

# Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde

*Quality of life evaluation, sleep and Burnout Syndrome the residentes of the multidisciplinary residency program in health*

Ana Paula F Moreira<sup>1</sup>, Lislei J Patrizzi<sup>2</sup>, Marilita F Accioly<sup>2</sup>, Suraya G N Shimano<sup>2</sup>, Isabel A P Walsh<sup>2</sup>

## RESUMO

**Modelo do estudo:** Estudo transversal, de caráter exploratório, descritivo e quantitativo. **Objetivo:** Avaliar qualidade de vida (QV), qualidade de sono e Síndrome de *Burnout* (SB) em residentes multiprofissionais, ao longo da Residência. **Metodologia:** Foram analisados 60 residentes multiprofissionais, dos quais 24 eram residentes ingressantes, cursando a primeira semana do programa (RIn), 18 estavam no final do primeiro ano (R1) e 18 no final do segundo ano (R2). Foi realizada a aplicação do *WHOQOL-bref*, *Pittsburgh Sleep Quality Index* e *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. **Resultados:** A qualidade de sono diminuiu ao longo da residência e foi identificado menor comprometimento em todos os domínios da QV para RIn. Quanto às dimensões isoladas do MBI, R1 apresentou maior número de residentes com exaustão emocional (EE) alta e realização profissional (RP) baixa e R2 despersonalização (DE) alta. Dois indivíduos do R2 apresentaram a SB; R2 também se destacou no preenchimento de um critério. O R1 apresentou maior porcentagem de sujeitos em situação de risco. A maioria de RIn não obteve classificação significativa em nenhuma das dimensões. A média dos resultados da EE foi alta para R2, limítrofe para R1 e baixa para RIn. **Conclusão:** Os resultados indicaram que tanto a qualidade do sono quanto a qualidade de vida de residentes passam por repercussões negativas ao longo dos anos da residência e pode ocorrer o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nestes profissionais.

**Palavras-chave:** Internato não Médico. Qualidade de Vida. Sono. Esgotamento Profissional.

## ABSTRACT

**Model Study:** Cross-sectional study, exploratory, descriptive and quantitative character. **Objective:** To evaluate quality of life (QL), Quality of sleep and Burnout Syndrome (SB) in multi professional residents along the residence. **Methodology:** 60 multi professional residents were analyzed, of which 24 were freshmen residents, attending the first week of the program (RIN), 18 at the end of the first year (R1) and 18 at the end of the second year (R2). The application of the WHOQOL-BREF was performed Sleep Quality Index of Pittsburgh and Maslach Burnout Inventory (MBI). **Results:** Quality of sleep decreased over the residence and was identified less involvement in all areas of QL for RIn. As for the isolated

1. Fisioterapeuta Residente na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
2. Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da UFTM. Tutora da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM.

Correspondência  
Isabel Aparecida Porcatti de Walsh  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro.  
Departamento de Fisioterapia.  
Uberaba, MG, Brasil.

Recebido em 04/05/2015  
Aprovado em 05/01/2016

dimensions of MBI, R1 showed a higher number of residents with emotional exhaustion (EE) high and professional fulfillment (RP) low and R2 depersonalization (DE) high. Two individuals of R2 showed the SB; R2 also excelled in completing a criterion. R1 had a higher percentage of subjects at risk. Most RIn there has been no classification in any of the dimensions. The average of the results of EE was high for R2, R1 and borderline low for RIn. **Conclusions:** Considering the physical and emotional exhaustion can be understood as a gradual process that can lead to illness, QL impairment and services, points to an increasing need to propose solutions to better planning and organization of work, for improvements in the general conditions, contributing to better health of residents.

**Key words:** Internship, Nonmedical. Quality of Life. Sleep. Burnout, Professional.

## Introdução

O desgaste físico e emocional pode ser entendido como um processo gradual de perda de energia, com maior probabilidade de existir onde há desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido e as pessoas que o realizam. No estresse ligado ao trabalho, a primeira reação é a sensação de exaustão, esgotamento, sobrecarga física e mental e dificuldades de relacionamento. A incredulidade aparece como tentativa de fugir destes sintomas. As pessoas se tornam distantes e frias com relação ao trabalho e colegas, podendo surgir também dificuldades de relacionamento com a família e amigos.<sup>1</sup>

Os estressores ocupacionais, quando persistentes, podem levar ao aparecimento do *Burnout*, que é denominado como o estresse profissional caracterizado como uma síndrome que cursa com exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional entre indivíduos que trabalham com pessoas.<sup>2</sup> A Síndrome de *Burnout* (SB) prejudica o bem estar, podendo contribuir para a diminuição da qualidade de vida (QV), levando também a uma deterioração da qualidade da prestação de serviços e perda de produtividade para a organização.<sup>3</sup>

A sintomatologia da SB é variada, sendo composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais. Os sintomas somáticos compreendem: exaustão, fadiga, tensão muscular, cefaléias, distúrbios gastrointestinais e alterações do sono. A sintomatologia psicológica manifesta-se por humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo, alheamento e desinteresse. Fazer consultas rápidas, evitar pacientes e o contato visual são alguns comportamentos presentes no quadro disfuncional.<sup>4</sup>

Para Antoneli et al.,<sup>5</sup> um dos sintomas encontrados na SB são as alterações do sono. O sono é um estado comportamental reversível de desligamento da percepção e de relativa irresponsividade ao ambiente. Uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia<sup>6</sup> e na restauração do metabolismo energético cerebral.<sup>7</sup>

Os transtornos do sono trazem consigo diversas repercussões para os seres humanos, ao provocarem perda da QV, disfunção autonômica, diminuição do desempenho profissional ou acadêmico, aumento na incidência de transtornos psiquiátricos e diminuição da vigilância, com prejuízos na segurança pessoal e consequente aumento do número de acidentes.<sup>8</sup> Muller e Guimarães<sup>9</sup> afirmam que a qualidade do sono e a QV estão intimamente relacionadas.

A área da saúde é um setor de prestação de serviços que corresponde a atividades essenciais para a vida humana. Os profissionais que atuam nesta área são descritos com os que enfrentam maiores riscos de estresse ocupacional,<sup>10</sup> destacando-se ainda os distúrbios do sono, que podem estar ainda mais frequentes devido ao trabalho em turno e às longas jornadas de trabalho.<sup>3</sup>

Neste sentido, a saúde dos profissionais que atuam nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde também pode ser influenciada pelos fatores até aqui expostos.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.<sup>11</sup> É definido como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltado para a educação em serviço e destinado às categorias profissionais que integram a área de saúde, a sa-

ber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O programa é desenvolvido em regime de dedicação exclusiva com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos.<sup>12</sup>

Os programas de residência são caracterizados por um período de desenvolvimento pessoal e profissional marcado por longas jornadas de trabalho, pouco tempo para descanso, privação do sono, constante cobrança de tutores, preceptores e pacientes, aumento da responsabilidade profissional e diminuição do tempo para a vida social, amigos, família e lazer. Além dos estressores comuns da atividade laboral, os residentes vivenciam situações acadêmicas que podem ser estressantes, como trabalhos, provas, monografia, aulas teóricas, etc.<sup>13</sup> Pode-se considerar também que esse período é marcado por diversas mudanças no estilo de vida, levando ao prejuízo na saúde física e mental, interferindo em sua QV.<sup>14</sup>

Muitos estudos têm avaliado QV, estresse e sono em residentes médicos. No entanto, poucos foram encontrados, que avaliassem estes aspectos em residentes multiprofissionais. Assim, estudos que avaliem estas variáveis em residentes multiprofissionais, permitirão subsidiar ações para melhorar a QV destes profissionais, além de nortear mudanças nesses programas que garantam melhores condições de trabalho e aprendizagem, e principalmente a manutenção da saúde física e mental dos residentes, garantindo, conseqüentemente, uma melhora na qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida, sono e Síndrome de *Burnout* ao longo do período do programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

## Material e Métodos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), 673.854/2014.

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório, descritivo e quantitativo. Os sujeitos do estudo foram os residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde

(RIMS) da UFTM, que teve início em 2010 contando com profissionais das áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia. Em 2011 foram incluídas Biomedicina e Educação Física junto as já existentes. O programa é composto por três áreas de concentração, sendo saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. No primeiro ano os residentes atuam na atenção terciária, tendo como campo de ação o Hospital de Clínicas e no segundo ano na atenção primária e secundária, nas unidades básicas de saúde do município de Uberaba/MG.

Para participar da pesquisa os residentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis, no próprio local de atuação do residente. Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de perguntas específicas que incluíram idade, sexo, profissão, tempo de formação, área de concentração e período na residência.

Para avaliação da qualidade do sono foi aplicado o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Este índice é composto por 10 questões auto administradas que são agrupadas em: qualidade subjetiva do sono (percepção individual da qualidade do sono); latência para o sono (tempo necessário até o sono começar); duração do sono; eficiência habitual do sono (relação de horas dormidas por horas permanecidas no leito, não necessariamente dormindo); transtornos do sono; uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna (presença de sonolência durante o dia). As cinco questões que são respondidas por companheiros de quarto são utilizadas apenas como fonte de informação clínica. As respostas variam de zero a três. A pontuação é realizada somando-se as respostas para produzir um escore global, que pode variar de zero a 21, sendo que quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. Um escore global maior que cinco indica que o indivíduo está apresentando grandes dificuldades em pelo menos dois componentes, ou dificuldades moderadas em mais de três componentes.<sup>15</sup>

A QV foi avaliada por meio do *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-bref), desenvolvido pelo Grupo WHOQOL<sup>16</sup> e validado no Brasil por Fleck et al.<sup>17</sup> Envolve quatro domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Suas questões foram formuladas para uma escala

de intensidade. A pontuação das questões utilizam indicações numéricas do um ao cinco, do menor para o maior grau de satisfação para cada pergunta do protocolo.<sup>17</sup> O valor mínimo dos escores de cada domínio é zero e o valor máximo 100, obtidos em uma escala positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida naquele domínio.

Para avaliar a presença de SB utilizou-se o questionário *Maslach Burnout Inventory* - MBI. Este aborda os três tópicos mencionados na conceituação de *Burnout*: exaustão emocional (EE), despersonalização (DE) e realização profissional (RP). Para pontuação é utilizado uma escala do tipo Likert que varia de zero a seis, sendo zero referente a nunca e seis a diariamente, para medir a frequência com que o indivíduo experimenta os sentimentos típicos do *Burnout*.<sup>18</sup> Os escores dos três domínios são obtidos por meio da soma das respostas de cada afirmação que compõe o domínio. Em seguida, é realizada a comparação dos valores com os pontos de corte. O *Burnout* foi analisado segundo os critérios do Grupo de Estudos e Pesquisas Sobre Estresse e Síndrome de *Burnout* – GEPEB<sup>3</sup>, tendo dimensões exaustão emocional (alto  $\geq 26$ ; médio 16 a 25; baixo  $\leq 15$ ), despersonalização (alto  $\geq 9$ ; médio 3 a 8; baixo  $\leq 2$ ) e realização pessoal (alto  $\geq 43$ ; médio 34 a 42; baixo  $\leq 33$ ). Para classificação de *Burnout* foi utilizado como referência o trabalho de Lima<sup>1</sup>, em que altas pontuações em exaustão emocional e despersonalização, associadas à baixa pontuação em realização profissional, caracteriza a SB, o preenchimento de dois critérios considera-se situação de risco e o preenchimento de apenas um critério não pode ser considerado situação de risco, tampouco ausência de *Burnout*, que se caracteriza por valores abaixo dos referidos para EE e DE e acima do referido para RP.

A análise estatística foi realizada utilizando o *software* IBM SPSS *Statistics* 20. As variáveis qualitativas foram apresentadas em valores absolutos (N) e relativos (%) e as quantitativas expostas em medidas descritivas: média e desvio padrão. Para a estatística inferencial, as variáveis foram comparadas com o teste de Qui-quadrado e ANOVA de repetidas medidas, com pós-teste de *Bonferroni*. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas para o valor de  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

Três residentes não participaram da pesquisa. Um era o residente pesquisador, outro estava em licença médica na época da coleta e o terceiro se recusou a participar. Assim, a amostra foi composta por 60 (95,23%), de um total de 63 residentes do programa da RIMS da UFTM. Destes, 54 (90%) eram do sexo feminino. A idade média foi  $26,11 \pm 2,87$  anos. Os mesmos iniciaram o programa de residência com média de  $2,74 \pm 1,55$  anos após a conclusão do curso de graduação.

Quanto a distribuição segundo o período de residência, 24 eram residentes ingressantes, cursando a primeira semana do programa (RIn), 18 estavam no final do primeiro ano (R1) e 18 no final do segundo ano (R2).

Em relação à categoria profissional, 11 eram fisioterapeutas, 11 enfermeiros, nove terapeutas ocupacionais, oito assistentes sociais, sete nutricionistas, seis psicólogos, cinco profissionais de educação física e três biomédicos. Quanto as áreas de concentração, havia seis RIn, sete R1 e seis R2 na saúde da criança, 10 RIn, seis R1 e sete R2 na saúde do adulto e oito RIn, cinco R1 e cinco R2 na saúde do idoso.

Na análise dos componentes do PSQI, 45% dos residentes apresentaram qualidade ruim do sono, sendo quatro RIn, 10 R1 e 13 R2. Assim, o grupo de RIn apresentou um número maior de residentes (83,33%) sem alteração do sono ( $PSQI < 5$ ), enquanto que a maioria dos residentes R1 (55,55%) e R2 (72,22%) apresentou qualidade ruim do sono ( $PSQI > 5$ ) (Tabela 1). A análise entre os grupos identificou que essa diferença foi estatisticamente significativa entre RIn e R1 e entre RIn e R2 mas não entre R1 e R2.

A Tabela 2 apresenta as médias dos escores dos domínios do WHOQOL – *bref* e análise entre os grupos. O domínio menos comprometido foi o social para os três grupos. Utilizando-se a análise ANOVA, com pós-teste de *Bonferroni*, constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa para os domínios físico, psicológico e ambiental entre os grupos, sendo esta significativa somente para o domínio social entre RIn e R1 ( $p = 0,001$ ), com maior comprometimento deste para R1.

**Tabela 1: Classificação da Qualidade do sono pelo PSQI e análise entre os grupos de residentes**

| Classificação do sono  | RIn           | X | R1        | p | RIn            | X    | R2        | p | R1           | X    | R2        | p |
|------------------------|---------------|---|-----------|---|----------------|------|-----------|---|--------------|------|-----------|---|
|                        | N(%)          |   | N(%)      |   | N(%)           | N(%) | N(%)      |   | N(%)         | N(%) |           |   |
|                        | <b>0,008*</b> |   |           |   | <b>0,0002*</b> |      |           |   | <b>0,298</b> |      |           |   |
| Sem alteração do sono  | 20(83,33)     |   | 8(44,44)  |   | 20(83,33)      |      | 5(27,77)  |   | 8(44,44)     |      | 5(27,77)  |   |
| Qualidade ruim do sono | 4(16,66)      |   | 10(55,55) |   | 4(16,66)       |      | 13(72,22) |   | 10(55,55)    |      | 13(72,22) |   |

RIn = residentes ingressantes, R1= residentes no final do primeiro ano, R2= residentes no final do segundo ano.

N=Número, PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index

\*Significativo Qui quadrado

**Tabela 2: Valores médios dos escores dos domínios do WHOQOL – bref e análise entre os grupos de residentes.**

| Qualidade de vida   | RInM(DP)       | X | R1M(DP)      | p | RInM(DP)     | X | R2M(DP)      | p | R1M(DP)      | X | R2M(DP)      | p |
|---------------------|----------------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|---|--------------|---|
|                     |                |   |              | 1 |              |   |              | 1 |              |   |              | 1 |
| Domínio Físico      | 79,00(8,17)    |   | 65,70(15,10) |   | 79,00(8,17)  |   | 64,30(12,78) |   | 79,00(8,17)  |   | 64,30(12,78) |   |
|                     | <b>0,095</b>   |   |              |   | <b>0,226</b> |   |              |   | <b>0,055</b> |   |              |   |
| Domínio Psicológico | 72,60(9,74)    |   | 63,41(3,59)  |   | 72,60(9,74)  |   | 65,00(16,73) |   | 72,60(9,74)  |   | 65,00(16,73) |   |
|                     | <b>0,001**</b> |   |              |   | <b>0,055</b> |   |              |   | <b>0,700</b> |   |              |   |
| Domínio Social      | 82,30(10,51)   |   | 67,60(16,63) |   | 82,30(10,51) |   | 72,70(10,62) |   | 82,30(10,51) |   | 72,70(10,62) |   |
|                     | <b>1</b>       |   |              |   | <b>1</b>     |   |              |   | <b>1</b>     |   |              |   |
| Domínio Ambiental   | 67,2(8,29)     |   | 65,50(10,25) |   | 67,2(8,29)   |   | 64,9(10,53)  |   | 67,2(8,29)   |   | 64,9(10,53)  |   |

RIn = residentes ingressantes, R1= residentes no final do primeiro ano, R2= residentes no final do segundo ano.

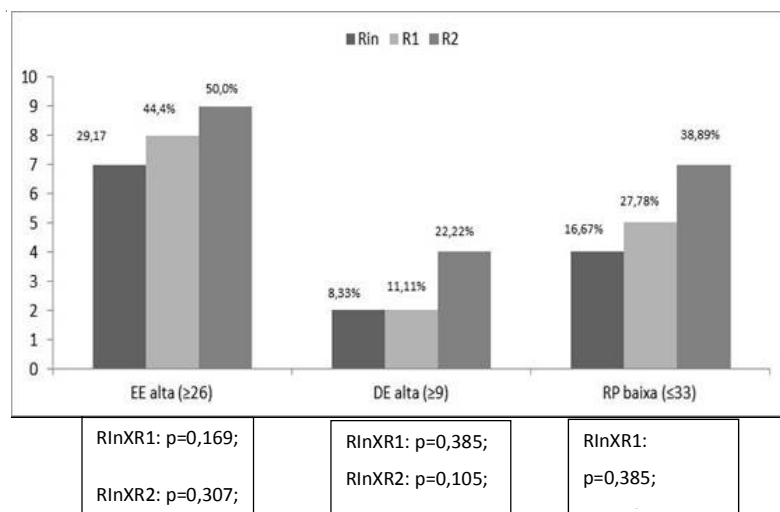
M=Média, DP=Desvio padrão, WHOQOL – bref=World Health Organization Quality of Life – Bref

\*\*Significativo ANOVA, com pós-teste de Bonferroni

A Figura 1 apresenta os resultados referentes a presença de SB, avaliando especificamente cada dimensão e a análise entre os grupos.

Observa-se que EE foi a dimensão que apre-

sentou maior número de residentes acometidos. Apesar do R2 ser o grupo com maior porcentagem de residentes com EE alta, DE alta e RP baixa, as diferenças entre os grupos não foram significativas.



RIn = residentes ingressantes, R1= residentes no final do primeiro ano, R2= residentes no final do segundo ano; EE=Exaustão emocional; DE=Despersonalização; RP=Realização Profissional. MBI=Maslach Burnout Inventory

Figura 1: Distribuição das porcentagens dos residentes de cada grupo quanto ao comprometimento em cada dimensão do MBI e análise entre os grupos.

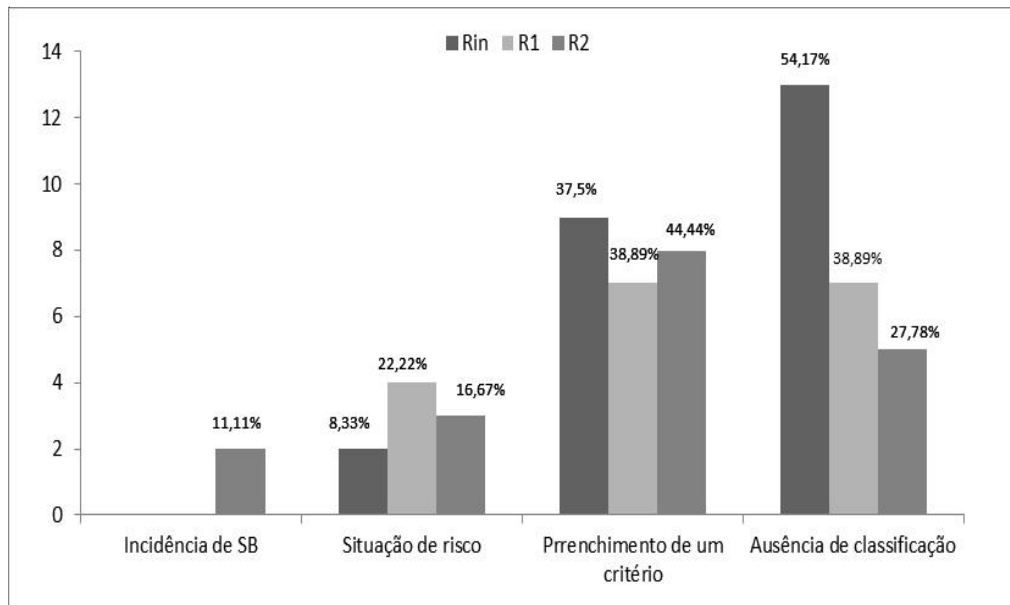
Os resultados referentes a presença de SB (três critérios preenchidos), situação de risco (dois dos três critérios preenchidos), preenchimento de apenas um critério (que não pode ser considerado ausência de risco e tampouco ausência de SB) e ausência de classificação significativa nas dimensões são apresentadas na Figura 2.

Apenas dois indivíduos apresentaram SB. Estes pertenciam ao grupo de R2 e representavam 11,11% do mesmo. Maior porcentagem de R2 também se destacou no preenchimento de um critério

(44,44%). O R1 foi o grupo com a maior porcentagem de sujeitos (22,22%) em situação de risco. Em contra partida, a maioria de RIn (54,1%) não foi classificada em nenhuma das dimensões. No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

A Tabela 3 apresenta os valores médios das dimensões do MBI e análise entre os grupos

Verifica-se que o grupo de R2 apresentou média alta para EE (26,94). Houve associação significativa entre RIn e R2 para esta dimensão (p=0,048).



RInXR1: p=0,387; RInXR2: p=0,167;R1XR2: p=0,480

RIn = residentes ingressantes, R1= residentes no final do primeiro ano, R2= residentes no final do segundo ano.  
 SB=Síndrome de *Burnout*

Figura 2: Distribuição das porcentagens dos residentes de cada grupo em relação aos escores para SB e análise entre os grupos.

**Tabela 3: Valores médios das dimensões do MBI e análise entre os grupos.**

| Dimensões do MBI        | RIn          |              | p            | R2           |              | p              |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
|                         | M(DP)        | X            |              | M(DP)        | X            |                |
|                         |              |              | <b>0,103</b> |              |              | <b>0,048**</b> |
| Exaustão emocional      | 18,21(10,79) | 25,83(12,31) |              | 18,21(10,79) | 26,94(10,82) |                |
|                         |              |              | <b>1</b>     |              |              | <b>0,351</b>   |
| Despersonalização       | 2,79(3,40)   | 3,17(3,85)   |              | 2,79(3,40)   | 4,78(4,82)   |                |
|                         |              |              | <b>1</b>     |              |              | <b>1</b>       |
| Realização Profissional | 36,42(9,99)  | 35,39(8,30)  |              | 36,42(9,99)  | 37,39(5,30)  |                |
|                         |              |              |              |              |              |                |

RIn = residentes ingressantes, R1= residentes no final do primeiro ano, R2= residentes no final do segundo ano.

MBI=Maslach Burnout Inventory, M=Média, DP=Desvio padrão.

\*\*Significativo ANOVA, com pós-teste de Bonferroni

Quanto à DE, nenhum dos três grupos apresentou média alta ( $\geq 9$ ). Para a RP, nenhum dos três grupos apresentou média baixa ( $\leq 33$ ). Os R2 apresentaram maior média nesta dimensão. Não houve diferença significativa entre os grupos.

## Discussão e Conclusões

A idade média dos residentes avaliados foi  $26,11 \pm 2,87$  anos. Outros estudos avaliaram profissionais residentes, com resultados diferentes para esta variável. Os residentes médicos avaliados quanto a presença de Síndrome de *Burnout* por Mariños et al<sup>19</sup> no Peru a apresentaram média de  $31 \pm 4,4$  anos, e os de estudo de Zis, Anagnostopoulos e Sykioti<sup>20</sup> na Grécia,  $33,5 \pm 3,3$  anos. Já nos estudos realizados no Brasil por Macedo et al,<sup>21</sup> que avaliaram a qualidade de vida de residentes médicos, Tavares et al<sup>22</sup> que avaliaram *Burnout* com residentes de enfermagem e Fernandes<sup>23</sup> com residentes multiprofissionais, encontraram médias de idade semelhantes as do presente estudo.

Os mesmos iniciaram o programa de residência com média de  $2,74 \pm 1,55$  anos após a conclusão do curso de graduação. Esses resultados podem ser explicados pelo fato de que o egresso da universidade, busca na Residência a construção de sua identidade profissional e o aperfeiçoamento técnico e científico indispensáveis para o ingresso no mundo do trabalho.<sup>24,25</sup>

Com relação a QV, o presente estudo identificou menor comprometimento em todos os domínios para os RIn. Os domínios mais comprometidos foram ambiental e psicológico para RIn e R1 e físico e ambiental para R2. Apesar do domínio social, que inclui relações pessoais, com os amigos, familiares, vida sexual e suporte social<sup>26</sup> ter sido o menos comprometido para os três grupos, foi encontrada diferença estatisticamente significativa para este domínio entre RIn e R1. Uma explicação possível para seu maior comprometimento em R1 é a diminuição do tempo para a vida social, amigos, família e lazer para se dedicar às atividades específicas da Residência. O cenário de prática também pode ter interferido neste resultado. O R1 atua em ambiente hospitalar, onde se encontram barreiras no relacionamento interpessoal, o enfrentamento de situações clínicas graves, a abordagem aos familiares e a própria insegurança ou, até mesmo impotência

ao lidar com situações de vida cruciais de outro ser humano.<sup>18</sup>

Quanto a tendência de o domínio físico estar mais comprometido para R2 (embora a diferença não seja significativa), isto poderia ter relação com o fato de mais de 70% dos residentes desse grupo apresentarem qualidade ruim de sono. Sabe-se que este domínio envolve, entre outros fatores, o padrão de sono.<sup>26</sup> Assim, aponta-se a uma necessidade de cada vez maior de se propor soluções que permitam um melhor planejamento e organização do trabalho, visando melhorias em relação às condições gerais e a carga horária, contribuindo para uma melhor saúde dos residentes.

Outros estudos avaliaram a QV de residentes da área médica, referindo-se a relação entre esta e a alta carga horária,<sup>14,27,28</sup> tempo de lazer insuficiente<sup>29</sup> insatisfação com a residência, que pode ser devida às condições gerais de treinamento, a falta de estrutura pedagógica.<sup>14</sup>

Considerando-se que os efeitos do comprometimento da QV na saúde dessa população podem ser prejudiciais, torna-se necessário elaborar estratégias para o enfrentamento dessa questão que afeta esses profissionais em formação e ações que promova maior bem estar aos residentes. Neste sentido, estudos têm demonstrado que a implementação de programas de assistência aos residentes produz uma melhoria tanto na qualidade da capacitação profissional, em termos de lidar com o estresse do treinamento, como também na qualidade de vida pessoal, com um melhor relacionamento com os pacientes.<sup>30,31</sup>

Ainda, o fato da Residência Multiprofissional em Saúde ser um período marcado por longas jornadas de trabalho e estudo e pouco tempo para descanso, uma vez que o programa é desenvolvido em regime de dedicação exclusiva com carga horária de 60 horas semanais, pode interferir de forma negativa na qualidade do sono. Isto foi confirmado no presente estudo, já que o grupo de R2 em sua maioria (72,22%) apresentou uma qualidade ruim do sono em contraponto ao grupo RIn, que em sua maioria (83,33%) não apresentou alteração no sono. Essas diferenças foram estatisticamente significativas.

Nesta mesma linha, Cardoso et al.,<sup>8</sup> ao analisar a qualidade do sono de acordo com o período de formação na área médica, observou maior prevalência de sujeitos com qualidade ruim do sono em

residentes, quando comparada a estudantes do primeiro ano de graduação. O autor atribui este resultado aos fatores de risco para insônia apresentados pelos residentes, tais como idades superiores às dos alunos do primeiro ano, além de maior carga horária destinada ao processo de formação médica e as extenuantes atividades profissionais.

Assim, os resultados encontrados no presente estudo podem ser explicados, pelo menos em parte, pela alta jornada de trabalho ao longo do tempo, pela maior responsabilidade profissional e também por maior expectativa em relação ao futuro profissional, já que os R2 estão prestes a buscar a inserção no mercado de trabalho. Outro fator de influência pode ser a acumulação de tarefas, uma vez que no segundo ano, além das atividades práticas e teóricas ocorre o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso.

O fato de mais de 70% dos R2 apresentarem qualidade ruim do sono deve ser visto com cautela, uma vez que estudos vêm demonstrando que a privação do sono traz sérios prejuízos ao indivíduo, como a diminuição do desempenho profissional, aumento na incidência de distúrbios psiquiátricos, comprometimento da qualidade de vida e tendência a presença de mais morbidades, menor expectativa de vida e envelhecimento precoce.<sup>8,9,32,33</sup> Ainda, estudo de Lebensohn et al<sup>34</sup> encontraram que o sono reparador e exercícios físicos foram associados com o bem estar mais positivo em residentes médicos americanos.

As análises da SB através do MBI foram realizadas de três formas: por meio das médias de suas dimensões, por meio do número de residentes de cada grupo com comprometimento em cada dimensão e pelo número de residentes de cada grupo dentro de cada classificação dos critérios para sua incidência.

Foi encontrada diferença significativa para as médias da exaustão emocional entre RIn e R2 com maior comprometimento para o R2. Ainda, os resultados indicaram que dois indivíduos apresentaram SB. Estes pertencem ao grupo de R2 e representavam 11,11% do mesmo. Os R2 também se destacaram no preenchimento de um critério (44,44%). O R1 é o grupo com a maior porcentagem de sujeitos (22,22%) em situação de risco. Em contra partida, a maioria de RIn (54,1%) foi classificado em ausência de risco.

Ao se analisar as médias dos resultados das dimensões do MBI, observou-se que estas indicaram alta EE para os R2 (26,94), limítrofe para R1 (25,83) e baixa para RIn (18,21). Nenhum dos três grupos apresentou média alta para DE, apesar de se observar um aumento nos escores em relação ao tempo de residência, sendo esta maior para R2 (4,78). Ainda, nenhum dos três grupos apresentou média baixa para RP, sendo que os R1 apresentaram menor média (35,99) e os R2 a maior (37,99).

Outros estudos apresentam resultados do MBI em residentes. Guido et al<sup>13</sup> avaliaram residentes multiprofissionais no Brasil, verificando que 37,84% apresentaram altas médias em EE 43,24% altas em DE e 48,65% baixas em RP e que 27% dos participantes apresentam indicativo para síndrome de *Burnout*. Lebensohn et al<sup>34</sup> encontraram 13,7% dos residentes médicos americanos com alta pontuação para EE e 23,8% com alta DE.

Lerra e Durante<sup>35</sup> avaliaram residentes médicos na Argentina e encontraram uma média de 27,14 para EE, 10,73 para DE e 37,01 para RP. Estudo de Zis, Anagnostopoulos e Sykioti<sup>20</sup> encontraram que dos 263 residentes médicos gregos que participaram do estudo, 134 (51,0%) apresentavam comprometimento em pelo menos uma dimensão, 48 (18,3%) em pelo menos duas dimensões, e 13 (4,9%) em todas as três dimensões e que 14,4% apresentaram *Burnout*.

Asaiag<sup>14</sup> referem que a exaustão emocional e a despersonalização podem sofrer influência da carga horária trabalhada e que ao longo da residência, esta causaria o acúmulo de sobrecarga física e emocional. Assim, mais uma vez, o comprometimento do sono presente neste grupo pode ter influenciado nestes resultados. Neste sentido, Macedo et al<sup>36</sup> referem que a privação do sono é uma das principais reações psicológicas nos programas de residência e está entre os mais importantes fatores de estresse.

Considerando que quanto maior o escore da RP, melhor a percepção do indivíduo sobre a sua realização profissional,<sup>37</sup> deve-se levar em conta que se observou uma tendência a melhor percepção dos indivíduos do grupo R2 sobre esta dimensão, uma vez que este apresentou a maior média de escore (37,39). Isto pode ser explicado pela autoconfiança e habilidade técnica adquirida ao longo da residência, que substituem a incompetência e desvalorização, que são sentimentos vivenciados por profis-



sionais recém-egressos da universidade. Resultado semelhante foi encontrado por Franco,<sup>38</sup> em que no decorrer do R2, a avaliação diante desta sub escala obteve modificações positivas nas quais o sentimento de baixa realização/incompetência profissional passou a ser menor.

Ainda, pesquisa com enfermeiros residentes apontou que esse profissional recém-egresso da universidade, jovem e inexperiente na vida profissional, busca instrumentalização teórica e prática na Residência. Por isso, inicialmente, pode apresentar sentimentos de incompetência e desvalorização, mas que, gradualmente, dão lugar à reconstrução pessoal, profissional e de competência.<sup>38</sup>

Desta maneira, parece haver uma tendência de que a EE e a DE apresentem maior influência na determinação da SB nestes residentes. Neste sentido, para Tamayo e Tróccoli,<sup>37</sup> a EE expressa aspectos consistentes do *Burnout*. Ainda, Gil-Monte<sup>39</sup> refere que a classificação alta em EE reflete a incidência da síndrome, uma vez que acredita que a síndrome se inicia por essa dimensão e que posteriormente é causada a despersonalização como defesa para amenizar a exaustão ou o esgotamento emocional, levando ao sentimento de baixa realização pessoal no trabalho e ao baixo envolvimento pessoal. No entanto, não existe um consenso entre os pesquisadores do fenômeno com relação aos valores apresentados nas dimensões e a incidência de *Burnout*, nem em relação à ordem de aparecimento dos sintomas.<sup>1</sup> De qualquer maneira, associando-se o fato de que 11,11% dos R2 apresentaram indicativo para SB e que este grupo apresentou maior média para EE, deve-se levar em conta a necessidade de ações preventivas.

Observa-se maior número de R1 em situação de risco, os quais já experimentam sintomas do *Burnout*. Considerando que a SB é um processo gradual e que caso os fatores estressantes não sejam retirados, o risco de adquiri-la se torna maior, isto poderia explicar os resultados encontrados no presente estudo, onde a mesma foi identificada em dois R2. Ainda, há que se considerar a variabilidade e susceptibilidade individual dos sujeitos frente a determinadas situações que por vezes influenciam e determinam as mudanças de comportamento e atitudes. Podemos associar a susceptibilidade ao estresse profissional à inexperiência profissional. A população estudada é composta por indivíduos jo-

vens no início de sua carreira profissional, e nesta população há uma prevalência de sentimentos de incompetência, desvalorização, insegurança e ansiedade. Com a experiência profissional as pessoas se tornam mais ponderadas e reagem melhor aos acontecimentos cotidianos. Somam-se a isso a sobrecarga de trabalho e elevada carga horária.

Em estudo de Guido,<sup>13</sup> com residentes multiprofissionais, verificou-se a baixa satisfação profissional, e na associação dos domínios 27% dos participantes apresentaram indicativo de SB. O autor conclui que os residentes pesquisados estão expostos aos estressores da profissão e da formação, o que pode favorecer a ocorrência da SB nesses profissionais e que essa ocorre devido a cronificação do estresse, é multicausal e pode ter seu início na graduação.

Finalmente, deve-se considerar que a SB trata-se de um processo complexo e multidimensional, que engloba as características do trabalhador, variáveis sociais e ambientais. Sendo assim, seu diagnóstico não deve se restringir a aplicação e análise do MBI, mas também associar uma avaliação biopsicossocial do trabalhador.

Neste sentido, ressalta-se como limitações do mesmo o fato de não ter avaliado os sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais dos sujeitos. Assim, outros estudos poderão corroborar estes resultados, determinando com maior exatidão os efeitos dos programas de residência multiprofissional em seus participantes.

Os resultados do presente estudo verificaram que tanto a qualidade do sono quanto a qualidade de vida de residentes passam por repercussões negativas ao longo dos anos da residência e pode ocorrer o desenvolvimento da Síndrome de Burnout nestes profissionais.

## Referências

1. Lima FD, Buunk AP, Araújo MJB, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia. Rev Bras Educ Med. 2007; 31: 137-46.
2. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual. 3ª ed. Califórnia, USA: Consulting Psychologists Press; 1996.
3. Benevides Pereira AMT. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
4. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais da saúde. In: Botega NJ, (Org.). Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. Porto Alegre, Artmed Editora S.A., 2012.

5. Antonelli IR, Marra C, Salvigni BL, Petrone A, Gemma A, Selvaggio D, et al. Does cognitive dysfunction conform to a distinctive pattern in obstructive sleep apnea syndrome? *J Sleep Res.* 2004; 13: 79-86.
6. Reimão R. Sono: estudo abrangente. São Paulo: Atheneu, 1996.
7. Ferrara M, Gennaro L. How much sleep do we need? *Sleep Med Rev.* 2001; 5: 155-79.
8. Cardoso HC, Bueno FCC, Mata JC, Alves APR, Jochims I, Filho IHRV, et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33: 349-55.
9. Muller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol.* 2007; 24: 519-28.
10. Achkar TCS. Síndrome de burnout: Repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2006.
11. BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1 jul. 2005.*
12. BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 34, 10 de novembro de 2014.*
13. Guido LA, Silva RM, Goulart CT, Bolzan MEO, Lopes LFD. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46: 1477-83.
14. Asaiag PE, Perrota B, Martins MA, Tempski P. Avaliação da Qualidade de Vida, Sonolência Diurna e Burnout em Médicos Residentes. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34: 422-9.
15. Bertolazi NA. Tradução, Adaptação Cultural e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação do Sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Medicina, Departamento de Ciências Médicas; 2008.
16. THE WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998; 28: 551-8.
17. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000; 34: 178-83.
18. Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22: 192-7.
19. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de Burnout y sintomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Rev Med Hered.* 22, 2011:162-8.
20. Zis P, Anagnostopoulos F, Sykioti P. Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *The Scientific World Journal.* 2014; 2014, Article ID 673279, 10 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/673279>
21. Macedo PCM, Cítero VA, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA, et al. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31: 119-24.
22. Tavares KFA, Souza NVDO, da Silva LD, Kestenberg CCF. Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27:260-5.
23. Fernandes MNS. Prazer e Sofrimento no Processo de Formação de Residentes Multiprofissionais de Saúde [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
24. Matheus MCC, Ide CAC, Arrngelo M. A obstinação como mediadora entre a idealização e a concretude do cuidado instituído: a experiência da enfermeira recém-formada. *Acta Paul Enferm.* 2003; 16: 9-17.
25. Goulart CT, Silva RM, Bolzan MEO, Guido LA. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev RENE.* 2012; 13: 178-86.
26. Aguiar MIF, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves ES, Rolim ILTP, Almeida PC, et al. Qualidade de Vida de Pacientes Submetidos ao Transplante Cardíaco: Aplicação da Escala Whoqol-Bref. *Arq Bras Cardiol.* 2011; 96: 60-7.
27. Barrack RL, Miller LS, Sotile WM, Rubash HE. Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clin Orthop Relat Res.* 2006; 449: 134-7.
28. Dola C, Nelson L, Lauterbach J, Degefu S, PridjianG. Eighty hour work reform: faculty and resident perceptions. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 1450-6.
29. Macedo PCM. Avaliação da qualidade de vida em residentes de medicina da UNIFESP-EPM [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2004.
30. Mathias LAST, Coelho CMF, Vilela EP, Vieira JE, Pagnocca ML. O plantão noturno em anestesia reduz a latência ao sono. *Rev Bras Anesthesiol.* 2004; 54: 693-9.
31. Fagnani Neto R, Obara CS, Macedo PCM, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *São Paulo Med J.* 2004; 122: 152-7.
32. Medeiros ALD, Lima PF, Almondes KM, Júnior SAD, Rolim SAM, Araújo JF, et al. Hábitos de sono e desempenho em estudantes de medicina. *Rev Saúde.* 2002; 16: 49-54.
33. Bittencourt LRA, Silva RS, Santos RF, Pires MLN, Mello MT. Sonolência excessiva. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27: 16-21.
34. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, Schneider C, Sroka S, Waxman D, Maizes V. Resident Wellness Behaviors: Relationship to Stress, Depression, and Burnout. *Fam med.* 2013; 45:8:541-9.
35. Lleraa J, Duranteb E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent Pediatr.* 2014;112:e6-e11
36. Macedo PCM, Cítero VA, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31:119-24.
37. Tamayo MR, Trocóllo BT. Burnout no trabalho. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC, orgs. Trabalho em transição, saúde em risco. Brasília: Ed. UnB, 2002.
38. Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA, Zeitoun SS. Burnout em residentes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45: 12-18.
39. Gil-Monte PR. Processo de queimar-se no trabalho. In: Seminário Internacional de Stress e Burnout, 1.; 2002, Curitiba. Anais.Curitiba: PUC, 2002.