



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE**



**VINICIUS SANTOS SANCHES**

**BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO LONGITUDINAL DE 2  
ANOS EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**CAMPO GRANDE**

**2016**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E**  
**DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE**



**VINICIUS SANTOS SANCHES**

**BURNOUT E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO LONGITUDINAL DE 2**  
**ANOS EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada como exigência para a obtenção do grau em mestre pelo Programa de Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, MS, sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Christofolletti e co-orientação do Prof. Dr. Albert Schiaveto de Souza.

**CAMPO GRANDE**

**2016**

## DEDICATÓRIA

*Ao Seu Osvaldo e à Dona Maria, minha base, minha força  
Ao meu irmão Victor, motivo das minhas risadas, meu grande pequeno amigo  
E à Janainny, aquela que completa este quem vos fala.*

## **AGRADECIMENTOS**

Não posso deixar de agradecer minha família que sempre me apoiou nos momentos fáceis e muito mais nos momentos difíceis. Dos quais levo um “poução” de cada pra dentro de mim;

À minha companheira de todas as horas, Janainny, pelo apoio mental e intelectual durante a realização desta pesquisa;

Ao meu bom amigo e orientador Gustavo Christofolletti, mais que um excelente profissional, uma ótima pessoa, figura ao qual me espelho a cada dia;

Ao professor Albert Schiaveto de Souza, que prontamente aceitou o convite para me co-orientar;

À Fabi, amiga de longa data, de TCC e companheira de mestrado. Muitas horas de estudos e dedicação;

Aos meus amigos que compreenderam este momento de ausência e sempre me apoiaram no dia a dia;

E por fim, mas não menos importante, aos espíritos de Luz que me direcionam no caminho correto e me dão energias para continuar esta caminhada.

## EPÍGRAFE

“Sonhar o sonho impossível,  
Sofrer a angústia implacável,  
Pisar onde os bravos não ousam,  
Reparar o mal irreparável,  
Amar um amor casto à distância,  
Enfrentar o inimigo invencível,  
Tentar quando as forças se esvaem,  
Alcançar a estrela inatingível:  
Essa é a minha busca.”

(Dom Quixote)

## RESUMO

O processo de formação dos profissionais da saúde constitui um desafio a gestores e educadores devido a complexidade de se estimular ao mesmo tempo habilidades profissionais, interpessoais e humanísticas do aluno. Deste modo, para que possamos fortalecer este processo é necessário que os setores da educação e da saúde estabeleçam uma estreita e permanente parceria interinstitucional, desenvolvendo ações conjuntas e compartilhadas. Assim acontecem os programas de Residências Multiprofissionais de Saúde (RMS), que apresentam caráter de vanguarda em nosso país ao incentivar práticas multiprofissionais ativas e participativas na atenção em saúde. Considerando que os programas de residência têm crescido e ampliado o leque de vagas para os diversos profissionais da saúde, mas tendo sido pouco avaliados no sentido ocupacional dos participantes, torna-se importante conhecer e acompanhar os impactos que os cenários de prática promovem na saúde dos profissionais. Neste sentido investigamos o comportamento dos níveis de estresse e qualidade de vida de residentes durante os dois anos que se encontravam em uma RMS. O Índice de *Burnout* de Maslach (IBM) e o questionário de qualidade de vida Short Form-36 (SF36) foram utilizados para mensurar as variáveis dependentes desta dissertação, tendo sido avaliadas no início e no término de cada ano letivo. Para a análise dos dados foram utilizadas a Análise Múltipla de Variâncias para medidas repetidas associada à técnica de contraste linear para investigar o comportamento das variáveis durante os 2 anos de acompanhamento. Para isso, admitimos um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), tendo o tamanho do efeito investigado por meio do  $\eta^2$  e do poder estatístico. Os resultados indicam uma influência significativa do fator “momento” sobre o IBM ( $F_{(9,90,199)}=6,024$ ;  $p=0,001$ ;  $\eta^2=0,317$ ; poder de 99,79%), vislumbrando uma piora do índice de estresse ao longo do período analisado. De forma similar, a análise múltipla de variâncias apontou influência significativa do fator “momento” sobre os valores do SF-36 ( $F_{(24,93,411)}=6,440$ ;  $p=0,001$ ;  $\eta^2=0,387$ ; poder de 99,69%), vislumbrando queda do índice de qualidade de vida dos residentes. Em conclusão, os resultados obtidos nesta dissertação vislumbram quão importante e necessário é entender o processo de gestão e gerenciamento dos

programas de RMS, a fim de garantir saúde e qualidade de vida aos residentes. Além disso, os resultados comprovam que discussões nos núcleos docentes estruturantes de cada Residência devem ser realizadas, com a meta de proposição de medidas acolhedoras aos alunos.

**Palavras chave:** Educação continuada; Saúde mental; Esgotamento profissional; Qualidade de vida.

## ABSTRACT

The process of training health professionals constitutes a challenge to managers and educators because of its complexity in stimulating, at the same time, professional, interpersonal and humanistic skills of the student. To strengthen such process is necessary that all sectors of education and health establish close and permanent inter-institutional partnerships, developing and sharing actions together. In this sense, there are the Multidisciplinary Residency Programs in Health (MRPH), which feature priority basis in our country to encourage active and participatory multi-professional practices in health care. Considering that residency programs have grown and expanded the range of vacancies for various health professionals, and that they aren't much evaluated in the occupational sense of the participants, it is important to know and monitor the impact that the several scenarios of practice have on one's health. In this sense we investigated the level of stress and quality of life in residents during the two years that they were in a MRPH. The Maslach Burnout Index (MBI) and the Short Form-36 quality of life questionnaire (SF-36) were used to assess the dependent variables of this dissertation – being them measured at the beginning and at the end of each scholar year. With respect to data analyses, we used the Multiple Analysis of Variance for repeated measures associated with linear contrasts to investigate the variables during two years of follow-up. The level of significance was set at 5% ( $p < 0.05$ ), and the effect size was calculated by means of the partial eta squared ( $\eta^2p$ ) and by the statistical power of the tests. The results indicate a significant influence of the factor "time" on the MBI ( $F_{(9,90,199)}=6.024$ ,  $p=.001$ ;  $\eta^2p=.317$ , power of 99.79%), pointing a worsening score of the level of stress upon the years. Similarly, multiple analyses of variance showed a significant influence of the factor "time" on the values of the SF-36 ( $F_{(24,93,411)}=6.440$ ,  $p=.001$ ,  $\eta^2p=.387$ , power of 99.69%), also glimpsing worsening scores of quality of life of the residents. In conclusion, the results obtained in this dissertation showed how important and necessary are the understanding and management of multiprofessional residency programs in order to ensure health and quality of life of the professionals. In addition, the results also show that discussions on the structural core faculty of each

residence must be carried out with the aim of proposing cozy measures for the students.

**Keywords:** Continuing education; Mental health; Professional burnout; Quality of life.

## SUMÁRIO

---

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVO</b>	<b>16</b>
3.1. Objetivo Geral	16
3.2. Objetivo Específico	16
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
4.1. Afinal, quem tem qualidade de vida?	17
4.2. “Até as Cinzas” – A Síndrome de Burnout	19
4.3. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	22
<b>5. MÉTODOS</b>	<b>25</b>
5.1. Delineamento	25
5.2. Público Alvo	25
5.3. Variáveis	25
5.3.1. Variáveis dependentes	25
5.3.2. Variáveis independentes	25
5.4. Critérios de Inclusão	25
5.5. Critérios de Exclusão	25
5.6. Procedimentos Metodológicos	26
5.6.1. Seleção dos sujeitos e coleta de dados	26
5.6.2. Instrumento da coleta de dados	26
5.6.3. Processamento e análise de dados	32
5.6.4. Aspectos éticos	34
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>35</b>
<b>7. DISCUSSÃO</b>	<b>39</b>
<b>8. CONCLUSÃO</b>	<b>44</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES</b>	<b>54</b>

---

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de formação dos profissionais da saúde constitui um desafio a gestores e educadores devido à complexidade de se estimular ao mesmo tempo habilidades profissionais, interpessoais e humanísticas do aluno (SECOMB, 2008).

Amâncio Filho (2004) expressa esta linha dificultosa na formação, demonstrando a correlação entre educação e saúde como sendo ambas, parte de um setor terciário da economia, portanto, sujeitas aos impactos macroestruturais como privatizações e terceirizações. Este autor ainda acrescenta:

“No Brasil, de uma maneira geral, as instituições públicas de ambos os setores apresentam um quadro de dificuldades e de carências, com conseqüente retraimento e esvaziamento de suas ações, ocasionado por seguidos impactos de leis, de programas, de projetos referenciados em discursos de universalização do acesso, de melhoria da qualidade dos serviços, de modernização de suas práticas, mas descolados da realidade para a qual vêm sendo formulados”.

Durante o movimento da reforma sanitária, na década de 1980 houve a luta para explicitar e capilarizar a percepção de saúde não só sendo esta classificada como a ausência de doença, mas como uma totalidade multidimensional das esferas social, biológica, ambiental histórica e tecnológica. Desta maneira tal movimento dizia respeito à melhoria no processo de formação dos profissionais de saúde (AMÂNCIO FILHO, 2004).

O que se observa é que a formação em saúde ainda não está sendo orientada para a realidade local, sem que se tenha um “real diagnóstico” em relação às necessidades daquela população. Por vezes isto acarreta em uma desarticulação entre as ações educacionais e as necessidades dos serviços de saúde, incongruência esta que responsabiliza o setor saúde a assumir e a intensificar iniciativas para preparar seus quadros nos próprios locais de trabalho (TORREZ, 1994).

Para que se possa fortalecer este processo é necessário que os setores da educação e da saúde estabeleçam uma estreita e permanente parceria interinstitucional, desenvolvendo ações conjuntas e compartilhadas no sentido de articular uma proposta educacional que “converse” com ambos os cenários (AMÂNCIO FILHO, 2004). Desta maneira, evita-se que a assistência ao paciente seja realizada com uma visão clássica, que reforça atividades isoladas que pouco contribuem para o entendimento global do caso clínico ou situação geral de um indivíduo.

Ainda que diversas atividades sejam direcionadas a um mesmo usuário e muitas vezes desenvolvidas no mesmo ambiente físico e social que outras profissões da área da saúde, muitas das atividades não se configuram práticas multiprofissionais integradoras dos saberes no ensino/serviço, resultando em uma assistência fragmentada e distanciada das necessidades do paciente (BACKES *et al.*, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para tal questão, Amâncio Filho (2004) coloca:

“É preciso, portanto, construir um processo educacional que articule a formação profissional com as necessidades e as demandas da sociedade, como estratégia eficaz para o desenvolvimento econômico, social e cultural dessa mesma sociedade”.

Nesse sentido, destacam-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), regulamentados como pós-graduação *lato sensu*, que buscam romper os paradigmas no processo de formação de profissionais, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde ofertados à população.

As RMS apresentam caráter diferenciado, uma vez que utilizam práticas ativas e participativas em serviço, tendo sempre a educação permanente como eixo pedagógico estrutural (ROSA; LOPES, 2010). No modelo tradicional de ensino, as habilidades técnicas ganhavam grande importância, deixando questões éticas, morais, atitudes e habilidades de resolução de problemas em segundo plano. Contrastando tal visão, as práticas educativas participativas

fazem com que a formação do profissional seja integrada à realidade da comunidade, requerendo bom desenvolvimento de habilidades técnicas, comportamentais e interpessoais, além de um apurado senso crítico sobre a responsabilidade social (CHRISTOFOLETTI *et al.*, 2014; OLCKERS; GIBBS; DUNCAN, 2007).

O Governo Federal vem investindo cada vez mais na criação de programas multiprofissionais (da MOTTA; PACHECO, 2014). No ano de 2009 a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) deu início a seu programa, com o objetivo de integrar e incentivar a troca de saberes entre profissões, com qualificação do profissional para realizar trabalho em equipe voltado ao Sistema Único de Saúde.

Sabendo que a RMS da UFMS está centrada na abordagem hospitalar ao paciente crítico, o grau de exigência a que o residente está submetido é muito grande, pois de um lado tem-se a gravidade dos casos assistidos, onde o residente lida constantemente com situações de tensão e morte, e de outro encontram-se questões psicossociais, ambientais e familiares, que exigem equilíbrio físico e mental dos discentes (CAREGNATO; LAUTERT, 2005; GUIDO *et al.*, 2009; HOOPER *et al.*, 2010; SHORTER; STAYT, 2010).

Nesta perspectiva, o cuidado à saúde do residente não deve ser negligenciado, uma vez que o mesmo comumente está exposto a situações de estresse. Quando há persistência do agente estressor e não resolução do evento, se torna comum o aparecimento da Síndrome de *Burnout*, entendida como uma cronificação do estresse com consequências negativas tanto em nível individual quanto no profissional, familiar e social (GUIDO *et al.*, 2012a).

Usualmente a síndrome é definida pelas seguintes dimensões: exaustão, cinismo e ineficácia (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; MASLACH, 2003). A exaustão é um sentimento de não ser capaz de dar mais de si mesmo no local de trabalho; o cinismo refere-se a uma falta de interesse e perda de sentido do trabalho; já a ineficácia é o sentimento relacionado a uma falta de competência resultante da não

realização de tarefas no local de trabalho corretamente (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Este fenômeno de estresse é provável de ocorrer em qualquer contexto de trabalho e é caracterizado por um estado geral de fadiga, o uso de um estilo de enfrentamento despersonalizado e uma queda no desempenho profissional, tendências que refletem as enormes discrepâncias entre a pessoa e seu trabalho (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Nestes ambientes ainda vivencia-se uma lógica de produção em saúde: a produção tecnicista que, associada à visão mercadológica, formam profissionais para uma relação procedimento-centrada. Estes tendem a reproduzir um modelo médico-hegemônico muito distante dos princípios que embasam as políticas públicas e sociais, aquém das necessidades daqueles que são “objeto de trabalho” dos profissionais: os usuários (CECILIO, 2012).

Diante disso, torna-se importante refletir acerca do modo de se produzir saúde no ambiente em que os profissionais estão intimamente inseridos, para que o cuidado seja integral, contínuo, produtivo e com resolutividade (FRANCO; MERHY, 2013).

Diante do exposto, esta dissertação de mestrado visa analisar a qualidade de vida e o estresse de alunos durante dois anos da residência multiprofissional em saúde, refletindo e discutindo acerca dos *modus operandis* dos serviços e do trabalho vivo em ato que se constitui no cotidiano deste cenário (FRANCO; MERHY, 2013).

## 2. JUSTIFICATIVA

A última década vislumbra diversos estudos abordando a temática do estresse identificado e observado sob a ótica de um fenômeno psicofisiológico, de percepções individuais e de interação entre ambiente e indivíduo (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010). Ao estudar a relação entre estresse e trabalho, Villalobos (2004) considera que os fatores psicossociais do trabalho consistem em interações entre o ambiente de trabalho, sua organização e as características individuais do trabalhador.

Ao considerar o trabalho em instituições de saúde e relacioná-lo às condições ambientais, políticas e gerenciais, expõe-se fatores agravantes da integridade e da saúde do residente (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

No que corresponde aos fatores ambientais, cujos podem oferecer riscos de ordem física, química, biológica, ergonômica, mecânica e psicológica, o ambiente hospitalar se caracteriza como um local de amplo espectro de riscos ocupacionais, tais como a síndrome de *burnout* (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Esta síndrome foi reconhecida como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos (MASLACH, 1998; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005). Além disto, é considerada, pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), como um problema endêmico em todo o mundo, sendo corroborado por estudos que reportam alto nível de estresse em alunos residentes e em profissionais de hospitais (GUIDO *et al.*, 2012a; GUIDO *et al.*, 2012b; KANG; LIHM; KONG, 2013; RIOS RISQUEZ; PEÑALVER HERNANDEZ; GODOY FERNANDEZ, 2008; TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Considerando que os programas de residência têm crescido e ampliado o leque de vagas para os diversos profissionais da saúde, torna-se importante conhecer os impactos que este cenário de prática promove na saúde dos profissionais, analisados sob um leque contínuo longitudinal.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Investigar a variação do nível de estresse e da qualidade de vida de alunos vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, durante os 2 anos em que se encontravam no programa.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- ✓ Analisar o nível de estresse e a qualidade de vida dos alunos da residência;
- ✓ Investigar a evolução de tais fatores durante o período que se encontravam na referida residência.

## **4. REVISÃO DA LITERATURA**

### **4.1 Afinal, quem tem qualidade de vida?**

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos; está ainda comumente associada ao conceito de saúde, que é historicamente definida como o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946).

O termo qualidade de vida se trata da tentativa de Aristóteles em conceituar a associação de felicidade e bem estar. Naquela ocasião, as diferenças inter e intra-pessoais em relação à satisfação com a vida eram consideradas essenciais para a compreensão de bem estar (FAYER; MACHIN, 2000). Desta maneira, considera-se que saúde é o “bem viver” no mundo, o “estar à vontade” no mundo e com felicidade.

O viver bem e o sentimento de bem estar representam o viver sem as “amarras” da doença, o conduzir-se aos desvarios da existência e de tudo que objetiva a vida; é o fato de não se estar direcionado a isso e sim estar desimpedidamente aberto e preparado para tudo (GADAMER, 2006). Viver bem seria viver sem se condicionar?

Viver uma vida com qualidade está intrinsecamente ligado à percepção única do sujeito (ser consigo mesmo) e dele perante o mundo. É um atributo do sujeito, sua maneira de ser, de se colocar, de conformar e de se conformar ao mundo. Como então conceituamos qualidade de vida nesta esfera de pensamento? (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000)

As primeiras menções relacionando qualidade de vida e saúde retratam dos séculos XVIII e XIX, no campo da medicina social; com o passar do tempo, já em 1964, o termo foi empregado no relatório da Comissão Presidencial Americana sobre os objetivos nacionais daquela época que dizia: “os objetivos só poderiam ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às

peças". Como consequência, houve grandes discussões acerca de se encontrarem parâmetros para mensurar tal fator (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; DOMINGOS, 1997).

Originalmente, o conceito de qualidade de vida foi introduzido diante dos desfechos médicos tradicionais quanto mortalidade e morbidade, que foram criticados por serem restritos e não serviam para demonstrar outros desfechos potenciais como os efeitos do tratamento de câncer e suas consequências devastosas (FLECK, 2008).

Minayo, Hartz & Buss (2000) definem qualidade de vida como uma noção multidimensional, eminentemente humana, uma síntese cultural, onde se coloca o grau de satisfação encontrado nos campos sociais, na vida familiar, amorosa, ambiental, de valores, bem estar como uma estética existencial. Esta afirmativa se origina dos questionamentos dos modelos de bem estar estabelecidos, de um repensar das condições reais e universais de manutenção de um padrão de qualidade de vida fundado no consumo e na exploração da natureza (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Nesta ideia de conceito multidimensional, Kimura (1999) refere qualidade de vida como diretamente influenciada por condições fisiológicas, capacidade funcional, relações sociais, trabalho, situação econômica, comportamento afetivo e emocional colocadas subjetivamente pelo indivíduo.

Há ainda de se considerar a subjetividade do conceito, colocando em questão a sua natureza política e ética, ou seja, ampliando as questões de desejos coletivos para grupos sociais e se referindo para a superação de iniquidades. Tal fato forma uma linha tênue entre o que se deseja e o que se é possível obter (KEINERT; KARRUZ; KARRUZ, 2002).

Seguindo esta linha, há quem diga que qualidade de vida se relaciona com a satisfação das necessidades pessoais e o bem estar para consegui-las (TAMAKI, 2000). Pensamento semelhante foi descrito por Domingos (1997) quando relata que o governo norte-americano, sob a ótica do *Welfare State*, cria programas para garantir a qualidade de vida da população a partir da satisfação das necessidades materiais. Também é importante correlacionar

qualidade de vida com os fatores socioeconômicos, culturais e religiosos que podem ser influenciados por crenças, valores e atitudes vivenciadas durante a vida, assim como o processo saúde e doença (VILA; ROSSI, 2008).

Além dos termos supracitados, é importante ressaltar que qualidade de vida possa ser caracterizada em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade (sendo que quanto menor a distância entre ambos os parâmetros, melhor) (MARTIN; STOCKLER, 1998). Além disso, deve-se levar em consideração a subjetividade (a perspectiva) do indivíduo, a multidimensionalidade da qual se transcorre a vida e a bipolaridade que tenta explicar que para se ter uma “boa qualidade de vida” é necessário a presença ou não de alguns elementos (FLECK, 2008).

Diante da multiplicidade de tentativas de se definir qualidade de vida, muitas das vezes ela foi explicada sob o olhar de uma especialidade, como, por exemplo, a economia, a sociologia, medicina, psicologia, saúde pública, etc., sendo assim não havendo um consenso. Nesta linha, Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997) a qualificam como um conceito equívoco como o de inteligência, ambos dotados de um senso comum variável de indivíduo a indivíduo. Ainda, dizem que quanto mais aprimorada é a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igualdade de acesso a bens materiais e culturais (OLGA MATOS, 1999 apud MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

#### **4.2 “Até às cinzas” – A Síndrome de burnout**

*[...] Tal estado, esgotamento, ocorrerá na área da vida onde há mais expectativa de sucesso: no trabalho (FREUDENBERGER, 1974).*

A síndrome de *burnout* descreve "uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho", ou seja, é um processo insidioso, resultado do estresse ocupacional cronificado seja por

resposta a um agente estressor por prolongado período ou quando os métodos de enfrentamento não forem suficientes (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O termo *burnout*, segundo um jargão inglês, é definido como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, decorrente de um processo de cronificação do estresse no trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; TRIGO, 2007); é esgotar-se para atingir uma meta irrealizável imposta pelo próprio indivíduo ou pela sociedade. Este termo foi empregado pela primeira vez na década de 1970 pelo psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger (FREUDENBERGER, 1974) que criou a expressão *staff burnout* ao descrever o quadro comumente observado em profissionais de saúde atuantes na área de dependência química. Ele relatou um quadro de esgotamento físico e mental com intensa irritabilidade relacionado a condições adversas de trabalho, uma vez que estes profissionais não tinham a percepção de que aqueles pacientes, dependentes químicos, necessitavam de cuidado. A síndrome foi caracterizada como uma ausência de motivação para continuar a assistência, culpabilizando o paciente pelo seu estado.

A síndrome de *burnout* tem sido definida como um fenômeno psicossocial que emerge como uma resposta crônica dos estressores interpessoais ocorridos na situação de trabalho (MASLACH, 2001), constituída por três dimensões independentes:

**1. Desgaste Emocional ou Exaustão Emocional:** é o elemento crucial da síndrome, tanto que originou seu próprio nome. Caracteriza-se por desgaste, perda de energia, esgotamento e fadiga do indivíduo, a qual pode manifestar-se fisicamente, psiquicamente ou como uma combinação entre os dois. Abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação; aumento da suscetibilidade para doenças, cefaleia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono. Assim, a medida que os recursos emocionais vão se deteriorando, as pessoas

acometidas sentem que não têm a mesma capacidade de antes. Este é o traço inicial da síndrome (MASLACH, 1981; LAUTERT, 1995).

2. **Despersonalização:** É a dimensão que manifesta uma troca negativa nas atitudes e respostas com outras pessoas, especialmente com os beneficiários do próprio trabalho - ou seja, com os pacientes no caso dos profissionais da saúde. A despersonalização está acompanhada de ansiedade, aumento de irritabilidade e perda da motivação, bem como de manifestações emocionais. As atitudes no trabalho muitas vezes vêm com redução de metas e da responsabilidade pessoal com os resultados, redução do idealismo, conduta claramente egoísta e a sensação de alienação em relação aos outros (MASLACH, 1981; LAUTERT, 1995)

3. **Incompetência ou baixa realização pessoal:** É a dimensão na qual existe um sentimento complexo de inadequação pessoal e profissional ao posto de trabalho e uma série de respostas negativas para consigo mesmo e com sua atividade laboral, a constar sentimentos de depressão, moral baixa, distanciamento de relações interpessoais, baixa produtividade, incapacidade para suportar as pressões do dia a dia e baixa autoestima. O enfrentamento defensivo ocorre nessa fase, na qual se produz uma troca de atitudes e condutas com o propósito de defender-se ativamente do sentimento presente. Há a sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor (MASLACH, 1981; LAUTERT, 1995).

A variável despersonalização, segundo Lautert (1995), pode ser considerada o elemento característico da síndrome de *burnout* uma vez que tanto o desgaste emocional quanto a incompetência podem ser associados a outros tipos de síndrome, enquanto que a despersonalização é específica do *burnout*.

Diante da multiplicidade e da complexidade da síndrome, Carlotto (2001) observou que um grande problema é estabelecer um consenso quanto sua real definição. Assim, este autor subdividiu a concepção teórica sobre o tema em 4 grandes grupos de descrição:

Concepção Clínica: A síndrome é caracterizada pelo conjunto de sintomas, como fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho, falta de entusiasmo pela vida, sentimento de impotência e de inutilidade, baixa autoestima e depressão. A visão geral nesta concepção é de que a síndrome se trata de um “estar”, o estado como se encontra o indivíduo.

Concepção Sociopsicológica: Analisa e dá importância a variáveis sócio-ambientais como atores coadjuvantes da síndrome. Outras características individuais, condições e relações de trabalho ampliam o estresse e fazem surgir fatores multidimensionais de esgotamento como a exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Segundo Benevides-Pereira (2002), esta concepção é a mais utilizada em meio a comunidade científica. Nesta pesquisa se faz maior referência a este modelo de ideia e como instrumento utiliza-se comumente o Inventário de Maslach de *Burnout* (MASLACH, 1981). Diante deste posicionamento, é fato que os trabalhadores que lidam diretamente com outras pessoas, seja na assistência à saúde, seja como responsáveis por setores, seja por multidões de pessoas, ou até aqueles que lidam como responsáveis diretos de seu desenvolvimento, têm maior propensão a desenvolver a síndrome (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Concepção organizacional: Trata o *burnout* como uma consequência de um desajuste na linha necessidade-interesse profissional-instituição.

Concepção sócio-histórica: Vista deste ponto, a sociedade é o fator principal, seja pela imposição de fatores pessoais ou institucionais, reforçando a convicção de que ocupações voltadas para a ajuda do próximo são incompatíveis com os valores predominantes na sociedade atual.

### **4.3 Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - área de concentração em Atenção aos Pacientes Críticos (RMS/UFMS), constitui uma modalidade de residência

multiprofissional em saúde criada no final de 2009, regulamentada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, e apoiada pelo Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HU/UFMS). Respalhada pela Lei Federal nº 11.129 de 2005, a referida residência é composta por profissionais das áreas de fisioterapia, enfermagem, farmácia/bioquímica, odontologia e nutrição, e desenvolvida no HU/UFMS mediante supervisão docente-assistencial (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Esta residência visa a realização da atenção especializada ao paciente, com formação qualificada para a assistência à saúde da população brasileira e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2010).

No atual contexto da saúde, a inserção e a vivência propiciada pelos programas de residência nos hospitais universitários federais e nos demais serviços do SUS vem sendo enfatizada e requerida, diante da necessidade de formar profissionais com competências necessárias para a atenção integral à saúde por meio do trabalho em equipe, tendo como centralidade as necessidades de saúde da população (LOBO *et.al*, 2010; MARMOT, 2006). Essa necessidade é mais premente devido ao perfil dos profissionais das áreas da saúde que estão sendo formados para a atenção individualizada, centrada na doença e nos procedimentos, com pouco conhecimento e quase nenhum envolvimento com o sistema público de saúde (SILVA, 2006).

A formação em serviço do residente possibilita ainda que este possua uma compreensão do contexto e dos determinantes de saúde, sob uma visão ampliada e complexa, no âmbito da promoção, prevenção e reabilitação (CAMPOS; FORSTER, 2008).

Adicionalmente, e como um importante diferencial inerente ao programas de RMS, está o trabalho em equipe. A proposta de operacionalização da RMS visa a formação coletiva inserida no mesmo campo

de trabalho, sem deixar de priorizar e respeitar os núcleos específicos de saberes de cada profissão (BRASIL, 2009b).

A “atenção ao paciente crítico” como proposta de programa de residência multiprofissional tem como sustentação a gravidade e as peculiaridades com os quais os pacientes estão sujeitos, assim como a atenção multiprofissional integrada envolvida na promoção de cuidados com excelência, e que são dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos dos pacientes, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares. Como se é constatado, a essência da multidisciplinaridade em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos complexos, mas encontra-se no processo de tomada de decisões da equipe, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente, além das terapias disponíveis (NASCIMENTO, 2008)

Tão importante quanto garantir saúde aos pacientes críticos internados em ambiente hospitalar, o Programa de RMS do Hospital Universitário da UFMS deve se preocupar com a saúde dos alunos pós-graduandos associados. Diante disso, optamos por centralizar o foco desta dissertação de mestrado nesta temática.

## **5. MÉTODOS**

### **5.1. Delineamento**

Trata-se de um estudo coorte prospectivo realizado no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian.

### **5.2. Público-alvo**

Alunos ingressantes do Programa de RMS do Hospital Universitário da UFMS. Todos os anos ingressam 18 residentes no Programa.

### **5.3. Variáveis**

#### **5.3.1. Variáveis dependentes**

- ✓ Nível de estresse;
- ✓ Qualidade de vida;

#### **5.3.2. Variáveis independentes**

- ✓ Momento

### **5.4. Critérios de inclusão**

- ✓ Alunos regularmente matriculados no Programa de RMS do Hospital Universitário da UFMS, de ambos os sexos;
- ✓ Aceite em participar deste estudo, com a devida ciência obtida em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado pelos pesquisadores.

### **5.5. Critérios de exclusão**

- ✓ Casos de expulsão e/ou abandono do programa;

- ✓ Afastamento superior a 60 dias por motivo de saúde;
- ✓ Alunas em gestação ou em período de licença maternidade.

## **5.6. Procedimentos metodológicos**

### **5.6.1. Seleção dos sujeitos e coleta dos dados**

Os alunos foram selecionados no primeiro dia de residência do Programa de RMS da UFMS. Neste momento, o pesquisador responsável explicou os objetivos e metas a serem alcançados por este projeto de pesquisa, bem como descreveu os aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que garante deveres e direitos do pesquisador e dos pesquisados.

Aos que aceitaram participar deste estudo, foi explicado que poderiam sair do trabalho em qualquer momento, sem prejuízo algum. Foram entregues duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), sendo que uma ficou com o pesquisador responsável e outra com o aluno avaliado. Todas as coletas de dados ocorreram no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, na sala de educação continuada. Todos os 18 entrevistados foram acompanhados durante os 24 meses do estudo, não havendo perdas amostrais.

### **5.6.2. Instrumentos de coleta de dados**

Para a coleta dos dados foram aplicados dois instrumentos específicos: 1º) Inventário Maslach de *Burnout*, e 2º) Questionário de qualidade de vida *Short Form-36*

O Inventário Maslach de *Burnout* (IMB – Anexo 1) é formado por 22 itens do tipo Likert (sob a forma de afirmações), pelos quais são atribuídos graus de intensidade que vão desde “nunca” até “todos os dias”. É composto por 3 sub-escalas, a constar: “desgaste emocional”; “despersonalização”, e; “realização pessoal” (MASLACH; JACKSON, 1981). Estas sub-escalas avaliam prováveis manifestações de *burnout*. A sua aplicação se deu no momento inicial, e no final do 1º e do 2º ano.

O instrumento verifica os escores de *burnout* em relação à frequência com que estão presentes os sentimentos pessoais e atitudes do profissional em seu ambiente de trabalho, frente aos pacientes e demais profissionais da equipe de saúde (LAUTERT, 1995).

A dimensão “desgaste emocional” é formada por nove itens que avaliam com que frequência o sujeito se sente emocionalmente exausto (desgastado) pelo trabalho. Nessa dimensão, quanto maior é a pontuação, maior é o desgaste emocional do sujeito.

Os itens da dimensão desgaste emocional são:

1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com o meu trabalho.
2. Quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado.
3. Quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado.
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa.
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando.
13. Sinto-me frustrado por meu trabalho.
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu trabalho.
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.
20. Sinto-me como se estivesse no limite das minhas possibilidades

A dimensão “despersonalização” é formada por cinco itens que avaliam com que frequência o sujeito expressa resposta “fria” e impessoal diante das demandas dos usuários do serviço de saúde. Nessa dimensão, quanto maior é a pontuação, maior é o índice de despersonalização.

Os itens da despersonalização são:

5. Sinto que estou tratando alguns receptores do meu trabalho como se fossem objetos impessoais
10. Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.
11. Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente.
15. Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.
22. Parece-me que os receptores do meu trabalho me culpam por alguns de seus problemas.

A dimensão “realização profissional” é formada por oito itens que avaliam os sentimentos de competência pessoal, profissional e eficácia do profissional da saúde para a realização do trabalho. Nesta dimensão o escore é invertido: quanto menor é a pontuação, maior é o sentimento de realização profissional. Assim, o escore oscila entre o sentimento de realização profissional (menor pontuação) até o sentimento de incompetência (maior pontuação).

Os itens da Baixa Realização profissional (incompetência) (escore reverso) são:

4. Sinto que posso entender facilmente como as pessoas que tenho que atender se sentem a respeito das coisas.
7. Sinto que trato com muita efetividade os problemas que tenho que atender.
9. Sinto que estou influenciando positivamente as vidas das pessoas através do meu trabalho.
12. Sinto-me vigoroso com meu trabalho.
17. Sinto que posso criar com facilidade um clima agradável com os receptores do meu trabalho.
18. Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.

19. Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.

21. No meu trabalho, eu manejo com os problemas emocionais com muita calma

Para o item “exaustão emocional”, uma pontuação maior ou igual a 27 indica alto nível de estresse; de 19 a 26 nível moderado; e menor que 19 nível baixo. Para “despersonalização”, pontuações iguais ou maiores que 10 indicam alto nível de estresse, de 6 a 9 indicam nível moderado e menores de 6 nível baixo. A pontuação relacionada à “realização pessoal” vai em direção oposta às outras, uma vez que pontuações de 0 a 33 indicam alto nível de estresse, de 34 a 39 nível moderado e maior ou igual a 40, nível baixo (Ramírez, 1995).

Em seguida foi aplicado o questionário de qualidade de vida Short Form-36 (SF-36 – Anexo 2) (WARE; KOSINSKI; GANDEK, 2003). Este instrumento é composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes, representados por capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens) e saúde mental (cinco itens). O instrumento é validado e adaptado para língua portuguesa (CICONELLI *et al.*, 1999). O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor. Assim como o IMB, o SF-36 foi aplicado no momento inicial, e no final do 1º e do 2º anos.

As dimensões do SF-36 e suas interpretações estão detalhadas abaixo:

**Quadro 1: Interpretação das variáveis do questionário SF-36.**

CAPACIDADE FUNCIONAL (QUESTÃO 3)	
Avalia tanto a presença como a extensão de limitação relacionadas à capacidade física. Apresenta 3 níveis de resposta (muita limitação, pouca limitação ou nenhuma limitação)	
Interpretação de baixo escore (pior):	Grande limitação no desempenho de todas as atividades físicas, incluindo

	tomar banho e vestir-se.
Interpretação do alto escore (melhor):	Desempenho de todos os tipos de atividades físicas, incluindo as mais vigorosas, sem limitações induzidas pela saúde.
<b>ASPECTO FÍSICO (QUESTÃO 4)</b>	
Avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades de vida diária em consequência de problemas físicos.	
Interpretação de baixo escore (pior):	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde física.
Interpretação do alto escore (melhor):	Sem problemas com o trabalho ou outras atividades diárias.
<b>DOR (QUESTÕES 7 e 8)</b>	
Avalia a extensão da dor e a interferência nas atividades de vida diária	
Interpretação de baixo escore (pior):	Dor muito severa e extremamente limitante.
Interpretação do alto escore (melhor):	Sem dor ou limitação induzida pela saúde.
<b>ESTADO GERAL DE SAÚDE (QUESTÕES 1 e 11)</b>	
Avalia as percepções referentes ao estado geral de saúde.	
Interpretação de baixo escore (pior):	Avaliação pessoal da saúde como pobre, ou crença de que irá piorar.
Interpretação do alto escore (melhor):	Avaliação da saúde como excelente.
<b>VITALIDADE (QUESTÃO 9, itens a, e, g, i)</b>	
Considera o nível de energia e fadiga.	
Interpretação de baixo escore (pior):	Sensação de cansaço e esgotamento durante todo o tempo.
Interpretação do alto escore (melhor):	Sensação de dinamismo e energia durante todo o tempo.
<b>ASPECTO SOCIAL (QUESTÕES 6 E 10)</b>	
Avalia a limitação da participação do indivíduo em atividades sociais, decorrente de problemas emocionais.	

Interpretação de baixo escore (pior):	Interferência extrema e frequente nas atividades sociais normais devido a problemas físicos ou emocionais.
Interpretação do alto escore (melhor):	Desempenho das atividades sociais normais sem interferência induzida por problema físicos ou emocionais.
<b>ASPECTOS EMOCIONAIS (QUESTÃO 5)</b>	
Avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades da vida diária em consequência de problemas emocionais.	
Interpretação de baixo escore (pior):	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado da saúde emocional.
Interpretação do alto escore (melhor):	Sem problemas com o trabalho ou outras atividades diárias.
<b>SAÚDE MENTAL (QUESTÃO 9, itens b, c, d, f, h)</b>	
Avalia as percepções em relação a quatro principais dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, alterações do comportamento e bem estar psicológico.	
Interpretação de baixo escore (pior):	Sentimento de nervosismo e depressão durante todo o tempo.
Interpretação do alto escore (melhor):	Sentimento de tranquilidade e calma durante todo o tempo.

Ware e Sherbourne (1992), afirmam que o fato de não ser apresentado um único escore, resumindo toda a avaliação feita pelos 36 itens do SF-36, é justificada pela necessidade de se evitar o erro de não identificar os verdadeiros problemas relacionados à saúde do paciente ou mesmo subestimá-los. Após realizar o cálculo das pontuações de cada questão, transforma-se nos 8 domínios o valor das questões anteriores em notas para cada dimensão. É chamado de escore bruto porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida, apresentado a seguir no Quadro 2.

**Quadro 2: Cálculo do Escore bruto do questionário SF-36**

<b>DIMENSÃO</b>	<b>QUESTÃO</b>	<b>LIMITE INFERIOR</b>	<b>VARIAÇÃO DO ESCORE</b>
Capacidade Funcional	3 (A+ B+ C+ D+ E+ F+ G+ H+ I+ J+)	10	20
Aspecto Físico	4 (A+B+C+D+)	4	4
Dor	7 + 8	2	10
Estado Geral de Saúde	1 + 11	5	20
Vitalidade	9 (A+E+G+I)	4	20
Aspectos Sociais	6 + 10	2	8
Aspecto Emocional	5 (A+B+C)	3	3
Saúde Mental	9 (B+C+D+F+H)	5	25

Para calcular cada dimensão do valor bruto utiliza-se a fórmula a seguir:

$$\text{DIMENSÃO} = \frac{(\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}) \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

### 5.6.3. Processamento e análise dos dados

A análise dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva e inferencial. Os dados foram inicialmente analisados por meio da estatística descritiva, tendo sido incorporados valores de média, desvio-padrão e análise percentual sobre os resultados.

As hipóteses estatísticas foram admitidas sobre um desenho longitudinal de 1 grupo e 4 momentos distintos: início do 1o ano ( $M_1$ ), final do 1o ano ( $M_2$ ), início do 2o ano ( $M_3$ ) e final do 2o ano ( $M_4$ ). Assim tempos:

$H_0: M_1=M_2=M_3=M_4$

$H_A: M_1 \neq M_n$ , sendo  $M_n = M_2, M_3$  ou  $M_4$ .

A análise inferencial foi realizada através do teste de Análise Múltipla de Variâncias para medidas repetidas (MANOVA de medidas repetidas), aplicada sobre o fator “momento”, e analisada pelo procedimento de média de variáveis do teste Lambda de Wilki (Wilki’s Lambda).

A escolha do uso da MANOVA se deu pela possibilidade de vislumbrar resultados globais de estresse e a qualidade de vida em instrumentos que apresentam sub-escores – como é o caso do IMB (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) e do SF-36 (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental).

Análises univariadas de medidas repetidas (ANOVA de medida repetida) foram realizadas para complementar os achados, tendo o nível de significância controlado por correções de Bonferroni. Este procedimento foi realizado para controlar a quantidade de subtestes de cada instrumento. Assim, ao admitir um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), restringimos a hipótese alternativa para  $p < 0,0167$  sobre o nível de *burnout* (por possuir 3 variáveis) e  $p < 0,00625$  sobre a qualidade de vida (por possuir 8 variáveis). O teste de W de Mauchly indicou a interpretação dos dados sobre a assunção da esfericidade assumida.

Tais procedimentos foram seguidos da análise de contraste linear, a fim de evidenciar o padrão da influência do fator “momento” (4 mensurações) sobre as variáveis deste estudo. Adicionalmente, foi aplicado o índice de correlação de Pearson para investigar a associação entre as variáveis de qualidade de vida e de *burnout*.

Em todas as análises admitiu-se o nível de significância em 5%, sob um intervalo de confiança de 95%. A verificação do tamanho do efeito de cada análise foi realizada por meio do eta ao quadrado parcial ( $\eta^2p$ ) e do poder estatístico dos testes.

#### **5.6.4. Aspectos éticos**

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (protocolo de aprovação nº 2.206). O protocolo cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos – SISNEP consta uma descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas, a análise crítica dos riscos e benefícios envolvendo os sujeitos da pesquisa, a explicação das responsabilidades do pesquisador e da instituição, e uma declaração de que os resultados serão tornados públicos (sejam eles favoráveis ou não).

Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido baseado nas normas estabelecidas pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde às pesquisas envolvendo seres humanos (Apêndice 1). Por meio dele, foram explicados os benefícios e as metas da pesquisa, além de assegurados os procedimentos para monitoramento da coleta de dados, garantindo adequada confidencialidade e caráter voluntário do estudo.

Adicionalmente, obtivemos uma declaração da coordenadora geral do Programa de RMS da UFMS, aprovando a realização deste projeto (Anexo 3).

## 6. RESULTADOS

Participaram deste estudo 18 estudantes regularmente matriculados no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A amostra foi composta por 6 homens (33,34%) e 12 mulheres (66,66%).

### Índice de estresse

Os valores provenientes do Índice de *Burnout* encontram-se na tabela 1. A análise múltipla de variâncias para medidas repetidas apontou influência significativa do fator “momento” sobre o nível de estresse dos participantes ( $F_{(9,90,199)}=6,024$ ;  $p=0,0001$ ;  $\eta^2p=0,317$ ; poder de 99,79%). Análises univariadas confirmam alteração no Índice de *Burnout* de Maslach no item “exaustão emocional” ( $F_{(3,39)}=22,326$ ;  $p=0,0001$ ;  $\eta^2p=0,632$ ; poder de 99,99%), mas não no item “despersonalização” ( $F_{(3,39)}=1,644$ ;  $p=0,1947$ ;  $\eta^2p=0,112$ ; poder: 39,70%). O item “realização profissional”, apesar de ter apresentado nível de significância menor que 5% ( $F_{(3,39)}=3,388$ ;  $p=0,0274$ ;  $\eta^2p=0,0274$ ; poder: 72,14%), foi excluído da hipótese alternativa devido ao controle do erro tipo 1 promovido pela correção de Bonferroni.

**Tabela 1. Índice de estresse por segmento – Campo Grande, 2015**

	Início 1o ano	Final 1o ano	Início 2o ano	Final 2o ano	ANOVA Sig	MANOVA Sig
<b>Exaustão emocional</b>	14,64±5,99	22,57±6,29	24,50±6,34	26,71±5,63	0,0001*	0,0001*
<b>Despersonalização</b>	6,57±2,13	8,00±3,06	7,85±2,79	8,14±2,56	0,1947	
<b>Realização profissional</b>	36,14±3,10	34,71±5,28	34,64±3,31	32,64±4,44	0,0274	

\*Significância admitida em  $p_{MANOVA}<0,05$  e  $p_{ANOVA}<0,0167$

O procedimento de contraste indicou uma tendência linear de piora de valores do item “exaustão emocional” ( $F_{(1,13)}=46,262$ ;  $p=0,0001$ ;  $\eta^2p=0,781$ ; poder: 99,99%). O item “despersonalização” não sofreu variação significativa durante os 2 anos, e teve este dado corroborado pela estatística de contraste, com uma tendência de significância, mas poder estatístico fraco ( $F_{(1,13)}=4,619$ ;  $p=0,0510$ ;  $\eta^2p=0,262$ ; poder: 51,18%). O item “realização profissional”

apresentou nível de significância menor que 5%, mas, pela correção de Bonferroni, ficou acima do limite controlado ( $p > 0,0167$ ). Mesmo assim, cabe destacar que a análise de contraste evidencia tendência linear de piora ao longo dos 2 anos quanto à realização profissional ( $F_{(1,13)}=15,486$ ;  $p=0,0017$ ;  $\eta^2p=0,544$ ; poder: 95,26%).

Ainda na tabela 1, a média de valores dos sujeitos nos permite verificar que, segundo a classificação de estresse da escala, a subescala “exaustão emocional” passou de um nível de *burnout* baixo para moderado, chegando próximo ao limite alto de estresse no final do 2º ano da residência. O componente “despersonalização” sofreu certa variação, mas permaneceu sempre faixa classificatória intermediária, condizente a um nível mediano de estresse. O item “realização pessoal” também sofreu variação, passando da faixa classificatória de estresse médio no começo do 1º ano para alto índice de estresse no final do curso.

#### Índice de qualidade de vida

Os valores de qualidade de vida dos participantes encontram-se na tabela 2. A análise múltipla de variâncias para medidas repetidas apontou influência significativa do fator “momento” sobre a qualidade de vida dos participantes ( $F_{(24,93,411)}=2,560$ ;  $p=0,0006$ ;  $\eta^2p=0,387$ ; poder de 99,69%), indicando um quadro de piora ao longo dos 2 anos de investigação. Análises univariadas confirmam alteração na qualidade de vida dos participantes nos itens “aspectos físicos” ( $F_{(3,39)}=7,722$ ;  $p=0,0003$ ;  $\eta^2p=0,373$ ; poder de 98,02%), “dor” ( $F_{(3,39)}=7,051$ ;  $p=0,0006$ ;  $\eta^2p=0,352$ ; poder de 96,88%) e “vitalidade” ( $F_{(3,39)}=9,329$ ;  $p=0,0001$ ;  $\eta^2p=0,418$ ; poder de 99,37%). A referida análise não apontou diferença significativa nos itens “capacidade funcional” ( $F_{(3,39)}=2,275$ ;  $p=0,0950$ ;  $\eta^2p=0,149$ ; poder de 53,12%) e “aspectos sociais” ( $F_{(3,39)}=2,255$ ;  $p=0,0972$ ;  $\eta^2p=0,148$ ; poder de 52,71%). Os itens “estado geral de saúde” ( $F_{(3,39)}=3,122$ ,  $p=0,0367$ ;  $\eta^2p=0,194$ ; poder de 68,20%) “aspectos emocionais” ( $F_{(3,39)}=4,021$ ;  $p=0,0138$ ;  $\eta^2p=0,236$ ; poder de 80,01%) e “saúde mental” ( $F_{(3,39)}=4,494$ ;  $p=0,0083$ ;  $\eta^2p=0,257$ ; poder de 84,64%) apresentaram significância menor que 5%, mas foram excluídos da hipótese alternativa pelo controle do erro tipo 1 oriundo das correções de Bonferroni.

**Tabela 2. Índice de qualidade de vida por segmento – Campo Grande, 2015.**

	Início 1o ano	Final 1o ano	Início 2o ano	Final 2o ano	ANOVA Sig	MANOVA Sig
<b>Capacidade funcional</b>	90,35±11,34	89,50±10,83	83,57±11,50	84,64±10,27	0,0950	0,0006*
<b>Aspectos físicos</b>	83,92±25,20	48,21±31,72	42,85±39,74	35,71±38,87	0,0003*	
<b>Dor</b>	78,57±21,47	59,50±20,06	58,64±20,79	55,07±20,28	0,0006*	
<b>Estado geral de saúde</b>	76,85±22,05	65,50±26,89	62,28±27,10	64,42±23,98	0,0367	
<b>Vitalidade</b>	73,21±11,37	48,21±13,95	50,00±16,05	49,28±18,79	0,0001*	
<b>Aspectos sociais</b>	79,46±19,98	66,07±27,04	63,39±21,63	61,60±28,78	0,0972	
<b>Aspectos emocionais</b>	83,32±31,35	49,99±33,96	52,38±50,15	40,47±45,62	0,0138	
<b>Saúde mental</b>	78,57±13,18	69,71±11,91	64,57±12,03	63,42±18,15	0,0083	

\*Significância admitida em  $p_{MANOVA} < 0,05$  e  $p_{ANOVA} < 0,00625$

O procedimento de contraste indicou uma tendência linear de piora de valores dos itens “aspectos físicos” ( $F_{(1,13)}=16,545$ ;  $p=0,0013$ ;  $\eta^2p=0,560$ ; poder de 96,34%), “dor” ( $F_{(1,13)}=20,413$ ;  $p=0,0005$ ;  $\eta^2p=0,611$ ; poder de 98,62%) e “vitalidade” ( $F_{(1,13)}=23,134$ ;  $p=0,0003$ ;  $\eta^2p=0,640$ ; poder de 99,32%), reforçando os achados promovidos pelas análises prévias. Os itens “capacidade funcional” e “aspectos sociais”, por não ter sofrido variação significativa durante os 2 anos, também não apresentaram contraste significativo ( $F_{(1,13)}=3,956$ ;  $p=0,0681$ ;  $\eta^2p=0,233$ ; poder de 45,30% para “capacidade funcional” e  $F_{(1,13)}=3,825$ ;  $p=0,0723$ ;  $\eta^2p=0,227$ ; poder de 44,09% para “aspectos sociais”).

Os itens “estado geral de saúde”, “aspectos emocionais” e “saúde mental” apresentaram nível de significância menor que 5% na análise univariadas, mas ficaram de fora da significância pela correção de Bonferroni, que delimitou análises sob valor menor que 0,625% ( $p < 0,00625$ ). O procedimento de contraste confirmou ausência de interferência no estado geral de saúde ( $F_{(1,13)}=3,460$ ;  $p=0,0856$ ;  $\eta^2p=0,210$ ; poder de 40,64%), mas indica tendência de piora para “aspectos emocionais” ( $F_{(1,13)}=5,948$ ;  $p=0,0298$ ;  $\eta^2p=0,314$ ; poder de 61,66%) e “saúde mental” ( $F_{(1,13)}=9,516$ ;  $p=0,0086$ ;  $\eta^2p=0,423$ ; poder de 81,34%).

A tabela 3 detalha a relação entre as variáveis vinculadas à qualidade de vida e ao *burnout*, nos momentos iniciais e finais de cada ano analisado. Como se pode constatar.

**Tabela 3. Índice de correlação envolvendo as variáveis de qualidade de vida e *burnout***

Ano	Burnout	Qualidade de vida							
		CF	AF	Dor	EGS	Vit	AS	AE	SM
Começo	EE	<b>-0,723</b>	-0,114	-0,373	<b>-0,549</b>	-0,419	-0,233	-0,032	0,042
1º ano	Desp	-0,259	-0,496	-0,325	-0,220	-0,368	-0,365	-0,238	0,034
	RP	-0,077	0,179	0,117	-0,118	0,005	-0,059	0,027	0,146
Final 1º ano	EE	0,005	0,359	<b>-0,743</b>	<b>-0,612</b>	<b>-0,527</b>	<b>-0,563</b>	-0,266	<b>-0,640</b>
	Desp	-0,223	-0,228	0,433	0,171	-0,067	0,273	0,441	0,434
	RP	-0,201	0,247	-0,027	0,015	0,124	0,015	0,495	0,276
Começo 2º ano	EE	<b>-0,586</b>	-0,082	-0,391	-0,412	<b>-0,774</b>	-0,224	-0,314	<b>-0,577</b>
	Desp	-0,122	-0,203	0,258	-0,016	-0,264	0,160	-0,036	-0,084
	RP	-0,252	0,008	-0,333	-0,345	-0,402	-0,365	-0,175	-0,084
Final 2º ano	EE	<b>-0,657</b>	<b>-0,572</b>	<b>-0,699</b>	-0,279	-0,249	<b>-0,550</b>	<b>-0,560</b>	-0,461
	Desp	-0,463	-0,124	-0,466	-0,136	0,383	-0,204	-0,179	-0,154
	RP	0,020	0,079	0,103	-0,054	0,417	0,159	0,159	0,456

EE: Exaustão emocional; Desp.: Despersonalização; RP: Realização profissional; CF: Capacidade funcional; AF: Aspectos físicos; EGS: Estado geral de saúde; Vit.: Vitalidade; AS: Aspectos sociais; AE: Aspectos emocionais; SM: Saúde mental. Valores em negrito representam  $p < 0,05$ .

## 7. DISCUSSÃO

Por meio desta dissertação de mestrado investigamos o índice de *burnout* e qualidade de vida dos residentes, que vislumbraram piora ao longo de dois anos do curso. Alterações no nível de estresse e qualidade de vida já foram constadas em pesquisas prévias, reforçando os achados aqui obtidos. Entender os fatores desencadeadores de estresse são essenciais para prevenir tais situações e potencializar a assistência e o aprendizado do residente (GUIDO *et al.*, 2012a; GUIDO *et al.*, 2012b; KANG; LIHM; KONG, 2013).

O fato da residência ser centrada na abordagem clínica ao paciente crítico se relaciona a resultados de diminuição na qualidade de vida e um aumento nos escores referentes ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, visto que são pacientes graves, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando substituição artificial de funções e assistência contínua que, ainda, apresentam estabilidade clínica, com potencial risco de agravamento do quadro e que necessita de cuidados contínuos (BRASIL, 2006).

O paciente com demanda de cuidados críticos e intensivos também é reconhecido como grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência especializada, ou seja, apresenta uma complexidade técnica que exige conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 2006).

A sobrecarga observada nos residentes pode ser em parte explicada pelos fatos supracitados, aliado ao perfil dos mesmos, usualmente formado por alunos recém-graduados e com pouca experiência na assistência ao paciente (LOURENCAO; MOSCARDIN; SOLER, 2010). A transição acadêmico-profissional, com a natural insegurança frente às mudanças, é possível que tenha interferido nos índices de saúde dos residentes. No entanto, caso a experiência profissional fosse o único fator atrelado ao nível de estresse e ao declínio da qualidade de vida dos acadêmicos, a tendência seria observarmos uma melhora em ambas as variáveis ao longo do tempo de experiência na residência – fato que na prática não ocorreu. Assim, outros fatores devem ter exercido influência, conforme detalhados a seguir.

O medo de cometer erros, bem como a crescente cobrança e responsabilidade imposta aos residentes é um dos fatores comumente associados aos níveis de estresse e exaustão emocional (ZARE *et al.*, 2012). Diferente dos atendimentos realizados em sua graduação, onde o docente permanece em contato direto com o aluno, o profissional residente nem sempre se vê próximo ao professor no cenário de prática (CAMPBELL *et al.*, 2010; LOURENCAO; MOSCARDIN; SOLER, 2010). Este receio é muitas vezes sanado pela figura do preceptor – usualmente o profissional do serviço – que possibilita acesso mais próximo ao acadêmico. Mesmo diante de tal, é importante reconhecer comuns sobrecargas aos preceptores, esbarrados ao mesmo tempo com corresponsabilização sobre os alunos e as suas diversas atribuições profissionais, deixando muitas vezes o discente sozinho no cenário de prática e aumentando a insegurança do mesmo.

Neste sentido, devemos nos atentar que as disciplinas aprendidas na universidade não são saberes acabados, que cada categoria profissional não é uma ciência pronta e que a prática assistencial por muitas vezes se encontra fragmentada e, portanto, passível de discussão, de aprimoramento e de novas aprendizagens (LEMOS; FONSECA, 2009).

Mediante situações corriqueiras de estresse e tensão é natural que o profissional volte-se unicamente para si e se utilize de recursos de isolamento como forma de enfrentamento da dificuldade, podendo ou não caracterizar uma despersonalização, potencializando o sentimento de frustração, esta relacionada tanto profissionalmente quanto questões envolvendo situações pessoais (TRINDADE; LAUTERT; BECK, 2009). Contribuindo, ainda, para uma redução dos índices de qualidade de vida, temos em especial o aspecto relacionado a dor, que está dentre as consequências físicas associadas à insatisfação e ao estresse crescente. É comum identificarmos somatizações álgicas com direta influência na qualidade de vida do residente. A literatura já demonstrou presença de fadiga muscular e aumento do risco de aparecimento de complicações osteomioarticulares relacionadas ao trabalho – fruto muitas vezes de esforços excessivos e posturas inadequadas associadas a abalos psicológicos, diminuindo resultados em relação aos aspectos físicos e

juntamente a variável “dor” contribuindo para uma percepção diminuída da qualidade de vida (FREITAS, *et al.*, 2014; FREITAS-SWERTS; ROBAZZI, 2014; MAGNAGO, *et al.*, 2007; SOUZA D’AVILA; FRAGA SOUZA; SAMPAIO, 2009).

Ainda devemos considerar que o nível crescente de estresse e o declínio de qualidade de vida podem estar sendo influenciados por incertezas frente ao futuro (CHRISTOFOLETTI, *et al.*, 2007). A abertura exponencial de cursos da área da saúde tem gerado uma concorrência cada vez mais acirrada entre profissionais no mercado de trabalho e a finalização da residência vislumbra uma nova demanda de inserção no mercado de trabalho (HADDAD, *et al.*, 2010). Este dado é corroborado por Silva & Gomes (2009) e França *et al.* (2012), que compararam níveis de estresse de profissionais com situações estáveis na carreira (efetivos no trabalho) frente a profissionais em situações contratuais instáveis (contratos temporários).

Outro fator que pode estar vinculado ao desgaste físico e mental dos alunos é a carga horária de trabalho, estipulado no Programa de RMS da UFMS em 5 dias semanais e plantões nos finais de semana. A carga horária extensiva e o turno de trabalho integral com ritmo acelerado e jornadas longas associadas a poucas pausas para o descanso e refeições é comum em muitas residências, podendo afetar a saúde dos discentes, e por consequência a percepção de vitalidade, fadiga e falta de energia (ROCHA; MARTINO, 2010). Sobre tal, é importante destacarmos que o vínculo de trabalho de cada residência deve obedecer aspectos normativos do Ministério da Educação, que sentenciam a necessidade de cumprimento de uma carga horária extensa, sendo 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas (da MOTTA; PACHECO, 2014). Uma proposta para amenizar essa problemática está na redução da carga horária mínima e obrigatória para os residentes, fato que já acontece em diversos países (BLUM, *et al.* 2011; CAMPBELL, *et al.*, 2010).

Somada a isso, as reflexões sobre o cotidiano dos serviços levam a uma análise pautada na implicação entre teoria e prática. Os conceitos teóricos indagam a respeito da assistência com significados e produção de vida, concluindo que o cuidado se dá a partir das relações, de vínculos e co-

responsabilizações (FRANCO, MERHY, 2013). Neste sentido, é possível indagar até que ponto essa relação de troca está acontecendo nos programas de residência, em que a “prestação de serviços” é foco do trabalho e a co-responsabilização com divisão de tarefas é pouco desenvolvida (CECILIO, 2012).

Para se entender o *modus operandi* dos serviços e do “agir em saúde” é necessário entender como se dá o processo de gestão e gerenciamento do mesmo. Um modelo de gestão imposto, sem negociações, hierarquizado e autoritário acaba por estipular uma relação de poder que tende a ser reproduzida nos microespaços em que ocorrem os fazeres em saúde, produzindo sofrimentos (SATO, 2010; CECILIO, 2012).

Como o trabalho deve ocorrer em redes e de maneira interdisciplinar, é consenso pensar que os trabalhadores atuantes nos diferentes espaços de saúde tenham como base uma relação harmônica no que concerne o trabalho em equipe, compartilhado e corresponsabilizado (BRASIL, 2009; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012). Desta forma, a possibilidade de adoecer pode ser minimizada e a resolutividade do cuidado aumentada (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

Ainda se faz necessário ampliar as discussões a respeito do trabalho operado por residentes, no intuito de se criar estratégias de qualificação dos sujeitos (trabalhadores) através das subjetividades inerentes dos serviços de forma a reduzir drasticamente situações de estresse e adoecimento. Além disso, os resultados dessa dissertação podem fundamentar estratégias de reestruturação da prática assistencial no âmbito das residências multiprofissionais em saúde, que sejam baseadas em um cuidado humanizado, acolhedor e resolutivo, pautadas, também, na saúde do trabalhador – no caso o residente.

Diante dos achados obtidos nesta pesquisa de mestrado, vale refletir sobre quais são as funções dos programas de RMS em nosso país. De um lado é notório que os programas potencializam os atendimentos à população brasileira nos diversos cenários e níveis de atenção à saúde – melhorando os

serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde. De outro, no entanto, é de grande interesse que o aluno não seja caracterizado como “tocador de serviço”, uma vez que a formação em serviço denota um conjunto de atividades de ensino mediadas por tutores e preceptores – não restritas aos atendimentos em si. Um terceiro ponto a não ser negligenciado vincula-se à função da residência de servir de estratégia para introduzir novas formas de organizações coletivas em saúde, demonstrando flexibilidade e participação ativa de toda equipe no cuidado à população. Esta é, portanto, uma estratégia de educação permanente em saúde que busca promover mudanças no modelo assistencial ainda hegemônico na saúde pública do nosso país, questionando a realidade de maneira reflexiva e desenvolvendo alterações práticas que operem “realidades vivas” (MERHY; FEUERWRKER; CECCIM, 2006).

## 8. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta dissertação de mestrado reforçam achados previamente identificados na literatura onde residentes apresentam nível de estresse crescente e por consequência, comprometimento de sua qualidade de vida.

Inseguranças pessoais e profissionais demonstram estar vinculadas aos resultados identificados nesta dissertação, assim como fatores que comprometem a saúde física, o estado mental, além das dificuldades extra serviço. Desta maneira, cabe aos núcleos docentes estruturantes de cada instituição identificar os agentes estressores e propor meios acolhedores aos alunos.

Uma das propostas que se mostra necessária envolve ações de educação permanente com o corpo docente, tutores, preceptores e com os residentes, para que desta maneira se possa conversar sobre o processo de trabalho, fazendo com que o profissional sinta-se incorporado e empoderado nas decisões a serem tomadas quanto o rumo da residência, e que traga um cunho ético, político e social para dentro do serviço.

Sendo assim, estas ações devem ter o enfoque nos resultados encontrados nesta dissertação de mestrado, para que se abra um “leque” de abordagens com a finalidade de (re)significar e (re)estruturar o Programa.

Podemos descrever como limitações para este estudo, o fato de termos uma amostra pequena de apenas 18 participantes. Outro fator complicador é da mensuração da qualidade de vida através de questionários fechados e pontuados, respondendo, assim, analiticamente sem avaliar ou compreender a percepção desta pessoa perante sua realidade, portanto ainda se faz necessário avaliar qualitativamente os fatores que desencadeiam o estresse e olhar subjetivamente as questões que influenciam a qualidade de vida.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004

AUQUIER, P; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir** v.33 n.1 p. 77-86, 1997.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; RODRIGUES, A. C. R. L.; DRAGO, L. C.; KLOCK P, ERDMANN, A.L. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos do usuário. **Ciência saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout, por quê? Uma introdução. In: BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T (Org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo; 2002.; p. 13-20.

BLUM, A. B.; SHEA, S.; CZEISLER, C. A.; LANDRIGAN, C. P.; LEAPE, L. Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety. **Nature and Science of Sleep**. v. 24 n. 3, p. 47-85,. 2011.

BRASIL. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. **Diário Oficial da União**. 2005, 2p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública n. 21, de 27 de abril de 2006. Minuta de Resolução, que define o regulamento técnico para funcionamento de serviços de atenção ao paciente crítico e potencialmente crítico. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 abr. 2006. Seção 1, p. 136.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077 que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, de 12 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União** nº 217. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 64 p., 2009b.

BRASIL. Regimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Atenção ao paciente crítico. **Boletim de Serviço 4834**. 2010: 26-32.

CAMPBELL, J.; PROCHAZKA, A.V.; YAMASHITA, T.; GOPAL, R. Predictors of Persistent Burnout in Internal Medicine Residents: A Prospective Cohort Study. **Academic Medicine**, v. 85, n. 10, p. 1630-1634, 2010.

CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 83-89, 2008

CAREGNATO, R. C. A.; LAUTERT, L. O estresse da equipe multiprofissional na Sala de Cirurgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 545-550, 2005

CARLOTTO, M. S. **Síndrome de Burnout**: um tipo de estresse ocupacional. Canoas: ULBRA, 2001.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004 .

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CHRISTOFOLETTI, G.; FERNANDES, J. M.; MARTINS, A. S.; OLIVEIRA-JUNIOR, A. S.; CARREGARO, R. L.; TOLEDO, A. M. Aplicabilidade de

métodos ativos de aprendizagem em uma disciplina de ética em saúde. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 8, n. 2, p. 188-197, 2014.

CHRISTOFOLETTI, G. ; TRELHA, C. S. ; GALERA, R. M. ; FERACIN, M. A. Síndrome de burnout em acadêmicos de fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 14, n. 2, p. 35-39, 2007.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p.143-150, 1999.

COSTA, F. M; VIEIRA, M. A; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009 .

DOMINGOS, A. L. **Qualidade de vida**: concepções e representações sociais. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifica Universidade Católica. 1997

FAYER, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Inglaterra: Wiley, 2000.

FLECK, M. P. A (Org). **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2008. 228p.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R.; FERRARI, D. C.; ALVES, E. D. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 961-970, 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1.ed. – São Paulo: Hucitec, 2013. 361p.

FREUDENBERGER, H. J. Staff Burn-Out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n.1, p.159-165, 1974.

FREITAS, A. R.; CARNESECA, E. C.; PAIVA, C. E.; PAIVA, B. S. R. Impact of a physical activity program on the anxiety, depression, occupational stress and burnout syndrome of nursing professionals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 332-336, 2014.

FREITAS-SWERTS, F. C. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. The effects of compensatory workplace exercises to reduce work-related stress and musculoskeletal pain. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 629-636, 2014

GADAMER, H. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GUIDO, L. A.; LINCH, G. F. C. ; ANDOLHE, R; CONEGATTO, C. C.; TONINI, C. C. Stressors in the nursing care delivered to potential organ donors **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 1023-1029, 2009.

GUIDO, L.A.; GOULART, C.T.; da SILVA, R.M.; LOPES, L.F.; FERREIRA, E.M. Stress and burnout among multidisciplinary residents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 1064-1071, 2012a.

GUIDO, L. A.; da SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; BOLZAN, M. E.; LOPES, L. F. Burnout syndrome in multiprofessional residents of a public university. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, 2012b.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010 .

HOOPER, C.; CRAIG, J.; JANVRIN, D. R.; WETSEL, M. A.; REIMELS, E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. **Journal of Emergency Nursing**, v. 36, n. 5, p.420-427, 2010.

KANG, E. K.; LIHM, H. S.; KONG, E. H. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. **Korean Journal of Family Medicine**. v. 34, n. 1, p.36-42, 2013.

KEINERT, T. M. M.; KARRUZ, A. P.; KARRUZ, S. M. Sistemas locais de informação e a gestão pública da qualidade de vida nas cidades. In: KEINERT, T. M. M.; KARRUZ, A. P. (Org). **Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias**. São Paulo: Annablume/Fapesp. 2002

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life Index” de Ferrens e Powers**. 1999. 85f. (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. (Doutorado). Tese de doutorado Não-Publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca - Facultad de Psicologia, Salamanca, 1995.

LEMOS, C. L. C.; FONSECA, S. G. Saberes e práticas curriculares: um estudo de um curso superior na área da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 28, p. 57-69, 2009.

LOBO, M. S. C.; LINS, M. P. E.; SILVA, A. C. M.; FISZMAN, R. Assessment of teaching-health care integration and performance in university hospitals. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 581-590, 2010.

LOURENCAO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Health and quality of life of medical residents. **Revista da Associação Médica Brasileira.**, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; SOUZA, I. E. O.; MOREIRA, M. C. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 701-705, 2007.

MARMOT, M. Health in an unequal world. **Lancet**. v. 368, n. 9552 p. 2081-2094, 2006.

MARTIN, A. J.; STOCKLER, M. Quality of life assessment in health care research and practice. **Evaluation and Health Professions**. v. 21, n. 2, p. 141-156, 1998.

MASLACH, C. G. J. Prevention of burnout: new perspectives. **Applied Preventive Psychology**. v. 7, n. 1, p. 63-74, 1998.

MASLACH, C: Job burnout: new directions in research and intervention. **Current Direction of Psychology Science**. v. 12, n. 5, p. 189-192, 2003.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E. The measurement of experienced Burnout. **Journal of Occupational Behavior**. v. 2, n.2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; JACKSON, S.; LEITER, M: **Maslach Burnout Inventory**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist, Press; 1996.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job burnout. **Annual Reviews of Psychology**, v.52, n.1, p. 397-422, 2001.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, v.2, n.2, p. 147-160, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

da MOTTA, L. B.; PACHECO, L. C. Integrating medical and health multiprofessional residency programs: The experience in building na interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. **Education for Health**. v. 21, n. 1, p. 83-88, 2014.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NASCIMENTO, D. D. G. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS**. 2008.142f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

OLCKERS, L.; GIBBS, T. J.; DUNCAN, M. Developing health science students into integrated health professionals: a practical tool for learning. **BMC Medical Education**, v. 45, n. 7, p. 1-7, 2007.

OMS (Organização Mundial de Saúde) 1946. **Constituição**. Disponível em: <[http://www.onuportugal.pt/"oms.doc](http://www.onuportugal.pt/)>. Acesso em 21 de abril de 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S.; FERRER, A. L.; CORRÊA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R.; GAMA, C. A. P.; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R.. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n.1, p. 43-50, 2012.

RAMIREZ, A. J.; GRAHAM, J.; RICHARDS, M. A.; CUFF, A.; GREGORY, W. M.; LEANING, M. S.; SNASHALL, D. C.; TIMOTHY, A. R.. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. **British Journal of Cancer**. v.71, n.1, p.1263-1269, 1995.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia Ciencia e Profissão**., v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.

RÍOS RISQUEZ, M. I .; PEÑALVER HERNÁNDEZ, F.; GODOY FERNÁNDEZ, C. Burnout and perceived health in Critical Care nursing professionals. **Enfermagem Intensiva**, v.19, n. 4, p. 169-178, 2008.

ROCHA, M. C. P.; MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: Apontamentos Históricos. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.7, n.3, p.479-498, 2009.

SATO, L. Trabalho: Sofrer? Construir-se? Resistir?. **Psicologia em Revista**, v. 15, n. 03, p. 189 - 199, 2010.

SECOMB, J. A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. **Journal of Clinical Nursing**, v.17, n.6, p.703-716, 2008.

SHORTER, M.; STAYT, L. C. Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 1, p. 159-167, 2010.

SILVA, F. V. Residência em área profissional da saúde/residência multiprofissional em saúde: sociedade civil e estado na construção coletiva de uma política pública. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 1/2, p. 18, 2006.

SILVA, M. C. M.; GOMES, A. R. S. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. **Estudos de Psicologia**. v. 14, n. 3, p. 239-248, 2009.

SOUZA D'AVILA, L.; FRAGA SOUSA, G. A.; SAMPAIO, F. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos relacionadas ao trabalho em fisioterapeutas da Rede Hospitalar SUS-BH. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 219-225, 2005.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: Individual ou coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 19-31, 2000.

TEIXEIRA, C.; RIBEIRO, O.; FONSECA, A. M.; CARVALHO, A. S. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. **BMC Anesthesiology**, v. 13, n.1, p.38, 2013.

TORREZ, M. N. F. B. **Qualificação e trabalho em saúde - o desafio de “ir além” na formação dos trabalhadores de nível médio.** 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 2, p. 223-233, 2007.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 17, n. 5, p. 607-612, 2009.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. A qualidade de vida na perspectiva de cliente revascularizados em reabilitação. Estudo Etnográfico. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 7-14, 2008.

VILLALOBOS, J. O. Estrés y trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Medspain. **Revista de Medicina y Salud.** 2004. Disponível em: [http://www.medspain.com/n3\\_feb99/stress.htm](http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm) . Acesso em: 03 jun. 2014.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; GANDEK, B. **SF-36 Health Survey: Manual & Interpretation Guide.** Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2003.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS – 36 item Short Form Health Survey (SF – 36) conceptual framework and item selection. **Medicine Care**, Boston, v. 30, p. 473 – 483, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - **Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout.** In: Geneva Division of Mental Health World Health Organization, p. 91-110, 1998.

ZARE, M. H.; AHMADI, B.; AKBARI SARI, A.; ARAB, M.; MOVAHED-KOR, E. . Quality of Working Life on Residents Working in Hospitals. **Iranian Journal of Public Health**, v. 41, n. 9, p. 78-83, 2012.

## ANEXO 1: INVENTÁRIO MASLACH DE BURNOUT

Para as questões abaixo não existem respostas certas ou erradas, mas a resposta que reflete a sua consciência. Considere apenas o seu emprego neste hospital. Indique com que freqüência você tem se sentido em relação a cada item.

Com que freqüência?	Nunca	Anualmente	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
1. Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho					
2. Quando termino a minha jornada de trabalho sinto-me esgotado					
3. Quando me levanto pela manhã e me enfrento com outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado					
4. Sinto que posso entender facilmente como os pacientes que tenho que atender se sentem a respeito das coisas					
5. Sinto que estou trabalhando com alguns pacientes como se fossem objetos impessoais					
6. Sinto que trabalhar todo dia com gente me cansa					
7. Sinto que trato com muita efetividade o problema das pessoas que tenho que atender					
8. Sinto que meu trabalho está me desgastando					
9. Sinto que estou influenciando positivamente nas vidas das pessoas através de meu trabalho					
10. Sinto que tornei-me mais duro com as pessoas desde que eu comecei este trabalho					

Com que freqüência?	Nunca	Anualmente	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
11. Preocupo-me com este trabalho que está endurecendo-me emocionalmente					
12. Sinto-me muito vigoroso em meu trabalho					
13. Sinto-me frustrado com meu trabalho					
14. Sinto que estou trabalhando demais no meu emprego					
15. Sinto que realmente não importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente					
16. Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa. Com que freqüência sente isso?					
17. Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com os meus pacientes					
18. Sinto-me estimulado depois de ter trabalhado diariamente com quem tenho que atender					
19. Creio que consigo muitas coisas valiosas com esse trabalho					
20. Sinto-me como que estivesse no limite de minhas possibilidades					
21. No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.					
22. Parece-me que os pacientes culpam-me por alguns de seus problemas					

## ANEXO 2: QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
A .Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B . Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C .Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D . Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional ( como sentir-se deprimido ou ansioso )?

	Sim	Não
A . Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B .Realizou menos do que você gostaria?	1	2
C .Não trabalhou ou não fez qualquer atividade com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física, ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma alguma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal ( incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa )?

De forma alguma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são como você se sente, e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, de uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Um boa parte do tempo	Alguma Parte do tempo	Uma Pequena parte do tempo	Nunca

A . quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B .quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C .Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D .Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E .Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F .Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G .Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H .Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I .Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11.O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro.	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa.
A .Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
B .Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.	1	2	3	4	5
C .Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D .Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

**ANEXO 3: CARTA DE ANUÊNCIA DA COORDENADORA DO PROGRAMA  
DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA UFMS**

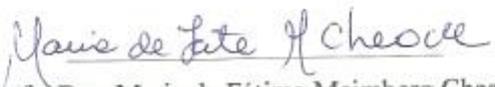


Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Declaro, para os devidos fins, apoio ao pesquisador Gustavo Christofolletti, docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde desta universidade, em desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Nível de estresse e qualidade de vida de alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFMS”.

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

  
Profª. Dra. Maria de Fátima Meimberg Cheade  
Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde

## APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) sr(a). Meu nome é Gustavo Christofolletti, sou professor e tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFMS.

Estamos desenvolvendo um projeto de mestrado sob responsabilidade do aluno Vinícius Sanches intitulado “Nível de estresse e qualidade de vida de alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFMS”. Por meio dele queremos analisar o nível de estresse e a qualidade de vida dos alunos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFMS, durante os 2 anos em que estes estiverem vinculados na referida pós-graduação. Para isso, precisaríamos que o(a) sr(a) preenchesse, em quatro momentos diferentes (no início da residência, no final do 1º ano, no começo do 2º ano e no final do 2º ano) três questionários específicos. São eles: 1º) Questionário inicial, para caracterizar os participantes e as expectativas do aluno sobre a residência; 2º) Inventário de *Burnout* de Maslach, para ver o nível de exaustão mental e física dos residentes sobre os atendimentos, e; 3º) *Short Form-36*, um questionário que serve para verificar a qualidade de vida dos alunos.

Caso sinta a necessidade, é possível levar uma pessoa como acompanhante (familiar ou amigo próximo). Garantimos que não há nenhum risco previsível aos participantes, por envolver coleta de dados proveniente de questionários. Além disso, você não terá nenhum gasto financeiro, ao participar deste projeto.

Vale lembrar que o nosso objetivo, com este trabalho, é refletir sobre a saúde dos residentes e, caso se faça necessário, propor mudanças futuras na Residência. Mesmo assim, é importante dizer que a sua participação no projeto é totalmente optativa, sendo que a não participação não trará nenhum prejuízo na Residência Multiprofissional em Saúde da UFMS. Caso aceite participar, deixo bem claro que o(a) sr(a) poderá desistir em qualquer momento, também sem prejuízo algum.

Os dados desta pesquisa servirão única e exclusivamente para fins científicos. Em nenhum momento será publicado o nome das pessoas que participaram desta pesquisa, garantindo total privacidade e confidencialidade. Sua contribuição é extremamente importante! Para maiores informações

(antes, durante ou após a pesquisa), deixarei uma cópia desse documento, contendo meu telefone e endereço para contato, além dos dados do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, que aprovou a realização deste estudo. Estou à disposição para tirar qualquer dúvida.

Muito obrigado pela atenção!

---

Nome e RG do participante

---

Nome e registro profissional do pesquisador

### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título: Nível de estresse e qualidade de vida de alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFMS.

Pesquisadores responsáveis: Vinícius Santos Sanches<sup>1</sup> e Gustavo Christofolletti<sup>2</sup>.

Cargo/Função: <sup>1</sup>Aluno do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento da região Centro-Oeste. <sup>2</sup>Professor da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e tutor da Residência Multiprofissional em Saúde.

Local de realização do projeto: Hospital Universitário maria Aparecida Pedrossian

Endereço e telefone para contato: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Avenida Costa e Silva s/n, Bairro Cidade Universitária – Campo Grande/MS.

Fone: (67) XXXX-XXXX ou (67) XXXX-XXXX.

Endereço e telefone do Comitê de Ética da UFMS: Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Avenida Costa e Silva s/n, Bairro Cidade Universitária – Campo Grande/MS.

Fone: (67) 3345-7187.

### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

Nome do sujeito da Pesquisa:.....

Documento de identidade:.....Sexo:.....Data nasc.:.....

Endereço:.....

.....Telefone para contato:.....

