

Renata Ayanna Gomes Cahú<sup>1</sup>  
Ana Célia Oliveira dos Santos<sup>2</sup>  
Reginete Cavalcanti Pereira<sup>3</sup>  
Carlos José Leoncio Vieira<sup>4</sup>  
Sarah Abrahão Gomes<sup>4</sup>

## **Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde**

### *Stress and quality of life in multi-professional residency*

#### **RESUMO**

Neste estudo, objetivou-se avaliar o estresse e a qualidade de vida em residentes multiprofissionais em saúde. Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo-descritivo, com delineamento transversal. A população foi composta por 45 residentes de programas multiprofissionais da Universidade de Pernambuco, nas áreas de saúde mental e saúde da família, nas profissões de psicologia, educação física, terapia ocupacional, enfermagem, serviço social, fisioterapia, nutrição, farmácia e odontologia. Aplicou-se questionário sociodemográfico e comportamental, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), para avaliar o estresse, e o WHOQOL-Bref, para a qualidade de vida. Verificou-se que 77,8% dos pesquisados apresentam estresse, em 37,8% predominam sintomas psicológicos e 17,8% estão com estresse em agravamento. Na percepção sobre qualidade de vida, 33,3% a avaliam como ruim; sobre a satisfação com a saúde, 42,2% estão insatisfeitos. Conclui-se que os profissionais de saúde residentes estão em situação elevada de estresse e a qualidade de vida foi avaliada negativamente. Observa-se a importância de aprofundar a investigação sobre o objeto de estudo e a reflexão sobre medidas de intervenção para melhorar a qualidade de vida dos residentes.

**Palavras-chave:** estresse psicológico, qualidade de vida, residência não médica.

#### **ABSTRACT**

This study aimed to evaluate stress and quality of life in multiprofessional health residents. It is a quantitative-descriptive research, with cross-sectional design. The population consisted of 45 residents of Multiprofessional Programs from the University of Pernambuco, from the areas of Mental Health and Family Health, in the health segments of Psychology, Physical Education, Occupational Therapy, Nursing, Social Services, Physiotherapy, Nutrition, Pharmacy, and Dentistry. A socio-demographic and behavioral questionnaire was administered, the Lipp's Stress Symptom Inventory for Adults, to evaluate stress and the WHOQOL-Brief to evaluate quality of life. It was observed that 77.8% of investigated present stress, 37.8% predominate psychological symptoms, and 17.8% are worsening in stress. As to the perception of quality of life, 33.3% assessed it as bad; on satisfaction with health, 42.2% are dissatisfied. It concludes that resident health professionals are in a high stress situation while the quality of life was evaluated as negative. This study shows the relevance of the need for further research on the study object and the reflection on intervention measures in order to improve the quality of life for residents.

**Keywords:** stress psychological, quality of life, nonmedical residency.

<sup>1</sup> Pós-Graduação - (Psicóloga Clínica [Terapeuta Cognitivo-Comportamental]. Especialista em Saúde Mental) - Recife, PE, Brasil.

<sup>2</sup> Doutorado - (Professora Associada do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Pernambuco; tutora do Programa de Residência Multiprofissional - UPE).

<sup>3</sup> Doutorado - (Psicóloga Clínica. Professora da Universidade Federal Rural de Pernambuco).

<sup>4</sup> Pós-Graduação - (Profissional de Educação Física. Especialista em Saúde Mental).

#### **Correspondência:**

Ana Célia Oliveira dos Santos.  
Instituição: Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da Universidade de Pernambuco (UPE).  
Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro.  
Recife - PE, Brasil.  
CEP: 50100-130.  
E-mail: ana.oliveira@upe.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 26 de Janeiro de 2015. cod. 328.

Artigo aceito em 12 de Fevereiro de 2016.

10.5935/1808-5687.20140013

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado com as Leis 8.080/90 e 8.142/90. Seus princípios e diretrizes visam garantir que a população tenha acesso à saúde de modo integral, igualitário e com resolutividade. O desenvolvimento efetivo do SUS, no entanto, ainda enfrenta muitos obstáculos, sendo necessária a reorganização de todo o sistema de saúde (Schmaller, Lemos, Silva, & Lima, 2012).

A reorganização do sistema de saúde exige mudanças na formação e qualificação profissional (Schmaller et al., 2012). Nas diversas tentativas de aproximação entre políticas de educação e saúde, foram criadas as residências multiprofissionais em saúde, ou residências não médicas, com formatos diversificados (Brasil, 2006).

Os programas de residência em área profissional da saúde, multiprofissional e uniprofissional, foram instituídos a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, sendo definidos como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, dirigido a profissionais da área da saúde, excetuada a médica, atuando na educação em serviço (Brasil, 2005). Segundo a Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009, a carga horária é de 60 (sessenta) horas semanais, com duração mínima de 02 (dois) anos. A residência acontece sob orientação de princípios e diretrizes do SUS, possibilitando mudanças no modelo tecno-assistencial, considerando necessidades e realidades locais e regionais. Os programas de residência visam um modelo de atenção integral e o desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde, constituindo um processo de educação permanente em saúde (Brasil, 2009).

Por meio da residência multiprofissional, busca-se melhor formação para os profissionais atuantes no sistema público de saúde, contribuindo para melhorar a qualidade dos serviços ofertados à população (Schmaller et al., 2012). No entanto, o trabalhador participante de um programa de residência depara-se com eventos que podem se tornar desafiadores, associados a pressões internas e externas, resultando em situações que podem ser interpretadas como estressoras (Nogueira-Martins & Jorge 1998):

o estresse pode associar-se à administração da responsabilidade profissional, tratamento de pacientes graves, administração de situações problemáticas, gerenciamento do volume de conhecimento e estabelecimento dos limites de sua identidade pessoal e profissional. Além disso, ele pode decorrer de características do treinamento, como privação do sono, fadiga, elevada carga assistencial, excesso de trabalho administrativo, problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional. As características individuais

e situações pessoais, como sexo, aspectos da personalidade e vulnerabilidades psicológicas, também podem se relacionar ao estresse (Guido, Goulart, Silva, Lopes, & Ferreira, 2012, p. 3).

Em 1936, o endocrinologista canadense Hans Selye define o termo “estresse” como um conjunto de reações apresentadas pelo organismo diante de eventos que exigem defesa e adaptação (Pietro, 2010). O estresse é compreendido como necessário à sobrevivência, ao garantir a integridade do organismo. Ao mesmo tempo em que o estresse pode ser considerado saudável, torna-se negativo quando ultrapassa a capacidade de adaptação da pessoa aos eventos estressores, podendo resultar em prejuízos em diversas áreas da vida (Lipp, Cabral, & Grün, 2009).

O modelo trifásico do estresse é proposto por Hans Selye com as fases de alerta, resistência e exaustão. A fase de alerta ocorre com a percepção inicial do agente estressor, em que o organismo se prepara para reação, sendo considerada uma fase saudável, ao possibilitar o retorno ao equilíbrio. A fase de resistência ocorre quando o estímulo estressor persiste e o organismo despense grande energia para reestabelecer o equilíbrio; podem ocorrer sensação de desgaste generalizado, dificuldades de memória, queda da produtividade e dificuldades com o sono. Quando o desequilíbrio interno se torna intenso, o estresse atinge a fase mais negativa, a patológica, nomeada de fase de exaustão, em que a pessoa não consegue “funcionar” adequadamente e doenças graves podem surgir; apresenta necessidade de acompanhamento de profissionais da saúde (J. F. Miranda, E. F. Miranda, Dal Corso, & Santos, 2010; Pietro, 2010).

Marilda Lipp organiza o modelo quadrifásico do estresse ao identificar a fase de quase-exaustão, considerando-a anterior à de exaustão, em que a resistência do sujeito está além do limite tolerável pelo organismo, com intenso desgaste físico e emocional. Na quase-exaustão, a pessoa está em uma gangorra emocional e sujeita a muita ansiedade; a defesa imunológica fica mais fraca, e doenças começam a surgir (Lipp, 2005).

O estresse pode resultar em desgaste do organismo dependendo da intensidade, do tempo de duração, da vulnerabilidade do indivíduo e da habilidade de administrar situações adversas (Lipp, Pereira, & Sadir, 2005). Quando o estresse se torna prejudicial, afeta diretamente a qualidade de vida (Lipp, 2005). Esta, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como “. . . a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck et al., 2000, p. 179). Percebe-se que a qualidade de vida é um construto multidimensional e subjetivo, não havendo uma definição consensual que represente sua totalidade. Relaciona-se com o bem-estar pessoal e, entre outros elementos, abrange saúde, lazer, satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida.

Compreende-se a qualidade de vida dentro de quatro grandes dimensões ou fatores: físico, psicológico, relacionamento social e ambiente (D'Amico & Monteiro, 2012; Oliveira, Mininel, & Felli, 2011; Pucci, Rech, Fermino, & Reis, 2012).

Diversas pesquisas têm sido realizadas com residentes ou profissionais da saúde a fim de analisar dificuldades de ordem emocional e a relação com a atividade ocupacional. Os estudos com residentes geralmente focam os da profissão médica, como o conduzido por Lourenção, Moscardini e Soler (2010), que realizaram revisão bibliográfica com os descritores: qualidade de vida, estresse, internato e residência. Esses autores identificaram 42 publicações que abordam aspectos como incidência elevada de *Burnout* e estresse, além de elevado índice de problemas de saúde com interferência na qualidade de vida dos residentes. A síndrome de *Burnout* representa a cronificação do estresse relacionado à atividade laboral.

A relação entre estresse e residência médica também é de interesse internacional, como a pesquisa realizada por Msaouel e colaboradores (2010) com médicos residentes na Grécia. Dos 311 entrevistados, 49,5% preencheram critérios para *Burnout* e 36,3% estavam insatisfeitos com a qualidade global do treinamento na residência.

Sobre residentes em áreas profissionais da saúde, as publicações de estudo são escassas. Carvalho, Melo-Filho, Carvalho e Amorim (2013) investigaram 178 estudantes e observaram a elevada prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) na população estudada (51,1%), com maior incidência entre médicos do que entre não médicos, indicando necessidade de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos residentes.

Observando-se que os residentes são tanto estudantes como profissionais, torna-se importante considerar pesquisas sobre estresse realizadas com os profissionais da área de saúde mental e saúde da família, foco do atual estudo. A pesquisa realizada por Santos e Cardoso (2010) com 25 profissionais de serviços substitutivos de saúde mental objetivou avaliar estresse, enfrentamento e qualidade de vida e constatou que 36% apresentam estresse. Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012) avaliaram a ocorrência da síndrome de *Burnout* em profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, a partir de dados coletados de 337 sujeitos. Identificou-se que 37,09% da amostra apresentavam altos e médios índices de *Burnout* e revelou-se necessidade de atenção à saúde mental desses trabalhadores.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar a situação de estresse e de qualidade de vida entre profissionais da saúde residentes de dois programas multiprofissionais na Universidade de Pernambuco.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo-descritivo, com delineamento transversal. A pesquisa foi realizada com participantes de residências multiprofissionais em saúde,

vinculadas à Universidade de Pernambuco (UPE), nas áreas de saúde mental e saúde da família. Os dois programas de residência têm carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, incluindo plantão semanal de 12 (doze) horas, duração de 02 (dois) anos e são compostos pelas seguintes profissões: psicologia, educação física, terapia ocupacional, enfermagem, serviço social. A área de saúde da família inclui também os profissionais de fisioterapia, nutrição, farmácia e odontologia.

A rotina prática da residência multiprofissional em saúde mental (RMSM) é dividida entre centros de atenção psicossocial (CAPS) na área infantojuvenil, dependência química e pacientes adultos com transtornos psiquiátricos, além de núcleo de atenção à saúde da família (NASF). Os estudantes da residência multiprofissional integrada em saúde da família (RMISF) estão divididos em equipes fixas nas unidades básicas de saúde e outras que circulam entre elas, segundo lógica do NASF, oferecendo apoio. Os plantões semanais ocorrem em serviços da rede de saúde ou da assistência social.

## PARTICIPANTES

A pesquisa utilizou uma amostra não probabilística composta por 45 sujeitos. Em relação ao universo de estudantes inscritos no programa de residência ( $n = 54$ ), a amostra corresponde a 83,33% do total. Dos residentes que participaram, 57,8% estão no segundo período/ano da residência (R2) e 55,6% são da área de saúde da família. Não participaram da pesquisa os residentes em férias, em licença ou afastados do serviço.

## INSTRUMENTOS

Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário sociodemográfico e comportamental elaborado pela pesquisadora, composto pelas seguintes variáveis: dados pessoais - idade, gênero, estado civil, filhos, cor/raça, grau de escolaridade, profissão, tempo de formado na graduação e religião; hábitos de vida - tempo de sono, atividade física, atividades de lazer, meio de transporte e tempo de percurso até local de trabalho, uso de tabaco e bebida alcoólica; dados de saúde - doenças diagnosticadas e uso regular de medicação.
2. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL): fornece uma medida objetiva da sintomatologia do estresse em jovens acima de 15 anos e adultos, avaliando a ocorrência do estresse, o tipo de sintomas predominantes (somáticos ou psicológicos) e a fase em que se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) (Rossetti et al., 2008). O ISSL orienta que, caso os escores brutos estejam acima dos limites em mais de um

quadro do inventário, o sujeito apresenta estresse em processo de agravamento e necessita de intervenção para evitar a passagem para fase mais adiantada do estresse (Lipp, 2005).

3. WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life Project) - Bref (abreviado): questionário de avaliação da qualidade de vida produzido pela OMS para uso internacional, tendo sido traduzido e validado no Brasil por Fleck e colaboradores (2000). O questionário consta de 26 questões respondidas a partir da percepção do sujeito, sendo a primeira sobre percepção da qualidade de vida e a segunda sobre percepção da saúde geral, analisadas separadamente. As outras 24 questões representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original, a partir dos seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Cruz, 2010). As respostas do questionário utilizam escala do tipo Likert: intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom). Para cada resposta é atribuída uma pontuação, e os escores finais podem variar de 0 a 100%, revelando que, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida (Cruz, Polanczyk, Carney, Hoffmann, & Fleck, 2011).

## PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco, sob nº 385.110, CAAE 19492813.4.0000.5192, em setembro/2013. Os instrumentos foram aplicados aos residentes que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa após serem informados sobre os objetivos e as características, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma via com a pesquisadora e outra com o participante.

## PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2013. Os questionários foram aplicados em grupo nas salas disponibilizadas pela coordenação do programa de residência multiprofissional em saúde da Universidade de Pernambuco.

## ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, os dados foram organizados e armazenados em uma planilha eletrônica no programa Excel 2007 (Office XP). Para análise, utilizou-se o programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS), versão 16.0. Dados contínuos foram expressos em média e desvio-padrão e categóricos em porcentagem. Para comparar as frequências, foi utilizado o Teste do Qui-quadrado. As comparações dos

escores dos domínios da qualidade de vida entre as variáveis investigadas foram realizadas pelo Teste t. O Teste de Levene foi usado para verificar a homogeneidade das variâncias. Em todos os testes foi estabelecido um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Foram avaliados 45 residentes com idade entre 21 e 42 anos e média de 27 anos ( $DP \pm 4,11$ ). Do total, 84,4% são do gênero feminino; 86,7% estão solteiros; 91,1% relataram não ter filhos; 53,3% declaram ser da cor/raça branca; 28,9%, pardos; seguidos de negros, 17,8%. Sobre a religião, 84,4% têm religião, dos quais 35,6% são praticantes; 6,7% não têm religião; e 8,9% não responderam. Sobre a formação profissional, 77,8% têm apenas a graduação; 17,8% têm pós-graduação; 4,4% têm mestrado. O tempo de graduado variou entre 06 meses e 13 anos.

Considerando os dados referentes a estresse, 77,8% dos entrevistados apresentam indicativos de estresse; destes, 60% estão na fase de resistência; 17,8%, na fase de quase-exaustão; 37,8% têm sintomas psicológicos como predominantes; e 17,8% estão com estresse em agravamento. A Tabela 1 apresenta a relação entre programa de residência e período cursado, com as seguintes variáveis: presença de estresse, fase do estresse, sintomas predominantes e estresse em agravamento.

A Tabela 2 destaca os sintomas mais frequentemente citados pelos pesquisados, visto que o estresse se caracteriza por um conjunto de sintomas, tanto físicos como psicológicos. Considerando que a pessoa pode não ter pontuado o suficiente para caracterizar o estresse a partir do ISSL, mas possa apresentar sintomas, a tabela a seguir inclui também dados desses participantes. Sensação de desgaste físico constante e cansaço excessivo foram os dois sintomas mais frequentes em 80% da amostra.

A avaliação geral do WHOQOL-Bref é demonstrada na Tabela 3, a partir da relação com as seguintes variáveis: gênero, programa de residência, período do curso (primeiro ano - R1; segundo ano - R2) e estresse. A média da qualidade de vida foi maior nos residentes do gênero masculino, nos que estavam cursando o segundo ano e naqueles da área da saúde da família. Observa-se que os sujeitos com estresse obtiveram melhores médias nos domínios do WHOQOL-Bref, no entanto, o número de pessoas sem estresse ( $n = 10$ ) está bem abaixo do quantitativo com estresse ( $n = 35$ ), o que pode justificar a média do menor grupo ter superado a média do maior grupo, o que não significa, necessariamente, melhor qualidade de vida. As pessoas com estresse em agravamento ( $n = 8$ ) apresentam média melhor em relação às que não pontuaram para a variável ( $n = 37$ ), por ser uma diferença significativa e por se tratar de média, pode-se aplicar explicação semelhante a variável anteriormente analisada.

O desempenho por domínio no WHOQOL-Bref obtido de profissionais da saúde residentes mostrou que o domínio

**Tabela 1.** Ocorrência de estresse em residentes multiprofissionais em saúde conforme programas de residência e o período cursado (Recife, PE, 2014).

		RMSM % (n = 20)	RMISF % (n = 25)	R1% (n = 19)	R2% (n = 26)
Presença de estresse	Sim	80	76	78,9	76,9
	Não	20	24	21,1	23,1
Fase do estresse	Resistência	50	68	68,4	53,8
	Quase-exaustão	30	8	10,5	23,1
	Não se aplica*	20	24	21,1	23,1
Sintomas predominantes	Físicos	25	24	26,3	23,1
	Psicológicos	45	32	36,8	38,5
	Físicos e psicológicos	10	20	15,8	15,4
	Não se aplica*	20	24	21,1	23,1
Estresse em agravamento	Sim	25	12	5,3	26,9
	Não	75	88	94,7	73,1

Não se aplica\* = não tem estresse; RMSM = residência multiprofissional em saúde mental; RMISF = residência multiprofissional integrada em saúde da família; R1 = primeiro ano; R2 = segundo ano.

**Tabela 2.** Sintomas de estresse mais frequentes entre profissionais da saúde residentes pesquisados (Recife, PE, 2014).

	(n)	(%)
Sensação de desgaste físico constante	36	80
Cansaço excessivo	36	80
Cansaço constante	34	75,56
Tensão muscular	30	66,67
Problemas com a memória	28	62,22
Pensar constantemente em um só assunto	26	57,78
Sensibilidade emotiva excessiva	26	57,78
Angústia/ ansiedade diária	26	57,78
Vontade de fugir de tudo	23	51,11
Irritabilidade excessiva	22	48,89
Dúvida quanto a si próprio	22	48,89
Mal-estar generalizado, sem causa específica	21	46,67
Irritabilidade sem causa aparente	20	44,44
Insônia (no último mês)	20	44,44

**Tabela 3.** Qualidade de vida de profissionais da saúde residentes de programas multiprofissionais da Universidade de Pernambuco (Recife, PE, 2014).

Variáveis		Qualidade de vida Média (DP)	<i>p</i>
Gênero	Masculino	52,9 (14,9)	0,97
	Feminino	53,1 (12,6)	
Período da residência	Primeiro ano	52,3 (10,8)	0,85
	Segundo ano	53,0 (14,2)	
Programa de residência	Saúde mental	47,9 (11,6)	0,02*
	Saúde da família	56,6 (12,5)	
Presença de estresse	Sim	62,1 (16,7)	0,00*
	Não	50,0 (10,1)	
Estresse em agravamento	Sim	51,3 (9,9)	0,16
	Não	45,3 (11,7)	

*p* < 0,05

social obteve a maior média, com 59,4 e desvio-padrão de 19,2, seguido do domínio psicológico com média 55,2 ( $\pm$  15,1), físico com 49,1 ( $\pm$  17,1) e ambiental, 47,0 ( $\pm$  13,9). As respostas para a questão 02 do WHOQOL-Bref (Quão satisfeito você está com a sua saúde?) revelam que 48,9% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos e 24,44% estão satisfeitos ou muito satisfeitos. Sobre os sujeitos com estresse, 48,6% (n = 17) se consideram “muito insatisfeitos” com a saúde.

A Tabela 4 descreve a avaliação da qualidade de vida geral, obtida por meio da questão 01 do WHOQOL-Bref (Como você avalia a sua qualidade de vida?). Os que avaliam como ruim ou muito ruim são 35,5%, e 26,7% avaliam como boa. A análise foi feita para todos os residentes e segundo a presença de estresse e período da residência.

## DISCUSSÃO

O número elevado de residentes com indicativo de estresse é um dado que exige atenção, visto que 62,2% estão na fase da resistência, em que já houve quebra do equilíbrio interno do organismo e ocorre maior vulnerabilidade física e queda da produtividade, com sensação de desgaste e cansaço (Lipp, 2005). É possível observar que, dos residentes que estão na fase de quase-exaustão e com estresse em agravamento, a maior parte é R2 e de saúde mental, embora não haja significância estatística ( $p > 0,05$ ) entre período e programa da residência com fatores relacionados ao estresse.

A pesquisa realizada por Guido, Silva, Goulart, Bolzan e Lopes (2012) com residentes multiprofissionais objetivou verificar a ocorrência de síndrome de *Burnout* e identificou que 51,35% apresentavam baixo estresse e 48,65% alto estresse. Verificou-se que os residentes estão expostos tanto a estressores da formação quanto da atuação profissional, o

**Tabela 4.** Avaliação geral da qualidade de vida de profissionais da saúde residentes de programas multiprofissionais (Recife, PE, 2014).

Classificação	Todos		Residentes com estresse		R1		R2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito ruim	1	2,2	1	2,9	-	-	1	3,8
Ruim	15	33,3	13	37,1	4	21,1	11	42,3
Nem ruim nem boa	17	37,8	14	40	7	36,8	10	38,5
Boa	12	26,7	7	20	8	42,1	4	15,4
Muito boa	-	-	-	-	-	-	-	-

que pode ter consequências pessoais, familiares, institucionais e sociais caso não sejam utilizadas estratégias adequadas de enfrentamento ao agente estressor.

A predominância de sintomas na área física ou psicológica se refere à área de maior vulnerabilidade da pessoa, sendo importante para formular planos adequados de intervenção (Lipp, 2005). O atual estudo demonstra que os residentes, de forma geral, apresentam maior vulnerabilidade na área psicológica. De acordo com Ishara (2007), a fragilidade psicológica do profissional de saúde influencia o exercício do cuidado e demonstra a necessidade de intervenção na saúde mental do trabalhador.

Elevada frequência de estresse tem sido identificada entre profissionais da saúde. O trabalho de Tsai e Liu (2012) investigou 775 profissionais da saúde e encontrou sintomas de estresse relacionado ao trabalho em 64,4% dos entrevistados. Uma pesquisa realizada por Camelo e Angerami (2004) com trabalhadores de núcleos de saúde da família constatou 62% dos profissionais com indicativos de estresse, sendo que 83% estão na fase de resistência. Os sintomas psicológicos foram os mais predominantes, semelhantes aos resultados do presente estudo com os residentes multiprofissionais.

Carvalho e Malagris (2007) aplicaram o ISSL a trabalhadores de diversas profissões da saúde e constataram que, dos 31 entrevistados, 58% estavam com estresse, dos quais 94% na fase de resistência e um na fase de quase-exaustão. Os dados da pesquisa anteriormente citada assemelham-se aos resultados do atual estudo, divergindo, no entanto, no que se refere à predominância de sintomas físicos entre os profissionais com estresse.

Dos residentes em saúde mental, 80% (n = 16) apresentam estresse. De acordo com Santos e Cardoso (2010), trabalhar conforme preceitos da reforma psiquiátrica tem resultado em intensas transformações no modelo de assistência em saúde mental e no desenvolvimento de novas atitudes, habilidades e competências por parte dos profissionais. Ramminger (2005) realizou pesquisa com profissionais de serviços substitutivos em saúde mental e observou que, muitas vezes, a prática do trabalho não encontra coerência quanto aos princípios da reforma psiquiátrica. Tal situação contribui para a sensação de sobrecarga nos profissionais.

Estudos realizados com trabalhadores da saúde mental têm demonstrado que o ambiente profissional é caracterizado

por elevada demanda emocional, sendo fator significativo na manifestação do estresse (Moore & Cooper, 1996). A pesquisa realizada por Santos e Cardoso (2010) com profissionais de serviços substitutivos de saúde mental revela que a fase em que se encontra a maior parte dos profissionais com estresse é a de resistência; uma diferença da pesquisa citada para o atual estudo é a existência de profissionais em fase de exaustão e a predominância de sintomas físicos.

Dos residentes em saúde da família, 76% (n = 19) apresentam estresse. A estratégia saúde da família propõe uma percepção ampliada de saúde, buscando as reais necessidades da população (Schmaller et al., 2012). O modelo de assistência proposto por essa estratégia pressupõe construção de vínculo com a comunidade, além de conhecimentos e habilidades clínicas e profissionais para que haja promoção e reabilitação da saúde da população atendida. A literatura constata que equipes de saúde que trabalham na assistência à comunidade experimentam estresse e exaustão física e mental como consequência de estressores no trabalho (Camelo & Angerami, 2007).

Os sintomas mais frequentemente observados nos pesquisados representam a fase de resistência do estresse, em que se encontra a maior parte da amostra, sendo característica dessa fase a sobrecarga de energia empregada pelo organismo para recuperar o equilíbrio interno perdido. Dessa forma, é relevante refletir sobre a interferência dessa situação na vida pessoal e profissional desses residentes, visto que o estresse além da capacidade adaptativa do sujeito influencia os diversos aspectos de sua vida (Lipp et al., 2009). A pesquisa realizada por Carvalho e Malagris (2007) revela resultados semelhantes de sintomas que se apresentam com mais frequência: desgaste físico constante e cansaço constante.

Alguns sintomas mais frequentes, como sensibilidade emotiva excessiva e irritabilidade excessiva ou sem causa aparente, demonstram aspectos emocionais que podem interferir diretamente na qualidade das relações sociais desenvolvidas. A alta frequência de sintomas, como angústia/ansiedade diária, vontade de fugir de tudo e dúvida quanto a si próprio são dados que revelam insatisfação em relação a aspectos da vida e sugerem sofrimento psíquico intenso. Esses dados corroboram o que já foi citado sobre a necessidade de cuidar da saúde mental do profissional da saúde e do profissional residente, que está em processo de formação (Ishara, 2007).

A avaliação de qualidade de vida demonstra que o pior domínio foi o do meio ambiente, seguido, respectivamente, pelos domínios físico, psicológico e social. Gessner, Grillo, Sandri, Próspero e Mariath (2013), em pesquisa com profissionais da saúde da família, também encontraram esse domínio com o menor escore, embora em nível mais elevado do que o do atual estudo, 63 ( $\pm$  14). A pesquisa realizada por Santos e Cardoso (2010) com profissionais de serviços substitutivos de saúde mental também constatou que os menores escores foram no domínio ambiental, com 55,75 ( $\pm$  12,29).

Esses mesmos autores identificaram que 72% da população estudada avaliou a qualidade de vida como boa ou muito boa e 40% estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a saúde. Lourenção, Moscardini e Soler (2013), aplicando o WHOQOL-Bref com aprimorandos e aperfeiçoandos da área da saúde, identificaram que a maioria dos profissionais está satisfeita com a qualidade de vida e com a saúde. Em contraposição, o atual estudo revela que apenas 26,7% dos residentes avaliou a qualidade de vida como boa ou muito boa, e sobre a satisfação com a saúde, 48,9% estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Quanto aos participantes com indicativo de estresse, quase metade (48,6%) dos avaliados se considera “muito insatisfeito” com a saúde. Vale ressaltar que nos dois trabalhos citados não existe clareza sobre a natureza do serviço e a carga horária ocupacional dos pesquisados, o que pode ter sido significativo para as diferenças de resultado com a atual pesquisa, que avaliou residentes com carga horária de 60 horas semanais. Outro fator relevante é que a maior parte dos participantes com indicativo de estresse estava finalizando o processo de formação.

Cansaço, desgaste físico e insônia foram sintomas observados com elevada frequência nos residentes, a partir do ISSL. Ao considerar os dados do WHOQOL-Bref, significativa quantidade dos pesquisados apresenta pouca ou média energia diária e elevado nível de insatisfação com o sono. De acordo com Ishara (2007), o trabalho na assistência à população visa produzir saúde, com relação estreita entre o nível de saúde do profissional e a quantidade e a qualidade do cuidado produzido. O número significativo de residentes que apresentam insatisfação quanto à capacidade para o trabalho incita a reflexão acerca da influência do estado psíquico sobre a vida laborativa.

Embora não se observe significância estatística ( $p > 0,05$ ) entre estresse e as variáveis sociodemográficas e comportamentais, os resultados apresentados e a análise realizada junto a estudos com temática semelhante sugerem que os residentes multiprofissionais estão em situação elevada de estresse, avaliando sua qualidade de vida negativamente. Os resultados revelam a importância do aprofundamento na investigação do objeto e da reflexão sobre medidas de intervenção para melhor qualidade da saúde mental dos residentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo observou que a maior parte dos residentes pesquisados apresenta indicativo de estresse em nível não saudável e que os sintomas que apresentam, como desgaste físico, vontade de fugir de tudo e angústia diária, são sinalizadores de sofrimento psíquico e déficits de saúde geral. A qualidade de vida dos profissionais da saúde residentes foi avaliada negativamente por cerca de um terço dos residentes, e, somado ao elevado nível de pessoas que apresentam estresse, observa-se necessidade de maior atenção à saúde desses profissionais, principalmente daqueles que estão em fase final do processo de formação.

São necessárias outras pesquisas para confirmar os resultados observados e aprofundar a reflexão sobre a temática. A residência em área profissional da saúde ainda é campo recente de formação dos profissionais, e poucas pesquisas foram realizadas sobre as dificuldades nesse campo de atuação. Os resultados podem servir de subsídio para que medidas de prevenção e intervenção possam ser efetuadas ao revisar a prática cotidiana no ambiente de programas de residências multiprofissionais em saúde.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B. de, Melo, C. de F., & Araújo Neto, J. L. de (2012). Avaliação da síndrome de Burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 542-549.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2005). 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. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2006). Residência multiprofissional em saúde: Experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)
- Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2009). Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Recuperado de [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=8862](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8862).
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 14-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2007). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: Percepções dos profissionais. *Revista Enfermagem UERJ*, 15(4), 502-507. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a04.pdf>
- Carvalho, L. de, & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, 7(3), 570-582. Recuperado de <http://www.revispsi.uerj.br/v7n3/artigos/pdf/v7n3a16.pdf>

- Carvalho, C. N., Melo-Filho, D. A. de, Carvalho, J. A. G., & Amorim, A. C. G. (2013). Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 38-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000100006>
- Cruz, L. N. (2010). Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado de [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2011/doutorado/doutorado\\_Luciane\\_Cruz.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2011/doutorado/doutorado_Luciane_Cruz.pdf)
- Cruz, L. N., Polanczyk, C. A., Comey, S. A., Hoffmann, J. F., & Fleck, M. P. (2011). Quality of life in Brazil: Normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Quality of Life Research*, 20(7), 1123-1129. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-011-9845-3>
- D'Amico, S. M., & Monteiro, J. K. (2012). Características de personalidade e qualidade de vida de gestores no Rio Grande do Sul. *Revista de Administração Contemporânea*, 16(3), 381-396. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-6552012000300004>
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Gessner, L. S., Grillo, L. P., Sandri, J. V. A., Próspero, E. N. S., & Mariath, A. B. (2013). Qualidade de vida de trabalhadores de equipes de saúde da família no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 15(3), 30-37. Recuperado de <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/6323>.
- Guido, L. A., Silva, R. M., Goulart, C. T., Bolzan, M. E. O., & Lopes, L. F. D. (2012). Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1477-1483. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600027>
- Guido, L. A., Goulart, C. T., Silva, R. M., Lopes, L. F. D., & Ferreira, E. M. (2012). Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600008&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Ishara, S. (2007). Equipes de saúde mental: Avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-07032008-135625/pt-br.php>
- Lipp, M. E. N. (2005). Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., Pereira, M. B., & Sadir, M. A. (2005). Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1). Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100004&lng=pt&nrm=iso)
- Lipp, M. E. N., Cabral, A. C., & Grün, T. B. (2009). Estudo de caso: Treino cognitivo de controle da raiva em paciente com hipertensão leve. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2). Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452009000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000200004&lng=pt&nrm=iso)
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(1), 81-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2013). Qualidade de vida de residentes não médicos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(11):6336-45.
- Miranda, J. F., Miranda, E. F., Dal Corso, S., & Santos, L. A. (2010). Análise do nível de estresse em cuidadores de crianças portadoras de necessidades especiais por meio do Questionário de LIPP. *ConScientiae Saúde*, 9(1), 97-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92915037013>.
- Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., . . . Lionis, C. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: Will the European Work Time Directive make a difference? *Human Resources for Health*, 8. Recuperado de <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/16>.
- Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/002076409604200202>
- Nogueira-Martins, L. A., & Jorge, M. R. (1998). Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1), 28-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000100006>
- Oliveira, B. M., Mininel, V. A., & Felli, V. E. A. (2011). Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 130-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100019>
- Pietro, M. A. S. (2010). A influência do treino de controle de stress nas relações interpessoais no trabalho. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. Campinas, Brasil. Recuperado de [http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=594](http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=594)
- Pucci, G. C. M. F., Rech, C. R., Fermino, R. C., & Reis, R. S. (2012). Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 166-179. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100021>
- Ramminger, T. (2005). Trabalhadores de saúde mental: Reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modo de subjetivação nos serviços de saúde mental. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5675/000518369.pdf?sequence=1>
- Rossetti, M. O., Ehlers, D. M., Guntert, I. B., Leme, I. F. A. S., Rabelo, I. S., Tosi, S. M. V. D., . . . Barrionuevo, V. L. (2008). O inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da polícia Federal de São Paulo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 108-120. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20080018>
- Santos, A. F. O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: Manifestação de stress e Burnout. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 27(1), 67-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100008>
- Schmaller, V. P. V., Lemos, J., Silva, M. G., & Lima, M. L. L. T. (2012). Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. *Textos e Contextos*, 11(2), 346-361. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12362>.
- Tsai, Y. C., & Liu, C. H. (2012). Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC Health Services Research*, 12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-199>