

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE
PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

RAQUEL LAUTENCHLEGER

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A
RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

Porto Alegre, 2019

RAQUEL LAUTENCHLEGER

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A
RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

**Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Programa de residência Multiprofissional Em Saúde
Atenção Básica Em Saúde
Orientadora: Prof. Dra. Daiane Dal Pai
Co-orientadora: Tatiana Von Diemen**

Porto Alegre, 2019

LISTA DE ABREVIATURAS

AINEs - Antiinflamatórios não esteroidais
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
R1 - Residente do primeiro ano
R2 - Residente do segundo ano
SPSS - Programa Statistical Package for the Social Sciences
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR - Trabalho de Conclusão de Residência
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Apresentação do tema.....	5
1.2 Justificativa.....	8
1.3 Questão norteadora.....	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 O trabalho em saúde.....	10
2.2 Desafios do trabalho multidisciplinar.....	11
2.3 Contexto da residência multidisciplinar em saúde.....	12
2.4 Uso de substâncias psicoativas por profissionais da saúde.....	13
2.5 Automedicação e sua prática por estudantes e profissionais de saúde.....	15
2.6 O trabalho e a saúde de residentes.....	18
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 MÉTODO	21
4.1 Cenário de estudo.....	21
4.2 Delineamento do estudo.....	21
4.3 População e amostra.....	21
4.4 Critérios.....	22
4.4.1 Critérios de inclusão.....	22
4.4.2 Critérios de exclusão.....	22
4.5 Coleta de dados.....	22
4.6 Análise de dados.....	23
4.7 Aspectos éticos do estudo.....	23
5 RESULTADOS.....	25
6 DISCUSSÃO	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXO 1 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	51
APÊNDICE 1 Termo de consentimento livre e esclarecido.....	55
APÊNDICE 2 Questionário sobre estilo de vida.....	56
APÊNDICE 3 Questionário sobre os dados sociolaborais, consumo de substâncias psicoativas e medicamentos.....	57
APÊNDICE 4 Instrumento WHOQOL-bref.....	62

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de saúde, que abrange desde ações básicas até as mais complexas, garantindo integralidade e universalidade para a população brasileira. O SUS proporciona o acesso universal ao sistema de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, é um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida (BRASIL 1990).

Desde a sua criação e regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e a Lei Complementar nº 8142/90, o SUS enfrenta alterações associadas a práticas de saúde, tensionando a reestruturação do modelo de saúde no Brasil, prevendo ações programadas e atenção assistencial por uma equipe de saúde multiprofissional (FERNANDES 2013). Simultaneamente a esses princípios, também há uma mudança na concepção do que é saúde – antes sendo vista como ausência de doenças, com uma lógica curativista e focada na relação médico paciente, passa a ser entendida como resultado das condições de vida da população que envolve os aspectos culturais, econômicos e biológicos (SALVADOR, TERRA, ARÊAS, 2015).

Diante desses desafios, torna-se necessário vislumbrar a formação dos profissionais de saúde. Ainda que as instituições formadoras tenham iniciado um ensino mais crítico e reflexivo, essas medidas se afastam da prática com o modelo pedagógico biomédico centrado, fragmentado e especializado. É necessário que os profissionais estejam envolvidos com práticas inovadoras e aplicáveis para o cuidado e atenção ao paciente. Os serviços de saúde, no que lhe concerne, não há muitos investimentos na qualificação dos profissionais que já atuam no serviço, colaborando ainda mais para a divergência de preceitos (PINHO et al., 2017). É necessária uma formação integral que leve em consideração a assistência, que associe teoria e prática, privilegiando a abordagem centrada no ser humano, reconhecimento da pesquisa e o compromisso social do ensino na área da saúde (FERNANDES 2016).

A equipe multidisciplinar em saúde é formada por profissionais, de diversas áreas, que trabalham em conjunto em busca do melhor e mais completo serviço para o paciente. Transcendendo as individualidades de cada profissão, sem deixar de lado as

especificidades de cada serviço, e projetando a valorização do trabalho em equipe, tem-se um compromisso cooperativo em ações de saúde direcionadas à população (CASANOVA et al., 2016).

As perspectivas do trabalho multidisciplinar devem agregar-se às necessidades do serviço e o modelo assistencial, considerando os princípios e diretrizes do SUS, tendo como prioridade o paciente em questão (PINHO et al., 2017). A troca de saberes entre os profissionais na equipe, transformando o conhecimento individual na prática coletiva e aplicável é bastante significativa, além de contribuir para o conhecimento individual (CASANOVA et al., 2016). Priorizando-se a equipe multidisciplinar e inserção de cenários de aprendizagem que integre a teoria com a prática, há uma abordagem mais resolutiva e integral no cuidado (SILVA et al., 2011). Assim, desde 2005, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde desenvolveram em parceria a proposta da residência multiprofissional, uma modalidade de pós-graduação com práticas multiprofissionais e multidisciplinares.

Com a finalidade de viabilizar a 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 aposta na visualização da multicausalidade das enfermidades individuais e coletivas, contextualizando o indivíduo em *habitat* (SILVA et al., 2015). Articulando o trabalho e a educação em saúde, conforme segue a proposta da residência, cria-se mais um espaço de estímulo, produção e solidificação dos conhecimentos e habilidades. Assim, a residência multiprofissional possui potencial para a formação de profissionais com novo olhar em saúde, contribuindo para sobressair-se da fragmentação imposta pelo modelo biomédico centralizado e colaborando para visualização global do paciente (PINHO et al., 2017).

Contudo, muitas vezes, na rotina de trabalho, há uma grande exigência e pressão sob os trabalhadores e sob os residentes, além do constante contato com situações intensas e ao mesmo tempo delicadas, por estar lidando diretamente com questões pessoais e sociais, com a saúde e o contexto social das pessoas e consequentemente com a morte de pacientes (VIEIRA et al., 2013).

A alta carga horária laboral (60 horas semanais) somada às situações tensas diárias e em alguns casos, contabilizados com a inaptidão dos profissionais para enfrentar a rotina de trabalho sem apoio institucional também acarretam em problemas

psicológicos, cansaço e desgaste físico e mental do residente (FERNANDES et al., 2016, RAJ KRISTIN, 2016).

Na literatura encontram-se alguns estudos realizados para avaliação de qualidade de vida dos residentes (BITRAIN et al., 2016, PRADA et al., 2014, RAJ KRISTIN, 2016). Esses estudos relatam que as atividades realizadas são tão intensas que estão diretamente relacionadas com a diminuição da qualidade de vida do residente neste período. Em revisão de literatura foram identificados trabalhos que relatam que o bem-estar do residente é menor do que o bem-estar médio da população e que os próprios residentes consideraram ruim o seu bem-estar (RAJ KRISTIN, 2016).

Substâncias psicoativas podem ser caracterizadas como substâncias que quando administradas no organismo, independente da via usada, causam mudanças nos processos mentais, cognitivos e comportamentais no indivíduo. O uso de substâncias como antidepressivos, ansiolíticas e analgésicas foi referido entre os profissionais de saúde (MACIEL et al., 2017).

O uso de substâncias psicoativas, seja com orientação médica ou não, é uma resposta do trabalhador em relação ao sofrimento vivenciado no trabalho (DIAS et al., 2011). Automedicação também foi fortemente relatada pelos profissionais, principalmente em relação ao consumo de anti-inflamatórios e de analgésicos (VIEIRA et al., 2013). Estudos realizados com profissionais de enfermagem demonstram que a automedicação é praticada visando a minimização do transtorno físico ou psíquico apresentado pelo profissional (BAGGIO M. A., FORMAGGIO M.F. 2009). Profissionais de saúde estão mais suscetíveis a essa prática devido à suas habilidades técnicas e relações interpessoais (TOMASI et al., 2007).

1.2 JUSTIFICATIVA

Atualmente a sociedade demanda uma imensa disposição em relação à carga de trabalho dos profissionais. Os profissionais da área de saúde se tornam alvo de estudos quanto à sua saúde e qualidade de vida, considerando que esses profissionais lidam com situações intensas na sua rotina.

Residentes da área de saúde também enfrentam uma situação similar no dia-a-dia de trabalho, seja relacionado à pressão de superiores e ao despreparo dos profissionais para recebê-los e orientá-los, bem como circunstâncias difíceis na rotina de trabalho. Por outro lado, há inaptidão dos residentes para enfrentar o mundo de trabalho, pois muitos recém saíram da graduação e estão iniciando a prática profissional na residência (FERNANDES et al., 2016, RAJ KRISTIN, 2016).

Residentes médicos e demais profissionais de saúde, pelos motivos citados acima, acabam passando muitas vezes por dificuldades psíquicas. Situações como ansiedade, depressão e dificuldades no sono acabam sendo situações comuns da vida desses profissionais (MACIEL et al., 2017, RAJ KRISTIN, 2006, VIEIRA et al., 2013). Para conseguir lidar com a rotina de trabalho, somadas às condições psíquicas, alguns dos profissionais acabam recorrendo ao uso de substâncias para conseguir superar as circunstâncias no dia-a-dia de trabalho.

Na literatura já existem estudos que retratam o comportamento de profissionais da saúde e de residentes médicos em relação ao consumo de substâncias bem como a relação dessas duas categorias com sua qualidade de vida. Entretanto, há poucos estudos que relatam o comportamento e qualidade de vida dos residentes multiprofissionais (FERNANDES et al., 2016).

O presente trabalho de conclusão da residência visa analisar o comportamento e a saúde dos residentes multiprofissionais em saúde através da quantificação do consumo de medicamentos, prática de automedicação, substâncias psicoativas e a sua relação com a qualidade de vida.

1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Há associação entre o consumo de medicamentos, prática de automedicação, substâncias psicoativas e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde?

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O TRABALHO EM SAÚDE

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, englobando ações básicas às mais complexas, assegurando integralidade e universalidade do cuidado. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, é um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, tendo a saúde com qualidade de vida a essência do SUS (BRASIL, 1990).

O funcionamento e desenvolvimento do SUS depende muito dos trabalhadores que compõem esse sistema. Desde a sua criação e regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e a Lei Complementar nº 8142/90, o SUS enfrenta alterações associadas a práticas de saúde, tensionando a reestruturação do modelo de saúde no Brasil (FERNANDES et al., 2016).

Nos dias atuais, o mercado de trabalho demanda trabalhadores com novas habilidades e competências, destacando o desafio da atuação em equipe, do uso de metodologias ativas e participativas e do cuidado integral, humanizado e singular à situação do indivíduo. Uma forma de incentivar os profissionais atuantes à essa formação é por meio da participação em encontros e atividades educativas, favorecendo aquisição e aperfeiçoamento de tais habilidades e competências (FERNANDES et al., 2016). Apesar da importância do aperfeiçoamento após a formação, muitas instituições demonstram resistência à essa prática (PINHO et al., 2017).

A forma de ensino clínico no Brasil e no mundo tem sido questionada pelos profissionais da área da saúde, pelos meios de comunicação e pela sociedade em geral. Ainda que centros universitários tenham iniciado um ensino mais introspectivo, essas medidas se distanciam da prática vivenciada, onde prevalece com o modelo biomédico centrado, fragmentado e especializado (FERNANDES et al., 2016).

É de extrema importância que todos profissionais estejam envolvidos com práticas multiprofissionais e apropriados para o cuidado e atenção ao paciente, já que cada especialidade pode colaborar sinergicamente para a saúde de cada indivíduo. É necessária uma formação integral que leve em consideração as atividades assistenciais, associando teoria e prática, priorizando a abordagem centrada no ser humano, reconhecimento da pesquisa e o compromisso social do ensino na área da saúde (FERNANDES et al., 2016).

2.2 DESAFIOS DO TRABALHO MULTIDISCIPLINAR

A equipe multidisciplinar é composta de diversos profissionais, de diversas áreas que atuam juntos no cuidado do paciente. Cada profissional transpassa suas peculiaridades, sem esquecer-se das particularidades de cada ofício, oferecendo ao indivíduo o conhecimento prático e aplicável. O compartilhamento de conhecimentos entre as diferentes profissões inova o conhecimento individual na prática grupal (CASANOVA et al., 2016). Os interesses do trabalho multidisciplinar se somam aos deveres do serviço, levando em conta os princípios do SUS e a singularidade de cada usuário (PINHO et al., 2017). Priorizando-se a equipe multidisciplinar e inserção de cenários de aprendizagem que integre a teoria com a prática, há uma abordagem mais resolutiva e integral no cuidado (SILVA et al., 2011).

Profissionais que já tiveram a experiência do trabalho multidisciplinar relatam que a integração entre as profissões é uma troca de saberes prazerosa e enriquecedora (PINHO et al., 2017). Segundo Casanova et al (2016), a experiência do trabalho multidisciplinar foi transformadora e enriquecedora para a prática assistencial para residentes multiprofissionais.

Por vezes, o ensino pode não se tornar aliado do trabalho multidisciplinar. Encontram-se diversas dificuldades por parte dos professores nas instituições formadoras, pela carência de novos métodos de aprendizagem e práticas, valorização do corpo-docente e dificuldades orçamentárias, barrando a implementação de um ensino mais amplo, humanizado e crítico (BARR et al., 2018). Assim, logo no início de carreira desses profissionais, já se encontram obstáculos para o funcionamento e desenvolvimento da equipe multidisciplinar, já que, muitas vezes, não houve incentivo durante a formação profissional para esse tipo de prática (FERNANDES et al., 2016).

Por vezes os estudantes ou profissionais recém-formados podem até ter uma visão ampliada de saúde, porém alguns trabalhadores não compartilham do mesmo princípio, dificultando a viabilidade e execução das atividades (PINHO et al., 2017). Além disso, algumas instituições não oferecem grande variedade de cursos e especializações para os colaboradores, impossibilitando que o profissional formado se permita aprender novas metodologias e habilidades para aplicação na assistência (FERNANDES et al., 2016). Este montante de fatores corrobora para que ocorra um impasse no desenvolvimento do trabalho multidisciplinar.

2.3 CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

A residência multiprofissional em saúde 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 residência multiprofissional 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 forma de capacitação em serviço (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 o trabalho na rede de atenção em saúde (PINHO et al., 2017). A articulação em rede de saúde pode ser muito complexa e trabalhosa, dificultando sua aplicação prática. Muitas vezes, situações complexas e desfavoráveis vivenciadas no

processo de formação, acabam servindo de exemplo para outros momentos presenciados na realidade de trabalho no futuro.

2.4 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Substâncias psicoativas são substâncias que quando administradas no organismo, independente da via usada, causam mudanças nos processos mentais, cognitivos e comportamentais no indivíduo. As substâncias ilícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção e comercialização constituem crime, como a maconha, inalantes/solventes, cocaína, crack, dentre outras. As drogas lícitas são substâncias psicoativas ou psicotrópicas cuja produção, comercialização e consumo não constituem crime, destacando-se o álcool, medicamentos psicoativos e o tabaco (BRASIL 2017). É importante atentar para os efeitos dessas substâncias, pois dependendo da forma e quantidade que é usada, pode trazer muitos malefícios à saúde, tanto para quem usa quanto para quem convive com o usuário. Diante desse quadro, o uso de substâncias psicoativas pode interferir diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores e atividades assistenciais (VIEIRA et al., 2013).

Pesquisas feitas com dados obtidos a partir de entrevistas com profissionais da área da enfermagem constataram que é frequente o uso de substâncias psicoativas entre esses trabalhadores. O uso de substâncias psicoativas, como antidepressivos, ansiolíticos e analgésicos foi referido entre esses profissionais de saúde. O uso de substâncias psicoativas, seja com orientação médica ou sem, pode ser uma resposta do profissional relacionada ao sofrimento psíquico vivenciado diariamente no trabalho (DIAS et al., 2011).

Em um outro estudo realizado com profissionais da saúde, onde avaliou-se o estresse, quase 15% dos entrevistados relataram que eram pessoas estressadas por motivos relacionados ao trabalho. Em relação ao uso de medicamentos psicoativos, 37,4% declararam fazer o uso de tranquilizantes ou ansiolíticos. Dos profissionais entrevistados, 29,3% relataram que fazem o uso de medicamentos sem prescrição médica. Em torno 10% dos entrevistados relataram fazer uso de algum psicoativo por questões relacionadas ao trabalho (MACIEL et al., 2017).

A cafeína é uma substância psicoativa alcaloide, da classe das metilxantinas, que atua como um estimulante do sistema nervoso central. A cafeína, em suas diversas formas, é usada para aumentar a função cognitiva e mental em diversas ocasiões entre

indivíduos. Com uma literatura bem consolidada (KILLGORE, 2011; MC LELLAN et al., 2016; TAVARES et al., 2012), a cafeína tem um impacto positivo no estado de alerta do indivíduo. A cafeína promove de maneira eficaz o estado de alerta e a vigilância em indivíduos privados de sono. Porém, estudos mostram que a cafeína exerce pouco impacto em relação a um julgamento complexo e na tomada de decisões importantes (KILLGORE, 2011).

Dentre os efeitos positivos da cafeína, é possível destacar o aumento do estado de vigília e sensação de alerta, que proporciona uma sensação de bem-estar e diminuição da fadiga. Além desses efeitos, a cafeína pode causar alguns efeitos negativos no indivíduo, podendo causar o aumento de secreção gástrica, aumento do refluxo gastroesofágico, aumentar o quadro de ansiedade do indivíduo, angústia e alterações do sono, como insônia. Os efeitos mais comuns do consumo em excesso da cafeína são: ansiedade, taquicardia, irritação, agitação, tremores e inquietação. A cefaleia é o sintoma mais frequente relatado pelos indivíduos. Também ocorre cansaço, fadiga, diminuição do estado de alerta a curto e longo prazo. Em menor grau, pode ocorrer humor depressivo, dificuldade para concentração, irritabilidade e desmotivação para o trabalho (TAVARES et al., 2012).

Alguns estudos têm se dedicado a estudar os efeitos indesejáveis da exposição crônica da cafeína. A ingestão de cafeína não está diretamente relacionada ao desenvolvimento de hipertensão. Apesar causar alterações no metabolismo lipídico e a função endotelial, existe relatos contraditórios sobre se ocorre ou não aumento do risco de doença coronariana. Evidências científicas apontam que a cafeína pode diminuir a densidade óssea. O consumo exagerado e contínuo da cafeína exacerba o refluxo gastroesofágico (TAVARES et al., 2012).

A cafeína aumenta a excitação de uma maneira dose dependente; enquanto que doses baixas podem melhorar o tônus hedônico e reduzir a ansiedade, altas doses aumentam a tensão, sintomas de ansiedade e o nervosismo (STAFFORD et al., 2007). Doses moderadas (100–300mg ou -1,5–3,0mg/kg) normalmente causam o efeito positivo e esperado da cafeína, enquanto doses mais altas (acima de 400 mg ou .55,5 mg/kg) têm maior probabilidade de resultar em ansiedade (MC LELLAN et al 2016), levando em consideração que uma xícara de café costuma ter de 47 a 134 mg de cafeína, dependendo do preparo. As fontes alimentares mais comuns de cafeína são café, chá, chocolate e bebidas derivadas da cola (TAVARES et al. 2012).

Como diversas substâncias, a cafeína é uma substância que apresenta uma certa tolerância. A tolerância é conceituada como a necessidade de administrar uma dose cada vez maior de determinada substância para se obter o mesmo efeito que se obtinha com a dose anterior. A tolerância à cafeína é um fenômeno de instalação rápida e de baixa magnitude. Em humanos, foi demonstrada tolerância em poucos dias aos efeitos sobre a pressão arterial, a frequência cardíaca, a diurese, os níveis plasmáticos de adrenalina e noradrenalina e a atividade da renina, bem como nas alterações do sono (TAVARES et al., 2012).

Em um estudo realizado em Bogotá, capital da Colômbia, foi analisado o uso de substâncias psicoativas por residentes médicos. O consumo de cafeína por este público é maior em relação à média de estudantes de graduação. Além disso, muitos dos entrevistados faziam consumo excessivo de álcool (embriaguez), sendo a maioria do sexo masculino, sendo diferente em relação ao consumo da cafeína, onde há prevalência de consumo pelo sexo feminino (MENDOZA DIANA, 2002).

2.5 AUTOMEDICAÇÃO E A SUA PRÁTICA POR ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A automedicação é o consumo de medicamentos por conta própria ou por indicação de pessoas não habilitadas, para tratamento de doenças cujos sintomas são percebidos pelo usuário, sem a avaliação prévia de um profissional de saúde (ANVISA). No Brasil, cerca de 80% da população pratica a automedicação. Diversos fármacos que deveriam ser utilizados apenas com prescrição são vendidos de forma indiscriminada em farmácias comerciais.

Os hábitos do consumo de medicamentos são afetados positivamente pelas políticas nacionais quando há promoção, regulamentação do suprimento e a disponibilização racional de medicamentos essenciais, levando em consideração o acesso ao diagnóstico e prescrição por profissionais habilitados. O consumo de medicamentos também é influenciado, de uma forma negativa, pelo acesso facilitado e sem barreiras, pela promoção e publicidade de medicamentos, que estimulam o seu uso de forma irracional e desenfreada (NAVES et al., 2010).

Ainda que a automedicação alivie os sintomas, efeitos a curto e em longo prazo prejudiciais à saúde do indivíduo surgem devido à essa prática (SILVA et al., 2013). Os

erros mais comuns que podem desencadear reações de maior complexidade são: medicamento impróprio, dose errada, frequência inadequada, período insuficiente ou demasiado de consumo e combinação inadequada com outros fármacos provocando interação indesejável. Os prejuízos mais frequentes decorrentes da automedicação são: gastos supérfluos, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequados, reações adversas ou alérgicas, intoxicação, agressões ao sistema digestivo e em situações mais graves podendo levar o indivíduo à internação hospitalar ou à morte (PAULO L.C.; ZANINE A.C. et al., 1997).

Profissionais de saúde frequentemente expostos a riscos biológicos, ergonômicos e psicossociais, sendo uma população passível de certas doenças em função do trabalho. Esses fatores contribuem para o alívio de sintomas através da automedicação. Trabalhadores da área da saúde relatam sentirem dores lombares, dores em membros inferiores, estresse, mudança de humor e transtornos do sono, etc. Profissionais de saúde, de diversas áreas, detêm certo conhecimento e tem acesso facilitado à medicamentos, podem representar um grupo com propensão à prática da automedicação (GALVAN M.R.; DAL PAI D.; ECHEVARRIA-GUANILO M.E. 2016). Os profissionais de saúde constituem um grupo vulnerável a essa prática devido à suas habilidades técnicas e relações interpessoais (TOMASI et al., 2007).

A automedicação é praticada por profissionais de enfermagem visando a minimização do transtorno físico ou psíquico apresentado pelo profissional. As principais queixas que motivaram a prática da automedicação entre estudantes e profissionais de enfermagem foram: dor de cabeça, dores em geral, febre, dor de garganta, gripe e resfriado, etc. Dessa forma, na ordem de prevalência estão os medicamentos pertencentes ao grupo de analgésicos ou sua associação com outros grupos como antitérmicos, anti-inflamatórios (BAGGIO M. A., FORMAGGIO M.F. 2009).

Outro estudo realizado com estudantes de enfermagem mostrou que os anti-inflamatórios são o grupo farmacológico mais consumido. Esse mesmo grupo de medicamentos está relacionado a efeitos adversos como dor epigástrica e náuseas (MAGALDI L., ROCAFULL J. 2004). Damasceno e colaboradores (2007), após uma pesquisa com estudantes de graduação das áreas de enfermagem, farmácia e odontologia, relatou que 91,8%, 86,9% e 93,8%, respectivamente praticaram a automedicação nos últimos 6 meses, sendo que 89% dos estudantes sabiam dos perigos

de realizar a automedicação. Os estudantes relataram que os motivos pelos quais houve realização dessa prática foram cefaleia e dores musculares.

Vieira et al (2013) identificou que muitas vezes os trabalhadores recorrem à automedicação para promover o cuidado consigo mesmo. O mesmo estudo indicou que os elementos do ambiente de trabalho de profissionais de saúde podem favorecer o surgimento ou intensificar a gravidade da depressão. Além da depressão, outra doença psíquica que foi relatada com frequência pelos profissionais de saúde, foi a ansiedade. A ansiedade e a depressão podem ser desencadeadas a partir de fatores laborais, tais como pressão e estresse vivenciados no ambiente de trabalho. Estresse também foi outro distúrbio indicado nos estudos, que está diretamente relacionado com a sobrecarga de horário de trabalho, desvalorização profissional, condições de trabalho inadequadas, falta de autonomia, baixa remuneração e ocorrência de morte dos pacientes (VIEIRA et al., 2013). Todos os fatores citados como desencadeadores do estresse também podem influenciar de forma direta a depressão e ansiedade.

Profissionais de saúde é um grupo de trabalhadores cujo processo de trabalho é bastante peculiar, onde há interação de habilidades técnicas e relações interpessoais, além do compromisso implícito, com o entender coletivo do processo saúde-doença, recaindo sobre esses profissionais. Diversos fatores têm sido relacionados ao estresse ocupacional em diferentes atividades produtivas, com destaque para o trabalho por turnos, a sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho, a falta de controle sobre as atividades, a remuneração, a responsabilidade excessiva, a exposição a situações de enfrentamento, o trabalho rotineiro e a qualidade das relações interpessoais (TOMASI et al., 2007).

2.6 O TRABALHO E A SAÚDE DE RESIDENTES

Em revisão realizada na literatura, diversos trabalhos discutindo a qualidade de vida dos residentes (BITRAIN et al., 2016, PRADA et al., 2014, RAJ KRISTIN, 2016). Raj Kristin (2016), em seu estudo, relatou que a média do bem-estar geral do residente é menor do que o bem-estar médio da população de uma forma geral. O sono do residente é diretamente afetado por causa da rotina de trabalho, tendo uma piora considerável. Quando houve quantificação dos dados em relação ao sono, cerca de 84% dos residentes foram classificados na faixa “intervenção clínica é recomendada”, onde se avalia a necessidade de intervenção clínica (PAPP et al., 2004).

Outro tópico verificado no trabalho de Papp et al (2004) foi o tempo pessoal dos residente. Em entrevistas semiestruturadas realizadas com residentes médicos, os residentes classificaram-se o bem-estar estar afetando o as relações com a família e amigos, diminuição do desempenho e competência pessoal na tomada de decisões uma baixa motivação profissional e pessoal.

Fischer e colaboradores (2016) usaram ferramentas para analisar o nível de estresse de residentes médicos e averiguar questões psicossociais dos ambientes de trabalho associado ao tempo de carga horária de trabalho. Os resultados demonstraram que altas cargas horárias de trabalho estavam relacionados à uma maior pontuação na escala de estresse. Além disso, um alto nível de apoio psicossocial e finais de semana livres, faziam com que a pontuação na escala de estresse diminuísse. Exaustão e queixas musculoesqueléticas foram alguns dos efeitos relatados pelos residentes devido à alta carga horária de trabalho.

Em um estudo realizado na Nova Inglaterra, nos Estados Unidos com residentes médicos de diversas especialidades, encontram-se características semelhantes em relação à saúde pessoal, aspectos financeiros, ambiente de trabalho e manejo da privação de sono. Em relação à saúde pessoal, 56% dos residentes não estavam fazendo nenhum acompanhamento em relação à exames básicos e de cuidado geral. Além disso, 59% relataram não ter feito um *check up* no dentista nos últimos 6 meses. Em relação ao peso, 44% dos residentes referem ter aumentado de peso após início da residência. Outro ponto interessante é a frequência de atividade física, onde somente 30% citaram praticar algum tipo de exercício físico.

Quando houve ligação do ambiente de trabalho à residência, 72,3% dos entrevistados relataram que o estresse gerado a partir de situações da rotina de trabalho

afetou negativamente o bem-estar geral do residente. Apesar de uma parcela significativa dos residentes associarem estresse laboral e bem-estar geral, apenas 39,7% dos seus supervisores aparentavam preocupação em relação à saúde mental do residente. 83,1% dos participantes do estudo referiram que a demanda de trabalho afeta diretamente a sua capacidade de cuidado pessoal, excedendo aspectos de saúde física, relações pessoais e finanças, que eram os aspectos avaliados neste estudo (YOO et al., 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre o consumo de medicamentos e substâncias psicoativas com a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o uso de medicamentos e substâncias psicoativas entre residentes multiprofissionais em saúde;
- Identificar a prática de automedicação entre residentes multiprofissionais em saúde;
- Avaliar a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde.

4. MÉTODO

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O presente trabalho foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um hospital certificado pela Acreditação Internacional Joint Commission International e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

No HCPA, são ofertados dez programas de residência multiprofissionais: 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.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se pesquisa quantitativa observacional, de delineamento transversal, alinhado a um estudo maior intitulado “Saúde psíquica, estilo de vida e uso de medicamentos: implicações para a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde”.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com os residentes multiprofissionais do HCPA de todos os programas totalizando 106 residentes. Os participantes do estudo são profissionais das seguintes áreas: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, educação física e terapia ocupacional.

Foram convidados a participar da etapa quantitativa do estudo todos os residentes do primeiro e segundo ano (R1 e R2) matriculados em um dos programas de residência multiprofissional do HCPA, sendo a amostra final constituída por 94 residentes, devido a desinteresse ou negativa ao convite de 12 residentes.

Os residentes foram convidados a participar da pesquisa via correio eletrônico. O horário para aplicação do questionário foi agendado de acordo com a disponibilidade dos bolsistas participantes e dos residentes.

4.4 CRITÉRIOS

4.4.1 Critérios de Inclusão

Foi considerado critério de inclusão ser residente multiprofissional do HCPA e ter ingressado na residência em 2018 e 2019 e estar matriculado 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.

4.4.2 Critérios de Exclusão

Foram considerados critérios de exclusão: o residente estar em período de férias, atestado ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta dos dados. Também foram excluídos as residentes que se propuseram a estudar a saúde dos residentes por meio do projeto já mencionado.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a agosto de 2019 com R1 e R2. As informações que deram origem aos dados quantitativos da pesquisa foram provenientes da aplicação de um questionário fechado composto por:

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

- Dados sobre o estilo de vida: construído pelas pesquisadoras, diz respeito às: horas e qualidade de sono, tempo disponível de lazer, tempo disponível para prática de atividade física, variações no peso durante a residência.

- Uso de substâncias e automedicação: construído pelas pesquisadoras, são perguntas que versam sobre uso de medicamentos prescritos e não prescritos, uso de caféina e automedicação.

- WHOQOL-bref: foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, é uma versão simplificada do WHOQOL, composto por 100 perguntas, avaliam a qualidade de vida do indivíduo a partir de 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada um dos 24 domínios que compõem o questionário inicial. Assim como o WHOQOL, o WHOQOL-bref é composto pelos mesmos 4 domínios (FLECK et al 2000), porém de uma forma mais breve. Este instrumento analisa a qualidade de vida através dos seguintes domínios: meio ambiente, físico, psicológico e relações sociais. Quanto maior a pontuação atingida nos domínios e pontuação geral, melhor a qualidade de vida.

A coleta de dados com os residentes respeitou a disponibilidade e preferência dos mesmos. A aplicação dos instrumentos foi realizada por bolsistas, após treinamento em relação ao questionário a ser aplicado aos residentes. A coleta foi agendada de acordo com a preferência do residente.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados mensurados foram digitados em planilha do Microsoft Excel e posteriormente analisados com auxílio do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), sendo 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 (uso de medicamentos) por meio do teste t, conforme a distribuição das variáveis (submetidas ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk para verificar a distribuição das variáveis, valores de assimetria e curtose). O teste t de Student foi utilizado para associação entre variáveis com distribuição simétrica, e para as assimétricas o Mann-Whitney. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto respeita a Resolução nº466 de 2012 para pesquisa com seres humanos e foi submetido à Plataforma Brasil (BRASIL, 2012). Cada residente

voluntariamente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual foi garantido anonimato, bem como participação voluntária e possibilidade de desistência a qualquer momento sem constrangimento. Todos os itens incluindo título, justificativas, objetivos, e possíveis riscos e benefícios estavam descritos em linguagem clara. Como possíveis riscos mínimos se destacou o desconforto relacionado à aplicação dos questionários, não havendo conhecimento de qualquer outro risco relacionado. Como benefício, destacou-se a colaboração no projeto de pesquisa para obter se conhecimento sobre a saúde e a qualidade de vida de residentes multiprofissionais.

O projeto maior ao qual este estudo encontra-se aninhado teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO 1) e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1).

5 RESULTADOS

Na tabela 1 estão descritos os resultados da amostra de acordo com as características sociolaborais.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo características sociolaborais.

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	
	17,17 (\pm 2,0)
Ano da residência¹	
Residente do primeiro ano	49 (52,7)
Residente do segundo ano	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)
Relações interpessoais²	
	3,55 (\pm 0,86)
Satisfação com a residência²	
	3,59 (\pm 0,68)

¹n(%); ² Média (\pm Desvio Padrão); ³ Mediana (interquartílicos).

Dos 94 residentes multiprofissionais que responderam a pesquisa, 84 (89,4%) são do sexo feminino e 10 (10,6%) são do sexo masculino, com idade média de 26 anos (idade mínima: 22 e idade máxima: 53), com média de escolaridade de 17 anos (± 2 anos).

A residência multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é composta por diversos programas. Os residentes que responderam o questionário estão distribuídos pelos programas da seguinte forma: 25 residentes (26,6%) da Saúde da Criança; 12 residentes (12,8%) da Atenção Integral ao Usuário de Drogas e 12 residentes (12,8%) da Atenção Materno-Infantil; 10 residentes (10,6%) do Adulto Crítico e 10 residentes (10,6%) da Atenção Integral ao Paciente Cirúrgico; 8 residentes (8,5%) da Onco-Hematologia; 5 residentes (5,3%) da Atenção Cardiovascular e 5 residentes (5,3%) da Saúde Mental; 4 residentes (4,3%) da Atenção Básica em Saúde e 3 residentes (3,2%) do Controle de Infecção Hospitalar.

É importante lembrar que cada programa possui suas particularidades. O programa Saúde da Criança, por exemplo, é o programa que tem mais residentes multiprofissionais, a cada ano são ofertadas 14 vagas, portanto, é o programa que apresenta um maior número de residentes multiprofissionais. Os programas Controle de Infecção Hospitalar e Saúde Mental oferecem, anualmente, 3 vagas. Em vista disso, as diferenças em relação à quantidade de residentes por programa.

Em relação a núcleo profissional, 17 são nutricionistas (18,1%), 16 são psicólogos (17%), 14 são assistentes sociais (14,9%), 14 são enfermeiros (14,9%), 10 fisioterapeutas (10,6%), 8 são farmacêuticos (8,5%), 8 são professores de educação física (8,5%), 5 são fonoaudiólogos (5,3%) e 2 são terapeutas ocupacionais (2,1%). Lembrando que nem todos os núcleos profissionais estão em todos os programas. Isso justifica as diferenças em relação às quantidades de profissionais por núcleo.

Na amostra, 49 residentes (52,7%) são do 1º ano e 44 residentes (47,3%) são residentes do segundo ano. Os residentes do segundo ano entraram em março de 2018, enquanto que os residentes do primeiro ano entraram em março de 2019.

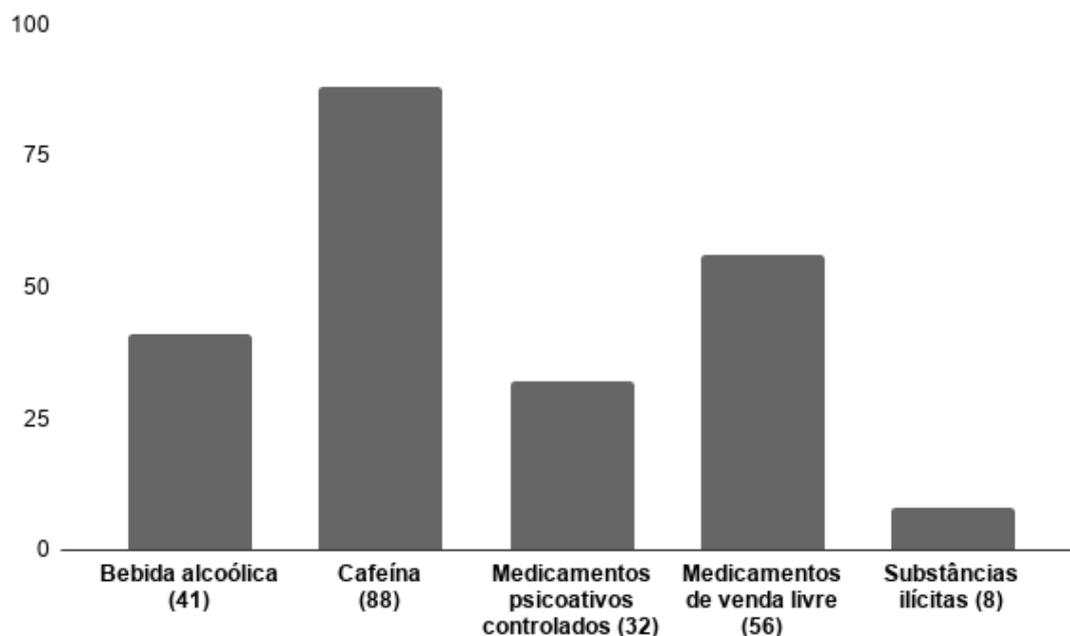
Ainda, 31 residentes (36%) moram com a família, enquanto que 22 residentes (25,6%) moram com companheiro, 22 residentes (25,6%) moram sozinhos e 11 residentes (12,8%) moram com colega de apartamento ou amigos.

Em relação à qualidade das relações interpessoais no ambiente de trabalho, foi usado uma escala de 1 a 5, sendo 1 “muito insatisfeito” e 5 sendo “muito satisfeito”. A média encontrada foi de 3,55 ($\pm 0,86$). Para avaliação da satisfação com a residência foi

usado uma escala de 1 a 5, sendo 1 “muito insatisfeito e 5 sendo “muito satisfeito”, a média foi de 3,59 ($\pm 0,68$).

No gráfico 1 a amostra está descrita de acordo com o consumo de substâncias psicoativas e medicamentos de venda livre.

Gráfico 1: Distribuição da amostra de acordo com o consumo de substâncias psicoativas e medicamentos de venda livre.



Encontrou-se que 92 (97,8%) residentes multiprofissionais relataram que utilizavam algum tipo de substância psicoativa, sendo que, 88 (93,6%) consomem cafeína, 32 (34%) utilizam algum tipo de medicamento psicoativo controlado, 41 (43,6%) ingerem bebidas alcoólicas e 8 (8,5%) utilizam substâncias ilícitas. Ainda, 56 (59,6%) residentes que responderam ao questionário afirmaram fazer o uso de medicamentos de venda livre.

Na tabela 2, a amostra foi descrita de acordo com o consumo de cafeína e a qualidade do sono.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo consumo de cafeína e qualidade de sono.

Variáveis	N(%)
Forma consumida de cafeína (n=88)¹	
Café	82 (93,2)
Chimarrão	57 (64,8)
Bebidas energéticas industrializadas	15 (17)
Cápsulas de cafeína ou de guaraná	12 (13,6)
Quantidade de dias na semana (n=88)¹	
Todos os dias na semana	64 (72,7)
5 a 6 dias na semana	13 (14,8)
3 a 4 dias na semana	8 (9)
1 a 2 dias na semana	3 (3,4)
Aumento do consumo após início da residência (n=94)¹	69 (73,4)
Horas de sono (n=94)²	6,29 ($\pm 0,95$)
Qualidade do sono (n=94)¹	
Razoável	51 (54,3)
Boa	25 (26,6)
Ruim	17 (18,1)
Consumo de cafeína atrapalha o sono (n=88)¹	21 (23,9)

¹n(%); ² Média (\pm Desvio Padrão).

Em relação à cafeína, as formas mais consumidas da substância pelos residentes foram de café para 82 pessoas (93,2%) e chimarrão para 57 pessoas (64,8%); 64 residentes (72,7%) afirmaram fazer o uso da substância todos os dias da semana. Em 69 residentes (73,4%), houve aumento do consumo de cafeína após o início da residência. Quando questionados se o consumo da cafeína afeta o sono, 21 (23,9%) dos residentes afirmaram que têm atrapalhado na qualidade do sono. 51 residentes (54,3%) multiprofissionais consideraram sua qualidade de sono como “Razoável”, 25 residentes (26,6%) classificaram sua qualidade de sono como “Boa” e 17 residentes (18,1%) julgaram sua qualidade de sono como “Ruim”.

A média de horas de sono por noite relatada pelos residentes foi de 6,29 horas, 4 horas (mínimo) e 9 horas (máximo).

Na tabela 3, a amostra está descrita de acordo com o consumo medicamentos de venda livre.

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo consumo de medicamentos de venda livre.

Variáveis	N=56 (%)
Medicamento consumido ¹	
Paracetamol	47 (83,9)
Dipirona	38 (67,8)
Ibuprofeno	36 (64,3)
Diclofenaco	15 (26,8)
Ciclobenzaprina	6 (10,7)
Ácido Acetilsalicílico	5 (8,9)
Dias de utilização do medicamento¹	
1 a 2 dias na semana	45 (80,3)
3 a 4 dias na semana	11 (19,6)
5 a 6 dias na semana	1 (1,8)
Uso do medicamento sem indicação profissional¹	
	48 (85,7)
Motivos do uso do medicamento¹	
Dores de cabeça	51 (91)
Dores musculares	40 (71,4)
Indução do sono	6 (10,7)
Outros	3 (5,3)

¹n(%).

Em relação aos medicamentos de venda livre, 56 (59,5%) dos residentes multiprofissionais disseram que utilizam medicamentos de venda livre. Dentre as substâncias utilizadas pelos residentes estão: paracetamol 47 (83,9%), dipirona 38 (67,8%), ibuprofeno 36 (64,3%), diclofenaco 15 (26,8%), ciclobenzaprina 6 (10,7%), ácido acetilsalicílico 5 (8,9%). Quando questionados se faziam uso de algum outro medicamento de venda livre, os residentes relataram fazer uso de Dorflex® (4 pessoas), Naramig® ou Sumax® (3 pessoas), Dramin® (1 pessoa) e mais de um medicamento (5 pessoas). É importante ressaltar que o medicamento Dorflex® é composto por: dipirona sódica, citrato de orfenadrina e cafeína anidra.

Os residentes relataram que utilizam essas substâncias majoritariamente para dores de cabeça 51 (91%), dores musculares 40 (71,4%), indução do sono 6 (10,7%). Quando questionados quais outros motivos que levam os residentes a fazer uso de medicamentos de venda livre, 2 pessoas responderam dores de garganta e 1 pessoa respondeu cólicas e desconfortos abdominais.

Também, 45 (80,3%) residentes costuma fazer o uso desses medicamentos 1 a 2 vezes na semana, enquanto que 11 (19,6%) residentes costuma fazer o uso 3 a 4 vezes

na semana. Desses, 48 (85,7%) utilizam o medicamento sem indicação profissional adequada.

Na tabela 4, a amostra está descrita de acordo com o consumo de medicamentos psicoativos controlados.

Tabela 4: Distribuição da amostra segundo consumo de medicamentos psicoativos controlados.

Variáveis	N(%)
Medicamentos psicoativos e perfil de utilização¹ (n=32)	
Medicamentos antidepressivos	27 (86,4)
Com acompanhamento profissional	23 (85,2)
Medicamentos benzodiazepínicos	11 (34,4)
Com acompanhamento profissional	6 (54,5)
Medicamentos sedativos ou hipnóticos	6 (18,7)
Com acompanhamento profissional	5 (83,3)
Uso do medicamento antes do início da residência (n=94)¹	17 (18,1)
Mudança dose e/ou frequência após início da residência (n=32)¹	
Aumento de dose	10 (32,5)
Aumento de frequência	7 (21,8)
Aumento de ambas	3 (9,6)
Não houve mudança	7 (21,8)
Motivos pelos quais houve aumento de dose e/ou frequência após início da residência (n=32)¹	
Excesso de preocupações com o trabalho	15 (46,8)
Sobrecarga de trabalho	14 (43,7)
Diminuição das atividades de lazer	12 (37,5)
Dificuldades ou restrição de sono	10 (31,2)
Necessidades pessoais	7 (21,8)
Adição de outro medicamento psicoativo controlado após início da residência (n=94)¹	
Motivos pelos quais houve adição de outro medicamento psicoativo controlado após início da residência (n=32)¹	
Excesso de preocupações com o trabalho	11 (34,4)
Dificuldades ou restrição de sono	9 (28,1)
Sobrecarga de trabalho	9 (28,1)
Diminuição das atividades de lazer	7 (21,8)
Necessidades pessoais	6 (18,7)

¹n(%).

No momento da pesquisa, dos 32 residentes que utilizam medicamentos psicoativos controlados, 27 (86,4%) utilizam antidepressivos, sendo que 23 (85,2%) relatam fazer algum tipo de acompanhamento profissional. 11 (34,4%) dos residentes afirmaram utilizar benzodiazepínicos, sendo que apenas 6 (54,5%) fazem algum tipo de acompanhamento profissional. 6 (18,7%) pessoas relataram utilizar medicamentos sedativos ou hipnóticos, sendo 5 (83,3%) destes com acompanhamento profissional.

Quando questionados se era feito o uso de medicamentos psicoativos controlados antes do início da residência, apenas 17 (18,1%) residentes disseram que faziam o uso prévio. Quando questionados se houve mudança de dose e/ou frequência após início da residência, 10 (21,8%) residentes disseram que houve aumento de dose; 7 (31,2%) relataram aumento da frequência de utilização e 3 (21,8%) afirmaram que houve aumento de dose e frequência após início da residência. Quando questionados se houve adição de outro medicamento psicotrópico após início da residência, 16 (17%). Quando questionados quais os motivos pelos quais houve aumento na dose e/ou frequência ou adição de outro medicamento psicoativo controlado, a alternativa mais marcada pelos residentes foi “excesso de preocupações com o trabalho”, 15 (46,8%) e 11 (34,4%), respectivamente; seguida pela alternativa “sobrecarga de trabalho”, 14 (43,7%) e 9 (28,1%). Mais detalhes sobre o perfil de consumo de medicamentos psicotrópicos encontram-se na tabela 4.

Na tabela 5, pode-se verificar a correlação das variáveis sobre consumo de medicamentos, substâncias psicoativas e automedicação com a qualidade de vida, através do instrumento WHOQOL-bref.

Tabela 5: Resultados das variáveis (consumo de medicamentos, substâncias psicoativas e automedicação) em correlação com WHOQOL-bref.

Variáveis	Qualidade de Vida				Geral
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	
Uso de cafeína					
Sim	60 (±12,3) ^a	56,3 (±13,7) ^b	60 (±17,7) ^a	57,3 (±13,0) ^a	56,4(±19,2) ^b
Não	52,9 (±22,8)	44,4 (±14,1)	51,4 (±16,8)	48,9 (±21,2)	41,6 (±12,9)
<i>p</i> -valor:	0,487	0,04	0,214	0,15	0,037
Aumento do consumo de cafeína					
Sim	59,5 (±11,6) ^a	56,5 (±12,6) ^a	59 (±15,7) ^a	55,9 (±12,3) ^a	56 (±18,1) ^a
Não	60 (±17,0)	52,8 (±17,2)	63 (±22,3)	58,9 (±17)	52 (±21,8)
<i>p</i> -valor:	0,851	0,334	0,343	0,441	0,342
Consumo de cafeína atrapalha o sono					
Sim	54,4 (±10,3) ^b	51,4 (±11,4) ^a	53 (±15,9) ^b	52 (±14,9) ^b	48,8(±18,9) ^b
Não	61,8 (±12,4)	57,8 (±14,0)	62,8 (±17,8)	58,9 (±12,0)	58,7 (±18,8)
<i>p</i> -valor:	0,016	0,06	0,045	0,035	0,038
Uso de medicamento psicoativo controlado					
Sim	54,3 (±12,0)*	50,6 (±15,1) ^b	57 (±17,7) ^a	53,6 (±13,1) ^a	51 (±17,8) ^a
Não	62,3 (±12,9)	58,0 (±12,7)	61,5 (±17,7)	58,4 (±13,7)	57,7 (±19,7)
<i>p</i> -valor:	0,005	0,014	0,270	0,11	0,121
Uso de medicamento psicoativo controlado antes da residência					
Sim	54,8 (±11,0) ^a	50,2 (±11,9) ^a	52 (±15,5) ^b	51,5 (±14,4) ^a	51 (±18,7) ^a
Não	60,6 (±13,4)	56,7 (±14,2)	61,8 (±17,8)	57,9 (±13,3)	56,3 (±19,3)
<i>p</i> -valor:	0,101	0,084	0,048	0,078	0,347
Adição de medicamento psicoativo controlado					
Sim	55,1 (±11,5) ^a	46,9 (±14,8) ^b	55 (±17,7) ^a	51,9 (±15,6) ^a	48,4 (±18) ^a
Não	60,5 (±13,3)	57,3 (±13,2)	61,2 (±17,6)	57,7 (±13,1)	56,9 (±19,1)
<i>p</i> -valor:	0,139	0,006	0,180	0,124	0,109
Uso de medicamento de venda livre					
Sim	58,1 (±12,3) ^a	54,6 (±13,8) ^a	60 (±19,0) ^a	54,6 (±13,6) ^a	54 (±17,9) ^a
Não	61,6 (±14,1)	56,9 (±14,2)	60,1 (±15,7)	59,8 (±13,3)	56,6 (±21,1)
<i>p</i> -valor:	0,208	0,438	0,993	0,068	0,652
Uso de medicamento de venda livre sem indicação profissional					
Sim	59,3 (±16,1) ^a	60 (±12,6) ^a	63 (±16,7) ^a	52,5 (±13,4) ^a	56 (±19,7) ^a
Não	57,7 (±11,2)	53,8 (±13,8)	59,9 (±19,3)	54,8 (±13,4)	54,4 (±17,4)
<i>p</i> -valor:	0,703	0,197	0,604	0,621	0,769

^bp<0,05; ^a p>0,05.

Em todos os domínios e na classificação geral, obteve-se maiores escores de qualidade de vida no grupo que consome cafeína sendo significativamente diferente somente no domínio psicológico e na pontuação geral do instrumento (p<0,05). O aumento do consumo do consumo da cafeína após início da residência apresentou menores escores de qualidade de vida nos domínios físico, relações sociais e meio

ambiente, ainda que sem diferença significativa ($p>0,05$). Na pontuação geral e no domínio psicológico, a pontuação do grupo cujo houve aumento do consumo da cafeína após início da residência, foi maior ($p>0,05$).

A análise do consumo de medicamentos psicoativos com os domínios físico e psicológico do WHOQOL-bref apresentou diferença significativa entre os grupos, sendo que o grupo que consome medicamentos teve escores mais baixos para qualidade de vida. Todos os domínios do grupo de utilizam medicamentos psicoativos controlados tiveram uma pontuação menor em relação ao grupo que não utiliza medicamentos.

A variável “uso de medicamento psicoativo controlado antes da residência” apresentou diferença significativa no domínio de relações sociais, com um menor escore para o grupo que fazia uso de medicamentos psicoativos controlados. Nos demais domínios e score geral, a pontuação também foi menor, porém sem diferença significativa.

Em relação ao grupo cujo houve adição de outro medicamento psicoativo controlado, obteve-se diferença significativa no domínio psicológico, com pontuação menor para o grupo cuja adição do medicamento foi feita. Nos demais domínios e no score geral, a pontuação também foi menor para o grupo onde houve adição, porém sem diferença significativa.

As variáveis que envolvem uso de medicamentos de venda livre não apresentaram diferença significativa em nenhum dos domínios e nem na pontuação geral.

6 DISCUSSÃO

6.1 CONSUMO DE CAFEÍNA E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

A cafeína entre os residentes multiprofissionais se mostrou ser uma substância usada frequentemente pela maioria 93%. Apesar do aumento de estado de alerta e vigília proporcionado pela cafeína, a substância apresenta alguns efeitos indesejáveis (KILLGORE, 2011; TAVARES et al., 2012). A cafeína, quando consumida demasiadamente, pode causar aumento da secreção gástrica resultando no aumento do refluxo esofágico, alterações no sono, irritabilidade, agitação, taquicardia e aumento da ansiedade. Mendoza (2002) encontrou em sua pesquisa realizada com residentes médicos, que a substância psicoativa cafeína era mais consumida quando comparado ao consumo de um graduando de medicina.

Grande parte dos residentes multiprofissionais (72,7%) consomem cafeína todos os dias na semana. 73,4% dizem ter aumentado o consumo após o início da residência. Na literatura, também há relatos do aumento do consumo de substâncias estimulantes após início da residência (KATSURAYAMA et al., 2011, MENDOZA et al., 2002). Mendoza (2002) encontrou resultados relatando consumo diário de cafeína por 85% dos residentes médicos consumiam cafeína diariamente.

Estudos recentes têm demonstrados alguns efeitos indesejados da cafeína. Algumas evidências apontam que a substância pode diminuir a densidade óssea. O consumo exagerado e contínuo da cafeína exacerba o refluxo gastroesofágico (TAVARES et al., 2012). A cafeína, como outras substâncias, apresenta tolerância. Dessa forma, pode haver aumento do consumo de cafeína, possibilitando o desenvolvimento dos efeitos indesejáveis da mesma. Após o início da residência, 73,4% dos residentes aumentaram o consumo de cafeína, predispondo a probabilidade do desenvolvimento de efeitos desvantajosos da cafeína.

O uso de cafeína afeta positivamente a qualidade de vida. Na análise com a qualidade de vida, encontrou-se maiores escores em todos os domínios, porém houve diferença significativa ($p < 0,05$) no domínio psicológico e na pontuação geral. A cafeína, geralmente consumida na forma de café, é um meio popular de se aumentar as funções mentais e cognitivas. Por se tratar de uma substância estimulante, aumenta a disposição física e a sensação de bem-estar do indivíduo.

Bebidas como café e chimarrão, as mais utilizadas pelos residentes, além de ter um efeito estimulante no organismo, possuem uma função social. Os espaços de uso do chimarrão e do café, principalmente os coletivos, podem tornar-se lugares de relação de um com o outro enquanto ser social, sendo um espaço de convívio. Dessa forma, tem-se o fortalecimento das relações sociais.

Quando questionados se o consumo de cafeína atrapalha o sono, 23,9% responderam que o consumo de cafeína atrapalha na qualidade do sono. Apesar da média de horas do sono do residente multiprofissional ser de 6,29 horas ($\pm 0,95$), 54,3% classificaram a qualidade do sono como “razoável”, 26,6% como “boa” e 18,1% elencaram como “ruim”. Em um estudo avaliativo do sono de enfermeiros em turnos de 12 horas, a média foi de 7,1 horas de sono ($\pm 1,0$) (WILSON et al., 2019).

A variável “consumo de cafeína atrapalha o sono” analisada apresentou diferença significativa em todos os domínios da qualidade de vida, exceto no domínio psicológico. Todos os residentes que responderam que o consumo de cafeína atrapalha o sono tiveram uma pontuação menor (por domínio e geral). Por se tratar de uma substância estimulante, dependendo da hora em que a cafeína for consumida, interferirá na qualidade de sono do indivíduo, podendo causar cansaço físico e mental, afetando vários aspectos na rotina do indivíduo. É importante ressaltar que a cafeína é apenas um dos elementos relacionados a qualidade do sono. Muitas outras variáveis podem alterar a qualidade de sono, tais como, ansiedade, dores em geral, alguns medicamentos, alteração de peso, entre outros.

6.2 MEDICAMENTOS PSICOATIVOS E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

Os medicamentos psicotrópicos mais frequentemente utilizados pelos residentes foram os antidepressivos (86,4%). Importante ressaltar que no questionário a classificação era “medicamento antidepressivo”, mas o mesmo medicamento usado para o tratamento da depressão pode ser utilizado para tratar sintomas de ansiedade, distúrbios do sono e outras doenças psíquicas. Além disso, o mesmo respondente pode fazer o uso de mais de uma classe de medicamentos.

Fármacos ansiolíticos, derivados de benzodiazepínicos, cujo uso foi relatado pelos residentes (34,4%), podem provocar dependência, levando a uma diminuição do rendimento individual, diminuição da memória, atenção, força muscular e podem causar

impotência sexual (DIAS et al., 2011). São drogas que possuem ação depressora sob o sistema nervoso central, causando sonolência e letargia nos indivíduos, proporcionando maior risco de equívocos durante a prática assistencial do profissional.

Vários autores (DIAS et al., 2011; MACIEL et al., 2017; RAJ et al., 2016; SULAMAN et al., 2017; VIEIRA et al., 2016), trazem que os profissionais de saúde, enfermeiros e residentes médicos vivenciam sobrecarga de trabalho, gerando, muitas vezes, estresse. Desta forma, essa classe de profissionais faz uso de tranquilizantes ou ansiolíticos para aliviar o sofrimento causado pelo estresse ocupacional. Todavia, estudos com residentes multiprofissionais ainda são escassos (FERNANDES et al., 2016; PINHO et al., 2017; SILVA et al., 2015).

Em outro estudo realizado com trabalhadores de enfermagem, identificou-se que os trabalhadores recorriam às terapias medicamentosas sem prescrição para obter alívio ou almejar melhora de sintomas físicos e psíquicos. Contribui para o consumo, o conhecimento sobre as drogas disponíveis e a facilidade de acesso pelo trabalhador (BAGGIO M.A.; FORMAGGIO F.M. 2008). Ratifica-se a importância de se controlar a dispensação dos benzodiazepínicos, porque na atualidade um dos principais problemas relacionados à utilização indevida é a má indicação clínica. Além do risco de dependência associado ao uso abusivo do medicamento, há o risco de intoxicação letal, principalmente quando associada ao álcool e outros psicotrópicos (OLIVEIRA et al., 2014).

Em outro estudo realizado com profissionais da saúde, onde avaliou-se o estresse, quase 15% dos entrevistados relataram que eram pessoas estressadas por motivos relacionados ao trabalho e 37,4% declararam fazer o uso de tranquilizantes ou ansiolíticos. No mesmo estudo, 29,3% relataram que fazem o uso de medicamentos sem prescrição médica e em torno 10% dos entrevistados relataram fazer uso de algum psicoativo por questões relacionadas ao trabalho (MACIEL et al., 2017). O uso de substâncias psicoativas, sejam prescritas ou não, aumenta em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho, relacionando-se com 15 a 30% destas ocorrências e responde por 50% de absenteísmo e licenças médicas.

Em relação ao uso de medicamentos psicoativos controlados, a maioria dos residentes faz uso desses medicamentos com acompanhamento profissional. Entretanto, em todas as classificações dos medicamentos psicotrópicos, havia pessoas fazendo o uso sem acompanhamento profissional.

O uso de medicamentos psicotrópicos sem acompanhamento profissional não é recomendado pois pode causar muitos problemas, como dependência física e psíquica. Eles são compostos por substâncias com ação no sistema nervoso central. Com ação intensa e potente, a maioria deles pode causar grande alívio e ser de grande utilidade para os humanos.

As respostas dos residentes sobre a mudança de dose e/ou frequência ou adição de algum medicamento psicoativo controlado, demonstram claramente que o medicamento psicoativo controlado é utilizado como mecanismo para aliviar sintomas físicos e psíquicos, como já foi apontado na literatura (BAGGIO M.A.; FORMAGGIO F.M. 2008; OLIVEIRA et al., 2014).

Quando os dados de consumo de medicamentos psicoativos são analisados com a qualidade de vida, percebe-se uma diferença significativamente importante entre os domínios físico e psicológico, sendo que o grupo que utiliza medicamentos possui piores escores para qualidade de vida. Essa análise permite concluir que a qualidade de vida do residente em uso de medicamentos psicoativos controlados está sendo afetada negativamente.

Quando analisado o uso de medicamentos psicoativo controlado antes da residência, o grupo que dizia fazer o uso de medicamentos psicoativos controlados apresentou piores escores de qualidade de vida em relação ao grupo que não utilizava. Houve diferença significativa no domínio de relações sociais e nos demais domínios e score geral, a pontuação também foi menor, porém sem diferença significativa. Isso demonstra que o grupo que utilizava o medicamento, tende a ter uma pior qualidade de vida quando comparado ao grupo que não utilizava.

Em relação ao grupo cujo houve adição de outro medicamento psicoativo controlado, houve diferença significativa no domínio psicológico, com piores escores no grupo que houve adição de medicamento. Esse dado também demonstra claramente que a qualidade de vida do residente é afetada nesse período, amenizado pela adição de um medicamento psicoativo controlado. Nos demais domínios e no score geral, a pontuação também foi menor para o grupo onde houve adição, porém sem diferença significativa.

Na literatura, ainda se encontram poucos estudos envolvendo residentes multiprofissionais, cuja idade média desses profissionais é de 25-35 anos de idade. Nos estudos utilizados para embasar este trabalho, a idade média dos trabalhadores da saúde era de 31-50 anos de idade (MACIEL et al. 2017; VIEIRA et al. 2016). Dessa forma,

profissionais de saúde, de diferentes idades, podem utilizar o substâncias psicoativas como válvula de escape para sintomas vivenciados no trabalho.

Conforme apontam Maia e Albuquerque (2000), na sociedade atual há uma busca incessante dos sujeitos pela satisfação imediata de suas necessidades. Principalmente devido ao desenvolvimento tecnológico e informacional, a cultura do “imediatismo” é predominante no meio social. Esta característica do indivíduo contemporâneo estende-se a todas as áreas de sua vida, inclusive, no que diz respeito à forma como enfrenta suas angústias, tristezas e ansiedade. Neste contexto, o uso do medicamento é o método mais rápido para sanar estes sintomas, nem sempre sendo o mais recomendado ou eficiente. As próprias cobranças cotidianas por rendimento e produtividade aliadas à busca constante pelo prazer e à necessidade de demonstrar felicidade a todo o momento, contribuem para aumento abusivo no uso de psicofármacos.

A situação apresentada pode causar inúmeras consequências aos sujeitos, pois a ideia é suprimir o sofrimento, uma vez que o bem-estar pleno encontra-se ao alcance de todos, na forma de “pílulas mágicas”, capazes de eliminar os problemas e aumentar a produtividade (TAVARES, HASHIMOTO, 2010, p.92). Contudo, estes medicamentos, na maioria das vezes, tratam apenas os sintomas, não atuando especificamente nas causas dos problemas.

Assim como descrito na literatura que versa sobre profissionais de saúde, os residentes multiprofissionais, muitas vezes, acabam recorrendo à terapias medicamentosas para alívio dos sintomas causados pelo trabalho exercido. No ambiente hospitalar, residentes multiprofissionais encontram-se expostos a fatores de risco biopsicossocial decorrentes da responsabilidade do cuidado prestado a pacientes, as longas jornadas de trabalho, a necessária atualização dos conhecimentos, as cobranças e as dificuldades inerentes à profissão que acarretam desgaste físico e mental a essa aos profissionais. Esses fatores podem contribuir para o consumo de substâncias psicoativas, cabendo à instituição considerar o contexto social em que o profissional vive e como a sua saúde mental pode ser afetada (OLIVEIRA et al., 2014).

Os residentes multiprofissionais estão inseridos em hospitais ou de alguma unidade de saúde, portanto, lidando direta e diariamente com pessoas que possuem algum agravo de saúde e/ou questões sociais que afetam significativamente a vida do indivíduo. Dessa forma, os residentes estão expostos a diversas situações que demandam saúde mental, emocional e física. Assim como diversos profissionais de

saúde, os residentes multiprofissionais enfrentam dificuldades ou crises de diversas esferas em sua rotina de trabalho, podendo perceber o uso de substâncias psicoativas como estratégia para viabilizar o cotidiano e diminuir o desgaste diante de problemas no âmbito ocupacional.

6.3 MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

Mais da metade (59,7%) dos residentes consomem algum tipo de medicamento de venda livre. De acordo com o questionário aplicado aos residentes multiprofissionais, 85,7% consome algum medicamento de venda livre sem indicação profissional, configurando como prática de automedicação. Os medicamentos de venda livre que mais são utilizados são: paracetamol 83,9%, dipirona 67,8% e ibuprofeno 64,3%. Alguns desses medicamentos (ibuprofeno, ácido acetilsalicílico, diclofenaco) são da classe dos antiinflamatórios não esteroidais (AINEs).

Os AINEs são um grupo de medicamentos usados amplamente devido aos seus efeitos antiinflamatórios, antipiréticos e analgésicos. Essa classe de medicamentos pode ser adquirida sem a necessidade de prescrição. Isso favorece a automedicação com AINEs, desconsiderando restrições de indicação, efeitos adversos e interações medicamentosas. A utilização de substâncias farmacológicas conceituadas como, por exemplo, os analgésicos, implicam em prejuízos à saúde (reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, sintomas de retirada e ainda aumentar o risco para determinadas neoplasias). Além disso, a mitigação dos sintomas pode mascarar a patologia de base, levando a uma progressão desta (LÓPEZ; KROEGER, 1994; MORATO, et al., 1984; SOIBELMAN, et al., 1986).

Ainda, a automedicação acarreta em efeitos indesejáveis, doenças iatrogênicas e mascaramentos de afecções evolutivas, logo é um problema a ser prevenido (ARRAIS et al., 1997) devido a representar um fenômeno prejudicial à saúde tanto individual quanto coletiva, pois nenhum fármaco é inócuo ao organismo (LÓPEZ; KROEGER, 1994; MORATO, et al., 1984; SOIBELMAN, et al., 1986). Somados a tudo isto, tem se os gastos desnecessários (BERTOLDI, et al., 2004).

Apesar de a grande maioria dos medicamentos consumidos serem isentos de prescrição, não se pode menosprezar as possíveis intoxicações e efeitos adversos que

eles podem causar a seus usuários. No caso dos analgésicos e antiinflamatórios não esteroidais, pode-se citar, entre outros, os distúrbios gastrintestinais, reações alérgicas e efeitos renais (MENDES et al., 2004).

Dentre os estudos que investigaram a automedicação entre trabalhadores de saúde observou-se que a prevalência dos enfermeiros, que realizavam essa prática era de 32%, inferior apenas à prevalência identificada entre os médicos (43%). Neste estudo, com o segundo maior percentual (32%), estão os enfermeiros e os dentistas (PAREDES; MIASSO; TIRAPELLI, 2008).

Quando questionado o motivo dos uso dos medicamentos aos residentes multiprofissionais, 91% atribuíram o uso à dores de cabeça (cefaleia) e 71,4% à dores musculares. Oliveira e Pelógia (2011) em seu estudo com automedicação entre profissionais de saúde não-prescritores, trouxe a cefaleia como principal causa da prática.

Arrais e colaboradores (1997), constataram que os sintomas dolorosos foram responsáveis por 24,3% dos motivos que levaram as pessoas a praticarem a automedicação. No estudo realizado por Vilarino e colaboradores (1998), a cefaleia foi a principal queixa para a prática da automedicação. No estudo de Carrera-Lasfuentes e colaboradores (2013), a dor foi a situação mais relacionada. A cefaleia é uma condição limitante e afeta diretamente na qualidade de vida dos indivíduos em questão (OLIVEIRA A.L.M., PELÓGIA N.C.C. 2011). A automedicação acaba sendo uma medida de alívio de fácil acesso.

Vieira et al. (2013) relata que muitas vezes os trabalhadores recorrem à automedicação para tratamento de algum sintoma. Maciel et al. (2017) também encontra que vários profissionais fazem uso de medicamentos sem prescrição médica para alívio de sintomas agudos. Em um estudo realizado em uma comunidade hospitalar no interior do Rio Grande do Sul para verificar o motivo da cefaleia apresentada por trabalhadores da área de saúde, 68% acreditam que a dor esteja relacionada com estresse. A cefaleia está relacionada a um grande fluxo de pacientes e sobrecarga de atividades a serem desenvolvidas (MORAES et al., 2012).

Os profissionais de saúde se caracterizam por constituírem uma classe vulnerável à prática de automedicação (TOMASI et al., 2007). 85,7% dos residentes multiprofissionais relatou utilizar algum medicamento sem prescrição. As causas da utilização estão ligadas, majoritariamente a cefaleias (91%) ou dores musculares (71,4%). Zétola e colaboradores (1998) e Bolan et al. (2005), também encontraram que

o estresse costuma ser o fator desencadeante para a cefaleia. Os autores trazem que a dor de cabeça esteja interligada a uma rotina de trabalho exaustiva aliado a uma baixa remuneração somado a uma grande sobrecarga de trabalho e poucas horas de sono.

As dores musculares e dores de cabeça, motivos frequentes da prática de automedicação entre os residentes, podem estar relacionadas à tensão muscular e estresse, ocasionado dores. Vale ressaltar que o estresse ocupacional pode ser considerado um risco para a saúde do trabalhador, pois uma alta prevalência de uso medicamentoso foi identificada em profissionais altamente comprometidos com a sua atividade laboral que não para de pensar no trabalho nos momentos de descanso (LOYOLA FILHO, et al., 2002; RONZENFELD, 2003; TOMASI, et al., 2007). Logo, o ambiente psicossocial do trabalho parece ter influência na prática da automedicação.

Bazazan e colaboradores (2018) relataram em seu estudo que problemas de saúde mental e fadiga estão correlacionados, impactando diretamente na qualidade de vida. Outro estudo comparando a qualidade de vida em médicos residentes com médicos contratados concluiu que os residentes eram mais propensos a terem uma pior qualidade de vida (LU et al., 2015).

Baggio e colaboradores (2008) relatam que muitos profissionais de saúde recorrem à automedicação para o tratamento dos problemas de saúde, mascarando os sintomas e por vezes, piorando o quadro clínico do indivíduo. A opção pela automedicação visa à minimização do transtorno físico ou psíquico apresentado, sem, entretanto, assegurar a cura.

O estudo de Moutinho e colaboradores (2019) verificou a qualidade de vida em estudantes de medicina brasileiros de acordo com o período na faculdade (1º, 2º, 3º e 4º ano) e mostrou maiores escores de estresse e depressão no 2º ano e pior qualidade de vida no 3º ano. Segundo o estudo, a identificação precoce de problemas de saúde mental deve ser incentivada nas escolas, pois a maioria dos estudantes com depressão tende a manter essa sintomatologia ao longo dos dois anos.

Em outro estudo realizado com profissionais de enfermagem e a prática de automedicação, identificou-se maior consumo entre aqueles classificados com distúrbios psíquicos menores e pessoas insatisfeitas com a qualidade do sono. Esses aspectos merecem atenção para entender melhor como se relacionam o adoecimento e o uso de medicamentos entre os profissionais de saúde. No mesmo estudo, os pesquisadores chamam a atenção por relacionarem a alta prevalência entre profissionais excessivamente comprometidos com o trabalho com automedicação (BARROS et al.,

2009). Diversos autores (BARROS et al., 2009; TOMASI et al., 2007) reconhecem o estresse como um fator importante para adoecimento dos trabalhadores. Por esses motivos se faz muito importante elucidar a influência do ambiente psicossocial do trabalho e seu reflexo com automedicação.

Maier e colaboradores (2015), em estudo feito com estudantes de graduação e profissionais, destacou que o estresse é um fator importante para a prática de automedicação. Segundo o estudo, a prática de automedicação é uma alternativa eficaz e rápida para o profissional ou estudante lidar com uma situação desconfortável. Além disso, a ansiedade relatada na rotina contribui para a evolução do estresse.

Sinha (2008) traz que o estresse é um fator desencadeante para vícios. Existe uma literatura substancial sobre a associação significativa entre estresse agudo e crônico com o uso de substâncias viciantes. Em estudos com animais, estresse social por derrota, isolamento social, pressão nos pés e choque nos pés e o estresse por restrição são conhecidos por aumentar o consumo de opiáceos, álcool, psicoestimulantes automedicação.

Ter assistência profissional disponível não implica em uma melhor condição de saúde ou qualidade de vida (OLIVEIRA A.L.M., PELÓGIA N.C.C. 2011). Os profissionais que trabalham nessa área passam por uma rotina extensiva e com sobrecarga de trabalho, baixos salários e diminuição das horas de sono, semelhante à rotina dos residentes multiprofissionais (60 horas semanais).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência multiprofissional em saúde é uma pós-graduação voltada para a formação em serviço com a finalidade de capacitar um profissional, com vistas a fortalecer os princípios do SUS e a integralidade da saúde do indivíduo. Trata-se de uma proposta iniciada em 2005, ainda existem desafios e práticas a serem trabalhadas e questionadas para melhorar o processo formativo.

Em relação ao consumo de substâncias psicoativas, grande parte dos residentes consome alguma substância psicoativa, na maioria das vezes estimulante e houve um aumento expressivo do consumo de cafeína após início da residência, algumas vezes interferindo diretamente no sono e pode-se dizer que a qualidade de vida dos residentes está sendo afetada de forma negativa.

Com principal objetivo analisar a relação entre o consumo de medicamentos e substâncias psicoativas com a qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde, foi possível verificar que a qualidade de vida dos residentes que faziam uso de medicamentos e substâncias psicoativas foi pior quando comparada com a qualidade de vida dos residentes que não consumiam essas substâncias, com destaque para algumas variáveis onde houve diferença significativa. Percebe-se um aumento no consumo de medicamentos psicoativos controlados ou adição de outro medicamento psicoativo controlado após o início da residência.

A prática de automedicação, apesar de não estar diretamente relacionada com a qualidade de vida, tem uma incidência importante pelos residentes multiprofissionais. A prática da automedicação, principalmente de medicamentos utilizados para analgesia (identificados no estudo), retrata a necessidade do alívio desses sintomas. Essa prática, pode estar relacionada à administração incorreta, interações medicamentosas desconhecidas pelo indivíduo, agressões ao sistema digestivo, reações adversas ou alérgicas, atraso e no diagnóstico e terapêutico adequado, tempo inadequado de uso, entre outras situações.

Dentre algumas limitações do estudo, pode-se destacar o tamanho da amostra. Por se tratar de um estudo realizado por uma residente multiprofissional que trabalha 60 horas semanais, tornou-se inviável englobar residentes multiprofissionais de outras instituições na pesquisa. Dessa forma, limitou-se a amostra e a realidade de uma instituição.

De todos os residentes multiprofissionais em saúde da instituição, 88,67% aceitaram participar da pesquisa. Essa taxa de retorno demonstra a alta motivação dos residentes em participar da pesquisa.

Levando em consideração a alta carga horária da residência (60 horas semanais), é de extrema importância que as organizações institucionais considerem os riscos para os trabalhadores e para os pacientes. Práticas e políticas são necessárias para mitigar a fadiga inevitável que acomete esses trabalhadores. A segurança desses profissionais deve ser levada em consideração, inclusive ponderando todo o contexto envolvido.

Os resultados deste trabalho ainda podem ser mais investigados e explorados posteriormente com uma análise mais profunda sobre a prática de automedicação nessa população. Existem poucos trabalhos envolvendo residentes multiprofissionais, portanto o seguimento dos estudos com essa população é de extrema importância para avaliação do processo de trabalho e de formação da residência multiprofissional em saúde.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRAIS, P. S. D., et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 71-77, 1997.

BAGGIO Maria Aparecida, FORMAGGIO Filomena Maria. Automedicação: Desvelando o descuido de si dos profissionais de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.224-228, Abr/jun 2009.

BARROS A.R.R., GRIEP R.H., ROTENBERG L. Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol.17 (6). 2009. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

BARR H. Interprofessional education: the genesis of a global movement [Internet]. London: CAIPE; 2015. Disponível em: <<https://www.caipe.org/download/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement/>>. Acessado em 23 set. 2018.

BAZAZAN, A.; DIANAT, I.; MOMDEINI, Z.; AYNEHCHI, A.; ASGHARI, M. J. Fatigue as a mediator of the relationship between quality of life and mental health problems in hospital nurses. **Accid. Anal. Prev.** 2018, 14.

BERTOLDI, A. D., et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 228-238, 2004.

BITRAIN Marcela, et al. Preocupación por el bienestar de residentes, un tema presente en la Conferencia Latinoamericana en Educación de Residentes (LACRE) 2017. **Rev Med Chile**, v. 145, p. 1330-1335, 2016.

BOLAN R.S., BALDESSAR M.Z., GUIZZONI M.Z., PIAZZA, E., SILVEIRA L.V.S., GODINHO T.A., DIMITRI. Prevalência e impacto socioeconômico das cefaléias em funcionários do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão - SC 2005 **Arq Catarin Med**; vol. 34(4); p. 66-72.

CARRERA-LASFUENTES, P.; AGUILAR-PALACIO, I.; ROLDÁN, E.C.; FUMANAL, S.M., HERNANDEZ, M.J.R. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. **Aten Primaria**. 2013;45(10):528-35. DOI:10.1016/j.aprim.2013.05.006.

_____. Lei n. 8080/90, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set./1999.

_____. Lei n. 8142/90, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez./1990.

_____. 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.

_____. Drogas lícitas e ilícitas. **Ministério da Defesa**. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/saudenaval/content/drogas-1%C3%ADcitas-e-il%C3%ADcitas;>>. Acesso em 11 de dezembro de 2018.

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

_____. Resolução 466, de 12 de dez. de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez./2012.

CASANOVA, I. A. A educação interprofissional na residência multiprofissional em saúde no estado de São Paulo. 2016. 200 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, 2016.

CRESWELL, J. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

DAMASCENO, D.D.; TERRA, F.S.; ZANETTI, H.V.V.; D'ANDREA, E.D.; SILVA, H.L.R.; LEITE, J.A. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia da Universidade Federal de Alfenas. **REME - Revista Min. Enfermagem**. Vol. 11, n. 1, p. 48-52. Jan/mar. 2007.

DIAS, J. et al. Fatores predisponentes ao uso próprio de psicotrópicos por profissionais de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 19 (3), p. 445-451, jul./ 2011.

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.

FISCHER Nina et al. Associations of psychosocial working conditions and working time characteristics with somatic complaints in German resident physicians. *Arch Occup Environ Health*, v. 89, p. 583–592, 2016.

GALVAN M.R.; DAL PAI D.; ECHEVARRIA-GUANILO M.E. Automedicação entre profissionais de saúde. *REME Revista Min Enferm.* 2016.

KATSURAYAMA, M. GOMES, N.M., BECKER, M.A.D., SANTOS M.C., MAKIMOTO, F.H., SANTANTA, L.L.O.S. Avaliação dos níveis de estresse psicológico em médicos residentes e não residentes de hospitais universitários. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, Vol. 9, n. 1, p. 75-96, jan. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 set. 2019.

KILLGORE, W.D. Asleep at the trigger: warfighter judgment and decision making during prolonged wakefulness. In: Barone, P.T., Pastel, R.H., Vaitkus, M.A. (Eds.), *The 71F Advantage: Applying Army Research Psychology for Health and Performance Gains*. National Defense University Press, Washington, D.C. 2011.

LÓPEZ, R.; KROEGER, A. Intervenciones educativas populares contra el uso inadecuado de medicamentos. **Bol. Oficina Saint**. Panamer. México, v.116, p. 135-144, 1994.

LOYOLA FILHO, A. I., et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Projeto Bambui. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n.1, p. 55-62, 2002.

LU, D.W.; DRESDEN, S.; MC CLOSKEY, C.; BRANZETTI, J.; GISONDI, M.A. Impact of Burnout on Self-Reported Patient Care Among Emergency Physicians. **West J Emerg Med** 2015. Vol. 16, p. 996-1001.

MAIA, M. e ALBUQUERQUE. A. Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo. IN: *Pulsional: Revista de Psicanálise*. Ano XIII, Nº. 132, 2000.

MACIEL M.P.G.S.; SANTANA F.L.; MARTINS C.M.A. et al. Uso de Medicamentos Psicoativos Entre Profissionais de Saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, vol. 11(7), p. 2881-2887, jul./2017.

MAGALDI, L; ROCAFULL, J. Farmacovigilancia y hábitos de consumo de medicamentos en los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. **RFM**, Caracas , v. 27, n. 1, p. 74-78, enero 2004 . Disponible en <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692004000100014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 25 agosto 2019.

MENDOZA D.Z.U. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Estudiantes de Especialidades Médicas. Bogotá 2001. **Rev. salud pública**. Bogotá, vol.4 (1), p. 59 -73, 2002.

MENDES, Z.; MARTINS, A.P.; MIRANDA, A.C.; SOARES, M.A.; FERREIRA, A.P.; NOGUEIRA, A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. **Rev Bras Cienc Farm.** 2004;40(1):21-5. DOI:10.1590/S1516-93322004000100005

MC LELLAND, T.M.; CALDWELL J.A.; LIEBERMAN H.R. A review of caffeine's effects on cognitive, physical and occupational performance. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, vol 71, p. 294-312, 2016.

MORATO, G. S., et al. Avaliação da automedicação em amostra da população de Florianópolis. **Arq. Catarinenses Med.**, Santa Catarina, v. 13, p. 107-109, 1984.

NAVES, J.O.S.; CASTRO, L.L.C.; CARVALHO, C.M.S.; MERCHÁN-HAMANN, E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 15, n. 1, p. 1751 - 1762. 2010.

OLIVEIRA A.L.M., PELÓGIA N.C.C. Headache as main self medication among health care professionals. **Rev Dor**. 2011; vol. 12(2); p.99- 103. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200004&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132011000200004>.

OLIVEIRA E.B.; ARAUJO P.M.B.; MAIA M.P.Q.; CABRAL J.L.; BRITO D.M.; FIGUEREDO E.P. Estresse ocupacional e consumo de ansiolíticos por trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.615-621, Set/out. 2014.

PAPP K.K.; STOLLER E.P.; SAGE P. et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multiinstitutional, mixed-method study. **Acad Me**, v. 79(5), p. 394-406, 2004.

PAREDES, N. P.; MIASSO, A. I.; TIRAPELLI, C. R. Consumption of benzodiazepines without prescription among first-year nursing students at the University of Guayaquil, school of nursing, Ecuador. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 16, p.634-639, 2008.

PAULO, L. C.; ZANINE, A. C. Automedicação no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Porto Alegre, v. 34, p. 69-75, 1997.

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.

PRADA Maria.F. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias: una perspectiva de género. **Rev. Med. Chile**, v. 142, p. 193-198, 2014.

RAJ KRISTIN S. Well-Being in Residency: A Systematic Review. **Journal of Graduate Medical Education**, p. 674-684, dez./2016.

RONZENFELD, S. Prevalência, fatores associados de mal uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 717- 724, 2003.

SALVADOR, Marina Alvares Côrtes; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; Arêas, Raquel dos Santos. Política de Saúde no Brasil: história e desafios atuais. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, MA, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf>>. Acesso em 27 de setembro de 2018.

SILVA HAR. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar Rev**, v. 39, p.159-75, 2011.

SILVA, J.A.C.; GOMES, A.L.; OLIVEIRA, J.P. S.; SASAKI, Y.A.; MAIA, B. T. B.; ABREU, B. M. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):27-30.

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

SINHA Rajita. Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. **Ann N Y Acad Sci**. Vol. 1141, p.105–130. Outubro 2008.

SOIBELMAN, M., et al. Indicação de medicamentos por balconistas de farmácia em Porto Alegre, RS. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Porto Alegre, v. 32, p.79-83, 1986.

STAFFORD, L.D.; RUSTED, J.; YEOMANS, M.R. Caffeine, mood, and performance. A selective review. In: Smith, B.D., Gupta, U., Gupta, B.S. (Eds.), *Caffeine and Activation Theory: Effects on Health and Behavior*. Taylor and Francis, Boca Raton, FL, p. 284–310, 2007.

TAVARES, Cristiane; SAKATA, Rioko Kimiko. Cafeína para o tratamento de dor. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 62, n. 3, p. 394-401, Junho 2012.

TAVARES, K. et al. Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 260-265, jun./2014.

TOMASI, E.; SANT'ANNA, A.M.O.; PETRINI, R.M.; PEREIRA, I.V.; SASSI, B.T. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol 10, n.1, p.66-74. 2007.

VIEIRA, T.G. et al. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, p. 205 - 214, out./2013.

VILARINO, J.F.; SOARES, I.C.; SILVEIRA, C.M.; RÖDEL, A.P.P.; BORTOLI, R.; LEOS, R.R. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. 1998;32(1):43-9. DOI:10.1590/S0034-89101998000100006.

WILSON, M.; PERMITO, R.; ENGLISH, A.; ALBRITTON, S.; COOLGLE, C.; DONGEN, H.P.A.V. Performance and sleepiness in nurses working 12-h day shifts or night shifts in a community hospital. **Accident Analysis and Prevention**. Vol. 126, p. 43-46. Maio 2019.

YOO P.S.et al. Journal of the American College of Surgeons, vol. 224 (6), p. 1015-1019, 2017.

ZÉTOLA V.H.F., NÓVAK E.M., LUIZ A., BRANCO B.O.S., SATO B.K., NITA C.S. Incidência de cefaléia em uma comunidade hospitalar. **Arq Neuro-Psiquiatr**. 1998; vol. 56(3B), p. 559-464.

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:

- 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.
- 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.
- 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_1293389.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	TCLEeditado.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

APÊNDICE 1

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Pesquisadora Responsável (orientadora): Prof^a. Dra. Daiane Dal Pai Tel: (51) 98412.4620

E-mail:

daiane.dalpai@gmail.com

Pesquisadoras Assistentes:

Alessandra Ibanez da Rosa Tel.: (51) 93498447 E-mail: airosa@hcpa.edu.br

Bruna Crestani Tonding Tel.: (51) 991107977 E-mail: btonding@hcpa.edu.br

Lidiellen Eich Tel.: (51) 986116438 E-mail: leich@hcpa.edu.br

Raquel Lautenchleger Tel.: (55) 996065986 E-mail: rlautenchleger@hcpa.edu.br

Prezado (a) estamos desenvolvendo a presente pesquisa intitulada “SAÚDE PSÍQUICA, ESTILO DE VIDA E USO DE MEDICAMENTOS: IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS”, que tem como objetivo analisar a relação entre saúde psíquica, estilo de vida, uso de medicamentos e qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde. Para tanto, gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do estudo de forma voluntária. A sua participação consta em responder a um questionário com perguntas objetivas e, se você for sorteado, a também responder a uma entrevista semiestruturada com gravação em áudio. Esses procedimentos serão realizados em local e horário de sua preferência e disponibilidade, sendo estimado o tempo de quarenta minutos.

A sua participação não gera custo e possui riscos mínimos, os quais estão relacionados a possíveis lembranças ou sentimentos desconfortáveis que possam surgir durante preenchimento do questionário e/ou da entrevista. Possíveis constrangimentos poderão ser minimizados pela explicitação dos objetivos e benefícios do estudo e pela garantia de anonimato. Informações relacionadas à saúde e qualidade de vida dos residentes são possíveis benefícios do estudo, uma vez que poderão subsidiar avanços ao conhecimento científico ou apontar pontos para melhorias no processo de trabalho da residência multiprofissional. A qualquer momento você poderá retirar seu consentimento, retirando-se assim da pesquisa sem prejuízos de qualquer ordem.

Dúvidas poderão ser esclarecidas a quaisquer momentos, inclusive após o preenchimento dos questionários, junto às pesquisadoras ou ao Comitê de Ética em Pesquisa*. Os dados serão utilizados para produções científicas, garantindo o anonimato dos participantes. Os preceitos éticos e legais serão respeitados durante todo o processo da pesquisa.

Pelo presente consentimento informado, elaborado em duas vias ficando uma comigo (participante da pesquisa) e outra com as pesquisadoras, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, riscos e benefícios da presente pesquisa.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2019.

Participante da Pesquisa

Daiane Dal Pai

*Contato Comitê de Ética em Pesquisa:
HCPA – Telefone: (51) 33597640,
Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2350, 2º andar, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

APÊNDICE 2**2 - Questionário sobre o estilo de vida.**

Peso (mensurado) _____ Kg Altura (mensurada) _____ metros

Circunferência abdominal (mensurada) _____ cm Circunferência quadril(mensurada) _____ cm

Você teve alteração de peso no último ano? (0) Não (1) Sim, Aumentei ____Kg; Diminuí ____Kg

Para você, a realização da residência influencia na alteração de peso? () Nada ()Um Pouco ()Muito

Para você, a realização da residência influencia na realização de atividade física? () Nada ()Um Pouco ()Muito

Para você, a realização da residência influencia nas atividades de lazer? () Nada ()Um Pouco ()Muito

Nº horas média de sono nas 24 horas: _____

Qualidade do sono: boa () ruim () razoável ()

Faz algum tratamento de saúde? (0) Não (1) Sim

Possui diagnóstico de doença crônica? (0) Não (1) Sim

APÊNCIDE 3

3 - Questionário sobre os dados sociolaborais, consumo de substâncias psicoativas e consumo de medicamentos.

PARTE I

Sexo: Feminino Masculino **Data de nascimento:** _____

Área de concentração:

Profissão:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adulto crítico | <input type="checkbox"/> Educador Físico (a) |
| <input type="checkbox"/> Atenção básica em saúde | <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) |
| <input type="checkbox"/> Atenção cardiovascular | <input type="checkbox"/> Farmacêutico (a) |
| <input type="checkbox"/> Atenção integral ao paciente adulto cirúrgico | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Atenção integral ao usuário de drogas | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo (a) |
| <input type="checkbox"/> Atenção materno infantil | <input type="checkbox"/> Nutricionista |
| <input type="checkbox"/> Controle de infecção hospitalar | <input type="checkbox"/> Psicólogo (a) |
| <input type="checkbox"/> Onco-hematologia | <input type="checkbox"/> Assistente Social |
| <input type="checkbox"/> Saúde da criança | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Saúde mental | |

Ano atual da residência: R1 R2

Data (mês e ano) de ingresso na residência: _____/_____

Estado civil: sem companheiro (a) com companheiro (a)

Mora sozinho: Sim Não

Considerando o objetivos das perguntas a seguir, é importante que você compreenda que **substâncias psicoativas** são substâncias que quando administradas no organismo causam mudanças nos processos mentais, cognitivos e comportamentais no indivíduo. São exemplos de substâncias psicoativas: medicamentos antidepressivos, medicamentos ansiolíticos, medicamentos opióides, medicamentos sedativos e hipnóticos, medicamentos analgésicos, cafeína e bebidas alcóolicas.

Você faz uso de alguma substância psicoativa? Sim Não

Se você respondeu Sim, assinale abaixo quais formas você costuma consumir (no mínimo 2x na semana):

- Cafeína (café, chimarrão, café com leite, cápsulas de cafeína ou guaraná, bebidas energéticas)
- Bebidas alcóolicas
- Substâncias ilícitas
- Medicamentos psicoativos controlados (antidepressivos, ansiolíticos, indutores do sono, opióides, sedativos e hipnóticos)
- Medicamentos psicoativos de venda livre (analgésico e relaxantes musculares)

Após o início da residência houve aumento da frequência ou aumento da dose?

- Nenhuma mudança Sim, aumento da dose
 Sim, aumento da frequência Aumento de ambas

Em caso afirmativo para aumento de dose ou frequência: A que fator você atribui a necessidade de aumentar a dose ou frequência do medicamento?

- Necessidades pessoais Dificuldades ou restrição de sono
 Sobrecarga de trabalho Diminuição das atividades de lazer
 Excesso de preocupações com o trabalho
 Outro fator: _____

Após o início da residência houve adição de outros medicamentos psicoativos controlados?

- Sim Não

Em caso afirmativo para adição de outros medicamentos psicoativos controlados: A que fator você atribui a necessidade de incluir novos medicamentos?

- Necessidades pessoais Dificuldades ou restrição de sono
 Sobrecarga de trabalho Diminuição das atividades de lazer
 Excesso de preocupações com o trabalho
 Outro fator: _____

PARTE IV

*Responda essa parte do questionário de você faz uso de
medicamentos de venda livre frequentemente*

Se consome medicamentos de venda livre, assinale abaixo qual (s) de acordo com sua categoria:

- Paracetamol Dipirona Ibuprofeno
 Ácido Acetilsalicílico Ciclobenzabrina Diclofenaco sódico/potássico
 Outros (podem ser citados nomes comerciais): _____

Quantas vezes por semana você costuma consumir medicamentos de venda livre?

- Nenhuma vez na semana 1 a 2 vezes na semana
 3 a 4 vezes na semana 5 a 6 vezes na semana
 Todos os dias da semana

Você faz o consumo dessa substância com indicação médica?

- Sim Não

Por quais motivos você faz o uso dessa substância?

- Cefaléias Dores musculares Indução do sono
 Outros: _____

APÊNDICE 4

4. Instrumento WHOQOL-bref.

1- Instrumento 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)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					

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

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____