipe multiprofissional sem médico não é uma equipe multiprofissional inteira, então eu acho que eles deveriam participar mais assim da nossa programação e a gente também participar da programação deles” (RJ06 – Psicologia).

V.7.5 Fatores de estresse

A frequência que as residentes se sentiram com raiva, medo ou frustrada com relação à residência tinha como objetivo buscar a percepção das residentes sobre seus principais fatores de estresse com relação ao programa de residência. Este é o maior eixo, pois diversas categorias foram apontadas como fonte de insatisfação ou alteração do humor.

V.7.5.1 Desamparo na prática

A categoria de desamparo na prática aponta a falta de um suporte que indique o procedimento correto ou adequado com o usuário do sistema. Os dois programas apresentaram a categoria, em variadas especialidades.

“Me senti bastante insegura, principalmente no ano passado, por medo de fazer alguma coisa errada” (RJ02 – Nutrição).

“Com medo um pouco por questão de às vezes a gente não saber o que fazer, tem algum caso que a gente não sabe o que fazer e como é que a gente resolve? Fica uma perguntando para outra e vai lá nisso aí dá aquele medinho de estar fazendo alguma besteira” (RJ03 – Farmácia).

“Quando tem alguma atividade que eu ainda não desenvolvi previamente, como não tem preceptoria, eu preciso encarar ela sozinha e eu tenho medo pelo estado mesmo do paciente” (RJ05 – Enfermagem).

“Quase todo dia você fica estressada com alguma coisa, quando alguma coisa está desandando, quando você tem que resolver sozinho” (JF21 – Análises Clínicas).

“Às vezes é um plantão ou outro que a gente faz sozinho, que aí não tem alguém que oriente. A gente tem que tomar alguma conduta que fica com um pouco mais de receio” (JF13 – Nutrição).

“Medo na residência, assim, talvez com o paciente de não oferecer pra ele uma melhor terapia” (JF15 – Fisioterapia).

“Me deparei com muitos desafios pela a graduação não te preparar para prática, ela te tira um pouco a autonomia por ter que se responsabilizar por algum erro e pela

enfermagem um erro ser muito nocivo, então eles não te preparam para encarar um problema de frente, sempre você tem uma pessoa respondendo por você e isso acaba tirando muito a autonomia. Na residência eu tive muito, muito medo às vezes de implementar as minhas ideias, de responder alguma coisa sem antes perguntar para alguém” (JF29 – Enfermagem).

V.7.5.2 Relações multiprofissionais

As ocorrências que apontaram uma dificuldade de estabelecer as relações multiprofissionais para o exercício interprofissional estiveram presentes tanto no Rio de Janeiro quanto em Juiz de Fora.

“Frustração mesmo acontece quando eu estou acompanhando algum paciente e não consigo dialogar com o resto da equipe geral (...), dialogar com resto da equipe até pra direcionar o nosso acompanhamento, então às vezes vem o sentimento de frustração assim por não conseguir dialogar com resto da equipe” (RJ06 – Psicologia).

“Com raiva eu fico quando eu tenho algum conflito profissional” (JF31 – Psicologia).

“Quando a gente tenta realizar um trabalho junto com paciente de orientação dos medicamentos dele e o corpo médico não ajuda a gente, porque a gente tem sempre que trabalhar em equipe (...) nesse caso que eu falei não é raiva seria frustração” (RJ16 – Farmácia).

“Quando não tem muito diálogo, às vezes quando uma profissão, acaba, meio que, algum profissional, acaba querendo se sobressair aos outros ou impor a sua forma de conduzir o caso” (JF08 – Serviço Social).

“A gente não consegue ter um trabalho tão assim interdisciplinar” (JF24 – Nutrição).

V.7.5.3 Relações Interpessoais

Dois diferentes níveis de relações interpessoais foram apontados como fonte de frustração, raiva, insatisfação ou insegurança, sendo entre os colegas ou a comunicação geral.

V.7.5.3.1 Colegas

“Algumas relações entre profissionais, algumas discussões de ego, umas brigas de ego e a gente vai levando assim” (RJ01 – Fisioterapia).

V.7.5.3.2 Comunicação

“É com relação aos grupos, tem a questão da dinâmica do planejamento, a discussão, às vezes, que a gente tinha muita troca, mas nos grupos eu acho que tá sendo mais difícil essa troca” (JF34 – Serviço Social).

“Você se propor a participar de um debate que você sabe que na verdade ele não está aberto pra sua opinião, então eu me sinto frustrada o tempo todo nesses momentos assim. E com raiva também” (JF26 – Psicologia).

“Às vezes a gente não consegue comunicar com outros setores” (JF24 – Nutrição).

V.7.5.4 Ilusão pela residência

As expectativas frustradas com relação ao que se esperava da residência e o que se apresentou no primeiro ano para as residentes estão descritas na categoria de ilusão pela residência.

“A primeira impressão é frustrante porque a gente chega depositando uma expectativa e é outra” (JF29 – Enfermagem).

“Eu achava que a gente ia chegar aqui na residência e a gente ia poder fazer tudo que a gente viu durante a graduação, tudo que o SUS [coloca] (...) e às vezes a gente vê que não, que o serviço ainda é engessado” (JF30 – Enfermagem).

“Frustração eu tenho em relação ao que eu esperava quando eu entrei” (RJ15 – Fisioterapia).

“Quando a gente chega na residência a gente tem pretensões, sonhos. É claro que o ideal é muito diferente daquilo que a gente sonha” (JF04 – Psicologia).

V.7.5.5 Organizacional

As questões organizacionais apontadas como provocadores das alterações de humor foram relacionadas às cobranças e avaliações e as incoerências entre as regras do serviço e a residência. Esta categoria e subcategorias foram exclusivas do programa de Juiz de Fora.

V.7.5.5.1 Cobrança e avaliação

A cobrança excessiva e o uso da avaliação como forma de obter o comportamento desejado das residentes também foi uma subcategoria presente na residência do HU UFJF.

“São coisas do cotidiano mesmo da questão da própria estrutura mesmo. Assim, são coisas que são dadas, são coisas que podem mudar a longo prazo.” (JF32 – Serviço Social).

“[A chefia] do programa, ela é muito difícil, ela cobra o tempo todo, ela faz pressão mesmo, em cima da gente, psicológica mesmo” (JF07 – Psicologia).

“[frustrada] muitas vezes, porque como eu disse a cobrança é muito grande” (JF35 – Serviço Social).

“Uma questão de relação de poder muito forte na residência, da qual a gente é submetida verticalmente, não é uma discussão horizontal. Há momentos que a gente é do serviço, há momentos que a gente não é do serviço. Então assim, medo a gente tem cada hora eles criam uma coisa diferente, que é mais cobrança em cima do residente” (JF04 – Psicologia).

V.7.5.5.2 Incoerência regras do serviço e residência

A incoerência entre as regras do serviço e a residência foram apontados relacionados a raiva e frustração, também direcionados à implantação da EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) na gestão do HU UFJF.

“Por exemplo, no HU a EBSERH entrou agora (...) então, o recesso (...) os funcionários da EBSERH querem ir para a praia e vão porque eles podem pagar depois, só que nós residentes não tivemos essa escolha, porque antigamente a gente poderia fazer um plantão e ia ficar todo mundo feliz e agora o recesso é dia normal e só residente trabalha, isso é um abuso ao meu ver. Isso é abusivo porque o chefe do serviço liberou todo mundo, mas o chefe da residência fala 'não, vocês vão seguir o calendário da EBSERH'” (JF05 – Análises Clínicas).

“Um funcionário falta o outro não cobre a área que deixou descoberta, mas se uma residente falta, ou está de férias, por algum motivo ele não está lá no setor que ele deveria estar, um outro residente tem que cobrir ele. Por que isso? Então, eu falo isso com o chefe, o chefe não gosta, o chefe não faz nada para mudar, isso eu fico frustrada.” (JF05 – Análises Clínicas).

V.7.5.6 Medo

As formas de insegurança e medos ficaram claras, além das causadas pelo desamparo na prática, a primeira de questões pessoais e outra de questões da formação.

V.7.5.6.1 Insegurança Pessoal

“Eu tinha muita dificuldade pra falar em público ainda tenho agora eu tenho um pouco menos de tanto ter passado isso no primeiro ano ainda tenho aquela ansiedade uma certa dificuldade, mas agora tá mais tranquilo” (JF23 – Enfermagem).

“Também é um pouco por minha causa, da minha personalidade, pessoal” (JF30 – Enfermagem).

“Eu fico com medo de não superar a expectativa mesmo minha e, também, do serviço” (JF31 – Psicologia).

“Eu estou tentando mudar, estou tentando ficar mais ativa mais... mais esperta, no sentido de tentar dar conta, mesmo assim, a demanda é muito grande às vezes eu fico atropelada por essa demanda então isso me deixa frustrada.” (JF35 – Serviço Social).

V.7.5.6.2 Insegurança pela formação

“Frequentemente eu sinto um pouco frustrada em relação a minha capacidade, porque não tive uma formação, aulas e estágios que me capacitassem” (RJ04 – Psicologia).

“Nesses momentos que eu queria praticar uma deficiência que eu tinha da formação na graduação de contato com as pessoas e aí não ter esse ritmo” (JF13 – Análises Clínicas).

“Segurança para fazer algumas coisas, eu tento estudar, tento relembrar alguns conhecimentos teóricos para não ficar tão receosa na prática, mas como é uma coisa que eu nunca tinha vivido antes, que é a parte da clínica médica, acaba que a insegurança assim de quando o plantão está mais pesado” (RJ12 – Enfermagem).

V.7.5.6.3 Insegurança inicial

“Medo, eu acho que nos primeiros meses talvez tenha tido um medo maior por conta de considerar que eu estava pouco preparada” (JF25 – Enfermagem).

“Medo eu acho que toda vez que tem alguma coisa nova de uma maneira geral, que tem na nossa vida, o primeiro momento é de rejeição, é de medo do desconhecido assim” (JF33 – Serviço Social).

“O novo, sempre dá assim insegurança” (RJ12 – Enfermagem).

“Ao longo do tempo você vai se aprimorando, você vai conhecendo coisas diferentes e o medo, acaba que você vai perdendo o medo” (JF28 – Enfermagem)

V.7.5.6.4 Mercado pós-residência

“Eu sinto que às vezes eu posso chegar no final dos dois anos despreparada” (JF29 – Enfermagem).

“São poucos serviços que te oferecem tanto um serviço que você pode trabalhar melhor o que você quer e que tem o retorno financeiro” (JF30 – Enfermagem).

“Medo, sim, pelo final da residência, o que vai ser depois, com relação ao mercado de trabalho” (J36 – Serviço Social).

V.7.5.7 Responsabilidade

A responsabilidade pelo atendimento ao usuário é uma das questões que estão relacionadas com a insegurança na residência.

“Medo de não dar conta das coisas que eu tenho que fazer” (JF09 – Nutrição).

“Às vezes são situações muito delicadas, eu fico com medo de não tá encaminhando da forma adequada” (JF08 – Serviço Social).

“Medo de surgir alguma coisa que a gente não saiba responder, ao mesmo tempo aquela ansiedade de quando o familiar vem, tentar responder aquilo e achar que você não respondeu porque você não é uma boa profissional” (RJ09 – Serviço Social).

V.7.5.8 Sobrecarga

O acúmulo de tarefas, relacionado ao trabalho na residência quando as residentes não têm suporte no serviço ou assumem o serviço e ainda precisam responder às obrigações do programa de residência leva a sobrecarga que está relacionada com a frustração e raiva na residência.

“Eu acho que os momentos quando tem muita tarefa para fazer e pouco tempo para executar, então são os momentos que você fica mais estressada e você não consegue render do mesmo jeito que você rende normalmente” (JF27 – Enfermagem).

“Estávamos sentindo realmente sobrecarregados” (RJ12 – Fonoaudiologia).

“Dependendo do funcionário que faz o plantão com você, você tem que resolver quase os problemas de todos os setores sozinhos. Então, isso te estressa muito” (JF21 – Análises Clínicas).

V.7.5.9 Mão de obra do serviço

A unidade de registro mão de obra do serviço foi apresentada nos dois programas, seguem dois exemplos que ilustram os casos:

“Tapando um buraco de um serviço que não era para residente estar fazendo, de certa forma é uma mão de obra barata para o hospital, porque não é o hospital que paga a gente, então a gente está tampando buraco, essas horas me dá raiva” (JF09 – Nutrição).

“Eu me sinto mão de obra barata no hospital porque não tem profissional, então eu tenho que cobrir aquilo ali que tá descoberto” (JF07 – Psicologia).

V.7.5.10 Desmotivação

A desmotivação está relacionada com duas subcategorias a profissional e a da residência.

V.7.5.10.1 Profissional

A desmotivação profissional diz respeito aos questionamentos sobre a vivência da profissão e o futuro profissional.

“Acaba que puxa para profissão a gente começa a pensar 'nossa é isso que eu queria para mim?' (...) a gente começa a ficar desmotivado com a profissão.” (JF30 – Enfermagem).

“[Medo] de todo o lugar que eu for de aqui para frente ter esses problemas de sistema e de relação. que a gente não consegue ir para frente e que nosso trabalho é na realidade lutar para trabalhar” (JF38 – Psicologia).

V.7.5.10.2 Na residência

A frustração com relação à residência está relacionada com a desmotivação para com a própria residência.

“Eu fico frustrada em relação a essa questão do reconhecimento profissional cinquenta por cento das vezes assim, só não fico mais frustrada porque eu acho que eu já até me acostumei com essa situação que a gente luta tanto a gente pede tanto, chega uma hora que a gente cansa de pedir e de correr atrás” (JF20 – Educação Física).

“Eu fico bastante frustrada quando o meu trabalho não é reconhecido” (JF31 – Psicologia).

“Eu cheguei no primeiro ano motivadíssima, hoje em dia eu estou assim: prefiro não falar” (sobre os problemas da residência com a gestão) (JF38 – Psicologia).

“Frequentemente me sinto estressada, com raiva e desmotivada, ultimamente principalmente, totalmente desmotivada, antes eu conseguia atender cinco seis pessoas por dia hoje está sendo duas ou três” (JF37 – Serviço Social).

V.7.5.11 Tempo Ociooso/Subaproveitamento

O tempo livre é relacionado com a frustração e a raiva na residência e ocorreu nos dois programas de residência.

“Fica lá sem ter o que fazer, então é quase uma tortura mesmo” (JF38 – Psicologia).

“Como R1 a gente ficava muito tempo ocioso, a gente tinha, a gente falava que a gente tinha um subaproveitamento” (RJ03 – Farmácia).

V.7.5.12 Acidentes de trabalho

Houveram duas ocorrências de acidentes de trabalho relacionados com o desgaste na residência, ambas no programa de Juiz de Fora.

“Tem que ficar lá mesmo com sono podendo sofrer um acidente de trabalho, coisa que eu já sofri” (JF05 – Análises Clínicas).

“A gente tem que dá conta de muitas coisas. muito acidente de trabalho então isso é muito desgastante” (JF35 – Serviço Social).

V.7.5.13 Preceptoria

A preceptoria é uma questão generalizada para as residências, duas relações com as preceptorias foram apontadas como fonte de medo, raiva ou frustração, o assédio e a ausência.

V.7.5.13.1 Assédio

As relações de assédio variaram desde ao fato de as residentes que tinham os preceptores no serviço usarem a mão de obra para benefício próprio, uma relação de poder entre as hierarquias e o abandono das residentes.

“Essa questão do vigiar também tem muito do poder ali, acho que é bem complicado. E assim, é frequente mesmo essa questão da frustração, foi bem no início para mim. Eu digo, foi mais complicado, teve um momento que eu comecei a fazer terapia por conta disso mesmo, uma sobrecarga muito grande e essa questão no sentido de assédio mesmo. O preceptor achar que você tem que fazer isso, isso e isso porque você é residente” (JF16 – Serviço Social).

“Raiva quando tem muita coisa para fazer e ninguém para ajudar, quer dizer, tem para ajudar, mas não ajuda por você estar no serviço e ser o residente, você tem que

resolver. Então, isso estressa e dá uma angústia do seu papel ali se não tem ninguém para te ajudar” (JF27 – Enfermagem).

“Digo pela minha profissão, a gente teve um problema no serviço, deles jogarem o trabalho todo para cima da gente. Eles só ficarem naquela de estou observando, estou preceptorando, mas a gente chegou à conclusão de que não era só uma questão de preceptoria, eles realmente estavam jogando o trabalho para cima de nós e estavam fugindo para sair mais cedo” (RJ14 – Fonoaudiologia).

V.7.5.13.2 Ausência

A ausência de preceptor está incluída no desamparo e em outras relações de fatores de estresse das residentes, dois dos exemplos deixam claro como a ausência da preceptoria em alguns campos é fator relacionado à raiva ou frustração.

“Não tenho uma preceptora nem da psicologia nem da equipe multi” (JF38 – Psicologia).

“Eu gostaria de ter um preceptor para me ajudar e eu não tenho” (RJ03 – Farmácia).

V.7.5.14 Gestão

As relações com a chefia se apresentaram como conflitos constantes entre as residentes de Juiz de Fora, fonte de frustração e de raiva, além de pessimismo com relação ao futuro da residência.

“Já tive momentos de sentir raiva e medo por questão dessas relações de chefia” (JF18 – Farmácia).

“Frustrada eu me sinto quando eu vejo falta de organização” (JF09 – Nutrição).

“Então é mais coisa burocrática que me gera, às vezes, um sentimento assim de raiva. As pessoas não se expressam bem, a gente não tem uma referência quem que eu vou obedecer” (JF15 – Fisioterapia).

“Ao longo de todas as experiências que eu tive, desde que eu comecei a fazer o processo seletivo a contrapartida sempre era essa nas discussões 'é assim, está escrito assim e tem que ser assim', aí no momento que a gente usa esses instrumentos legais que poderiam defender a gente, aí já é uma discussão mais ampla. 'ah não, mas aí a gente pode interpretar que pode acontecer dessa forma', então é muito frustrante” (JF26 – Psicologia).

“Acredito que em breve eles vão começar a cobrar produtividade também que vai fugindo cada vez mais do que o SUS propõe, atendimento com qualidade, e vai indo cada vez mais para o âmbito empresarial que é a questão de quantidade para lucro, de receber verba do estado, de receber verba do governo federal. Nessa gestão que a gente está tendo agora que é a gestão da EBSERH” (JF37 – Serviço Social).

V.7.5.15 Graduação de outra instituição/cidade

Duas ocorrências apresentaram as diferenças de relacionamento quando a residente tem que enfrentar os problemas na residência sem ter o suporte da instituição de ensino ou social das cidades de origem.

“A gente tem que correr atrás de tudo sozinho e eu que não formei aqui fica muito mais difícil correr atrás de professor” (JF39 – Enfermagem).

“Talvez ter vindo de outra cidade onde tinha todo um vínculo” (JF30 – Enfermagem).

V.7.5.16 Características pessoais

A descoberta das próprias carreiras a partir da vivência da residência também teve uma ocorrência:

“Frustrada eu me sinto frequentemente porque, eu já sabia que seria clínica, mas eu acho que eu gosto mais da parte hospitalar mesmo, acho que eu descobri isso mais aqui. Mesmo que eu ache bastante legal saber da clínica e tudo mais, mas eu acho que minha praia é mais a parte hospitalar, talvez nem hospitalar, talvez indústria farmacêutica. Não sei, acho que tem um pouquinho disso também” (RJ03 – Farmácia).

Em resumo dos fatores de estresse, **destacam-se...** As consequências da problematização da organização do trabalho, presente na aprendizagem em serviço, podem ser a fonte da frustração de expectativas e o conflito de idealizações dos residentes quanto ao custo do seu status social, a divergência do sistema na prática e o questionamento e reflexão sobre as condições e relações do trabalho nos cenários de prática.

V.7.6 Satisfação/Proteção

O eixo dos fatores de satisfação e proteção da residência foram formados pelas respostas à pergunta sobre o que deixa a residente feliz com relação à RMS. As respostas a essa pergunta foram consideradas como o fator que permite que a residente permaneça na residência, mesmo que as relações também causem estresse.

V.7.6.1 Equipe

A categoria de equipe apresenta duas subcategorias, o aprendizado interprofissional e a relação entre as residentes, as duas relações de equipe que foram possíveis inferir das unidades de registro.

V.7.6.1.1 Aprender o trabalho interprofissional

O diálogo entre os setores ou a atuação interprofissional foi apontada pelas duas residências.

“Setores que a gente consegue dialogar muito bem” (JF24 – Nutrição).

“Poder estar em um programa de residência que é multi, possibilita que a gente atue em uma perspectiva inter, isso é uma coisa que me deixa muito feliz” (RJ11 – Terapia Ocupacional).

V.7.6.1.2 Relação entre residentes

As ocorrências que revelam a relação de amizade entre as residentes, independente das relações profissionais foram explícitas nas duas residências e em todas as especialidades, seguem dois exemplos:

“Acho que a convivência com as pessoas o aprendizado que você tem com várias pessoas de diferentes níveis de conhecimento, desde os técnicos que trabalham com a gente, até mestrado e doutorado, os professores e em relação aos outros residentes também. Eu tenho, na minha área gente tem o companheirismo muito grande, a gente ajuda muito uns em relação aos outros” (JF11 – Farmácia).

“Os amigos que a gente faz aqui” (RJ02 – Nutrição).

V.7.6.2 Atuação Multiprofissional

A atuação multiprofissional foi por si só fator de satisfação entre as residentes além disso, outras especificidades da relação multiprofissional, como o compartilhamento da responsabilidade de a integralidade fizeram parte da realização das residentes.

“Eu acho que é a interação com os outros profissionais que isso é ótimo, eu aprendi muito com todos que eu convivi. Às vezes, a gente não tinha nem ideia do que fazia o outro e eu consegui assim abrir bem minha cabeça com relação a isso” (JF10 – Farmácia).

“Tem a parte a multi também, que eu lido com outras áreas e essas outras áreas também, me acrescentam na forma de enxergar o paciente” (JF01 – Fisioterapia).

“A gente fica grande parte assim, por conta própria, então quando a gente consegue entre nós residentes mesmos, porque é nesse momento que a gente tem mais contato, então a gente já se conhece aqui da sala de aula a gente vai buscando” (JF26 – Psicologia).

“Esse trabalho assim, em equipe, eu não tenho o que reclamar, porque isso é um ganho muito grande porque é uma outra falha na nossa graduação. É a psicologia ali no seu quadrado, a gente não tem contato com outros profissionais.” (JF07 – Psicologia).

“Me deixa feliz o convívio multiprofissional, o aprendizado me deixa feliz” (JF09 – Nutrição).

“Convívio multiprofissional me deixa muito bem, eu sei que eu vou ser mal-acostumada com isso, mas me deixa muito bem” (RJ05 – Enfermagem).

V.7.6.2.1 Compartilhamento de responsabilidade

“Uma visão multiprofissional mesmo de conviver com outros e propor o melhor tratamento que às vezes não é o meu, não vai ser eu que vai resolver o caso daquele paciente e a gente consegue identificar que é um outro profissional” (JF15 – Fisioterapia).

V.7.6.2.2 Integralidade

“A convivência com os outros profissionais, as outras áreas, essa visão geral que a gente tem isso me anima” (JF21 – Educação Física).

“O que me deixava muito feliz era trabalhar multi, era poder discutir o caso, ter aquela visão mesmo do SUS, uma visão integral do paciente” (RJ09 – Serviço Social).

“Me deixa feliz, me deixou assim ao longo desse primeiro ano, que é mais integrado, poder participar e atender os pacientes junto com outros profissionais e aprender um pouco da profissão deles” (RJ06 – Psicologia).

V.7.6.3 Realização Profissional

Alcançar na residência a atuação que era o objetivo profissional da residente também foi relacionada entre os fatores de satisfação.

“Exercer a profissão que eu escolhi pra poder estar exercendo, isso me deixa extremamente feliz” (JF28 – Enfermagem).

“Trabalhar com o que eu gosto, eu me formei pensando em trabalhar na área hospitalar” (RJ14 – Fonoaudiologia)

“Conquistado um objetivo que eu tinha traçado pra mim durante a graduação, que era estar na residência” (JF30 – Enfermagem).

“A profissão, porque eu gosto do que eu faço, é o que eu escolhi para fazer, então eu tenho realização profissional que me deixa feliz” (JF27 – Enfermagem).

V.7.6.3.1 Experiência profissional

Dentro da realização profissional, a experiência e desenvolvimento profissional é outro objetivo alcançado pelas residentes e apontado como uma alegria da residência.

“Eu acho que minha experiência hoje é muito maior de quando eu entrei.” (JF11 – Farmácia).

“Eu me sinto muito mais preparado para o mercado de trabalho do que quando eu saí da faculdade, porque, como eu falei, acho que eles atingem a proposta da minha faculdade que é de estar colocando essa carga teórica para a gente e a residência veio pra complementar isso, levando também para o âmbito da prática, conciliando a teoria e a prática” (JF37 – Serviço Social).

“Eu acho que é basicamente isso é a experiência prática que você ganha o tempo todo mesmo e as pessoas” (JF10 – Farmácia).

“Eu não saí da graduação me sentindo preparada para estar lá, mas eu tenho certeza que eu vou sair da residência preparada para atuar em qualquer coisa dentro dessa área” (JF18 – Farmácia).

“Eu consigo ver minha evolução dentro da residência, ver como que eu melhorei enquanto profissional, isso, sim, que me deixa feliz” (JF36 – Serviço Social).

V.7.6.3.2 Primeiro trabalho

Seguindo a linha da experiência profissional, o primeiro contato com o mercado de trabalho é levado em consideração como uma realização profissional.

“Porque eu entrei na residência, eu era recém-formada, não tinha experiência em nada e eu acho que deu pra aprender muita coisa nova e eu vou sair assim completamente diferente do que eu entrei.” (JF11 – Farmácia).

“Porque a gente sabe que quando a gente forma esse primeiro emprego é muito difícil” (JF07 – Psicologia).

“Na graduação eu não tive nenhuma experiência e é meu primeiro contato com o mercado de trabalho” (RJ02 – Nutrição).

V.7.6.3.3 Eixo específico

A realização profissional por estar no eixo específico, ou atuação da própria profissão que almejava para si também é fator de satisfação da realização profissional.

“É que eu estou na área que eu amo” (RJ19 – Fonoaudiologia).

“Na parte específica eu ganhei bastante, mesmo que a faculdade tenha sido muito boa eu acho que nada supera a prática” (JF10 – Farmácia).

V.7.6.4 Relação com o usuário

A boa relação com o usuário percebida pela residente e pela humanização do cuidado são fatores de satisfação da prática na residência.

“A diferença que a gente faz na vida das pessoas” (RJ11 – Fisioterapia).

“O que me deixa feliz é o fato da gente ter tempo para atender os pacientes, porque a gente sabe que serviços particulares a gente não tem esse tempo” (JF01 – Fisioterapia).

“É o contato com o usuário, vê que o serviço está gerando algum impacto positivo pra vida dele, vê que as ações são efetivas pra mudar aquela realidade, que ele acaba trazendo pra gente, acho que é isso que me deixa mais feliz na residência” (JF08 – Serviço Social).

“Eu aprendo com os pacientes, com os casos que eu estou ali, eu acho que para saúde assim, a gente faz um diferencial enorme, pra sociedade” (JF04 – Psicologia).

V.7.6.4.1 Humanização

“Não ver o paciente só de uma forma técnica, mas de uma forma humana” (JF01 – Fisioterapia).

V.7.6.5 Evolução pessoal

Além do desenvolvimento profissional, as residentes apontaram crescimento pessoal, de características relacionadas a pontos fortes que se desenvolveram durante a residência:

“Acho que isso está me deixando feliz, eu estou amadurecendo, mas está me deixando bastante feliz, caindo no real de algumas coisas, vamos dizer, simples” (JF39 – Enfermagem).

“Entender algumas coisas que eu não entendia no começo de dar respostas de me posicionar também em relação a equipe” (JF35 – Serviço Social).

“Experiência pessoal muito importante assim, da gente saber se colocar, onde se colocar, como se colocar” (JF38 – Psicologia).

V.7.6.6 Remuneração

A remuneração da bolsa, acima do valor de mercado para a o inicial dos profissionais recém-formados que estão na residência é fator de satisfação com a residência, mesmo que apontassem ou não outros fatores.

“Você ter uma bolsa no valor que a gente tem, por mais que seja uma carga horária degradante, eu fico feliz por isso” (JF37 – Serviço Social).

“Eu acho que a bolsa” (JF25 – Enfermagem).

“Me deixa satisfeita é a estabilidade financeira” (JF Educação Física).

“O salário me deixa feliz também” (RJ05 – Enfermagem).

V.7.6.7 Reconhecimento

Duas formas de reconhecimento foram apresentadas pelas residentes, dos usuários nas pessoas do paciente e familiares e da chefia, entre preceptores, tutores e coordenadores.

V.7.6.7.1 Paciente e familiares

“Saber assim que o paciente, mesmo a sociedade não valorizando minha profissão, eu acho que é muito válido pelo menos o carinho. É igual eu falo com os acadêmicos que estão lá, se você não sentir prazer em um obrigado do paciente, você pode meter o pé na enfermagem porque é só isso que você vai ganhar” (JF39 – Enfermagem).

“Eu fico muito feliz quando você tem um reconhecimento e quando você vê que mesmo o usuário não apareça ou de fato você percebe que ele mudou, que ele tá

conseguindo fazer um acompanhamento seguindo tudo direitinho” (JF34 – Serviço Social).

“Entregar um bom trabalho para os pacientes e o retorno que eles me dão são bem positivos, o feedback dos pacientes” (RJ15 – Fisioterapia).

“Principalmente o reconhecimento do paciente a confiança” (JF30 – Enfermagem).

“Acho que o agradecimento dos pacientes é a melhor coisa” (RJ10 – Fisioterapia).

V.7.6.7.2 Preceptores, tutores e coordenação

“A gente vê assim os próprios preceptores o pessoal do serviço reconhece o que gente faz” (JF3 – Enfermagem).

“Quando até a chefia vê que você está se dedicando a fazer o seu melhor, são nessas horas que a gente fica feliz” (RJ08 – Enfermagem).

V.7.6.8 Autonomia

Por fim, a autonomia marca uma característica que pode agir como satisfação dentro da residência.

“De certa forma eu tenho autonomia para poder estar realizando as minhas atividades, então isso me deixa bem feliz” (JF25 – Enfermagem).

“Eu estou tendo bastante autonomia para fazer as coisas, propor as coisas, estou sendo bem aceita, acolhida” (JF23 – Enfermagem).

VI.Discussão

O perfil sociodemográfico da população é de 91,4% de mulheres, 87,9% solteiras, 63,8% católicas, idade média de 26 anos (variando entre 23 e 38 anos) e 62,1% moram com familiares. A presente pesquisa não perguntou o número de filhos, o tempo de intervalo entre a graduação e a residência e a experiência profissional anterior, ainda assim, o resultado da análise qualitativa mostra que as residentes são em grande parte recém-formadas e a RMS é o primeiro contato com o mercado de trabalho. O perfil populacional da amostra condiz com o que é encontrado em outras pesquisas com residentes multiprofissionais em hospitais públicos e privados no Brasil que apresentam população feminina variando entre 83,78% e 96,2%, solteira (81,08% e 86,7%), com idade média de 21 a 29 anos e 51,35% vivendo com familiares (Goulart, Silva, Bolzan, & Guido, 2012; Cahú, dos Santos, Pereira, Vieira, & Gomes, 2014; Sousa, Souza, Saito, dos Santos, & de Oliveira, 2016). Uma explicação possível para a maioria feminina solteira é a predominância das profissionais em Enfermagem (20,7%) que têm 85,1% de mulheres (FioCruz/Cofen, 2013), de Serviço Social (17,2%) com 97% de mulheres (CFESS, 2005) e outras profissões como a Psicologia (12,1%) com 83,7% de mulheres (CFP, 2018) nos programas de residência multiprofissional. Outra explicação se dá pelo crescente número de mulheres nos cursos superiores da área de saúde no Brasil (Matos, Toassi, & Oliveira, 2013).

A maioria da população da presente pesquisa apresentou o comportamento de uso de álcool (60,3%), nenhuma das residentes alegou fazer uso de cigarro ou outras drogas. A prática de exercício físico esteve presente em 56,9% das residentes e 93,1% consideram a sua qualidade de sono ruim, com a maioria de 43,1% dormindo de 5 a 6 horas por noite. Quanto ao uso de medicamentos psicotrópicos, 8,6% faz uso de antidepressivos, 3,4% faz uso de ansiolíticos, 3,4% usa combinações de medicamentos e 84,5% não usa. Apesar da importância das informações sobre o uso de álcool e medicamentos evidenciadas pelas correlações

encontradas na presente pesquisa, não existe esse dado disponível nos artigos da revisão sistemática e em demais artigos que apresentam o perfil das residências multiprofissionais, mesmo na pesquisa de Cahú e colaboradores (2014), que incluíram essas variáveis no questionário sociodemográfico. As demais pesquisas apresentam maioria que não pratica esportes ou exercícios físicos entre 59,46% e 69,5% (Goulart, Silva, Bolzan, & Guido, 2012; Sousa, Souza, Saito, dos Santos, & de Oliveira, 2016).

Três perguntas avaliaram o lazer entre as residentes e o intuito era conhecer o tempo disponível para práticas de atividades com o objetivo do prazer pessoal. A primeira questão trazia o tempo médio de lazer semanal na elaboração da pergunta, a segunda perguntou se as residentes consideraram todo o tempo disponível fora da residência e a terceira questão trazia o tempo dedicado a atividades com finalidade de prazer e bem-estar pessoal. O uso das três perguntas se justifica pela confusão conceitual sobre o lazer ilustrada por uma das residentes de Juiz de Fora que escreveu uma pergunta ao lado da primeira questão: “Dormir é lazer?”, na sequência escreveu ao lado da terceira questão: “Lazer aqui compreende programas em casa, TV {sic} e etc.”, confusão também encontrada por Pereira e Bueno (1997) entre enfermeiras. A resposta mais frequente para a quantidade de horas para lazer semanal foi de 5 horas ou menos com 27,6%, enquanto a grande maioria afirmou que considerou todo o tempo fora da residência nessa resposta, 32,8% responderam que 5 horas ou menos do tempo semanal é dedicado a atividades para o prazer pessoal.

Em sua revisão sistemática Pondé e Caroso (2003), afirmam que o lazer é reconhecido por amenizar os efeitos do estresse na literatura sobre o tema. A pesquisa de Rabacow (2008) traz a ligação entre o lazer e os itens do índice de capacidade para o trabalho. Para a população do estudo, a prática do lazer varia entre 17,1% a 91,18%, a presente pesquisa apresentou a correlação bivariada entre a pergunta sobre a quantidade espontânea de lazer e a qualidade de

vida, junto a seus fatores psicológicos, meio ambiente e qualidade de vida geral e com os fatores clima e funcionamento organizacional e pressão no trabalho da vulnerabilidade ao estresse no trabalho. Também foi possível concluir que as residentes do HUCFF apresentaram percepção de maior quantidade de tempo disponível para o lazer, considerando que outras correlações bivariadas ocorreram com o local, como a pressão no trabalho e a relação com os demais residentes.

Quanto à qualidade da alimentação 53% das residentes do HU UFJF conseguem se alimentar bem, enquanto 73,7% das residentes do HUCFF afirmam o mesmo. Para a qualidade do sono, 93,1% das residentes afirmaram que suas horas de sono não são suficientes para o descanso, fato que é confirmado por Cahú (2014) e 55,55% dos residentes no final do primeiro ano da residência da pesquisa de Moreira e colaboradores (2016) apresentaram comprometimento do sono, fato que outros autores afirmam estar relacionado com o desenvolvimento de problemas de saúde mental entre os residentes multiprofissionais (Goulart, Silva, Bolzan, & Guido, 2012; Sousa, Souza, Saito, dos Santos, & de Oliveira, 2016).

A frequência de residentes que está no nível superior de vulnerabilidade ao estresse no trabalho é de 25,9%, mesmo valor para a presença de *burnout*. São 75,9% das residentes com qualidade de vida regular e a mesma porcentagem para a capacidade para o trabalho moderada. A capacidade baixa para o trabalho foi de 8,6% e a boa de 15,5%. A qualidade de vida no pior nível foi de 20,7%. Usando diferentes testes, a variação do estresse entre os residentes multiprofissionais foi de 48,65% e 76,9%, deixando os níveis da presente pesquisa abaixo dos demais resultados (Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira, 2012; Cahú, dos Santos, Pereira, Vieira, & Gomes, 2014). A variação do nível de *burnout* foi de 11,11% a 27% (Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira, 2012; Moreira, Patrizzi, Accioly, Shimano, & Walsh, 2016). A qualidade de vida no estudo de Cahú e colaboradores (2014) teve 33% que avaliavam a

qualidade de vida como ruim, o pior fator da pesquisa é o de Ambiente, porém a divisão de fatores usada por elas difere da presente pesquisa, que teve o fator físico funcional como pior fator, seguido pelo meio ambiente. A capacidade para o trabalho não foi avaliada anteriormente.

A relação entre a vulnerabilidade ao estresse no trabalho, o *burnout*, a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida das residentes teve dois diferentes resultados para a presente pesquisa. Ao verificar as correlações entre as variáveis queremos saber se elas se comportam de forma semelhante. Segundo a correlação bivariada de *Spearman* as variáveis do estudo estão correlacionadas, exceto pelo par “vulnerabilidade ao estresse no trabalho” e “capacidade para o trabalho”; para a análise multivariada da mineração de dados o único par formado é entre o *burnout* e capacidade para o trabalho. Somente dez dos pares de correlação resultados pela mineração de dados não estavam contidos na correlação de *Spearman*. Essa diferença ocorre pelo fato da análise multivariada, tratar as variáveis de forma multidimensional, avaliar as relações entre todas as variáveis em conjunto, dessa forma as correlações dos pares dados pela análise bivariada perdem a força de explicação dos eventos, enquanto outras relações ganham força de explicação.

As correlações exclusivas da mineração de dados no nível significativas foram: local e especialidade, o HU UFJF e o HUCFF têm quatro profissões diferentes, duas em cada um dos programas; qualidade de vida total e pressão no trabalho (fator da vulnerabilidade ao estresse no trabalho); vulnerabilidade ao estresse no trabalho e quantidade de sono; capacidade para o trabalho atual comparada com toda a vida e satisfação atual com a profissão (variável socioprofissional); pressão no trabalho e satisfação com a profissão; *burnout* e especialidade; qualidade de vida e pressão no trabalho. As relações muito significativas foram: satisfação atual com a profissão e frequência de prática de exercícios físicos; três ligações com os tipos de

medicamentos atual (que representa todas as perguntas com relação ao acompanhamento psiquiátrico), instituição de graduação, relação entre o humor deprimido ou estressado com a residência e a frequência de exercícios físicos.

A correlação entre o local da residência e o fator pressão no trabalho esteve em comum nos dois tratamentos estatísticos. Esse fato ficou evidenciado pelas entrevistas, em especial por algumas falas que ilustram como as relações na residência de Juiz de Fora tiveram uma maior tendência à verticalização, com cobranças e sem retornos para as residentes. Outro fator evidenciado pela análise qualitativa é a relação das residentes com a mudança para a gestão da EBSERH, a forma como a residência se insere em um contexto de adaptação do modelo de gestão tem causado desgastes para os residentes e indefinição quanto ao referencial de regras de conduta com incoerência.

Apesar da crise da residência nos Estados Unidos durante a década de 1980 ter denunciado a forma que o residente médico vivia esse estágio e como o programa de residência era responsável por causar estresse e desgaste entre os médicos (Ahmed, et al., 2014; Martins-Nogueira & Jorge, 1998), o modelo da residência multiprofissional segue o mesmo da medicina e importou os problemas apontados por Martins-Nogueira e Jorge (1998), como R2 orientando R1 no campo, pela sobrecarga dos preceptores do serviço, na presente pesquisa também pelo fato do preceptor contar com o residente como mão-de-obra do serviço e aliviar sua própria responsabilidade. Outros motivos para o problema da rotina sobrecarregada dos residentes são os campos que não têm preceptores e a responsabilidade é integral do residente para assumir o serviço.

A rotina dos residentes apontada por Sanches e colaboradores (2016) é de dois anos de programa de residência, com 60 horas semanais e atividades tanto práticas, concentradas nas manhãs, como teóricas, concentradas nas tardes, durante os cinco dias da semana e plantões

nos finais de semana. A prática segue focos distintos para os R1 e R2, e os residentes trocam de cenário durante todo o período de residência. Esta mesma realidade é observada nas residências do presente estudo no eixo do cotidiano. Além do regime, o eixo apresenta o peso que a prática tem durante a residência através da divisão de 80% de carga horária prática e 20% teórica, que fazem parte do contexto da aprendizagem em serviço, do expediente das residentes e marcado pela rotina de tarefas diárias, com as diferenças entre as profissões e os julgamentos de valor entre rotina tranquila, quando a residente já se sente adaptada ao regime e encontrou condições para se adaptar ou exaustiva, quando a residente reconhece as dificuldades da rotina estressante e sobrecarregada.

Esses fatores estressantes relacionados com a percepção de uma rotina exaustiva e sobrecarregada entre as residentes são similares aos fatores Martins-Nogueira e Jorge (1998) apresentam para o estresse entre os residentes médicos. No artigo *“The residency as a developmental process”*, Brent (1981) já apresentava para a residência médica, os problemas de desamparo, vulnerabilidade, insegurança e até mesmo o reconhecimento do limite profissional e a relação com os demais profissionais do hospital também foi encontrada na prática interdisciplinar nas residências multidisciplinares, para o autor esse é período de formação da identidade profissional dos residentes e marcado por dualidades internas em confronto com a realidade do serviço assistencial.

Martin-Nogueira e Jorge (1998) apresentam os fatores de estresse divididos de forma categórica entre o ato profissional, a relação com o ambiente e os fatores de personalidade, relacionando o estresse aos fatores intrínsecos ou extrínsecos ao residente. Seguindo uma categorização semelhante, os fatores de estresse da presente pesquisa relacionados à personalidade foram: as dificuldades de relação interpessoal com os colegas e a comunicação com os pacientes e a equipe; características pessoais que influenciavam na satisfação com a

residência; a ilusão pela residência, que consiste no conjunto de expectativas frustradas com relação à residência; e os medos; especificados pela insegurança inicial, devido ao medo do desconhecido; insegurança pessoal e na dúvida da própria capacidade de enfrentar o desconhecido; insegurança pela formação, questionamento sobre a preparação para o exercício da profissão, o medo do erro e das suas consequências para o usuário; e insegurança quanto à capacidade para ter acesso ao mercado de trabalho pós-residência.

Os fatores de estresse relacionados ao fazer profissional são: de desamparo na prática, tanto das preceptorias quanto da carga de conhecimento teórico-prático anterior à residência; a dificuldade de estabelecer e conhecer a prática interprofissional característica da residência multiprofissional; a responsabilização pelo serviço e o desenvolvimento da autonomia; a sobrecarga ligada à percepção de excesso de responsabilidade da residente ao assumir o serviço ou ao fato de serem a mão-de-obra barata do hospital, pois suas bolsas salário são pagas pelo MEC; a desmotivação com relação à profissão ao enfrentar o cotidiano da assistência em que a residência está inserida, ou relacionado a própria residência ao frustrar as expectativas e ter dificuldades de relação com a gestão; e enfrentar os acidentes de trabalho. A residência proporciona os fatores de estresse fora do controle das residentes: os problemas organizacionais de incoerência entre as regras do serviço e as da residência vivenciadas pelas residentes de Juiz de Fora; as questões de cobrança e avaliação, junto com a imposição sem negociação; o tempo ocioso e o subaproveitamento, principalmente dos plantões e no serviço durante o primeiro ano de residência; os problemas com a preceptoria ausente, por falta de contratação ou de treinamento; os casos relatados de assédio dos preceptores, que ocorreram nas duas residências; as dificuldades com a gestão, que transparece uma desorganização com relação ao residente e a estrutura geral do programa no caso da residência em Juiz de Fora; e as dificuldades de conseguir cumprir com as obrigações do programa ao mudar de cidade ou instituição para fazer a residência.

Sanches e colaboradores (2016) observam que a sobrecarga entre os residentes tem como possível explicação o fato de serem recém-formados e sem experiência profissional na área de saúde pública, confirmado pela presente pesquisa. A pressão devido a carga horária foi muito frequente na presente pesquisa e é consenso na literatura (Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira, 2012; Cahú, dos Santos, Pereira, Vieira, & Gomes, 2014; Moreira, Patrizzi, Accioly, Shimano, & Walsh, 2016; Sanches, et al., 2016) Outra característica apontada é o período de transição entre o aluno-profissional e a insegurança inicial natural do processo que as residentes trouxeram em suas entrevistas. A autonomia que não foi desenvolvida durante a graduação, devido ao acompanhamento intensivo dos professores e a responsabilização deles pelo fazer do graduando é motivo de estresse, uma vez que o preceptor, supervisor ou coordenador não repetem a mesma relação comum aos estágios durante a residência e responsabilizam o residente pelo seu serviço, porém, uma vez que o residente estabelece a autonomia, esta passa a ser fator satisfação com relação à residência. A falta de autonomia leva na prática, ao medo do erro, a responsabilização e as cobranças foram apontadas como relacionadas ao estresse e ao desgaste psíquico, o que colabora o achado da presente pesquisa em relação à pressão no trabalho devido à cobrança e dificuldade de lidar com a gestão entre as residentes de Juiz de Fora.

Os mesmos autores também afirmam que o residente tende a se isolar frente aos fatores de estresse vivenciados, por isso o valor do suporte social na percepção sobre a relação com os demais residentes, evidenciadas nas correlações com o *burnout* e na qualidade das relações interpessoais, apareceram agindo tanto como fator de estresse como de proteção. As consequências desse desgaste apresentadas por eles e por Martins-Nogueira e Jorge (1998) são os afastamentos, as licenças médicas, o desenvolvimento de doenças e as consequências para a saúde mental. A correlação entre o *burnout* e a capacidade para o trabalho apontada pelas duas análises estatísticas confirmam a literatura.

Os resultados presentes na análise qualitativa confirmam e complementam os achados das análises quantitativas e da literatura. As ligações entre a percepção dos residentes sobre as suas relações com os demais, a satisfação com a própria profissão e a relação dos sentimentos de estresse ou depressão com a residência e os fatores de qualidade de vida, de vulnerabilidade ao estresse no trabalho e de *burnout* também estão nos fatores que causam frustração, medo ou raiva nas residentes. As mudanças propostas pelas residentes, tanto nas suas graduações quanto nos programas RMS, são condizentes com os fatores apresentados por elas como responsáveis pelas suas frustrações, inseguranças e raivas na residência. Destaca-se o papel relevante da formação para a percepção da autonomia das residentes e como o maior conhecimento sobre a prática com o oferecimento de estágios, sobre a saúde pública e o mercado de trabalho e a interprofissionalidade estão relacionados como mudanças necessárias à graduação. Os problemas da residência que necessitam modificar na visão das residentes são a carga horária que está inadequada e montada para uma equipe médica, que não condiz com todas as profissões da RMS, por consequência, o ajuste dos plantões ociosos que são feitos exclusivamente para cumprir carga horária e colaboram com o sentimento de subaproveitamento e sobrecarga. A estrutura das aulas e da parte teórica, comparada com a prática na residência também foi questionada e foi apontado a necessidade de adequação para o nível de pós-graduação e para a realidade vivida na residência. Além disso, as questões organizacionais, tanto de estrutura dos programas, como as gestões e as diferenças injustificáveis entre as profissões também são mudanças necessárias. A necessidade de mudanças das diferenças entre as profissões vem ao encontro da correlação encontrada pela análise multivariada entre o *burnout* e as especialidades das residências, uma vez que as residentes de profissões diferentes dentro do mesmo programa encontram realidades distintas, justifica o fato de residentes de terapia ocupacional terem maior *burnout*, enquanto as residentes fonoaudiologia e nutrição tem índices mais baixos.

Os problemas enfrentados com relação a assistência e a infraestrutura são uma denúncia da própria precarização da saúde pública, fato que as residentes vão enfrentar como profissionais da saúde e faz parte da desmotivação pela profissão. Neste fato está ligado a falta de contratação de profissionais do serviço que servirão como preceptores, a sobrecarga dos que estão presentes na residência e como o residente tem uma renda maior que os profissionais, fator relacionado como satisfação em relação ao programa de residência, com isso, tem o pessimismo em relação ao futuro no mercado de trabalho estampado no profissional preceptor. As confusões sobre o papel dos preceptores, supervisores, tutores e coordenadores como Botti e Rego (2008) apresentam para as residências médicas também foram confirmadas entre as residentes.

Por fim, as residentes apresentaram como fator de satisfação e proteção o trabalho em equipe interdisciplinar, de forma que aprender o trabalho interprofissional e o compartilhamento de responsabilidade diminuem a sobrecarga da prática e promovem a humanização da assistência em saúde, principalmente ao reconhecer os limites da sua profissão e conseguir transferir ao colega a competência que é dele. Isso justifica a necessidade de mudança apontada para a inclusão da medicina na residência multiprofissional em saúde, uma vez que uma equipe de saúde completa envolve todos os profissionais da assistência sem hierarquia dos saberes. Nessa vivência as residentes percebem a evolução pessoal, a autonomia, a realização profissional e compreendem que o reconhecimento dos pares, usuários e dos familiares é importante para a profissão.

VII. Conclusão

O objetivo geral da presente pesquisa era avaliar a relação entre as variáveis de estudo e tinha como hipótese que o burnout, a vulnerabilidade ao estresse, a qualidade de vida e a

capacidade para o trabalho estavam relacionados e já estariam presentes na população alvo. A hipótese da pesquisa foi confirmada em partes por ambas as análises. A análise bivariada confirmou a correlação entre a vulnerabilidade ao estresse no trabalho, o *burnout* e a qualidade de vida. A capacidade para o trabalho só correlacionou com o *burnout* e com a qualidade de vida, desta forma a vulnerabilidade ao estresse no trabalho não correlacionou com a capacidade para o trabalho. Para a análise multivariada o *burnout* correlacionou com a capacidade para o trabalho. A análise também mostrou que residências diferentes podem agir de forma a promover a pressão no trabalho das residentes ou não e que as diferentes profissões das RMS têm padrões diferentes de *burnout*. Os fatores de estresse das residências são com relação à prática, carga horária e relações interpessoais. Os fatores de proteção são o trabalho em equipe, a equipe multiprofissional, a humanização da prática, o reconhecimento, a realização pessoal e profissional e a autonomia. Os resultados do *burnout* e qualidade de vida são condizentes com a literatura, enquanto os de vulnerabilidade ao estresse estão abaixo do encontrado anteriormente. Não existem comparações para os níveis de capacidade de trabalho das residentes multiprofissionais.

O presente trabalho tem falhas ao avaliar o tempo de formação das residentes e as relações familiares como o número de filhos. Como o resultado da pesquisa apresentou diferenças entre as residências, a realidade descrita na presente pesquisa precisa ser testada em outras residências multiprofissionais no país. Além disso, nenhuma outra pesquisa foi encontrada avaliando tantas variáveis quanto as descritas e de forma quantitativa e qualitativa, o que dificulta a comparação com a literatura.

VIII. Referências

Abdalla-Filho, E., Chalub, M., & Telles, L. E. (2016). *Psiquiatria Forense de Taborda*. Porto Alegre: Artmed.

Ahmed, N., Devitt, K. S., Keshet, I., Spicer, J., Imrie, K., Feldman, L., . . . Rutka, J. (2014).

A Systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery.

Annals of Surgery, 259(6), 1041-1053.

Alexandre, E. M. (2013). *Residência multiprofissional em saúde: mobilizações, conflitos e controvérsias no processo de regulamentação*. Porto Alegre: (tese) UFRS - Pós-graduação práticas pedagógicas em serviço de saúde .

Alise, M. A., & Teddlie, C. (25 de Fevereiro de 2010). A continuation of the paradigm wars?

Prevalence rates os methodological approaches across the social/behavioral sciences.

Journal of Mixed Methods Research, 4(2), pp. 103-126.

Alves, E. F. (2010). Qualidade de vida no trabalho: indicadores e instrumentos de medidas.

Diálogos & Saberes, 6(1), 77-87.

<http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/34825>.

Alves, J. G., Tenório, M., Anjos, A. G., & Figueiroa, J. N. (2010). Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref.

Revista Brasileira de Educação Médica, 34(1), 91-96.

<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a11v34n1>.

Andolhe, R., Barbosa, R. L., Oliveira, E. M., Costa, A. L., & Padilha, K. G. (2015). Estresse, coping e burnout sa equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva: fatores

- associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49((Esp)), 58-64.
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0058.pdf>.
- Andrades Barrientos, L., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 480-486. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300018>.
- Ayala, E., & Carnero, A. M. (2013). Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru. *PloS one*, 8(1), 1-7 e54408. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054408>.
- Baasch, D. (2016). (*Tese*) *Preditores Epidemiológicos e Clínicos de Transtornos Mentais em Servidores Públicos do Estado de Santa Catarina*. Florianópolis: UFSC.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1^a ed.). (L. A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.) São Paulo: Edições 70.
- Barros, E. d. (2016). *Síndrome de burnout em enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
<http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/8710>.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. (P. A. Guareschi, Trad.) Petrópolis: Vozes.
- Benevides-Pereira, A. M. (2008). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (3^a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. (2015). Elaboração e validação do ISB - inventário para avaliação da síndrome de burnout. *Boletim de Psicologia*, 65(142), 59-71.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000100006&lng=pt&tlng=pt.

Berry, M. J., & Linoff, G. (1997). *Data Mining Techniques: For Marketing, Sales, and Costumer*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Borges, A. M., & Carlotto, M. S. (2004). Síndrome de Burnout e fatores de estresse em estudantes de um curso técnico de enfermagem. *Aletheia*(19), 45-56.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942004000100005&lng=pt.

Botti, S. H., & Rego, S. (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 363-373.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011.

Brasil. (2005). Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. *Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos*. . Brasília, Brasil.

Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., & Smith, J. A. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia* (3 ed.). (F. R. Elizalde, Trad.) Porto Alegre: Artmed.

Brent, D. A. (1981). The residency as a developmental process. *Journal of Medical Education*, 56, 417-422.

https://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1981/05000/the_residency_as_a_developmental_process.6.aspx.

Bublitz, S., Guido, L. d., Freitas, E. d., & Lopes, L. F. (2012). Estresse em estudantes de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(3), 530-538 <http://dx.doi.org/10.5902/217976923485>.

Cahú, R. A., dos Santos, A. C., Pereira, R. C., Vieira, C. J., & Gomes, S. A. (2014). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 76-83.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v10n2/v10n2a03.pdf>.

Carlotto, M. S., & Câmara, S. C. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *PSICO - PUCRS*, 39(2), 152-158.

Carlotto, M. S., Câmara, S. G., Otto, F., & Kauffmann, P. (2009). Síndrome de burnout e coping em estudantes de Psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(131), 167-178.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000200004&lng=pt&tlng=pt.

Cassell, E. J. (1999). Historical Perspective of Medical Residency Training: 50 Years of Changes. *Journal of American Medical Association*, 281(13), 1231.

doi:doi:10.1001/jama.281.13.1231-JMS0407-6-1

Castro, M. M., Hökerberg, Y. H., & Passos, S. R. (2013). Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), pp. 1357-1369.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700010>.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65. Acesso em 2016 de outubro de 01, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04>

CFESS. (2005). Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional . Brasília.

- CFP. (2018). A Psicologia brasileira apresentada em números. Brasília.
- Chazan, A. C., Campos, M. R., & Portugal, F. B. (2015). Qualidade de vida de estudantes de medicina da UERJ por meio do Whoqol-bref: uma abordagem multivariada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 547-556. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05182014>.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), pp. 143-150. http://www.absh.org.br/00.php?nPag=11_005.
- Collins, K. M., Onwuegbuzie, A. J., & Jiao, Q. G. (Julho de 2007). A mixed methods investigation of mixed methods sampling designs in social and health science research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), pp. 267-294.
- Constituição. (5 de Outubro de 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Fonte: Presidência da República:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
- Costa, L. S., & Santos, M. (jun de 2013). Fatores psicossociais de risco no trabalho: Lições aprendidas e novos caminhos. *International Journal of Working Conditions*, 5, 39-58.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2013). *Pesquisa de Métodos Mistos* (2^a ed.). (M. F. Lopes, Trad.) Porto Alegre: SAGE.
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). *Best practices for mixed methods research in the health sciences*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

- Dallegrave, D., & Ceccim, R. B. (2013). Residências em saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface(Botucatu)*, 17(47), 759-776. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000030>.
- De Marco, P. F., Cítero, V. d., Moraes, E., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 178-183.
- Decreto n. 3.048. (1999). *Decreto n. 3.048, de 06 de maio*. Brasília.
- Deslandes, S. F., & Assis, S. G. (2008). Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: O Diálogo das Diferenças. Em M. C. Minayo, & S. F. Deslandes, *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método* (pp. 195-224). Rio de Janeiro: FioCruz.
- Diehl, L., & Carlotto, M. S. (2015). Síndrome de Burnout: indicadores para a construção de um diagnóstico. *Psicologia Clínica*, 27(2), 161-179. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Duran, E. C., & Cocco, M. I. (2004). Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(1), 43-49. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100007>.
- Dures, E., Rumsey, N., Morris, M., & Gleeson, K. (March de 2011). Mixed methods in health psychology: theoretical and practical considerations of the third paradigm. *Journal of Health Psychology*, 8(2), pp. 332-341.

- Engel, G. L. (8 de Abril de 1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp. 129-136.
- Figaro, R. (2014). A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. *Revista Fronteiras*, 16(2), 124-131.
- FioCruz/Cofen. (2013). Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.
- Fleck, M. P. (1998). WHOQOL-BREF.
- Fletcher, K., Underwood, W., Davis, S. Q., Magrulkar, R. S., McMahon, L. F., & Saint, S. (7 de September de 2005). Effects of work hour reduction on residents' Lives: A systematic review. *Journal of American Medical Association*, 294(9), pp. 1088-1100. Acesso em 2016 de novembro de 02, disponível em <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/201482>
- Flick, U. (2016). Mantras and Myths: The Disenchantment os Mixed-Methods Research and Revisiting Traingulation as a Perspective. *Qualitative Inquiry*, 1-12.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., & Dunkel-Schetter, C. (1986). Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1103.
- França, F. M., & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enfermagem*, 743-748. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/15.pdf>.
- França, S. P., Martino, M. M., Vasconcelos, E. M., & Silva, L. L. (2016). Diferentes metodologias e ferramentas de avaliação em saúde da síndrome de burnout. *Revista*

de Enfermagem UFPE Online, 3069-3076.

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9035>.

Franco, G. P., Barros, A. L., Nogueira-Martins, L. A., & Zeitoun, S. S. (2011). Burnout em residentes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 12-18.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100002>.

Freudenberger, H. J. (January de 1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), pp. 159-165. [10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x).

Gelfand, D. V., Podnos, Y. D., Carmichael, J. C., Saltzman, D. J., Wilson, S. E., & Williams, R. A. (01 de September de 2004). Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Journal of American Medical Association*, 139(9), pp. 933-940. Acesso em 16 de novembro de 2016, disponível em <http://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/397284>

Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirâmide.

Gil-Monte, P. R. (2011). *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Gil-Monte, P. R., Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2010). Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” em professores. *Revista Saúde Pública*, 1(44), 140-147. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100015>.

Goitein, L., Shanafelt, T. D., Wipf, J. E., Slatore, C. G., & Back, A. L. (December de 26 de 2005). The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and

- education in an internal medicine residency program. *Journal of American Medical Association*, 165(22), pp. 2601-2606. Acesso em 2016 de Novembro de 16, disponível em <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/766826>
- Goulart, C. T., Silva, R. M., Bolzan, M. E., & Guido, L. d. (2012). Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 1(13), 178-186. Retirado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980020>.
- Guido, L. d., Goulart, C. T., Silva, R. M., Lopes, L. F., & Ferreira, E. M. (2012). Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 8.
- Han, J., Kamber, M., & Pei, J. (2001). *Data Mining: Concepts and Techniques* (1st ed.). Waltham: Elsevier.
- Heijde, C. M., Vonk, P., & Meijam, F. J. (2015). Selfregulation for the promotion of student health. Traffic lights: the development of a tailored web-based instrument providing immediate personalized feedback. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 3(1), 169-189.
- Hillesheim, E. F., Souza, L. M., Lautert, L., Paz, A. A., Catalan, V. M., Teixeira, M. G., & Mello, D. B. (2011). Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 509-515.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300011>.
- IHMC. (2004). CmapTools. Florida, EUA: Institute for Human & Machine Cognition.

Internacional Labour Organization. (2016). *Workplace stress: A collective challenge*.

Genebra: International Labour Organization.

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf.

Ivankova, N., & Kawamura, Y. (2010). Emerging trends in the utilization of integrated designs in the social, behavioral and health sciences. Em A. Tashakkori, & C. Teddlie, *SAGE Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2^a ed., pp. 581-611). Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington DC: SAGE.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (April de 2007). Toward a defenition of mixed methods research. *Journal of Mixed Method Research*, 1(2), pp. 112-133.

Kaur, H., & Wasan, K. (2006). Empirical Study on Applications of Data Mining Techniques in Healthcare. *Journal of Computer Science*, 2(2), pp. 194-200.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.108.8981&rep=rep1&type=pdf>.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 197-207. <http://dx.doi.org/10.1080/02678370500297720>.

Lautert, L. (1995). *O Desgaste Profissional do Enfermeiro*. Salamanca.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw - Hill.

- Lazarus, R. S. (19 de November de 1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), pp. 3-13. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0101_1.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress related transaction between person and environment. Em L. A. Dervin, & M. Lewis, *Perspectives in international psychology* (pp. 287-327). Springer.
- Lima, M. E. (2008). A polêmica em torno do nexo causal entre distúrbio mental e trabalho. *Psicologia em Revista*, 10(14), 82-91. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewArticle/184>.
- Lino, M. M. (2004). *Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidades de terapia intensiva. Tese [Doutorado]*. São Paulo: USP.
- Lipp, M. E. (2003). O modelo quadrifásico do stress. Em M. E. Lipp, *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas*. (pp. 17-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. (2010). Saúde e Qualidade de Vida de Médicos Residentes. *Revista Associação Médica Brasileira*, pp. 81-91.
- Luz, M. T. (2006). Saúde. Em E. P. Venâncio, *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 231-234). Rio de Janeiro: EPSJV.
- Martinez, M. C., Latorre, M. d., & Fischer, F. M. (2009). Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Revista Saúde Pública*, 43(3), 525-532.

Martins-Nogueira, L. A., & Jorge, M. R. (1998). Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 44(1), 28-34.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100006&lng=en&nrm=iso&tlang=pt.

Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health*, 607-611. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22804502>.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Of Psychology*, 52(1), 397-422.

<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.

Matos, I. B., Toassi, R. F., & Oliveira, M. C. (2013). Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digital*, 13(2), 239-244. <http://atheneadigital.net/article/viewFile/v13-n2-matos-cerotti-deoliveira/1119-pdf-pt>.

Medeiros, A. J., & Nóbrega, M. d. (2013). O estresse entre os profissionais de enfermagem nas unidades de atendimento de urgência e emergência: Uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 3(3), 53-57.

<http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/2499/1942>.

Meneghini, F., Paz, A. A., & Lautert, L. (2011). Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20(2), 225-233.

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a02v20n2.pdf>.

- Minayo, M. C. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. http://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35428.PDF.
- Minayo, M. C., & Minayo-Gómez, C. (2003). Difíceis e Possíveis Relações entre os Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. Em P. Goldenberg, R. M. Marsiglia, & M. H. Gomes, *O Clássico e o Novo: Tendências, objetivos e abordagens em ciências sociais e saúde* (pp. 117-142). Rio de Janeiro: FioCruz.
- Ministério da Saúde. (1986). Relatório Final. *8ª Conferência Nacional de Saúde*, (p. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf). Brasília.
- Ministério da Saúde. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios* (Série B. Textos Básicos de Saúde ed.). Brasília, Brasil: Autor.
- Ministério da Saúde. (2009). *Política nacional de educação permanente em saúde* (Série B. Textos Básicos de Saúde. ed.). Brasília, DF: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf
- Moreira, A. P., Patrizzi, L. J., Accioly, M. F., Shimano, S. G., & Walsh, I. A. (2016). Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 49(5), 393-402.
- Moreno, A. B., Faerstein, E., Werneck, G. L., Lopes, C. S., & Chor, D. (2006). Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no estudo pró-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2585-2597. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200009>.

- Mori, M. O., Valente, T. C., & Nascimento, L. F. (2012). Síndrome de Burnout e rendimento acadêmico em estudantes da primera a quarta série de graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, pp. 536-540.
- Morrison, C. A., Wyatt, M. M., & Carrick, M. M. (2009). Impact of the 80-Hour Work Week on Mortality and Morbidity in Trauma Patients: An Analysis of the National Trauma Data Bank. *Journal of Surgical Research*, 154, 157-162.
- NCH Swift Sound. (2015). Express Scribe 5.78. Greenwood Village, CO, USA: NCH Software, Inc.
- Neves, V. F., Oliveira, Á. d., & Alves, P. C. (2014). Síndrome de burnout: impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional. *Psico*, 45-54. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/12520/11440>.
- O'Cathain, A. (Janeiro de 2009). Mixed methods research in the health sciences: a quiet revolution. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(1), pp. 3-6.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *CID-10*. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças - CBCD). <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
- Paim, J. S. (2008). Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil. Em J. S. Paim, *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]* (pp. 291-322. Disponível em <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-14.pdf>). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

- Pasupuleti, S., Allen, R. I., Lambert, E. G., & Cluse-Tolar, T. (2009). The Impact of Work Stressors on the Life Satisfaction of Social Service Workers: A Preliminary Study. *Administration in Social Work, 33*(3), 319-339.
- Pereira, M. E., & Bueno, S. M. (1997). Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. *Rev.latino-am. Enfermagem, 5*(4), 75-83.
- Pondé, M. P., & Caroso, C. (2003). Lazer como fator de proteção da saúde mental. *Rev. Ciênc. Méd., 12*(2), 163-172.
- Portaria MS n. 1.339/GM. (1999). *Portaria do Ministério da Saúde n. 1.339/GM, de 18 de novembro*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Portaria nº 1077. (2009). *Portaria Interministerial/MEC/MS nº 1077 de 12 de novembro de 2009*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico* (2^a ed.). Novo Hamburgo: Feevale.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (Dezembro de 2013). *O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro (Português)*. Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil:
<http://www.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh1/o-idh-brasileiro0.html>
- Rabacow, F. M. (2008). *Habitos de lazer e índice de capacidade para o trabalho em funcionários de uma empresa de produção de energia*. Florianópolis: UFSC.
- Reatto, D., & de Almeida Araújo, D. C. (2016). Reatto, D., & de Almeida Araújo, D. C. C. (2016). Estresse ocupacional: estudo multifuncional com profissionais da saúde de um

hospital de Araçatuba (SP). *Archives of Health Investigation*, 5(3), 165-171.

<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i3.1328>.

Resolução nº 287. (1998). Resolução nº 287 de 08 de Outubro de 1998. Brasil.

Rios, K. A., Barbosa, D. A., & Belasco, A. G. (2010). Evaluation of Quality of Life and Depression in Nursing Technicians and Nursing Assistants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 413-420. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/17.pdf>.

Rodriguez, S. Y., & Carlotto, M. S. (2014). Prevalência e fatores associados à síndrome de burnout em psicólogos. *Ciência e Trabalho*, 16(51), 170-176.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300008>.

Sampaio, J. d. (2013). A Psicologia do Trabalho em Três Faces. Em I. B. Goulart, & J. d. Sampaio, *Psicologia do Trabalho e Gestão de Recursos Humanos: Estudos Contemporâneos* (2^a ed., pp. 19-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sanches, V. S., Ferreira, P. d., Veronez, A. V., Koch, R., Souza, A. S., Cheade, M. d., & Christofeletti, G. (2016). Burnout e qualidade de vida em uma residência multiprofissional: Um estudo longitudinal de dois anos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(3), 430-436. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01022015>.

Santos, J. L., Vieira, M., Assuiti, L. F., Gomes, D., Meirelles, B. H., & Santos, S. M. (jun de 2012). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2(33), 205-212. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/28.pdf>.

- Sarquis, L. M., & Felli, V. E. (2009). Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 701-704.
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/08.pdf>.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
<http://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406>.
- Schenarts, P. J., Schenarts, K. D., & Rotondo, M. F. (2006). Myths and realities of the 80-hour work week. *Current Surgery*, 63(4), 269-274.
- Selye, H. (February de 1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6(2), pp. 118-230.
<http://dx.doi.org/10.1210/jcem-6-2-117>.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: Mc GrawHill.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Lippincott: Body, Mind Spirit.
- Selye, H. (23 de October de 1976). The Stress Concept. *Canadian Medical Association Journal*, 115(8), 718. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20312787>.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de Pesquisa em Psicologia* (9^a ed.). (R. C. Costa, Trad.) Porto Alegre: AMGH.
- Silva Júnior, S. H., Vasconcelos, A. G., Griep, R. H., & Rotenberg, L. (2011). Validade e confiabilidade do índice de capacidade para o trabalho (ICT) em trabalhadores de enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6), 1077-1087.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600005>.

- Silva, R. P., Barbosa, S. d., Silva, S. S., & Patrício, D. F. (2015). Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(1), 130-145. <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/890/928>.
- Silveira, S. L., Câmara, S. G., & Amazarray, M. R. (2014). Preditores da síndrome de burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Caderno de Saúde Coletiva*, 22(4), 386-392.
https://www.researchgate.net/profile/Stelyus_Silveira/publication/274391332_Burnout_predictors_in_health_professionals_of_primary_care_of_Porto_AlegreRS_Brazil/links/55eb5fd708ae3e1218469e49.pdf.
- Sisto, F. F., Baptista, M. N., Noronha, A. P., & Santos, A. A. (2007). Event - Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho. (1^a Edição).
- Sisto, F. F., Baptista, M. N., Santos, A. A., & Noronha, A. P. (Dezembro de 2008). Análise Fatorial da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT). *Psicología para América Latina*, 15, <http://psicolatina.org/15/analise.html>.
- Sousa, C. S., Souza, R. C., Saito, K. A., dos Santos, A. E., & de Oliveira, M. S. (2016). Perfil do ingressante na residência multiprofissional e em área de saúde de um hospital privado brasileiro. *Rev. iberoam. educ. investi. Enferm.*, 6(4), 26-32.
<http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/219/>.
- SPHINX Brasil Ltda. (2008). Sphinx v.5: software para coleta e análise de dados acadêmicos e gerenciais. Canoas, RS, Brasil: SPHINX Brasil.
- Stansfeld, S. (2002). Work, personality and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 181(2), 96-98. <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/181/2/96.full.pdf>.

- Tamayo, M. R. (2009). Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 474-482. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000300019>.
- Tarnowski, M., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de burnout em estudantes de psicologia. *Temas em Psicologia*, 15(2), 173-180.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2007000200004&lng=pt.
- Teixeira, C. A., Reisdorfer, E., & Gherardi-Donato, E. C. (Julho de 2014). Estresse ocupacional e coping: reflexão acerca dos conceitos e a prática de enfermagem hospitalar. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 8((supl. 1)), 2528-2532.
https://www.researchgate.net/profile/Edilaine_Gherardi-Donato/publication/264966798_ESTRESSE_OCUPACIONAL_E_COPING_REFLEXAO_ACERCA_DOS_CONCEITOS_E_A_PRATICA_DE_ENFERMAGEM_HOSPITALAR/links/53f773740cf2823e5bd79fcd.pdf?origin=publication_list.
- The WHOQOL Group. (November de 1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), pp. 1403-1409.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>.
- Tomar, D., & Agarwal, S. (2013). A survey on Data Mining approaches for Healthcare. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 5(5), 241-266.
<http://dx.doi.org/10.14257/ijbsbt.2013.5.5.25>.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 5, 223-233.

- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajärinne, L., & Tulkki, A. (2005). *Índice de capacidade para o trabalho*. São Carlos: EdUFSCar.
- Vasconcellos, E. G. (2000). O Modelo Psicoendocrinológico de Stress. Em L. Seger, *Psicologia & Odontologia: Uma Abordagem Integradora* (4 ed. rev. amp. ed., pp. 137-159). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Woods, S. E., Zabat, E., Talen, M. R., Bishop, S., & Stephens, L. (2008). Residents' perspective on the impact of the 80-Hour workweek policy. *Teaching and Learning in Medicine*, 20(2), 131-135.
- World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options*. Geneva: World Health Organization.
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- Yoo, I., Alafaireet, P., Marinov, M., Pena-Hernandez, K., Gopidi, R., Chang, J.-F., & Hua, L. (August de 2012). Data Mining in Healthcare and Biomedicine: A Survey. *Journal of Medical System*, 36(4), pp. 2431-2448.

IX.Anexos

ANEXO I – EVENT

Nº de identificação do questionário: _____

Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT)

Fermino F. Sisto; Makilim N. Baptista; Ana Paula P. Noronha & Acácia A. A. Santos

Encontram-se abaixo relacionadas 40 situações de trabalho. Assinale dentre as alternativas propostas, quanto cada uma delas o **incomoda**. No caso de uma determinada situação não se aplicar ao seu ambiente de trabalho, assinale a alternativa *never* como a opção de resposta. Não existem respostas certas ou erradas.

① Nunca	② Às vezes	③ Freqüentemente
---------	------------	------------------

1. Acúmulo de funções	①	②	③
2. Acúmulo de trabalho	①	②	③
3. Ambiente físico inadequado	①	②	③
4. Ter autoridade rejeitada pelos iguais ou superiores	①	②	③
5. Chefes despreparados	①	②	③
6. Dificuldades pessoais com o chefe	①	②	③
7. Dobrar jornadas	①	②	③
8. Doença ou acidente pessoal	①	②	③
9. Equipamento precário	①	②	③
10. Problemas com a iluminação do ambiente	①	②	③
11. Expectativa excessiva da chefia	①	②	③
12. Faço trabalhos que não pertencem à minha função	①	②	③
13. Falta de oportunidades de progresso no meu trabalho	①	②	③
14. Falta de perspectiva profissional	①	②	③
15. Falta de plano de cargos e salários	①	②	③
16. Falta de solidariedade	①	②	③
17. Fazer o trabalho do outro	①	②	③
18. Função pouco conhecida	①	②	③
19. Impossibilidade de dialogar com a chefia	①	②	③

20. Licença de saúde recorrente dos colegas	①	②	③
21. Mudança nas horas de trabalho	①	②	③
22. Mudança no status financeiro	①	②	③
23. Mudanças de chefias	①	②	③
24. Muita responsabilidade no trabalho diário	①	②	③
25. Não saber como sou avaliado	①	②	③
26. Não saber quem manda realmente no meu trabalho	①	②	③
27. Não ser valorizado	①	②	③
28. Necessidade de ajudar colegas para fazer o serviço deles	①	②	③
29. Novas obrigações	①	②	③
30. O meu erro afeta o trabalho dos outros	①	②	③
31. Perspectivas de ascensão vinculadas à idéia de transferência	①	②	③
32. Pouca cooperação da equipe para trabalhos que deveriam ser feitos em conjunto	①	②	③
33. Prazos para realização de trabalhos	①	②	③
34. Ritmo acelerado de trabalho	①	②	③
35. Responsabilidade excessiva	①	②	③
36. Salário inadequado para a função	①	②	③
37. Salários atrasados	①	②	③
38. Ter mais obrigações que os demais colegas	①	②	③
39. Tenho que atender a muitas pessoas de uma só vez	①	②	③
40. Tom autoritário de meus superiores	①	②	③

ANEXO II – CESQT, ICT e WHOQOL-BREF

Nº de identificação do questionário: _____

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)

Pense com que frequência lhe ocorrem às ideias abaixo, tendo em conta a escala de 0 a 4. Para responder, faça um X na alternativa (número) que mais se ajusta à sua situação:

0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Diariamente	
1) O meu trabalho representa, para mim, um desafio estimulante.	0	1	2	3	4
2) Não me agrada atender algumas pessoas em meu trabalho.	0	1	2	3	4
3) Acho que muitas pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho são insuportáveis.	0	1	2	3	4
4) Preocupa-me a forma como tratei algumas pessoas no trabalho.	0	1	2	3	4
5) Vejo o meu trabalho como uma fonte de realização pessoal.	0	1	2	3	4
6) Acho que as pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho são desagradáveis.	0	1	2	3	4
7) Penso que trato com indiferença algumas pessoas com as quais tenho de lidar em meu trabalho.	0	1	2	3	4
8) Penso que estou saturado/a pelo meu trabalho.	0	1	2	3	4
9) Sinto-me culpado/a por algumas das minhas atitudes no trabalho.	0	1	2	3	4
10) Penso que o meu trabalho me dá coisas positivas.	0	1	2	3	4
11) Arecio ser irônico/a com algumas pessoas em meu trabalho.	0	1	2	3	4
12) Sinto-me pressionado/a pelo trabalho.	0	1	2	3	4
13) Tenho remorsos por alguns dos meus comportamentos no trabalho.	0	1	2	3	4
14) Rotulo ou classifico as pessoas com quem me relaciono no trabalho segundo o seu comportamento.	0	1	2	3	4
15) O meu trabalho é gratificante.	0	1	2	3	4
16) Penso que deveria pedir desculpas a alguém pelo meu comportamento no trabalho.	0	1	2	3	4
17) Sinto-me cansado/a fisicamente no trabalho.	0	1	2	3	4
18) Sinto-me desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
19) Sinto-me realizado com meu trabalho.	0	1	2	3	4
20) Sinto-me mal por algumas coisas que disse no trabalho.	0	1	2	3	4

Índice de Capacidade para o Trabalho

Por favor, nesse questionário, dê sua opinião a respeito de sua capacidade para o trabalho, bem como os fatores que a afetam.

1- Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria a sua capacidade de trabalho atual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Estou
incapaz
para o
trabalho

Estou em
minha melhor
capacidade
para o
trabalho

2- Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa

3- Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa

4- Na sua opinião, quais das lesões por acidente ou doenças citadas abaixo você possui ATUALMENTE. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

Caso não tenha nenhuma doença, deixa em branco a questões e todos os seus subitens.

	Minha Opinião	Diagnósti co Médico
• Lesões nas costas.		
• Lesões nos braços/mãos		
• Lesões nas pernas/pés		
• Lesões em outras partes do corpo. Onde? _____ Que tipo de lesão? _____		
• Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.		
• Doença da parte inferior das costas com dores frequentes.		
• Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática).		
• Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.		

• Artrite reumatoide.		
• Outra doença músculo esquelética. Qual?		
• Hipertensão arterial (pressão alta).		
• Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris).		
• Infarto do miocárdio, trombose coronariana.		
• Insuficiência cardíaca.		
• Outra doença cardiovascular. Qual?		
• Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).		
• Bronquite crônica.		
• Sinusite crônica.		
• Asma.		
• Enfisema.		
• Tuberculose pulmonar.		
• Outra doença respiratória. Qual?		
• Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa).		
• Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia).		
• Problema ou diminuição da audição.		
• Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau).		
• Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia).		
• Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual?		
• Pedras ou doença da vesícula biliar.		
• Doença do pâncreas ou do fígado.		
• Úlcera gástrica ou duodenal.		
• Gastrite ou irritação duodenal.		
• Colite ou irritação duodenal.		
• Outra doença digestiva. Qual?		
• Infecção das vias urinárias.		
• Diarreia.		
• Constipação.		
• Gazes.		

• Doenças dos rins.		
• Doenças nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata).		
• Outra doença genitourinária. Qual?		
• Alergia, eczema.		
• Outra erupção. Qual?		
• Outra doença da pele. Qual?		
• Tumor benigno.		
• Tumor maligno (Câncer). Onde?		
• Obesidade.		
• Diabetes.		
• Varizes.		
• Colesterol alto.		
• Bócio ou outra doença da tireoide.		
• Outra doença endócrina ou metabólica. Qual?		
• Anemia.		
• Outra doença do sangue. Qual?		
• Defeito de nascimento. Qual?		
• Outro problema ou doença. Qual?		

4.a – Não tenho nenhum dos problemas de saúde listados acima.

5- Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta).

- 1 – Na minha opinião, **estou totalmente incapacitado** para trabalhar.
- 2 – Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.
- 3 – **Frequentemente** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
- 4 – **Algumas vezes** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.
- 5 – Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.
- 6 – Não há impedimento / Eu não tenho doenças.

6- Quantos DIAS INTEIROS você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

1	2	3	4	5
De 100 a 365 dias	De 25 a 99 dias	De 10 a 24 dias	Até 9 dias	Nenhum

7- Considerando sua saúde, você acha que será capaz de DAQUI A 2 ANOS fazer seu trabalho atual?

1	4	7
---	---	---

É improvável	Não estou muito certo	Bastante provável
--------------	-----------------------	-------------------

8- Você tem conseguindo apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

9- Você tem sentido ativo e alerta?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

10- Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Continuamente

WHOQOL-BREF

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão

poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

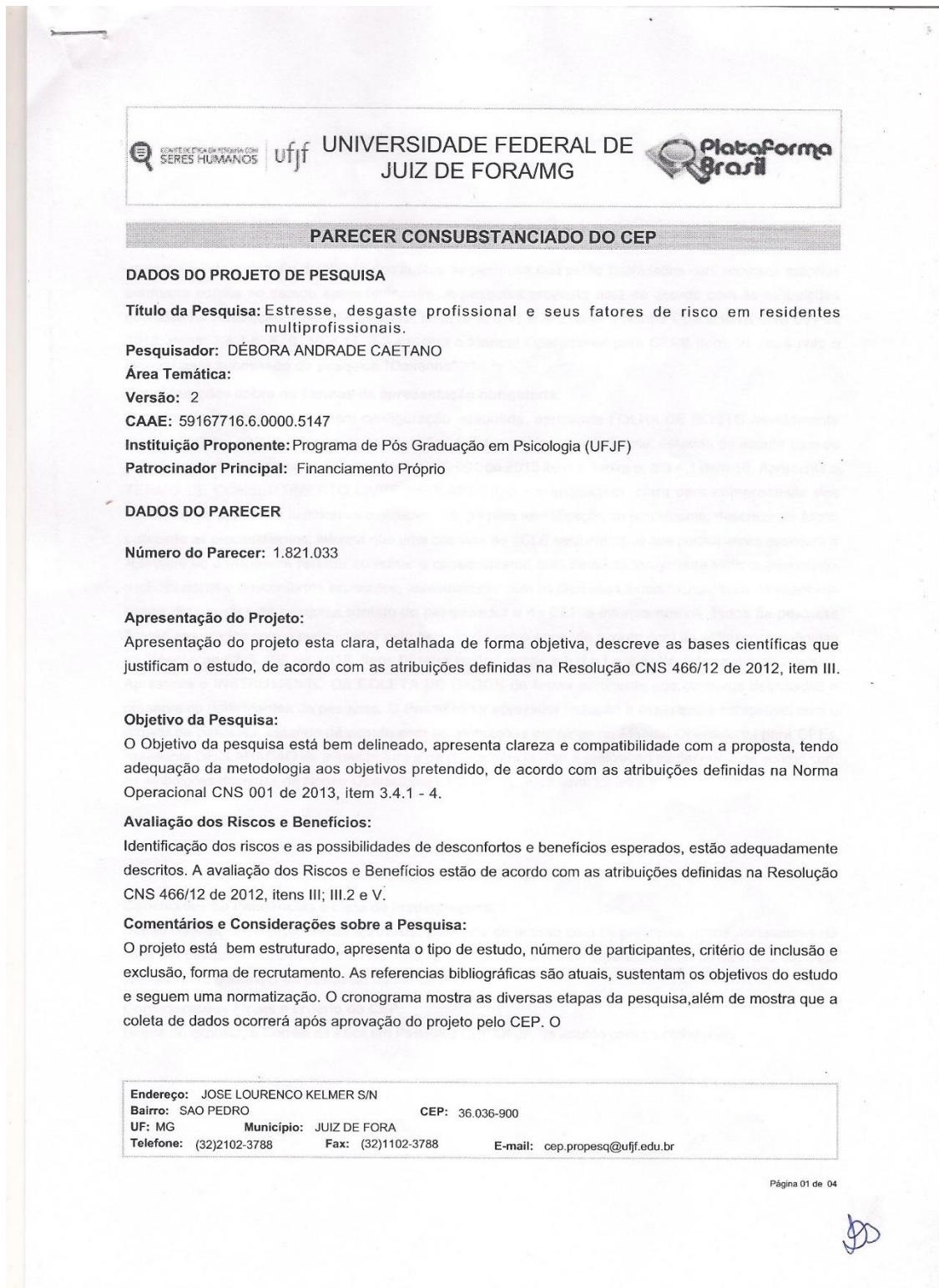
		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA





ufjf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG

Continuação do Parecer: 1.821.033

orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c; e com o Manual para submissão de pesquisa "Desenho".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, resarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

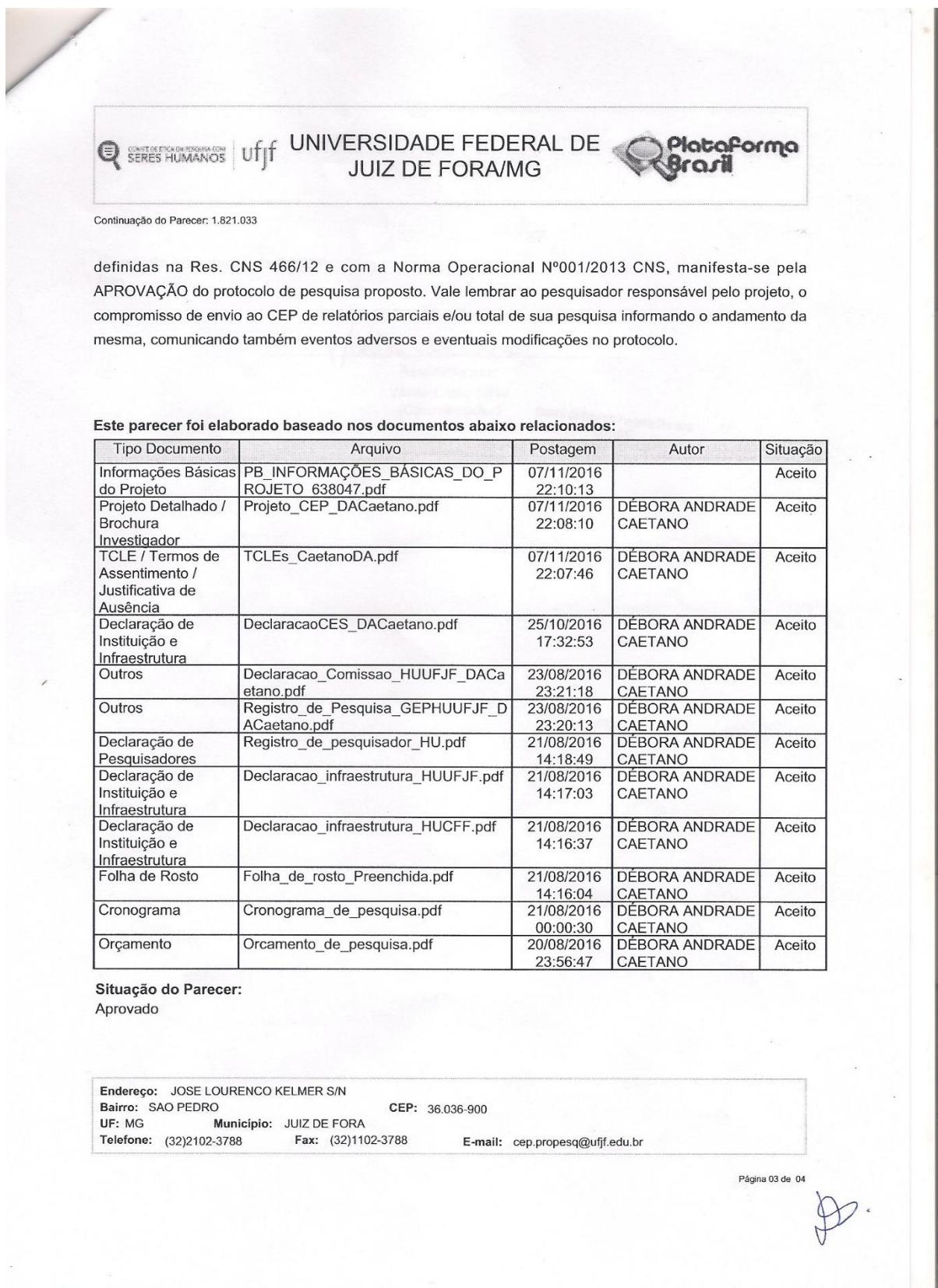
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Junho de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

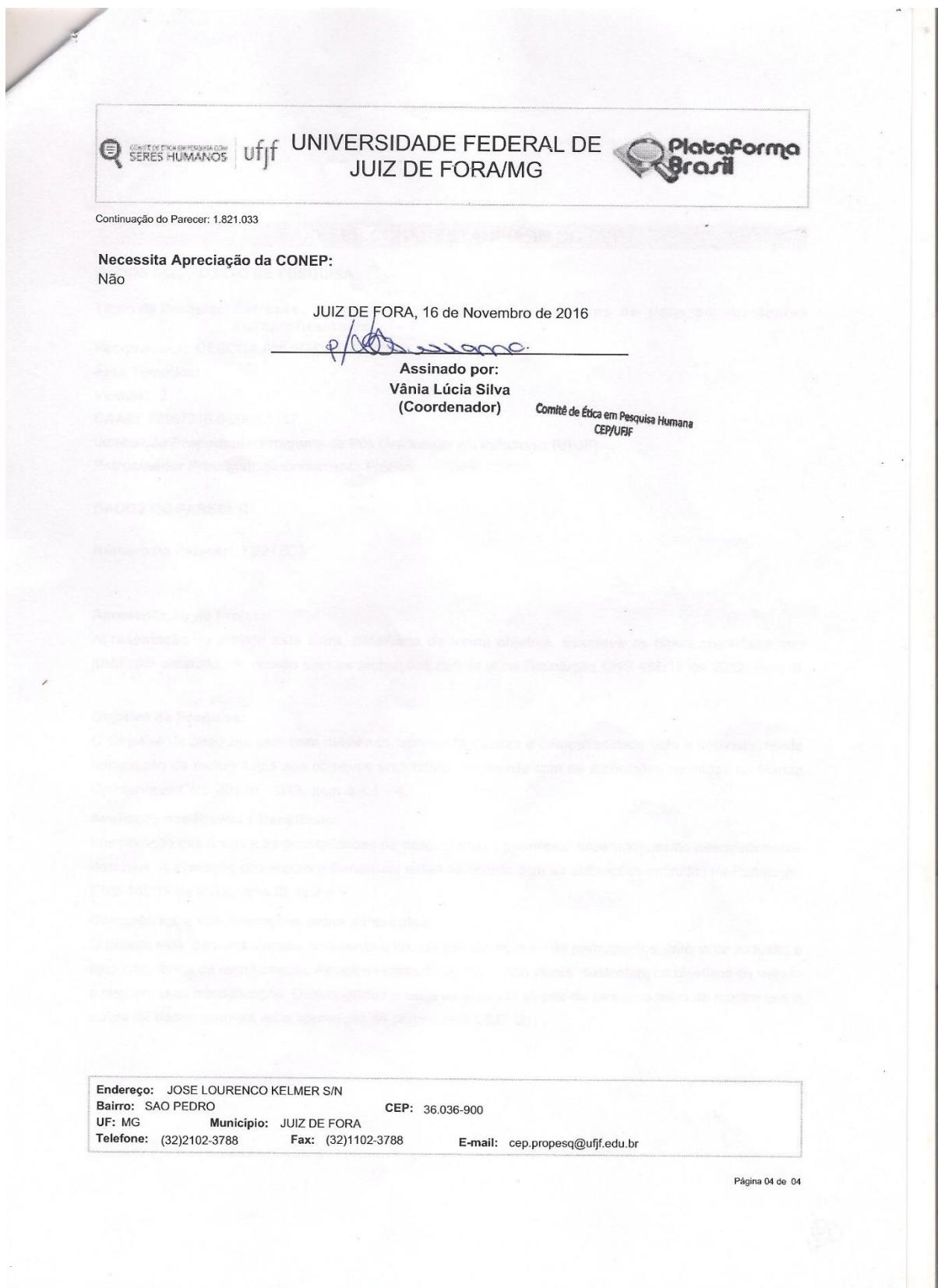
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N **CEP:** 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO **UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesa@ufif.edu.br

Página 03 de 04



Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N **CEP:** 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO **UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesa@ufjf.edu.br

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO CLÍNICO

Nº de identificação do questionário: _____

Data de aplicação: ____/____/____

Questionário Sociodemográfico Clínico

Os dados abaixo são objetivos, serão mantidos em sigilo e não é necessária a identificação. Por favor, responda da melhor forma que puder.

1. Data de nascimento: ____/____/____ **2. Tempo de residência:** _____ meses

3. Sexo: F M

4. Estado 1. Solteiro(a) 4. Divorciado(a)/separado(a) **civil:**

2. Casado(a) 5. Viúvo(a)

3. União Estável 6. Outro

5. Residência: 1. Com familiares 2. Sozinho 3. Com amigos 4. Outro: _____ 5. Cônjuge

6. Religião: 1. Católica 2. Espírita 3. Evangélica

4. Testemunha de Jeová 5. Umbanda 6. Judaísmo

7. Ateu/ateia 8. Nenhuma 9. Outra: _____

7. Especialidade:

1. Educação Física 2. Enfermagem 4. Farmácia 5. Fisioterapia

6. Nutrição 7. Odontologia 8. Psicologia 9. Serviço Social

10. Análises Clínicas 11. T. Ocupacional 12. Fonoaudiologia

8. Instituição da graduação: 1. Pública: _____ 2. Privada: _____ 3. Mesma instituição

9. Local de graduação: 1. Mesma cidade da residência 2. Cidade diferente da residência

As perguntas a seguir são sobre seu estado de saúde em geral e hábitos de vida. Por favor, tente se lembrar de seu histórico.

10. Faz parte de algum grupo de intervenção em estresse, técnica de relaxamento ou de meditação?

1. Não 2. Sim

11. Já fez psicoterapia?

1. Não 2. Sim, se a resposta for afirmativa: **11.1. Faz psicoterapia no momento?** 1. Não 2. Sim
3. Não aplicável

12. Faz acompanhamento psiquiátrico no momento?

1. Não 2. Sim

13. Faz uso de algum medicamento psicotrópico no momento?

1. Não

2. Sim: **13.1. Qual?** 1. Antidepressivo 2. Ansiolítico 3. Outros 4. Não pertinente 5. Mais de um

14. Já fez uso de algum psicotrópico?

1. Não

2. Sim: **14.1. Qual?** 1. Antidepressivo 2. Ansiolítico 3. Outros 4. Não pertinente 5. Mais de um

15. Já fez acompanhamento psiquiátrico?

1. Não 2. Sim

Nº de identificação do questionário: _____

16. Faz uso de álcool?

1. Não

2. Sim: **16.1. Com que frequência?**

1. Uma vez na semana ou menos

2. De uma a duas vezes na semana

3. De duas a três vezes na semana

4. De três a quatro vezes na semana

5. Quatro vezes ou mais na semana

6. Todos os dias 7. Não consta

17. Faz uso de cigarro ou outras drogas?

1. Não

2. Sim: **17.1. Qual?** 1. Cigarro 2. Outras: _____ 3. Não consta

17.2. Com que frequência?

1. Uma vez na semana ou menos

2. De uma a duas vezes na semana

3. De duas a três vezes na semana

4. De três a quatro vezes na semana

5. Quatro vezes ou mais na semana

6. Todos os dias 7. Não consta

18. Quantas horas diárias de sono você dispõe em média?

1. 5h ou menos 2. Entre 5h e 6h 3. Entre 6h e 7h 4. Entre 7h e 8h 5. 8h ou mais

19. São suficientes para se sentir descansado(a)? 1. Não 2. Sim**20. Consegue se alimentar bem:** 1. Não 2. Sim

21. Quantas horas de lazer você possui em média em uma semana?

1. 5h ou menos 2. Entre 5h e 6h 3. Entre 6h e 7h 4. Entre 7h e 8h 5. Entre 8h e 9h 6. Entre 10h e 11h
 7. Entre 11h e 12h 8. Entre 12h e 13h 9. Entre 13h e 14h 10. Entre 14h e 15h 11. mais de 15h

22. Na resposta anterior você considerou todo o seu tempo além das atividades do programa de residência?

1. Não 2. Sim: **Quantas dessas horas você pratica alguma atividade dedicada exclusivamente ao seu prazer pessoal?**

1. 5h ou menos 2. Entre 5h e 6h 3. Entre 6h e 7h 4. Entre 7h e 8h 5. mais de 8h

23. Pratica atividade física?

1. Não

2. Sim: 23.1. Com que frequência?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Uma vez na semana ou menos | <input type="checkbox"/> 2. De uma a duas vezes na semana |
| <input type="checkbox"/> 3. De duas a três vezes na semana | <input type="checkbox"/> 4. De três a quatro vezes na semana |
| <input type="checkbox"/> 5. Quatro vezes ou mais na semana | <input type="checkbox"/> 6. Todos os dias 7. Não consta |

24. Como você considera suas relações com demais residentes envolvidos no programa de residência?

1. Ótima 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Péssima

25. Por favor, registre seu grau de satisfação atual com a escolha da profissão:

1. Muito satisfeito 2. Satisfeito 3. Indiferente 4. Insatisfeito 5. Muito insatisfeito

26. Quando se sente estressado ou deprimido acredita que estes sintomas possam estar associados à residência?

1. Sempre 2. Frequentemente 3. Às vezes 4. Raramente 5. Nunca

APÊNDICE II – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista Semiestruturada

Ao iniciar esta etapa, acione o gravador e pronuncie em voz alta a data, hora e local da entrevista, após inicie as perguntas.

- 1- Como você considera que a sua graduação te preparou para enfrentar os desafios que você vive na residência e o que você mudaria na sua graduação?**

- 2- Conte me como é o cotidiano da residência que você viveu até hoje. (Explorar: Como é a relação com os demais residentes fora do hospital universitário. E como é a relação fora da residência? Vocês trocam informações sobre o trabalho fora do horário da residência? Vocês fazem parte de redes sociais, grupos e outras formas de contato virtual? Como são as trocas nesses grupos? Você passou por mudanças de setor? Como foram essas mudanças para você? Quais são as principais diferenças entre setores?)**

- 3- Se você pudesse mudar algo na sua residência, o que você mudaria?**

- 4- Com que frequência você se sente frustrado, com raiva ou com medo em relação a algo na residência? Quais são as principais situações que te deixam assim?**

- 5- O que te deixa feliz com relação à residência?**

Ao pesquisador: Anote pontos importantes sobre a entrevista, como as condições e reações do aluno.

APÊNDICE III E IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE III

Versão I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**ESTRESSE, DESGASTE PROFISSIONAL E SEUS FATORES DE RISCO EM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS**”. Nesta pesquisa pretendemos identificar a presença de estresse e desgaste profissional em residentes multiprofissionais em saúde, as possíveis correlações entre o estresse e desgaste profissional e levantar os principais fatores que desencadeiam esses processos. O motivo que nos leva a estudar estresse e desgaste profissional é o dano potencial que estes acometimentos podem causar à saúde mental e física dos profissionais de saúde ao longo de sua carreira e as consequências pessoais para o futuro profissional e para os serviços de saúde pública prestados por esses profissionais no atendimento à população.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: entrevista pessoal com a aplicação de quatro questionários, o Questionário para a Avaliação do Burnout (CESQT), para identificar a presença de desgaste profissional, a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) para avaliar o nível de estresse, o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) para avaliar a percepção de capacidade para o Trabalho, o questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF, na sua versão validada em português, entrevista sociodemográfica e semiestruturada com avaliação da percepção pessoal das demandas e relações cotidianas do período de residência. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e qualquer caso que apresente complicações psicológica avaliada durante a aplicação dos testes ou espontaneamente, será encaminhado ao serviço de atendimento psicológico local. A pesquisa contribuirá para conhecer os principais fatores associados ao estresse e desgaste profissional de profissionais de diversas áreas que atuam de forma interdisciplinar, orientando intervenções em grupo no futuro, promovendo novas políticas de educação para a formação em saúde e estabelecendo diretrizes para a relação entre as especialidades envolvidas no cuidado em saúde pública.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOSSOMÁTICA, SAÚDE E ORGANIZAÇÕES – NUIPSO/UFJF ou Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PPG-UFJF** e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“ESTRESSE, DESGASTE PROFISSIONAL E SEUS FATORES DE RISCO EM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Nome

Assinatura pesquisado

Data

Nome

Assinatura pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Débora Andrade Caetano

NUIPSO - Departamento de Psicologia – UFJF, Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro

CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 91400362/ (32) 88840633

E-mail: debora.a.caetano@gmail.com

APÊNDICE IV

Versão II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**ESTRESSE, DESGASTE PROFISSIONAL E SEUS FATORES DE RISCO EM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS**”. Nesta pesquisa pretendemos identificar a presença de estresse e desgaste profissional em residentes multiprofissionais em saúde, as possíveis correlações entre o estresse e desgaste profissional e levantar os principais fatores que desencadeiam esses processos. O motivo que nos leva a estudar estresse e desgaste profissional é o dano potencial que estes acometimentos podem causar à saúde mental e física dos profissionais de saúde ao longo de sua carreira e as consequências pessoais para o futuro profissional e para os serviços de saúde pública prestados por esses profissionais no atendimento à população.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: entrevista pessoal com a aplicação de quatro questionários, o Questionário para a Avaliação do Burnout (CESQT), para identificar a presença de desgaste profissional, a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) para avaliar o nível de estresse, o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) para avaliar a percepção de capacidade para o Trabalho, o questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF, na sua versão validada em português, entrevista sociodemográfica e semiestruturada com avaliação da percepção pessoal das demandas e relações cotidianas do período de residência. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e qualquer caso que apresente complicações psicológicas avaliada durante a aplicação dos testes ou espontaneamente, será encaminhado ao serviço de atendimento psicológico local. A pesquisa contribuirá para conhecer os principais fatores associados ao estresse e desgaste profissional de profissionais de diversas áreas que atuam de forma interdisciplinar, orientando intervenções em grupo no futuro, promovendo novas políticas de educação para a formação em saúde e estabelecendo diretrizes para a relação entre as especialidades envolvidas no cuidado em saúde pública.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem garantido o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto

que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOSSOMÁTICA, SAÚDE E ORGANIZAÇÕES – NUIPSO/UFJF ou Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PPG-UFJF** e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“ESTRESSE, DESGASTE PROFISSIONAL E SEUS FATORES DE RISCO EM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

Nome	Assinatura pesquisado	Data
------	-----------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Nome do Pesquisador Responsável: Débora Andrade Caetano

NUIPSO - Departamento de Psicologia – UFJF, Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro

CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 91400362/ (32) 88840633

E-mail: debora.a.caetano@gmail.com