

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Lidiellen Eich

**SAÚDE PSÍQUICA E A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE
PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2019

Lidiellen Eich

**SAÚDE PSÍQUICA E A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE
PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão da Residência submetido ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no campo da Atenção Básica em Saúde como requisito parcial à obtenção do título de especialista como Enfermeira da Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Enfa. Daiane Dal Pai

Porto Alegre
2019

Lidiellen Eich

**SAÚDE PSÍQUICA E A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE
PORTO ALEGRE**

Relatório Final apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como parte das exigências para a obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Banca Examinadora:

Juliana Petri Tavares – Doutora em Enfermagem.

Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira – Mestre em Antropologia Social.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	9
3.2 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	10
3.3 SAÚDE PSÍQUICA E QUALIDADE DE VIDA NO ÂMBITO DO TRABALHO	12
4. MÉTODO	16
4.1 TIPO DO ESTUDO	16
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	16
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	16
4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	17
4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	17
4.4 COLETA DE DADOS	17
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	18
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	19
5. RESULTADOS	20
6. DISCUSSÃO DOS DADOS	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – CONSENTIMENTO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS	41
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	42
ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: WHOQOL BREF	46
ANEXO C- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: SRQ-20 (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE) – QUESTIONÁRIO DE AUTO RELATO	48
ANEXO D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: INVENTÁRIO MASLACH BURNOUT INVENTORY	49

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo o qual abrange desde cuidados básicos à alta complexidade, tendo como princípios a universalização, equidade e integralidade (BRASIL, 2018). Na década de 1970, era destacado a predominância da atuação médica em serviços de saúde, mas a partir do modelo de atenção proposto pelo SUS, surgiram críticas quanto a essa formação curativista, estimulando-se a atuação multiprofissional nos serviços. Após a Lei nº 8080/90 que regulamenta o SUS, destacou-se reestruturações nos estabelecimentos e organizações dos serviços a partir dos novos princípios, principalmente o da integralidade, colaborando na reformulação do trabalho em equipe (FILHO, 2017).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) surge como uma ação estratégica que visa à transformação e organização dos serviços, o processo de formação, as ações de saúde e as práticas pedagógicas, assim, promovendo novos resultados nos processos de trabalho (CASANOVA, 2017). As RMS's foram criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, sendo orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais. A RMS é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, constituindo um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais. Sendo desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, com carga horária de 60 horas semanais. São concedidas bolsas como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018). Estudo com residente destacou que a experiência profissional prévia do residente, em geral, é escassa, pois muitos recém se formaram. Além disso, a carga horária da residência é extensa e há o duplo papel do estudante-trabalhador que podem levar o residente ao adoecimento (CAVALCANTI, 2018).

Cabe ainda ponderar que a área da saúde é peculiar devido ao envolvimento direto com outra vida como forma de trabalho, assim, produzindo interações que talvez não ocorram em outras profissões, podendo ocasionar um grande estresse e um intenso sofrimento psíquico que pode contribuir para o surgimento de transtornos mentais menores ou distúrbios psíquicos menores (TCM), isso pode causar prejuízos em vários aspectos da vida (WHO, 1994). Também quando há uma grande tensão emocional ocasionada devido ao contato excessivo com outros seres humanos e quando os recursos pessoais são insuficientes frente às demandas, há o risco do desenvolvimento da síndrome de burnout. Essa síndrome se caracteriza a partir de três

dimensões, sendo elas: desgaste emocional (sentimento de fadiga, frente à percepção de exigências laborais excessivas), despersonalização (atitudes de frieza, cinismo, dureza e distanciamento dos trabalhadores em relação aos pacientes/clientes) e diminuição da realização pessoal (sentimento de incompetência e desempenho insatisfatório). (PROENF, 2014; CODO, 1999; MASLACH, JACKSON, 1981).

Há estudos a respeito da residência, entretanto, nenhum que busque associação entre as questões de qualidade de vida e saúde mental (transtornos mentais menores e a síndrome de burnout). Acreditou-se, portanto, ser necessário realizar uma pesquisa a respeito da temática, para que fosse possível pensar em estratégias em relação à saúde do profissional em formação.

Assim, pesquisar a respeito da saúde mental e qualidade de vida de residentes multiprofissionais foi a proposta deste estudo. Pondera-se que as condições, os processos e o ambiente de trabalho podem resultar em acidentes, adoecimento ou morte (PORTO ALEGRE, 2018). Em outubro de 2017 a Organização das Nações Unidas no Brasil (ONUBR) realizou uma publicação no dia Mundial da Saúde Mental, relatando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que sejam adotadas iniciativas a fim de promover o bem estar físico e psicológico no ambiente de trabalho. Sendo importantes intervenções de prevenção, identificação precoce, apoio e reabilitação. Declarando como fatores de risco para a saúde mental o assédio moral, bullying, excesso de trabalho, jornadas inflexíveis e ameaça de desemprego (ONUBR, 2018).

Optou-se em utilizar neste estudo o conceito de qualidade de vida da OMS (1998) que define a qualidade de vida como uma questão subjetiva de realização do indivíduo a respeito de suas necessidades, associada a um contexto social, cultural e ambiental. Há seis aspectos fundamentais para a qualidade de vida: físicos, psicológicos, nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente, e as crenças pessoais e espirituais.

A motivação para realizar esta pesquisa surgiu a partir de vivências próprias de sofrimento psíquico e percepção de diminuição da qualidade de vida durante a residência. Vivenciar um sistema complexo no qual, por vezes, se pensa que para aprender é necessário “sofrer”, torna-se prejudicial para um profissional em formação, tanto para a saúde, aprendizado, trabalho e para o próprio paciente. Percebo a importância de se fazer uma residência e o grande aprendizado que ela tem a oferecer. Além disso, acredito que sairemos profissionais melhores após concluí-la, porém, também penso que a forma como ela acontece deva ser refletida e, posteriormente, melhorada. Sendo assim, por acreditar que a pesquisa é uma forma de dar visibilidade aos fenômenos cotidianos de forma embasada cientificamente, propôs-se a discussão desse tema, a fim de identificar subsídios para melhorias neste processo.

Este estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: Há associação entre a saúde psíquica e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde?

A abordagem da saúde mental no trabalho rompe com as concepções biologicistas e individualizantes, uma vez que o trabalhador é compreendido como um indivíduo dotado de subjetividade e que está imerso em macro e microcontextos sociais, econômicos e políticos. Neste sentido, é importante compreender os diversos patamares relacionados ao trabalho e à saúde mental, assim, podendo realizar reflexões, visto que os adoecimentos no trabalho são crescentes e isso se configura como um problema de saúde pública (SILVA, 2016).

Por fim, compreende-se a importância de realizar estudos como este para que seja possível haver uma sensibilização do tema, compreendendo-se a relevância das dimensões da saúde psíquica e qualidade de vida. Assim, possibilitando pensar em estratégias para uma melhoria na saúde psíquica e qualidade de vida dos residentes para que seja possível evitar danos à saúde do profissional em formação e, logo, prevenir prejuízos no âmbito do trabalho, organização do mesmo, nas relações interpessoais e no atendimento aos usuários.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar associação entre a saúde psíquica e a qualidade de vida dos residentes multiprofissionais em saúde.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os residentes multiprofissionais em saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre segundo variáveis sociolaborais.

Mensurar burnout, transtornos mentais menores e qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;

Verificar associação entre a síndrome de burnout e a qualidade de vida dos residentes multiprofissionais em saúde.

Verificar associação entre transtornos mentais menores e a qualidade de vida dos residentes multiprofissionais em saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Sistema Único de Saúde

O SUS foi criado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Assim, o Brasil se tornou o maior país no mundo a possuir um sistema de saúde público, sendo ele guiado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade (DUARTE; EBLE, 2018). O SUS é “um direito de todos e um dever do estado”, conforme a Constituição Federal de 1988, assim, abrangendo desde atendimentos básicos a de alta complexidade (BRASIL, 2018).

O princípio do SUS de universalização diz que a saúde é um direito de todos e o que Estado deve assegurar este acesso às ações e serviços. Na equidade se tem como objetivo a diminuição das desigualdades, investindo onde há mais necessidade, afinal, as pessoas não são iguais e têm necessidades distintas. No princípio de Integralidade, as pessoas devem ser consideradas como um todo e todas as suas necessidades devem ser atendidas. Assim, torna-se importante a integração de ações, como a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. Além de uma articulação com políticas públicas e uma atuação intersetorial entre diferentes áreas que repercutem na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2018).

A fim da construção da integralidade, cada profissional deve utilizar seu potencial de forma integrada com a equipe, para que seja possível produzir e promover o cuidado para o paciente. Entretanto, em diversas realidades, isso ainda não foi possível, visto que a assistência em muitos contextos acontece no modelo médico-centrado, com enfoque na doença e atenção fragmentada (FONSECA, 2013).

Encontra-se presente na Constituição Federal de 1988, a atribuição da saúde em ordenar a formação dos profissionais da respectiva área, visto a preocupação com a formação dos recursos humanos para o setor público. Esse tema compôs as proposições da Reforma Sanitária e foi sinalizado em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Recursos Humanos, evidenciando a importância de se modificar questões nas graduações e a importância da integração ensino-serviço (DIAS, 2013).

Durante a trajetória da política, houve a aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, assim, observando-se sua maior institucionalidade a partir de 2003. A partir disso, foi possível operacionalizar conjuntamente as políticas para o setor da saúde e efetivar o ordenamento da formação dos recursos humanos para o mesmo (DIAS, 2013). Afinal, o trabalho em saúde deve ultrapassar a especificidade de cada profissão e valorizar o trabalho em

equipe, não desvalorizando o conhecimento específico, mas reconhecendo a importância de um trabalho em conjunto (CASANOVA, 2017).

3.2 A Residência Multiprofissional em Saúde

A residência multiprofissional em saúde (RMS) é uma pós-graduação *latu sensu* voltada para a educação em serviço, objetivando romper com paradigmas relacionados à formação de trabalhadores para o SUS e promover maior qualificação do trabalho neste cenário de atuação. Esse programa defende o uso de metodologias e ferramentas participativas e ativas, além da educação permanente como eixo de ensino-aprendizagem (FERNANDES *et al.*, 2016).

A residência pode abranger, dependendo de cada região do país conforme suas necessidades e realidades, as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A RMS tem a duração de dois anos, com uma carga horária total de 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais, muitas vezes com plantões nos finais de semana, sob a forma de capacitação em serviço. Tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde, a RMS deve acontecer a partir de metodologias que integrem os saberes e práticas, assim, construindo-se competências compartilhadas. As estratégias pedagógicas devem garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2005).

Com fins de proporcionar especialização de profissionais na promoção de condições que possibilitem o exercício profissional com primazia nas áreas de cuidado integral à saúde, envolvendo a comunidade, a gestão organizacional do trabalho e a educação em saúde, a residência colabora para ampliação da visão em relação à saúde, considerando não apenas a doença ou problema pontual do indivíduo, mas o ser humano como um todo, visualizando o contexto dele e sua inserção (SILVA *et al.*, 2015). Desenvolvendo atividades que contemplem momentos de teoria com situações práticas de uma forma multidisciplinar, aumentam-se os incentivos para produção e concretização de habilidades vistas em teoria. Os profissionais formados pela residência multiprofissional tendem a sair da pós-graduação com uma visão ampliada do indivíduo, colaborando para a quebra do modelo médico-centrado e viabilizando o trabalho na equipe multidisciplinar (PINHO *et al.*, 2017).

Além da visão diferenciada em relação ao paciente que é possibilitada durante o período da residência, os profissionais que finalizam a residência se sentem mais preparados para

trabalhar na rede de atenção em saúde. A articulação em rede de saúde pode ser muito complexa e trabalhosa, dificultando sua aplicação prática (PINHO *et al.*, 2017).

A primeira experiência de “Residência Multiprofissional em Saúde” ocorreu no ano de 1976, antes mesmo da existência do SUS, através da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), era vinculada à Secretária Estadual de Saúde e a formação desenvolveu-se na atenção básica no Centro de Saúde Escola Murialdo na cidade de Porto Alegre – contemplando a formação de diferentes profissionais, sendo eles: assistentes sociais, médicos, enfermeiros e médicos veterinários (SILVA, 2018).

A proposta desse programa estava baseada na valorização do trabalho em equipe multiprofissional, em propiciar a ampliação do cuidado prestado à saúde da população na atenção básica, procurando superar a assistência à saúde centralizada no atendimento médico ao corpo biológico (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010). A partir disso podemos dizer que a questão da formação profissional em saúde compõem de forma direta a reafirmação ou a resistência ao modelo de formação tradicional baseado na especialização e fragmentação do conhecimento (MIOTO; ALVES; CAETANO; DAL PRÁ, 2012), tornando-se esse um espaço importante e propício para reafirmar as então propostas previstas no projeto da reforma sanitária.

A Residência Multiprofissional em Saúde foi criada a partir da promulgação da Lei nº11,129 de 2005 são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. As profissões da área da saúde abrangidas são Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Os programas de residência multiprofissional são avaliados e acreditados de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, assim, devendo atender às necessidades socioepidemiológicas. Também devem ser credenciadas as instituições habilitadas para oferecê-los. Essa atribuição é de responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação que coordenam a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009. Tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde, a RMS deve acontecer a partir de metodologias que integrem os saberes e práticas, assim, construindo-se competências compartilhadas. As estratégias pedagógicas devem garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2018).

3.3 Saúde Psíquica e Qualidade de Vida no Âmbito do Trabalho

A saúde do trabalhador é regulamentada na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que discorre a respeito da promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços. No art. 200, em termos da lei, deve ser executado ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, além de colaborar na proteção do meio ambiente, incluindo o do trabalhador (BRASIL, 2018). A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) apresenta objetivos de promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida do trabalhador, assim, o ideal é que se elimine ou reduza riscos nos ambientes de trabalho para que seja possível prevenir acidentes e danos à saúde. A responsabilidade pela implementação e execução da PNSST é do Ministério do Trabalho, da Saúde e da Previdência Social. A política é norteadada pelos princípios de ações de promoção, proteção e prevenção, reabilitação e reparação, universalidade, integralidade e diálogo social. (OPAS/OMS, 2018). A Lei nº 11.121 de 2005 deixa instituído o Dia Nacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho, a ser celebrado no dia 28 de abril de cada ano.

Uma das áreas de atuação no âmbito do SUS que enfrenta desafios em uma efetiva implantação é a de Saúde do Trabalhador, visto que realizar a implementação desta área não está de acordo com a política capitalista presente no Brasil, uma vez que, em muitas situações, a perda da saúde está relacionada com a exploração do trabalho em prol do capital (VASCONCELLOS, 2017). O trabalhador se torna o recurso, e para fazer parte desse sistema, é necessário sempre fazer melhor e mais rápido, afinal, o lucro deve ser de imediato e os prazos são cada vez mais curtos. É necessário um alto desempenho e a busca pela excelência para a obtenção de sucesso, felicidade e realização pessoal. Essa gestão no trabalho pode gerar adoecimento físico ou psíquico devido à pressão das exigências (GAULEJAC, 2007). A sociedade está funcionando de uma forma frenética e corrida que afeta diretamente os indivíduos e os adocece. Cada indivíduo em seu adoecimento se relaciona com seu modo de sofrer e vivenciar sua dor de uma forma singular (AMARO, 2013).

Qualidade de vida é uma área que vai além das diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam as vidas como um todo, em esferas subjetivas e objetivas. Existe um senso comum que resume o assunto em melhorias ou um alto padrão de bem-estar na vida, sejam elas de ordem econômica, social ou emocional. A compreensão sobre qualidade de vida é estudada em diversos campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico e médico numa constante inter-relação. Está área de conhecimento, encontra-se numa construção de definição (ALMEIDA, 2012). A qualidade de vida é uma

evolução subjetiva com aspectos positivos e negativos que se caracteriza por um contexto social, cultural e ambiental. Foram identificadas seis áreas que descrevem aspectos da qualidade de vida como o físico do organismo (energia, fadiga), a parte psicológica (sentimentos), o nível de independência, as relações sociais (apoio), o entorno (acessibilidade à assistência sanitária) e as crenças pessoais e espirituais (significado da vida) (OMS, 1998). Torna-se importante avaliar a qualidade de vida no trabalho, bem como o estilo de vida e clima organizacional, tendo em vista a proporcionar benefícios na vida pessoal e profissional, visto que uma melhora na qualidade de vida aumenta a motivação, a criatividade e a produtividade (OPAS/OMS, 2018).

Quando existe um alto estresse no trabalho, é comum surgir os transtornos mentais menores ou distúrbios psíquicos menores que acontecem quando existe um intenso sofrimento psíquico que reflete na saúde do indivíduo, causando prejuízos em vários aspectos da vida. A expressão TCM foi criada por Goldeber e Huxley (1990), cujo conceito desenvolveu-se na década de 1970, através de pesquisas sobre o adoecimento mental no âmbito da atenção primária em saúde e caracteriza-se por sintomatologia não psicótica através de queixas de ansiedade, irritabilidade, somatização, diminuição da energia vital e humor depressivo (WHO, 1994). A partir dos anos 1970, a OMS iniciou um programa de rastreamento dos TMC na atenção primária, mediante o Self Report Questionnaire (SRQ-20). O rastreamento tinha como propósito a identificação de indivíduos em sofrimento psíquico, assim, poderia ser oferecido algum tipo de atenção em saúde mental a essas pessoas, visando a minimizar a evolução para quadros psiquiátricos graves e o uso indiscriminado de medicamentos (CARVALHO, 2016).

Quando alguns sintomas de sofrimento se intensificam pode aparecer a síndrome de burnout. Muitos profissionais de diversas áreas como saúde, educação e segurança pública vem apresentando a síndrome de burnout que se apresenta como um problema psicossocial, gerando diversas preocupações. A síndrome de burnout é desenvolvida a partir de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e a diminuição do sentimento de realização profissional. O núcleo da síndrome é representado pela exaustão emocional que produz uma sensação de esgotamento, de falta de energia e de recursos emocionais necessários para lidar com as rotinas da prática. A despersonalização se caracteriza com a perda do sentimento, o profissional passa a ter atitudes indiferentes frente ao sofrimento do outro. Quando a realização profissional diminui, as habilidades interpessoais são afetadas, assim, influenciando de forma negativa os atendimentos com os usuários e a organização de trabalho (SOUZA, 2016). Maslach e Jackson desenvolveram os primeiros métodos investigativos e diagnósticos de burnout, sendo uma síndrome que leva ao cansaço físico e emocional, ocasionando uma perda de motivação no trabalho, podendo evoluir com sentimentos de frieza frente ao próximo e de

fracasso próprio. Assim, elaboraram um postulado específico da síndrome e validaram um instrumento investigativo: o Maslach Burnout Inventory (MBI) (MENDANHA, HENRIQUE; 2018).

Estudos têm dito a respeito da saúde psíquica e qualidade de vida do residente multiprofissional em saúde, evidenciando um crescente sofrimento psíquico e diminuição da qualidade de vida, como os estudos de Moreira (2016) e Sanches (2016) que avaliaram a qualidade de vida e o risco para o aparecimento da síndrome de burnout. Moreira (2016) ainda avaliou a qualidade do sono. Carvalho (2013) estudou a respeito da prevalência e fatores associados ao aparecimento de transtornos mentais em residentes multiprofissionais e médicos.

No estudo de Moreira (2016), foram avaliados 60 residentes multiprofissionais do primeiro e segundo ano da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Foi identificado que a qualidade do sono diminuiu ao longo da residência e um menor comprometimento em todos os domínios da qualidade de vida. Dois profissionais do segundo ano apresentaram a síndrome de burnout, e foi identificado o risco para o desenvolvimento da mesma durante a residência.

Sanches (2016) investigou a qualidade de vida e o risco para o desenvolvimento da síndrome de burnout em 18 residentes da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Foi analisado piora da qualidade de vida e aumento do estresse ao longo dos dois anos da residência. Quando verificado o risco para a síndrome de burnout, identificou-se piora ao longo dos dois anos no índice de “exaustão emocional”, o item “realização pessoal” também variou, passando de estresse médio para alto. E o item “despersonalização” pouco variou se mantendo na faixa classificatória intermediária.

Na pesquisa de Carvalho (2013) foi determinada a prevalência de transtornos mentais menores numa amostra aleatória de 178 residentes em programas de residência no estado de Pernambuco gerenciados pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz-PE) e Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE). O estudo demonstrou elevada magnitude com prevalência de 51,1% dos transtornos menores, sendo 39% maior em residentes médicos do que residentes multiprofissionais.

A partir da preocupação do SUS com a formação dos recursos humanos e com a modificação do sistema médico-centrado focado na doença, é criada a RMS que visa essa mudança sendo construída conforme os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, sendo ideal o acontecimento do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar. A RMS é considerada uma pós-graduação *lato sensu*, padrão ouro, com dedicação exclusiva de

60 horas/semanais com duração mínima de dois anos. É necessário pensar na saúde psíquica e qualidade de vida destes profissionais em formação, uma vez que há riscos para a saúde do profissional, além de que quando se tem uma piora nesses itens, também pode se observar um prejuízo para o trabalho.

4. MÉTODO

4.1 Tipo do Estudo

Tratou-se de um estudo quantitativo de delineamento transversal com finalidade descritiva-observacional e analítica. Este estudo está alinhado ao estudo maior intitulado “Saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde”.

4.2 Cenário do Estudo

Este estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este hospital é uma instituição pública e universitária certificada pela Acreditação Internacional Joint Commission International (JCI). Integra a rede de hospitais universitários pertencentes ao Ministério da Educação (MEC) e é vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2018).

A RMS do HCPA teve o início em 2010, com a oferta de 28 (vinte e oito) vagas para residentes que contemplavam 6 (seis) categorias profissionais, distribuídas em 5 (cinco) programas de residência. Atualmente o HCPA possui 10 (dez) programas de residência multiprofissional: Adulto Crítico, Atenção Básica em Saúde, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Atenção Materno Infantil, Controle de Infecção Hospitalar, Onco-Hematologia, Saúde da Criança e Saúde Mental. São oferecidas 67 vagas anuais para ingresso das seguintes categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Física Médica.

4.3 Sujeitos do Estudo

A pesquisa foi realizada com residentes multiprofissionais do HCPA de todos os programas supracitados, sendo convidados todos os residentes (n=106). Trata-se de profissionais das áreas da enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, educação física e terapia ocupacional. A amostra final foi constituída por 94 residentes, pois 12 residentes não tiveram interesse em participar do estudo.

4.3.1 Critérios de Inclusão

O critério de inclusão foi estar cursando um dos programas da RMS do HCPA, ou seja, devidamente matriculado no primeiro ou segundo ano desta.

4.3.2 Critérios de Exclusão

O critério de exclusão foi estar em férias, atestado, licença ou desligado da residência multiprofissional durante o período de coleta de dados. Também foram excluídas as residentes que se propuseram a estudar a saúde dos residentes por meio do projeto maior já mencionado.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por pesquisadores externos à residência (estudantes da graduação da UFRGS), previamente treinados, no período de junho a setembro de 2019 com R1 e R2. Foi aplicado presencialmente um questionário fechado (APÊNDICE B) composto por:

- Dados sociodemográficos e laborais: construído pelas pesquisadoras, incluem variáveis como sexo, data de nascimento, situação conjugal, profissão, escolaridade, número de filhos, com quem reside.

Também foram preenchidos de forma presencial o World Health Quality of Life (WHOQOL Bref) (ANEXO B) e das escalas Self-Report Questionnaire (ANEXO C) e o Maslach Burnout Inventory – MBI (ANEXO D):

- World Health Quality of Life (WHOQOL Bref): o instrumento WHOQOLBref avalia a qualidade de vida, ele foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS e foi validado no Brasil (FLECK, 2000). Ele contém 26 perguntas, sendo duas gerais (qualidade de vida global e percepções de saúde geral), e as demais avaliam os domínios Físico (dor, energia, sono, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação/tratamentos, capacidade para o trabalho); Psicológico (sentimentos positivos/negativos, pensamentos, autoestima, imagem corporal, espiritualidade); Relações sociais (relações pessoais, apoio social e atividade sexual); Meio ambiente (segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações e habilidades, recreação/lazer, ambiente físico e transporte) (QUALIDEP).

- Self-Report Questionnaire (SRQ-20): o SRQ-20 é utilizado para rastrear transtornos mentais menores, foi desenvolvido por Harding et al. (1980), patrocinado pela OMS e validado no Brasil por MARI & WILLIAMS (1986). Ele é composto por 20 questões. O risco se identifica a partir de sete pontos. Sendo que cada questão deve ser respondida assinalando zero ou um ponto, um ponto significa “sim” e zero significa “não” (SRQ). O SRQ sugere uma suspeita de algum transtorno mental, através da identificação de sintomas, entretanto, não resulta em diagnóstico. Os sintomas avaliados são os não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (SANTOS, 2011).

- Maslach Burnout Inventory - MBI (Burnout): o MBI (Burnout) foi criado em 1978 por Christina Maslach e Susan Jackson para avaliar a incidência da síndrome de burnout. Foi validado no Brasil por Lautert (1995). O MBI aborda três tópicos: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e realização profissional (RP). A escala é do tipo Likert que varia de zero a seis, sendo zero referente a nunca e seis a diariamente. A síndrome de burnout é caracterizada pela alta exaustão emocional e despersonalização e baixa realização profissional. O preenchimento de dois critérios indica risco para o desenvolvimento da síndrome. (LAUTERT, 1995).

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram digitados em planilha no Microsoft Excel e posteriormente analisados com auxílio do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Os dados foram submetidos à estatística descritiva e analítica. Variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências relativas e absolutas. Variáveis numéricas foram apresentadas por meio de medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalos interquartílicos).

As análises de associação entre o desfecho (qualidade de vida) e os fatores em estudo (transtornos mentais menores e a síndrome de burnout) por meio do teste ANOVA, de Turkey e de Pearson, conforme a distribuição das variáveis. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

4.6 Aspectos Éticos do Estudo

Foram respeitados os princípios éticos conforme a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta as pesquisas e testes que envolvem seres humanos e objetiva a proteção desses sujeitos. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética do HCPA.

O estudo maior ao qual esta pesquisa está alinhada foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Os riscos para essa pesquisa foram mínimos, podendo ter causado desconforto no preenchimento do questionário e das escalas.

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 94 residentes. Percebe-se que a maior parte da amostra é do sexo feminino, com uma média de idade de 26 anos, considerando-se de cor branca, residindo com a família, sem companheiro (a), com uma média de 17,2 anos de estudo. Em relação à satisfação com as relações interpessoais, 50 estão satisfeitos e em relação à satisfação com a residência, 56 estão satisfeitos. Os dados sociodemográficos dos participantes estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo características demográficas e laborais.

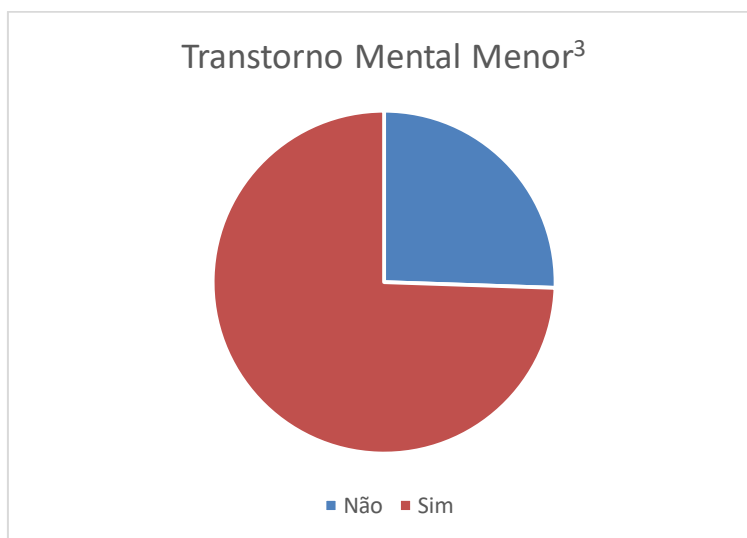
Variáveis	(n=94)
Sexo¹	
Feminino	84 (89,4)
Masculino	10 (10,6)
Idade³	
	26 (22-53)
Cor da pele¹	
Branca	78 (83,0)
Parda ou Negra	16 (17,1)
Reside com¹	
Colega de apartamento ou amigo (a)	11 (12,8)
Companheiro (a)	22 (25,6)
Família	31 (36,0)
Sozinho (a)	22 (25,6)
Situação conjugal¹	
Com companheiro (a)	30 (32,3)
Sem companheiro (a)	63 (67,7)
Escolaridade (em anos de estudo)²	
	17,2 (± 2,0)
Ano da residência¹	
R1	49 (52,7)
R2	44 (47,3)
Programa de residência¹	
Adulto Crítico	10 (10,6)
Atenção Básica em Saúde	4 (4,3)
Atenção Cardiovascular	5 (5,3)
Atenção Integral ao Paciente Cirúrgico	10 (10,6)
Atenção Integral ao Usuário de Drogas	12 (12,8)
Atenção Materno Infantil	12 (12,8)
Controle de Infecção Hospitalar	3 (3,2)
Onco-Hematologia	8 (8,5)
Saúde da Criança	25 (26,6)
Saúde Mental	5 (5,3)
Categoria Profissional¹	
Assistente Social	14 (14,9)
Enfermeiro (a)	14 (14,9)
Farmacêutico (a)	8 (8,5)
Fisioterapeuta	10 (10,6)
Nutricionista	17 (18,1)
Psicólogo (a)	16 (17,0)
Professor (a) de Educação Física	8 (8,5)

Fonoaudiólogo (a)	5 (5,3)
Terapeuta Ocupacional	2 (2,1)
Dias ausentes³	3 (0-120)
	Sim
Satisfação com as Relações interpessoais¹	50 (53,2%)
Satisfação com a residência¹	56 (59,6%)

¹n(%); ² Média (\pm Desvio Padrão); ³ Mediana (min-max).

No que tange a saúde mental dos residentes, verificou-se que entre os 94 residentes, 70 (74,5%) apresentaram transtorno mental menor, conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 1: Prevalência de Transtorno Mental Menor em Residentes Multiprofissionais em Saúde.



³(n=94).

Na avaliação realizada também foi possível constatar sintomas relacionados ao risco de suicídio por meio da pergunta: 17- “Tem tido ideias de acabar com a vida”. Dos 94 residentes, 08 (8,5%) responderam que sim. Os residentes identificados com tal risco tiveram encaminhamentos a fim de resguardar sua segurança.

Foi percebido neste estudo que não houve diferença estatística entre os residentes do primeiro e segundo ano que apresentaram transtorno mental menor, embora a prevalência tenha sido maior nos residentes do segundo ano, conforme tabela 3. Houve um residente que não preencheu a identificação de residente do primeiro ou segundo ano no questionário.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo a presença de Transtorno Mental Menor.

Ano da Residência	Transtorno Mental Menor	
	Sim	Não
Residentes do Primeiro Ano¹	32 (66,7%)	16 (33,3%)
Residentes do Segundo Ano¹	37 (82,2%)	8 (17,8%)
Total	69 (74,2%)	24 (25,8%)

¹n(%).

Verificou-se que a maioria dos residentes encontra-se na pontuação moderada nas três dimensões de Burnout. Entre os 94 residentes, 18 apresentaram alta exaustão emocional, 24 apresentaram baixa realização profissional e 23 com alta despersonalização. Como está descrito na tabela 4.

Tabela 4: Níveis das Dimensões do Burnout em Residentes Multiprofissionais em Saúde.

Dimensões de Burnout	(n=94)
Exaustão Emocional¹	
Baixo	29 (30,9)
Moderado	47 (50)
Alto	18 (19,1)
Realização Profissional¹	
Baixo	24 (25,5)
Moderado	51 (54,3)
Alto	19 (20,2)
Despersonalização¹	
Baixo	26 (27,7)
Moderado	45 (47,9)
Alto	23 (24,5)

¹n(%).

Neste estudo não foram identificados residentes com a síndrome de burnout, uma vez que para o seu diagnóstico, é necessário a presença de alta exaustão emocional, baixa realização profissional e alta despersonalização no mesmo momento.

Foi possível perceber que em todos os domínios da qualidade de vida a média deu acima de 50, sendo a pior média do domínio psicológico (55,5). Conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2: Escores dos Domínios da Qualidade de Vida.

Domínios da Qualidade de Vida	(n=94)
Domínio 1 - Físico²	59,57 (± 13,14)
Domínio 2 - Psicológico²	55,5 (± 13,97)
Domínio 3 - de Relações Sociais²	60,1 (± 17,7)
Domínio 4 - do Meio Ambiente²	56,74 (± 13,66)
Geral²	55,45 (± 19,18)

² Média (± Desvio Padrão).

Tabela 5: Associação Entre Qualidade de Vida e a Saúde Psíquica dos Residentes Multiprofissionais em Saúde.

Variáveis	Qualidade de vida				
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	Geral
Exaustão Emocional					
Baixo	67,85(±11,37) ^a	62,78(±16,51) ^a	66,95(±19,09) ^a	63,36(±12,74) ^a	64,65(±19,49) ^a
Moderado	58,66(±11,23) ^b	53,98(±11,97) ^b	60,10(±15,72) ^a	56,25(±12,44) ^a	52,92(±18,46) ^{a,b}
Alto	48,61(±12,01) ^c	48,61(±12,01) ^b	49,07(±15,36) ^b	47,39(±12,91) ^b	47,22(±15,19) ^b
P<0,05 Geral	0,000	0,001	0,003	0,000	0,004
Realização Profissional					
Baixo	65,17(±14,48) ^a	57,98(±17,50) ^a	69,09(±14,63) ^a	62,23(±11,68) ^a	59,89(±19,84) ^a
Moderado	59,24(±11,29) ^{ab}	55,22(±12,79) ^a	57,67(±17,22) ^b	54,84(±12,34) ^a	52,20(±19,47) ^a
Alto	53,38(±13,70) ^b	53,28(±12,23) ^a	55,26(±19,28) ^b	54,93(±17,68) ^a	58,55(±16,69) ^a
P<0,05 Geral	0,012	0,540	0,012	0,073	0,199
Despersonalização					
Baixo	58,51(±13,44) ^a	53,04(±16,13) ^a	63,46(±19,73) ^a	54,92(±14,76) ^a	52,40(±20,92) ^a
Moderado	60,15(±12,27) ^a	60,15(±12,27) ^a	59,07(±15,67) ^a	58,05(±11,56) ^a	54,72(±19,27) ^a
Alto	59,62(±14,89) ^a	59,62(±14,89) ^a	58,33(±19,29) ^a	56,25(±16,31) ^a	60,32(±16,70) ^a
P<0,05 Geral	0,881	0,545	0,522	0,641	0,336
Dimensões do Burnout*					
Exaustão Emocional	r= -0,51	r= -0,42	r= -0,38	r= -0,42	r= -0,36
Realização Profissional	r= -0,32	r= -0,18	r= -0,26	r= -0,19	r= -0,47
Despersonalização	r= 0,24	r= 0,48	r= -0,11	r= -0,01	r= 0,12
Transtornos Mentais Menores					
Não	70,73 (±10,64)	71,18 (±8,93)	69,44 (±19,29)	64,06 (±12,53)	68,75 (±17,67)
Sim	55,81 (±11,79)	50,17 (±11,06)	56,9 (±16,04)	54,24 (±13,20)	50,89 (±17,59)
P<0,05 Geral	0,000	0,000	0,002	0,002	0,000
Transtornos Mentais Menores*					
	r= -0,54	r= -0,76	r= -0,36	r= -0,41	r= -0,48

*a,b,c: Médias seguidas da mesma letra não tem diferença significativa ($p<0,05$) entre as classes de cada domínio de burnout segundo o teste de turkey.

*Coeficiente de correlação de Pearson.

Foi verificado que há associação significativa entre o domínio de exaustão emocional de burnout com todos os domínios de qualidade de vida. Entretanto, no domínio de realização profissional, só houve associação significativa com os domínios físico e social da qualidade de vida. Já no domínio de despersonalização de burnout, não houve associação significativa com a qualidade de vida. Entre os transtornos mentais menores houve associação significativa com todos os domínios de qualidade de vida. A correlação de Pearson indica uma correlação inversa moderada entre a variável exaustão emocional de burnout e o domínio físico da qualidade de vida, nos demais domínios da qualidade de vida, a correlação inversa foi fraca. Na variável realização profissional de burnout, houve correlação inversa fraca no domínio físico da

qualidade de vida, nos demais domínios houve correlação inversa desprezível. Já na despersonalização, houve correlação inversa fraca com os domínios social e meio ambiente, já com o domínio psicológico houve correlação positiva fraca, nas demais, correlação positiva desprezível. Nos transtornos mentais menores, houve forte correlação inversa com o domínio psicológico da qualidade de vida. Conforme está descrito na tabela 5.

6. DISCUSSÃO DOS DADOS

Foi observado neste estudo a caracterização dos residentes multiprofissionais, com prevalência do sexo feminino, brancos, solteiros, residindo com a família e com uma média de faixa etária de 26 anos e com uma escolaridade de 17,2 anos de estudo. Este resultado se assemelha ao estudo de Junior (2018) no qual teve predomínio do sexo feminino (77,75%), em sua maioria solteiros (87,5%) e com a faixa etária entre 23 a 26 anos (70%).

A partir do feminismo, um movimento que faz parte da história, e que está sempre em constante transformação, surge uma luta composta por mulheres de várias classes sociais, raças, etnias, idades e orientações sexuais, que tem por finalidade assegurar os direitos básicos a todas às mulheres e lutar por igualdade de gênero (LAHNI, 2016). Deste modo, as mulheres estão ganhando espaço no mercado de trabalho, dentre eles, no setor da saúde o qual se discute o fenômeno de feminização nesta área, como estudado no trabalho de Wermelinger (2010) o qual dialoga quanto à composição da força de trabalho em saúde no Brasil relacionado ao aspecto gênero. Pode-se associar isto ao fato de, historicamente, o cuidado ao outro fazer parte de um estereótipo de como se pensa a feminilidade o qual está associada ao sexo feminino. Deste modo, acredita-se que este fator possa estar relacionado à amostra ser, na sua maioria, composta pelo sexo feminino.

Quanto à característica de cor, acredita-se que esta pode estar associada à existência da desigualdade social entre mulheres, segundo sua cor ou raça. Segundo dados do IBGE: 23,5% das mulheres brancas têm ensino superior completo, percentual 2,3 vezes maior que o de mulheres negras ou pardas (10,4%) que conseguiram concluir este nível de ensino (BRASIL, 2018).

Foi observado a partir da caracterização pessoal (solteiros, residir com a família, ter uma média de 26 anos e 17,2 anos de estudo) que, provavelmente, a residência representa para estes profissionais a primeira qualificação profissional e contato com o mundo do trabalho. Fazer residência é uma forma de se especializar em uma área de escolha, é considerada uma pós-graduação *lato sensu*, é realizada em regime de dedicação exclusiva de 60 horas (80% de atividades práticas e 20% teóricas) semanais num período de dois anos (BRASIL, 2018). Sendo assim, é uma oportunidade de aperfeiçoamento e qualificação. Entretanto, por se tratar de profissionais recém-formados que estão vivenciando, pela primeira vez, o trabalho em uma extensa carga horária, pode-se ocorrer o adoecimento psíquico e diminuição da qualidade de vida (CAVALCANTI, 2018).

Ao longo da formação do residente, vivências de sofrimento podem estar associadas às características inerentes do trabalho, como fatores causadores de cansaço e sobrecarga, que conseqüentemente, podem gerar desânimo e descontentamento com o trabalho (JUNIOR, 2017). Fernandes (2017) realizou um estudo qualitativo o qual apontou algumas vivências de insatisfação dentro da residência, como falta de comunicação, sobrecarga de trabalho, extensa carga horária, falta de tempo para a realização de atividades profissionais e pessoais, e dificuldade de articulação da teoria com a prática nas disciplinas.

Foi identificado no presente estudo que 70 (74,5%) residentes apresentaram transtornos mentais menores, sendo que destes 32 (66,7%) eram do primeiro ano e 37 (82,2%) do segundo ano, um residente não respondeu de qual ano era. Falco (2019), realizou uma pesquisa transversal em um hospital universitário, situado no município do Rio de Janeiro, com 130 residentes de enfermagem, foi utilizado o SRQ-20, evidenciando que 52% da amostra apresentava transtorno mental menor. No estudo de Carvalho (2013), foi realizada uma pesquisa transversal também com SRQ-20 com 178 residentes médicos e multiprofissionais na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e encontrou como resultado a prevalência de 51,1% de transtornos mentais menores na amostra.

Foi identificado que 8 (8,5%) dos residentes, nesta pesquisa, apresentaram risco para suicídio. Em estudo analítico-descritivo em corte transversal em 72 residentes médicos realizado por Soares (2012), foi realizada uma pesquisa visando analisar a prevalência de burnout e pensamentos suicidas e se há correlação entre os dois. Foram utilizados o MBI e o questionário de suicídio de Paykel. Foi encontrado que 13 residentes médicos apresentaram burnout, destes, 8 já apresentaram pensamentos suicidas. Dentre os 42 sujeitos com baixo risco para manifestação de burnout, 12 já apresentaram pensamentos suicidas.

Félix (2016), realizou uma revisão integrativa da literatura que refere que o suicídio consiste num fenômeno único que se inicia na motivação e termina no óbito, nele são envolvidas dimensões subjetivas de difícil avaliação, diagnóstico e monitoramento, os fatores de risco mais comuns para a tentativa de suicídio incluem frágil estrutura familiar, antecedentes psiquiátricos, individuais ou familiares, falta de apoio social, restrição de lazer, falta de apoio espiritual, consumo de drogas recreativas, conflitos conjugais, baixa escolaridade e eventos estressantes.

Os transtornos mentais menores evidenciam um grande sofrimento psíquico que reflete nas atividades diárias. O resultado da presente pesquisa pode ser explicado pelo fato dos residentes multiprofissionais vivenciarem uma alta carga horária, terem muitas demandas e cobranças, tanto de outros profissionais da área da saúde como também as cobranças que eles próprios se fazem, visto que, na sua grande maioria, são recém formados, vivenciando pela

primeira vez o mundo do trabalho e chegando na residência com grandes expectativas e querendo dar o seu melhor. Em função da carga horária e alta quantidade de demandas, pode se tornar difícil trabalhar esses sentimentos que surgem, o que pode facilitar o aparecimento dos transtornos mentais menores. Além disso, apesar da diferença não ter sido significativa, percebe-se que há mais residentes em sofrimento psíquico no segundo ano, isso pode ser explicado pela ação do tempo de exposição aos efeitos do trabalho e, ainda, pelo fato do segundo ano haver o desenvolvimento do trabalho de conclusão da residência (TCR), o qual é um trabalho extenso que exige tempo, isso pode ocasionar uma sobrecarga, visto à falta de tempo para a realização do mesmo. Além do mais, alguns residentes apresentaram risco para suicídio, o qual, se não tiver uma intervenção adequada, pode ocasionar um desfecho grave.

Quando alguns sintomas que indicam um grande sofrimento começam a se intensificar, também pode aparecer a síndrome de burnout. No presente estudo, foi identificado que 18 residentes estavam com alta exaustão emocional e 47 com moderada. No domínio de realização profissional, 24 apresentaram baixa realização profissional e 51 moderada. E no domínio de despersonalização, 23 apresentaram alta despersonalização e 45 moderada. Outras pesquisas encontraram dados semelhantes, como a de Dóro (2018) que realizou uma pesquisa exploratória, comparativa, quantitativa e longitudinal com 49 residentes, foi identificado nesta pesquisa piora progressiva da exaustão emocional, a despersonalização se classificou em nível baixo e teve uma melhora na realização profissional.

Cavalcanti (2018) pesquisou acerca de burnout em um estudo longitudinal, com coleta de dados em três momentos: A coleta de dados foi realizada no início do programa (T1), ao término do primeiro (T2) e do segundo ano (T3). Nesta pesquisa foi observado um aumento da exaustão emocional e baixa realização profissional e não foram observadas mudanças significativas na despersonalização.

Em estudo longitudinal realizado com 18 residentes da UFMS por Sanches (2016), foi percebido que no domínio de exaustão emocional, num período de dois anos, passou de baixo para moderado e chegando próximo ao limite de alta exaustão no final do segundo ano da residência. O componente despersonalização, por sua vez, pouco variou, ficando os escores médios dos sujeitos sempre na faixa classificatória intermediária. E uma piora na realização profissional.

No estudo transversal, de caráter exploratório, descritivo e quantitativo de Moreira (2016), foi realizada uma pesquisa com 60 residentes, sendo eles 24 ingressantes, cursando a primeira semana do programa (RIn), 18 estavam no final do primeiro ano (R1) e 18 no final do segundo ano (R2). Quanto às dimensões do burnout, R1 apresentou maior número de residentes

com exaustão emocional alta e realização profissional baixa e R2 despersonalização alta. Dois indivíduos dos R2 apresentaram a síndrome de burnout. A maioria de RIn não obteve classificação significativa em nenhuma das dimensões. A média dos resultados da exaustão emocional foi alta para R2, limítrofe para R1 e baixa para RIn.

A exaustão emocional ocorre quando existe um grande sentimento de fadiga e não há recursos emocionais (energia) suficientes para lidar com as situações estressoras e altas demandas do trabalho (MENDANHA, HENRIQUE; 2018). Isso pode ser explicado pelo fato dos residentes vivenciarem uma alta jornada de trabalho com muitas demandas e cobranças as quais nem sempre conseguem dar conta por falta de tempo e por cansaço físico.

No presente estudo percebeu-se que a maioria dos residentes está em moderada realização profissional e 24 apresentando baixa realização profissional. Exceto no estudo de Dóro (2018), os demais apresentaram piora na realização profissional ao longo da residência. A baixa realização profissional é resultante de pouca satisfação com a própria execução do trabalho, autoavaliação laboral negativa e frustração profissional (MENDANHA, HENRIQUE; 2018). Esses resultados podem ser explicados pelo fato do residente, na sua grande maioria, ser recém formado, logo, tendo seu primeiro contato com o trabalho, sendo assim, podem estar inseguros, construindo sua própria identidade profissional, buscando um aperfeiçoamento numa área que acreditam gostar previamente e se reconhecendo enquanto profissionais e não mais graduandos. Além de estar vivenciando dois papéis ao mesmo tempo, aluno e trabalhador, assim, podendo ter uma confusão no que significa ser residente. Essa confusão pode acontecer tanto para o residente como para a equipe que o recebe, que, por vezes, pode-o confundir como profissional “contratado” da equipe, esquecendo que o residente é um profissional em formação, que vai para o campo prático para aprendizado, além cumprir as atividades teóricas, logo, por vezes, acaba sendo considerado como “mão de obra”, ao invés de profissional que está ali para aprender.

No domínio de despersonalização, no presente estudo, 23 apresentaram alta despersonalização e 45 moderada. Na maioria dos estudos aqui apresentados, não houveram alta despersonalização. A despersonalização ocorre com atitudes negativas ou insensíveis para com as pessoas no trabalho, falta de empatia com o outro, seja com colegas ou clientes. Acredita-se que esse resultado possa ser explicado pelo fato da despersonalização significar a indiferença, frieza e falta de empatia nas relações interpessoais (MENDANHA, HENRIQUE; 2018). Isto vai contra o que é ensinado na universidade e dentro dos programas de residência, pois a concepção da política de saúde de humanização está presente nas grades curriculares, logo, deve estar sendo manifestada no trabalho em saúde. Além disso, apesar da residência ser

muito intensa no quesito “estressores”, ela acontece num período de dois anos, então, por questão de tempo para acontecer a despersonalização, seja mais difícil o seu aparecimento e identificação de sintomas. O burnout surge e se desenvolve de forma lenta e progressiva, por isso alerta que os sintomas são difíceis de serem notados, principalmente, no início da doença

Neste estudo, percebeu-se uma piora na qualidade de vida em todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) a partir da escala WHOQOL Bref. Foi percebida uma piora maior no domínio psicológico (55,5 - \pm 13,97), seguida do domínio meio ambiente (56,74 - \pm 13,66), físico (59,57 - \pm 13,14), e o menos comprometido foi relações sociais (60,1 - \pm 17,7). Moreira (2016) realizou um estudo transversal, de caráter exploratório, descritivo e quantitativo com 60 residentes o qual preencheram o questionário WHOQOL Bref. Foram obtidos resultados semelhantes os quais também indicaram repercussões negativas ao longo dos dois anos da residência, os residentes apresentaram um comprometimento menor nas relações sociais.

Outros estudos também pesquisaram a respeito da qualidade de vida dos residentes utilizando outros instrumentos, como Sanches (2016) que realizou uma pesquisa com 18 residentes multiprofissionais da UFMS a qual apontou uma piora progressiva do índice de qualidade de vida dos alunos, utilizando o Short Form 36 (SF36). Neste estudo, foi identificado piora nos itens de aspectos físicos, dor, vitalidade e saúde mental. Em estudo longitudinal de Dóro (2018) com 49 residentes multiprofissionais, também foi utilizado o SF36 que apontou uma piora progressiva do índice de qualidade de vida dos alunos, principalmente no aspecto emocional e na vitalidade.

Assim, os resultados encontrados neste estudo relacionado à piora na qualidade de vida, podem ser explicados pela intensa jornada de trabalho, aumento de responsabilidades, quantidade de atividades teórico-práticas e pouco tempo disponível para a realização do trabalho de conclusão da residência. O maior comprometimento no domínio psicológico pode estar associado à falta de tempo para lidar com os próprios problemas e sentimentos, à alta cobrança pelos próprios resultados profissionais, às relações de trabalho e às expectativas para o futuro. O domínio menos comprometido foi o de relações sociais que pode estar relacionado ao fato da maior parte dos residentes residir com sua família e ter um apoio emocional e financeiro. Além de vínculos que são construídos dentro da residência pela convivência dos residentes, assim, permitindo que haja apoio e compreensão, visto que estão vivendo fases profissionais parecidas. Isso é evidenciado, pelo fato de 50 residentes terem respondido estar satisfeitos com as relações interpessoais.

No presente estudo, os transtornos mentais menores tiveram associação significativa com a qualidade de vida. Quanto à correlação de Pearson, neste estudo, foi identificada forte correlação inversa com o domínio psicológico da qualidade de vida. Isso significa que quanto pior a qualidade de vida no domínio psicológico, maior o índice dos transtornos mentais menores. Não foram encontrados estudos com residentes que busquem associação entre transtornos mentais menores com a qualidade de vida.

Também foi identificada associação significativa entre a dimensão de exaustão emocional com a qualidade de vida. Já o domínio de realização profissional, foram encontradas associações significativas com os domínios físico e ambiental da qualidade de vida. E a dimensão de despersonalização não teve associação significativa. A correlação de Pearson apresentou correlação inversa moderada entre a variável exaustão emocional de burnout e o domínio físico da qualidade de vida. Esse resultado pode ser explicado, pelo fato dos residentes terem uma alta carga horária e muitas demandas, assim, sobra pouco tempo para outras atividades, como até mesmo o próprio descanso, o que pode gerar um desgaste físico. Nas demais dimensões de burnout e domínios da qualidade de vida, não foram encontrados resultados significativos.

Na pesquisa de Dóro (2018) com 49 residentes, foi pesquisada a interrelação entre a síndrome de burnout e qualidade de vida, ele utilizou os instrumentos IMB e SF36 em quatro momentos. Foi verificado forte correlação entre a variável vitalidade de qualidade de vida e o domínio de burnout de exaustão emocional nas quatro etapas de aplicação do estudo. Na variável saúde mental constatou-se forte correlação com todos os índices da etapa inicial do segundo ano, com correlações negativas para a dimensão Exaustão Emocional e Despersonalização e correlação positiva para a dimensão Diminuição do Sentimento de Realização Profissional e Pessoal no Trabalho. Ainda, para o final do primeiro ano, foi possível observar forte correlação negativa para a dimensão Exaustão Emocional com os domínios Saúde Mental e Aspectos Emocionais.

Exposições significativas de alta demanda emocional no ambiente de trabalho pode levar à Síndrome de Burnout que é definida como um estado físico e mental de extenuação. A Síndrome acontece quando há a seguinte tríade: alta exaustão emocional, alta despersonalização e baixa realização profissional (MENDANHA, HENRIQUE; 2018).

Neste estudo não apareceu nenhum caso da síndrome de burnout. Entretanto, é importante atentar para ela, visto que pode estar relacionada com indicadores autorrelatados de insatisfação pessoal, incluindo exaustão física, insônia, aumento do uso de álcool e drogas, problemas conjugais e familiares. Torna-se importante atentar para os sintomas, mesmo que

não tenha aparecido a síndrome, visto que os residentes já apresentam alguns dos sintomas. Além de muitos, já apresentarem transtornos mentais menores, o que indica um grande sofrimento psíquico, uma vez que é evidenciado pela forte correlação inversa com o domínio psicológico da qualidade de vida. Essas sintomatologias, além de ser um risco para o desenvolvimento da síndrome de burnout, também reflete de forma negativa nas atividades diárias e relacionamentos interpessoais, comprometendo o trabalho e a própria formação em saúde. Além disso, acredita-se que as pessoas com maior propensão de desenvolver o burnout são aquelas que dão o seu desempenho máximo, isto, a longo prazo, pode gerar um esgotamento (MENDANHA, HENRIQUE; 2018). Os residentes, como na sua grande maioria, são recém-formados, eles chegam cheios de energia, querendo dar o seu melhor, com novas ideias e tentando modificar o que está desatualizado, preconizando o que aprenderam na universidade. Entretanto, podem encontrar barreiras para a execução das suas ideias, o que pode causar sentimentos negativos, de impotência e frustração, esses sentimentos podem ser aumentados pelo cansaço físico e pouco espaço para trabalhá-los.

Foi possível perceber, neste estudo, que muitos residentes apresentam sofrimento psíquico, em contrapartida, 56 (59,6%) residentes estão satisfeitos com a residência. Isso pode ser explicado, pelo fato da residência ser significativa no aperfeiçoamento de um profissional, além de qualificar o currículo, afinal, é considerada uma pós-graduação *lato sensu*, logo, é notória a importância de se realizar uma residência, pois visa à preparação do profissional de saúde para trabalhar na concepção dos princípios e diretrizes do SUS de forma interdisciplinar, preparando os profissionais para diferentes desafios nos campos de atuação, assim, possibilitando atendimentos qualificados em diferentes níveis de complexidade.

Sendo assim, a residência contribui para a formação do profissional, entretanto, é imprescindível pensar na saúde do residente, pois o aprendizado em algo que se escolheu, não deveria acontecer mediante o adoecimento psíquico. Torna-se importante prevenir os prejuízos à saúde que podem estar relacionados às vivências da residência multiprofissional, a fim de diminuir possíveis consequências no aprendizado e na qualidade de vida dos residentes, visto que estes danos também podem interferir no trabalho e organização do mesmo, nas relações interpessoais e no atendimento aos usuários.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência é considerada uma pós-graduação *lato sensu*, realizada em regime de dedicação exclusiva que se perfaz 60h/semanais num período de dois anos. Realizar uma residência é o desejo de muitos profissionais que almejam uma boa qualificação profissional, afinal, a residência é uma oportunidade de formação remunerada, assim, podendo preparar os profissionais de forma teórica e prática para os diferentes desafios que podem aparecer no campo de trabalho.

Entretanto, a partir deste estudo, foi possível perceber baixos escores de qualidade de vida, um alto índice de transtorno mental menor e a presença de sintomas que caracterizam exaustão emocional. Além de terem sido identificados residentes em sofrimento psíquico grave, como o risco de suicídio. Foi verificado que quanto pior a qualidade de vida no domínio psicológico, maior o índice de transtorno mental menor. Nenhum residente foi diagnosticado com a síndrome de burnout, pois para caracteriza-la, é necessário apresentar as três dimensões: alta exaustão emocional, baixa realização profissional e alta despersonalização. Entretanto, muitos residentes, já apresentam a sintomatologia inicial, o que indica risco para o aparecimento da mesma.

Os resultados encontrados podem estar associados à alta carga horária da residência, a muitas demandas, a falta de tempo para realizar as atividades da residência e atividades de lazer e às relações dentro do programa de residência. Além do residente, ser, na sua grande maioria, recém-formado e entrar no curso com muitas expectativas, assim, podendo se frustrar e não ter tempo para trabalhar este sentimento de forma adequada.

Sendo assim, diante dos resultados encontrados, é importante salientar a importância de ser pensadas estratégias de prevenção para essas condições de saúde mental e preservação da qualidade de vida em cada instituição formadora, uma vez que, nesta pesquisa, os residentes estão em grande sofrimento psíquico que foi correlacionado de forma inversa à qualidade de vida. Isso não só é prejudicial à saúde do residente, como também pode interferir no aprendizado do trabalhador, no próprio trabalho em campo e na sua organização, nas relações interpessoais e no atendimento ao usuário.

Este trabalho foi realizado a partir de uma coleta de dados em um único momento, metade do primeiro e do segundo ano da residência, assim, não foi possível acompanhar o início, meio e fim da residência, o que poderia contribuir com os resultados aqui encontrados, logo, houve limitações. Assim, a partir da compreensão da relevância desta discussão, sugere-

se que mais pesquisas relacionadas ao tema sejam realizadas, para que seja possível estratégias que minimizem os efeitos das exigências para o residente multiprofissional em saúde.

REFERÊNCIAS

_____. Agência IBEG Notícias: Estatísticas de Gênero: responsabilidade por afazeres afeta inserção das mulheres no mercado de trabalho. **Estatísticas Sociais**. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20232-estatisticas-de-genero-responsabilidade-por-afazeres-afeta-insercao-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho>>. Acesso em 14 de nov de 2019.

_____. Lei n. 11.121, de 25 mai. 2005. Institui o Dia Nacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mai./2005.

_____. Lei nº 11.129/2005, de 30 de jun. de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, jun./2005.

_____. OMS: empresas devem promover saúde mental de funcionários no ambiente trabalho. **Organização das Ações Unidas no Brasil**. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/oms-empresas-devem-promover-saude-mental-de-funcionarios-no-ambiente-trabalho/>>. Acesso em 30 de set. de 2018.

_____. OMS: Promoción de la salud. **Organización Mundial de la Salud Glossário**. Ginebra. 1998. Encontrado em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>>. Acesso em 12 de novembro de 2019.

_____. QUALIDEP. Projeto Whoqol- BREF. Encontrado em: <<https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref/50-qualidade-de-vida/euroqol/instrumentos/50-whoqol-bref>>. Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. Qualidade de vida no trabalho. **Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1394:qualidade-de-vida-no-trabalho&Itemid=685>. Acesso em 13 de outubro de 2018.

_____. Saúde do Trabalhador. **Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=688> Acesso em 29 de setembro de 2018.

_____. Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde** Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 29 de setembro de 2018.

_____. SRQ (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE) – QUESTIONÁRIO DE AUTO RELATO. UNESP. Disponível

em: <http://fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/srq_com_escore_para_entrevistador.pdf>. Acesso em 06 de outubro de 2018.

_____. Residência Multiprofissional. **Ministério da Educação**. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>. Acesso em 29 de setembro de 2018.

_____. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 2012.

_____. WHO: A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva (SUI): Division of Mental Health. **Health World Organization**. 1994. Encontrado em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61113/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf;jsessionid=AAFE07FF1072CF68FAE905CAD04661B1?sequence=1>. Acesso em 14 de nov de 2019.

ALMEIDA, M.; GUTIERREZ, G.; MARQUES, R. Qualidade de vida, definições, conceitos e interfaces com outras áreas. São Paulo. **Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP**, 2012.

AMARO, F. A. T.; SASS, S. D. Um Estudo Sobre a Singularidade do Adoecimento Psíquico. **Horizonte Científico**. v. 7, n. 1, 2013.

BRASIL. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Legislação em Saúde do Trabalhador**. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/legislacao-saude-trabalhador>>. Acesso: em 30 de setembro de 2018.

CARVALHO, C. N.; MELO-FILHO, D. A.; CARVALHO, J. A. G.; AMORIM, Ana Carla Guedes de. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr.**, 2013.

CASANOVA, I.; BATISTA, N.; MORENO, L. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, 2017.

CAVALCANTI, I. L.; LIMA, F. L. T. de; SOUZA, T. A.; SILVA, M. J. S. da. Burnout e depressão em residentes de um Programa Multiprofissional em Oncologia: estudo longitudinal prospectivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. 42 (1) : 188-196; 2018.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013.

DÓRO, M. P.; ZAMPIROM, K.; OKUMURA, I. M.; ANDRZEJEVSKI, V. M. S.; LOLLATO, G. A.; ANTONECHEN, A. C.; LEVISKI, B. L.; SILVA, R. L. G. da; RAMOS, V. C.; AMARAL, D. J. C. Interrelação entre Qualidade de Vida, Resiliência e Síndrome de Burnout: estudo longitudinal com residentes multiprofissionais. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, 12(1), 83-100, dez, 2018.

DUARTE, E.; EBLE, L.; GARCIA, L. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol. 27, núm. 1, mar. 2018.

FALCO, C. B.; FABRI, J. M. G.; OLIVEIRA, E. B.; SILVA, A. V.; FARIA, M. G. A.; KESTENBERG, C. C. F.; Transtornos mentais comuns em residentes de enfermagem: uma análise a partir do Self Reporting Questionnaire. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2019.

FÉLIX, T. A.; OLIVEIRA, E. N.; LOPES, M. V. O.; PARENTE, J. R. F.; DIAS, M. S. A.; MOREIRA, R. M. M. Fatores de Risco para Tentativa de Suicídio: Produção de Conhecimento no Brasil. **Revista Contexto & Saúde**. Unijuí. vol. 16, n. 31. 2016.

FERNANDES, M. N. S.; BECK, C. L. C.; WEILLER, T. H.; COELHO, A. P. F.; PRESTES, F. C.; DONADUZZI, D. S. S.; Satisfação e Insatisfação de Residentes Multiprofissionais em Saúde na Perspectiva da Formação. **Rev baiana enferm.** 31(3):e18344. 2017.

FERNANDES Marcelo N.S. et al. Sofrimento e Prazer no Processo de Formação de Residentes Multiprofissionais em Saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36(4), p. 90-97, dez./2016.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs). Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde Brasil. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 23-34

FILHO, N. C. A.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. 2017.

GAUJEJAC, V. **Gestão como Doença Social; Ideologia, Poder Gerencialista e Fragmentação Social**. São Paulo. Editora Ideias e Letras. 3ª edição. 2007.

JUNIOR, N. S. R.; RIBEIRO, C. V. S.; Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília. 11(3), 193-215, 2017 - Epub mar, 2018.

LAHNI, C. R.; AFONSO, J. N. Publicidade e relações de gênero: nos 40 anos do Ano Internacional da Mulher, reflexões a partir de anúncio da Heineken. Vol. 17. Número 42. **Rev. Estud. Comun.** Curitiba. 2016.

LAUTERT, L. O desgaste profissional do enfermeiro. 1995. 275f. **Tese (Doutorado em psicologia).** Salamanca: Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, 1995. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/11028>> Acesso em: 13 nov 2019.

MENDANHA, M. H. BERNARDES, P. F.; SHIOZAWA, P. **Desvendando o bur-nout: uma análise interdisciplinar da síndrome do esgotamento profissional.** LTr. SP, Brasil. 2018.

GAUJEJAC, V. **Gestão como Doença Social; Ideologia, Poder Gerencialista e Fragmentação Social.** São Paulo. Editora Ideias e Letras. 3ªedição. 2007.

MIOTO, R.C.T; ALVES, F.L; CAETANO, P.S; DAL PRÀ, K. G. As Residências Multiprofissionais em Saúde: A Experiência da Universidade de Santa Catarina. In: **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP v. 1,1 n. (2) 14 p. 185 – 208 jul/dez 2012.

MOREIRA, A. P. F.; PATRIZZI, L. J.; ACCIOLY, M. F.; SHIMANO, S. G. N.; WALSH, I. A P. Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online).** 2016.

PINHO L.M.G; GARCIA V.L.; NOGUEIRA-MARTINS M.C.F. Implementação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, p. 19 (2), p. 106-114, abr./jun 2017.

SANCHES, V. S.; FERREIRA, P. M.; VERONEZ, A. V.; KOCH, R.; SOUZA, A. S.; CHEADE, M. F. M.; CHRISTOFOLETTI, G. Burnout e Qualidade de Vida em uma Residência Multiprofissional: um Estudo Longitudinal de Dois Anos. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 2016.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M. de.; PINHO, P. S. ; SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Rev Baiana Saude Publica Miolo**. Vol. 34, núm.3. 2011.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **In: Revista Katálysis**, Florianópolis, v.21, n. 1, p. 200 – 209, jan/abr. 2018.

SILVA, M. P. da; BERNARDO, M. H.; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 2016.

SILVA, J. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, 28 mar, abr/2015.

SOARES, L. R.; LOPES, T. M. O.; SILVA, M. A. O.; RIBEIRO, M. V. A.; JÚNIOR, M. P. A.; SILVA, A. A.; ALVES, R. F.; BUENO, T. G. G.; SALGADO, T. A.; CHEN, L. C. Burnout e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 36 (1) : 77 – 82 ; 2012.

SOUZA, Á. K. S.; MARIA, Anderson Leandro. Síndrome de burnout em diferentes áreas profissionais e seus efeitos. **Rev. Acta Brasileira do Movimento Humano**. Vol.6, núm.3, 2016.

VASCONCELLOS, L. C. F. de; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, vol. 41, núm. 113, 2017.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H.; TAVARES, M. F. L.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSÉS, N. M. N. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro. N.45, maio 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto CAAE 08991719.4.0000.5327

Título do Projeto: Saúde Psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as implicações da saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos na qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde. Esta pesquisa está sendo realizada por diferentes áreas vinculadas ao Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder a um questionário com perguntas objetivas sobre sintomas de exaustão emocional, de ansiedade, depressão, estilos de vida, hábitos de rotina e uso de medicamentos. Para responder a esses questionários você utilizará em torno de 30 minutos. Alguns participantes serão sorteados também para responder a uma entrevista semiestruturada com gravação em áudio sobre o processo de trabalho na residência multiprofissional. Essa entrevista tem duração aproximada de 40 minutos. Esses procedimentos serão realizados em local e horário de sua preferência e disponibilidade.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: estar suscetível a possíveis lembranças ou sentimentos desconfortáveis que possam surgir durante preenchimento do questionário e/ou da entrevista. Caso exista algum desconforto maior, você poderá interromper a participação e, se necessário, poderá ser encaminhado para atendimento especializado. O tempo necessário para participação na pesquisa poderá causar desconforto.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: obter informações relacionadas à saúde e qualidade de vida dos residentes, uma vez que poderão subsidiar avanços ao conhecimento científico ou apontar pontos para melhorias no processo de trabalho da residência multiprofissional.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo com a instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Daiane Dal Pai, pelo telefone (51) 98412.4620, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS.**

Sexo:	(1) Feminino (2) Masculino
Data de Nascimento:	____/____/____
Cor da Pele:	(1) Negra (2) Parda (3) Branca (4) Outra
Escolaridade (em anos de estudo completos e aprovados):	____ anos
Situação conjugal:	(1) Solteiro (a), viúvo (a) ou sem companheiro (a) (3) Casado (a) ou com companheiro (a)
Número de filhos:	Com quem reside:
Você convive com alguma doença (HAS, DM, Asma, Depressão, etc)? _____	
Categoria profissional: (1) Assistente Social (2) Enfermeiro (3) Farmacêutico (4) Fisioterapeuta (5) Nutricionista (6) Psicólogo (7) Ed. Físico (8) Fonoaudiólogo (9) Terapeuta Ocupacional	
Ano atual da residência: () R1 () R2	
Data (mês e ano) de ingresso na residência: ____/____	
Área de concentração: <input type="checkbox"/> Adulto crítico <input type="checkbox"/> Atenção básica em saúde <input type="checkbox"/> Atenção cardiovascular <input type="checkbox"/> Atenção integral ao paciente adulto cirúrgico <input type="checkbox"/> Atenção integral ao usuário de drogas <input type="checkbox"/> Atenção materno infantil <input type="checkbox"/> Controle de infecção hospitalar <input type="checkbox"/> Onco-hematologia <input type="checkbox"/> Saúde da criança <input type="checkbox"/> Saúde mental	
Quanto você está satisfeito com a residência? Pouco satisfeito (1)----(2)----(3)----(4)----(5) Muito Satisfeito	
Como você avalia os relacionamentos interpessoais no seu local de trabalho? Pouco satisfeito (1)----(2)----(3)----(4)----(5) Muito Satisfeito	
Quantos dias você precisou se ausentar do trabalho no último ano? _____	

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde

Pesquisador: Daiane Dal Pai

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08991719.4.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.313.748

Apresentação do Projeto:

Trata-se de delineamento de métodos mistos, do tipo concomitante. Serão convidados a participar da primeira etapa do estudo (de abordagem quantitativa transversal e prospectiva) todos os residentes (n=109) do primeiro e segundo ano (R1 e R2) matriculados em 2019 em um dos programas de residência multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e da segunda etapa (de abordagem qualitativa exploratório-descritiva) dez residentes (n=10) selecionados por sorteio. Os residentes serão convidados a responder instrumento que contempla variáveis sociodemográficas, laborais, estilo de vida, alimentação e uso de substâncias e automedicação, bem como o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), Maslach Burnout Inventory (MBI), International Physical Activity Questionnaire short form (IPAQ) e WHOQOL-bref. As informações que darão origem aos dados qualitativos da pesquisa serão provenientes da aplicação de entrevista semiestruturada gravada em áudio. Os dados quantitativos serão submetidos à estatística descritiva e analítica, as informações qualitativas à análise de conteúdo temática e, esses achados serão confrontados para responder ao objetivo do estudo. Os participantes serão convidados a participar do estudo por meio da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e serão atendidas prerrogativas éticas para pesquisas com seres humanos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo gera: Analisar as implicações da saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos na

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 3.313.748

qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

Objetivos específicos:

Abordagem quantitativa:

- Caracterizar os residentes multiprofissionais em saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre segundo variáveis sociolaborais
- Mensurar burnout, distúrbios psíquicos, estilo de vida (alimentação, controle do peso e atividade física), uso de medicamentos e qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;
- Verificar associação entre a saúde psíquica e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;
- Verificar associação entre o estilo de vida (alimentação, controle do peso e atividade física) e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;
- Verificar associação entre o consumo de medicamentos e substâncias psicoativas e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde;

Abordagem Qualitativa:

- Conhecer as percepções de profissionais da residência multiprofissional sobre o seu processo de trabalho e as implicações na sua qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores,

Riscos: Como possíveis riscos mínimos se destaca o desconforto relacionado à aplicação dos questionários, não havendo conhecimento de qualquer outro risco relacionado.

Benefícios: Como benefício destaca-se a colaboração no projeto de pesquisa para obter se conhecimento sobre a saúde e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com objetivo de analisar as implicações da saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos na qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

Critério de Inclusão: Será considerado critério de inclusão ser residente multiprofissional do HCPA

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 3.313.748

e ter ingressado na residência em 2018 e 2019 e estar matriculado em 2019 como R1 ou R2 em algum dos programas: Adulto Crítico, Atenção Básica em Saúde, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Atenção Materno Infantil, Controle de Infecção Hospitalar, Onco-Hematologia, Saúde da Criança e Saúde Mental.

Critério de Exclusão: Serão considerados critérios de exclusão: o residente estar em período de férias, atestado ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE apresentado.

Recomendações:

Não foi localizado o documento de ciência de realização da pesquisa por parte da COREMU. Sugerimos que o mesmo seja adicionado como notificação na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 3.215.946 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 25/04/2019. Não apresenta novas pendências. Ver recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 25/04/2019 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 134 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 3.313.748

à versão vigente aprovada.

d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.

e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1293369.pdf	25/04/2019 16:15:59		Aceito
Outros	CartaRespostaCEP.pdf	25/04/2019 16:15:11	Daiane Dal Pai	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEditado.pdf	25/04/2019 16:14:32	Daiane Dal Pai	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCRajustadoCEP.pdf	25/04/2019 16:14:11	Daiane Dal Pai	Aceito
Declaração de Pesquisadores	delegaFuncoes.pdf	04/02/2019 22:32:00	Daiane Dal Pai	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoRIMS.pdf	04/02/2019 16:58:02	Daiane Dal Pai	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Maio de 2019

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: WHOQOL BREF

Instruções: 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	--	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 e 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

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: SRQ-20 (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE) – QUESTIONÁRIO DE AUTO RELATO

Responda as seguintes perguntas a respeito da sua saúde considerando os últimos 30 dias:

1	Tem dores de cabeça frequentes?	() Sim [1]	() Não [0]
2	Tem falta de apetite?	() Sim [1]	() Não [0]
3	Dorme mal?	() Sim [1]	() Não [0]
4	Assusta-se com facilidade?	() Sim [1]	() Não [0]
5	Tem tremores de mão?	() Sim [1]	() Não [0]
6	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	() Sim [1]	() Não [0]
7	Tem má digestão?	() Sim [1]	() Não [0]
8	Tem dificuldade para pensar com clareza?	() Sim [1]	() Não [0]
9	Tem se sentido triste ultimamente?	() Sim [1]	() Não [0]
10	Tem chorado mais do que de costume?	() Sim [1]	() Não [0]
11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() Sim [1]	() Não [0]
12	Tem dificuldades para tomar decisões?	() Sim [1]	() Não [0]
13	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	() Sim [1]	() Não [0]
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() Sim [1]	() Não [0]
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?	() Sim [1]	() Não [0]
16	Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	() Sim [1]	() Não [0]
17	Tem tido ideias de acabar com a vida	() Sim [1]	() Não [0]
18	Sente-se cansado(a) o tempo todo?	() Sim [1]	() Não [0]
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	() Sim [1]	() Não [0]
20	Cansa-se com facilidade?	() Sim [1]	() Não [0]

**ANEXO D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: INVENTÁRIO MASLACH
BURNOUT INVENTORY**

3- INVENTÁRIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)								
INSTRUÇÕES: por favor, responda com o que mais se aproxima de sua condição atual:		Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
G.1	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.2	Eu me sinto como se eu estivesse no meu limite.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.3	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.4	Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.5	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.6	Eu me sinto esgotado com meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.7	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.8	Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.9	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um esforço para mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.10	Eu me sinto muito cheio de energia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.11	Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com a minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.12	No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.13	Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.14	Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.15	Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.16	Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.17	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.18	Eu sinto que os clientes me culpam por alguns de seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.19	Eu sinto que eu trato alguns de meus clientes como se eles fossem objetos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.20	Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G.21	Eu acho que este trabalho esta me endurecendo emocionalmente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

G.22	Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus clientes.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
------	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----