

Estresse Ocupacional e Fatores Associados em Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família

Occupational Stress and Associated Factors in Multiprofessional Family Health Residents

Estrés Laboral y Factores Asociados en Residentes Multiprofesionales de Salud de la Familia

Jacqueline Silva Máscoli

Fabiane de Oliveira Vick

Secretaria Municipal de Saúde – Dourados/FIOCRUZ

Fernando Faleiros de Oliveira

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Resumo

Os Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família são estratégicos para o cuidado na atenção básica prestada à população; entretanto, estão expostos a fatores estressores no desenvolvimento dessa atividade. O objetivo desta pesquisa foi identificar níveis de estresse ocupacional e fatores associados nesses residentes, na cidade de Campo Grande. O estudo foi de abordagem quantiquantitativa, com 67 participantes (de sete profissões diferentes) na fase quantitativa, sendo prevalentes: sexo feminino (88,1%), solteiras (62,7%), sem filhos (76,1%) e que utilizam transporte próprio para ir ao trabalho (67,2%). Do estresse ocupacional, 46,3% apresentaram nível severo e 22,4% potencialmente perigoso. Na fase qualitativa, as 10 entrevistas apontaram três grandes temas: Autopercepção de Estresse, Vivência na Residência Multiprofissional e Organização do Trabalho. A carga horária elevada do programa e a sobrecarga de atividades práticas foram apontadas como desencadeantes de desgaste físico e emocional. Continuar os estudos sobre tal população pode subsidiar o aperfeiçoamento dos programas, visando à melhoria da saúde e qualidade de vida dos residentes.

Palavras-chave: residência não médica, atenção primária em saúde, condições de trabalho, estresse ocupacional, saúde da família

Abstract

Family Health Multiprofessional Residents are strategic for the population primary care; however, they are exposed to stressors in the development of this activity. The aim of this research was to identify levels of occupational stress and associated factors in these residents in Campo Grande city. The study had a quantitative and qualitative approach, with 67 participants (from seven different professions) in the quantitative phase, being prevalent: female (88.1%), single (62.7%), without children (76.1%) and who use their own transport to go to work (67.2%). Of occupational stress, 46.3% had a severe level and 22.4% had a potentially dangerous level. In the qualitative phase, the 10 interviews pointed to three major themes: Self-Perception of Stress, Experience in the Multiprofessional Residency and Work Organization. The high program's workload and the overload of practical activities were identified as triggering physical and emotional exhaustion. Continuing studies on this population can subsidize the improvement of the Programs, aiming for the Residents a better health and quality of life.

Keywords: non-medical internship, primary health care, working conditions, occupational stress, family health

Resumen

Los Residentes Multidisciplinarios en Salud de la Familia son estratégicos para la atención primaria de la población; sin embargo, están expuestos a estresores en el desarrollo de esta actividad. El objetivo de esta investigación fue identificar los niveles de estrés laboral y los factores asociados de estos en la ciudad de Campo Grande. El estudio tuvo un abordaje cuantitativo y cualitativo, con 67 participantes (de siete profesiones diferentes) en la fase cuantitativa, siendo predominantes: personas del sexo femenino (88,1%), solteras (62,7%), sin hijos (76,1%) y que utilizan transporte propio para ir a trabajar (67,2%). Del estrés laboral, el 46,3% tenía nivel severo y el 22,4% nivel potencialmente peligroso. En la fase cualitativa, las 10 entrevistas señalaron tres grandes temas: Autopercepción del Estrés, Experiencia en la Residencia Multiprofesional y Organización del Trabajo. La alta carga de trabajo del programa y la sobrecarga de actividades prácticas fueron identificadas como desencadenantes del agotamiento físico y emocional. Más estudios pueden subsidiar el perfeccionamiento de los programas, para mejorar la salud y la calidad

de vida de los residentes.

Palabras clave: internado no médico, atención primaria de salud, condiciones de trabajo, estrés ocupacional, salud de la familia

Introdução

No Brasil, a Saúde como direito é uma definição que só veio a se estabelecer com a Constituição Federal de 1988, que permitiu, assim, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual garante o acesso universal ao atendimento, desde procedimentos mais simples (atenção primária ou básica) até tratamentos de alta complexidade (Falleiros et al., 2010).

Um importante marco para o desenvolvimento dessa proposta universal é a valorização, consolidação e prática da Atenção Primária à Saúde (APS) como núcleo central do SUS, pela oferta de serviços clínicos, coordenação do cuidado e organização das ações por meio de princípios como primeiro contato, ação longitudinal, integralidade, abordagem familiar e enfoque comunitário (Arantes et al., 2016; Pinto et al., 2020).

Um dos principais marcos para a consolidação da APS no Brasil foi a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) – e da Estratégia Saúde da Família (ESF) –, proposta mais abrangente e focada nos cuidados primários, para buscar respostas às reais necessidades de saúde da população, focada no trabalho multidisciplinar e na visão biopsicossocial (Arantes et al., 2016). Esse movimento demandou também a necessidade de qualificar os recursos humanos em saúde, devido à mudança na forma da organização do trabalho, na composição das equipes e nos modos de atuação com a população-alvo das práticas profissionais (Silva & Dalbello-Araujo, 2019).

No fortalecimento das diretrizes do SUS, tal formação dos trabalhadores de saúde constitui um dos principais desafios para a efetivação desse sistema universal. O desenvolvimento de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de saúde, voltadas à prática da saúde pública, e as parcerias entre três esferas públicas e instituições de ensino para implementar Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) apontam para modos de desenvolver competências por meio do ensino em prática, estabelecendo responsabilidade e compromisso com a educação e formação de trabalhadores em saúde (Falleiros et al., 2010; Domingos et al., 2015; Silva & Moreira, 2019).

As RMSF foram criadas pela Lei n. 11.129/2005 (e vinculadas à Lei n. 12.513/2011), como programas de pós-graduação *lato sensu*, com o compromisso central na formação de trabalhadores para o SUS. No programa objeto deste estudo, a articulação ocorreu entre o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, MS (SESAU) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), para qualificar os serviços de saúde a partir de ações inovadoras construídas conjuntamente por diferentes áreas profissionais, de forma integrada (Carvalho et al., 2020; Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/Fundação Oswaldo Cruz [SESAU/FIOCRUZ], 2020).

O Edital de 2020 foi destinado aos profissionais graduados em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, obtida em instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC), caracterizada por formação em serviço, em regime de tempo integral (dedicação exclusiva), com 60 horas semanais, totalizando 5.760 horas em 2 anos, remunerados com bolsa no valor de R\$ 3.330,43 – três mil trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos (SESAU/FIOCRUZ, 2020).

Consideradas tais particularidades, ressalta-se que, em estudos realizados sobre RMSF, esses trabalhadores foram apontados como elementos estratégicos na qualidade do cuidado prestado à população, bem como na efetivação das políticas de saúde, ao mesmo tempo em que apontam a sobrecarga de trabalho (pelo formato do programa), a falta de compreensão dos gestores em relação ao trabalho de preceptoria como parte do trabalho prescrito, e, ainda, as condições precárias de trabalho que acabam gerando disputa por espaços e dificuldades de ordem emocional propiciadas pela atividade ocupacional (Cahú et al., 2014; Costa & Azevedo, 2016; Lima & Gouveia, 2018).

Diante dessas preocupações, destaca-se o direcionamento do estudo do Estresse Ocupacional (EO), consideradas as características centrais da constituição do vínculo laboral do residente com o dispositivo da política de saúde no qual desenvolverá suas atividades. O estresse em si advém do desequilíbrio entre as demandas e pressões do ambiente e os recursos da pessoa para retomar sua homeostase perante tais estímulos (Guimarães & Carrasco, 2020).

No campo do trabalho, as pressões da atividade laboral podem advir de características como: envolvimento no e com o trabalho, suporte organizacional, organização do trabalho, monotonia ou sobrecarga, ritmo de produção, natureza das tarefas, entre outras que levam o indivíduo ao estresse e que também precisam ser observadas como fenômenos que podem estressar para um sujeito e outro não, mesmo que estejam inseridos na mesma condição de trabalho (Carlotto et al., 2018; Silva, 2019).

Devido à carga horária extensa de 60h semanais e às atividades propostas pelo programa, a Residência costuma exigir dos participantes condições de esforço extremo e raros momentos de folga e lazer, somados a aulas teóricas e ao compromisso com os diferentes atores envolvidos em seu cotidiano. Somam-se a isso as próprias inseguranças e frustrações, advindas de uma atividade que, por muitas vezes, é o primeiro contato com o mercado de trabalho após o término da graduação (Moreira et al., 2016; Menegatti et al. 2020).

Na perspectiva de ampliar a discussão sobre o trabalho do residente multiprofissional e do estresse que tal ambiente pode causar a este trabalhador da saúde, o interesse neste estudo surgiu por meio das experiências vivenciadas, pela primeira autora, enquanto residente de segundo ano (R2), de Psicologia, no Programa de Residência em Saúde da Família (PRSF), no qual também foi possível observar inquietações emocionais de outros colegas residentes.

Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi verificar a existência de estresse ocupacional e identificar possíveis fatores associados à ocorrência desse estresse nos residentes da RMSF em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Método

Tipo de Estudo e Procedimentos Éticos

Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de corte transversal, abordagem quantiquantitativa, realizada no período de setembro a dezembro de 2021, pela plataforma Google Forms, na qual todos os participantes acessaram o protocolo, leram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencheram os instrumentos.

Foram seguidas as recomendações da Resolução CNS n. 466/2012, para pesquisa com seres humanos, e Diretrizes do CONEP, de 24 de fevereiro de 2021, para pesquisas realizadas

prioritariamente em formato remoto. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da FIOCRUZ, conforme Parecer n. 5.045.912 e CAAE n. 52099921.8.0000.8027.

Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa residentes da RMSF de Campo Grande, MS, ingressantes nos Editais de 2020 e 2021, totalizando uma população de 116 pessoas. Destes, 76 eram residentes de segundo ano (R2), e 40, residentes de primeiro ano (R1).

Para as duas fases de investigação, o processo ocorreu da seguinte forma: (i) a disponibilização dos questionários foi censitária, e houve 67 protocolos concluídos (n) e válidos para análises, dos quais 23 de R1 e 44 de R2 (por categoria: 36 Enfermagem, 10 Odontologia, 6 Educação Física, 6 Farmácia, 3 Psicologia, 3 Fisioterapia e 3 Serviço Social); (ii) Entrevista Semiestruturada, a partir dos concluintes da fase anterior, sendo selecionados dois residentes (um R1 e um R2) de cada uma das sete categorias profissionais do Programa (exceto Serviço Social e Farmácia, que não tiveram participantes R1), os quais, após consulta, voluntariaram-se novamente a participar dessa nova etapa.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) Questionário Sociodemográfico e Ocupacional (QSDO), com 12 questões fechadas e de múltipla escolha, sobre: sexo; raça/cor; idade; estado civil; formação acadêmica; ano de formação; filhos; mora sozinho; renda familiar; meio de transporte usado para ir ao trabalho; distância casa-trabalho; tempo de transporte; (b) Escala de Estresse Ocupacional (EEO [Guimarães et al., 2012]), com oito questões autoaplicáveis (com KMO=0,88 e consistência interna [α] variando de 0,70 a 0,78 – no presente estudo, os itens apresentaram resultados entre 0,74 e 0,88, portanto, superiores ao original), em escala Likert de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente), que apontam para diferentes níveis de suscetibilidade ao estresse ocupacional. A análise final do escore da EEO varia de: 8 a 15 pontos, não significativo; 16 a 20 pontos, baixo; 21 a 25 pontos, moderado; 26 a 30 pontos, severo; e, de 31 a 40 pontos, potencialmente perigoso; e (c) Entrevista Semiestruturada: 11 questões sobre autopercepção de estresse, mudanças ocorridas após o início da residência multiprofissional, desejo de realizar outro tipo de residência multiprofissional, vontade de desistir do programa, incômodos existentes no processo, dentre outras.

Análise de Dados

Após a coleta, foram inicialmente analisados em Microsoft Excel 365 for Windows e, posteriormente, com JASP (v.0.17.0.0 – para análises estatísticas descritivas e inferenciais – média, desvio-padrão, comparação de médias, variância e correlações) e QDA Miner (v.4.1.8 – para análises das entrevistas).

Propôs-se o método misto, por permitir combinações (quantiquali) em que podem se complementar na apresentação de resultados, permitindo que a interação entre elas forneça as melhores possibilidades analíticas (Creswell, 2007). Foram realizadas análises descritivas (média, desvio-padrão e frequência relativa) e inferenciais (comparação de médias e correlações), com critério de significância de 95% (Menegatti et al., 2020), e que incluíram a possibilidade de comparação com as análises de conteúdo – as quais consistem na aplicação em

discursos diversos, a partir da pré-análise, da exploração do material e do tratamento dos resultados, em categorias temáticas, para posterior inferência e interpretação (Minayo, 2013).

Resultados e Discussão

A apresentação dos resultados respeita a sequência de aplicação do protocolo, ou seja, QSDO, escala de Estresse Ocupacional e as Entrevistas Semiestruturadas. Foram destacadas como estatisticamente significativas (teste de uma proporção, $p \leq 0,05$), as seguintes características sociodemográficas dos participantes: sexo feminino (88,1%); R2 (65,6%); Pretos/Pardos (53,7%); idades entre 20 a 25 e 26 a 30 anos (65,6%); solteiros (62,7%); e sem filhos (76,1%).

Ainda sobre o QSDO, destacaram-se também: 88,1% de residentes formados nos últimos cinco anos (inicialmente, no Programa de RSMF estudado, não havia limitador de ano de formatura na graduação, para ingresso); 85,1% dos participantes não moram sozinhos; 67,2% usam preferencialmente transporte próprio para ir até o trabalho; 40,3% moram de 6 a 10 km do serviço; e 34,3% levam de 5 a 10 minutos para chegar ao trabalho.

Ao analisar os dados sociodemográficos, foi observado um perfil semelhante a outros estudos com residentes multiprofissionais da área da saúde, nos quais há um maior número de participantes do sexo feminino, solteiras e sem filhos (Guido et al., 2012; Cahú et al., 2014; Moreira et al., 2016; Vieira et al., 2019), bem como são jovens, recém-formadas, não moram sozinhas, e a maioria possui transporte próprio (Guimarães & Carrasco, 2020).

Quanto aos resultados da Escala de Estresse Ocupacional, foi possível observar que todos os participantes apresentam algum indicativo de estresse em análise individual (baixo – 11,9% [n=8]; moderado – 19,4% [n=13]; severo – 46,3% [n=31]; potencialmente perigoso – 22,4% [n=15]), sendo que 68,7% situaram-se nas faixas mais prejudiciais (severo e potencialmente perigoso).

Entre as sete profissões, não houve diferença significativa nos resultados de R1 e R2 (tanto na análise intra quanto intergrupos); logo, os resultados foram analisados e são apresentados como um único grupo: as médias gerais foram de 26,9 pontos ($DP \pm 1,6$), sendo o menor resultado descrito em residentes de Educação Física (24,9) e o maior para os de Serviço Social (29,1).

Perante o exposto, vale observar, conforme Siqueira (2019), que a saúde diz respeito ao indivíduo para além dos aspectos biológicos, sendo, portanto, influenciada também pelas condições de vida e do ambiente. Assim, o indivíduo que se submete a estresse constante pode apresentar falta de vontade de realizar atividades, ansiedade e até mesmo agravos mais severos tanto do contexto físico quanto do psicológico.

Cahú et al. (2014) apontam que os residentes estão expostos tanto a estressores da formação quanto da atuação profissional, o que pode ter consequências pessoais, familiares, institucionais e sociais caso não sejam utilizadas estratégias adequadas de enfrentamento ao agente estressor; ainda assim, 77,8% dos 45 pesquisados desse estudo apresentaram estresse.

Balan et al. (2018) complementam que cada profissional deve ter a consciência da necessidade de elaboração de estratégias de enfrentamento ao estresse, de acordo com sua rotina diária e seus hábitos de vida, ao passo que, nesse estudo, houve prevalência de 71% dos 28 residentes em situação de estresse.

Para pontuações acima de 21, houve orientação para que o participante buscasse ajuda profissional para manejar o estresse (Guimarães et al., 2012). Ainda que descrita no protocolo, conforme procedimentos éticos, e disponibilizada a ajuda por parte da equipe de pesquisa – mesmo após a devolutiva dos resultados –, não houve procura com tal finalidade da parte dos entrevistados.

Já na fase das entrevistas, participaram da pesquisa dez residentes – convidados aqueles com maiores escores individuais de estresse ocupacional –, sendo dois (um R1 e um R2) de cada uma das seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia; e foram assim identificados: RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI e RJ, de modo a preservar o anonimato das participações. O critério de seleção e a quantidade de entrevistas observaram o critério de saturação.

Quanto aos resultados dessas entrevistas, as análises seguiram a proposta de Minayo (2013), observadas as seguintes etapas: decomposição do material analisado em partes; distribuição das partes em categorias; categorização (expondo os achados encontrados na análise); realização das inferências dos resultados; e interpretação dos resultados obtidos com auxílio da fundamentação teórica adotada. Nesse sentido, foram registradas 326 respostas às 11 questões da entrevista, as quais foram categorizadas em três eixos temáticos pela similaridade dos relatos: (i) Autopercepção de Estresse (106 relatos); (ii) Vivências na Residência Multiprofissional (117); e (iii) Organização do Trabalho (103).

Sobre a Autopercepção de Estresse, apesar de ter ocorrido uma citação sobre sintomas físicos gerados pelo estresse (RH: *“São fatores, reações no organismo que aceleram o coração, que, enfim, o estresse é gerado por algum evento adverso, né, que geram reações biológicas no organismo”*), a maior parte delas exemplificou sintomas psicológicos envolvidos, tais como alterações de humor, sobrecarga, nervosismo, ansiedade, falta de concentração e perda de autocontrole.

Também associaram o estresse com irritações, ausência de tranquilidade e que ele pode ser um acúmulo de acontecimentos do passado e do presente. Corroborou isso, também, o fato de que houve maioria de participantes que confirmaram a manifestação dos sintomas por eles mesmos mencionados, e, destes, parte ainda percebeu um aumento desses sintomas após o início da RMSF, conforme relatos descritos na Figura 1.

Figura 1

Respostas de Destaque Referentes à Categoria Autopercepção de Estresse

RB) <i>“Acho que é uma condição que leva um pouco de falta de paciência, uma sobrecarga desencadeada por algum fator, é um estado de sentimento, um estado de espírito. É uma junção de vários outros sentimentos, muitas vezes causados por alguma situação”.</i>
RD) <i>“Acho que estresse é quando você tem algum problema ou alguma situação difícil de lidar e aí estresse é meio que seu corpo reagindo, então você fica pensando naquilo, tem algumas emoções, algumas ações que você tem que fazer para resolver aquele problema”.</i>
RG) <i>“Estresse para mim é ausência de tranquilidade, de paz, alguma coisa que tira sua paz, te deixa nervoso, ansioso”.</i>
RI) <i>“Estresse para mim é algum sinônimo de irritações constantes, sabe? Quando a gente fica muito limitado a ponto de explodir, sair da zona de conforto, que normalmente a gente fica”.</i>

A literatura aponta que o trabalhador que participa de um programa de residência, especificamente o residente, considerado profissional de saúde, está sujeito a se deparar com situações geradoras de estresse, tais como: sobrecarga de trabalho, alta carga horária, baixa remuneração por horas trabalhadas, cobranças, desvio de função (Vieira et al., 2019)

O estresse ocupacional é um dos tipos mais prevalentes entre adultos, mesmo no início de carreira, que é o caso de muitos residentes em saúde. É importante ressaltar que o trabalho é uma atividade que ocupa grande parte do tempo e do convívio social da pessoa e nem sempre os indivíduos são preparados para lidar com as dificuldades, de acordo com a categoria profissional, pois o ambiente de trabalho, as demandas e pressões serão diferentes em cada um deles, ainda que todos estejam em uma mesma unidade de saúde (Carlotto et al., 2018; Menegatti et al., 2020).

Já para as Vivências na Residência Multiprofissional, foram notados relatos sobre as principais mudanças na rotina de vida dos participantes, a partir do início do trabalho na RMSF, sendo apontadas como positivas as questões de aperfeiçoamento e experiência da prática profissional, e aspectos financeiros, e como impactos negativos a sobrecarga na formação e o desgaste físico e emocional.

Relataram também que não fariam outra residência multiprofissional por causa da carga horária extensa, tanto quanto mencionaram um excesso de carga horária prática e pouco tempo para aperfeiçoamento da parte teórica da residência (aulas, estudos dirigidos, canal teórico); destacaram, ainda, que se sentem como se fossem servidores efetivos na unidade de saúde em que desenvolvem suas atividades. Os relatos de destaque estão expressos na Figura 2.

Figura 2

Respostas de Destaque Referentes à Categoria Vivências na Residência Multiprofissional

RB) <i>"De positivos, eu adquiri conhecimento diferenciado . . . A bolsa, também, que me ajuda financeiramente, em relação às minhas dívidas. . . . de negativo, essa sobrecarga que a gente tem, essa carga horária, você chega em casa da unidade, e ainda tem aula, tem atividade..."</i>
RD) <i>"Eu acho que o trabalho tem consumido bastante minha energia . . . isso eu percebi que mudou bastante, acho que a energia que eu gasto no trabalho acaba afetando a vida pessoal um pouco."</i>
RF) <i>"De aspectos positivos é a vivência da sua especialidade, né. De negativas, acho que a sobrecarga. Acho minha especialidade muito sobrecarregada."</i>
RI) <i>"Eu saio do posto acabada, chego em casa só querendo dormir, descansar a minha mente e meu corpo, chego extremamente cansada".</i>
RJ) <i>"Pensando, assim, pelo positivo, acredito que a experiência prática, né? Conta bastante. Também consegui uma independência financeira, que me permitiu sair da casa dos meus pais. Acredito que a principal (mudança), a que mais consigo identificar, é que não tenho mais tempo para as coisas simples, sabe? Por causa da carga horária".</i>

É importante destacar que os Programas de RMSF no Brasil possuem carga horária de 60 horas semanais, sendo uma das principais características dessa pós-graduação (Carvalho et al., 2020; SESAUFIOCRUZ, 2020). Desse modo, a sensação de desgaste e sobrecarga de atividades é um elemento que pode gerar sofrimento no processo de formação na residência multiprofissional, uma vez que os residentes não conseguem realizar todas as atribuições que lhes são conferidas (Silva & Moreira, 2019).

A similaridade em torno do descontentamento dos residentes com a sobrecarga foi encontrada nos estudos de Silva e Moreira (2019), Balan (2018), Cahú et al. (2014), Guido et al. (2012), Guimarães e Carrasco (2020), sendo que, neste último, 100% dos residentes se queixaram da sobrecarga elevada. Siqueira (2019) ainda ressalta que este é um fator que dificulta ao residente conciliar a rotina de trabalho e o estudo com atividades de lazer, com a família, com cuidados com a sua saúde física e mental e, conseqüentemente, podendo repercutir em sua saúde e qualidade de vida.

Na última categoria proposta na análise das entrevistas, a Organização do Trabalho, realçaram-se questões sobre a motivação e o entusiasmo do residente dentro do trabalho e como é trabalhar no SUS, tais quais as expectativas formadas e a realidade após o contato com o Sistema Único de Saúde.

Para tanto, foi observado que a maior parte dos entrevistados não se sentiu motivada nem valorizada no trabalho, e apenas parte deles citou o título (de especialista em Saúde da Família) como motivação para permanecer até o fim do programa. Nas questões direcionadas sobre como é trabalhar no SUS, houve maior manifestação sobre a satisfação com o trabalho e a contribuição para a rede pública, com destaque para relatos em que o Sistema Único de Saúde superou as expectativas dos residentes.

Nessas respostas também suscitaram questões como a resolatividade dos serviços, os atendimentos aos usuários e a melhora com a chegada da residência multiprofissional, como, por exemplo, a diminuição de fila de espera para atendimentos especializados. Além disso, os participantes relataram que conseguem aplicar seus conhecimentos teóricos na prática do SUS, mesmo diante de uma possível subutilização e das limitações do SUS e do Programa de RMSF, conforme enfatizado nos relatos da Figura 3.

Figura 3

Respostas de Destaque Referentes à Categoria Organização do Trabalho

RB) "Não, me sinto bem desmotivada. Um pouco por saber que poderia estar fazendo mais e que eu não consigo fazer, um pouco por falta de assistência, e por estar desanimada eu não sinto vontade de fazer".
RC) "Não muito, sabe? Mas acho que faz parte do processo também, né? A questão de alcançar indicadores, do acesso do paciente, essas coisas . . . estou satisfeita, sim, no SUS. Claro que às vezes a gente fica meio de mãos atadas por não ter material etc., mas acredito que essa residência veio para tentar melhorar isso também".
RF) "Estou estimulado pelo título, né, pelo salário, pelo serviço. Agora, não me sinto valorizado . . . Aqui eu me sinto um lixo, sabe, alguém descartável, entendeu? Na atenção básica me sinto satisfeito, sim, não posso reclamar. Em relação à unidade, se eu pudesse, eu trocava pela falta de profissional qualificado para me orientar".
RH) "No início eu tinha mais. Mas ainda algumas coisas me motivam, . . . então, quando eu vejo que meu paciente evolui, que eu consigo, mesmo sem muito recurso, fazê-lo melhorar, isso me motiva . . . eu não tinha muita expectativa no SUS, mas eu acho que, do jeito que está hoje, a gente acaba, sim, sendo bastante resolutivos, pelo menos a unidade que eu estou a gente consegue".
RJ) "Não me sinto estimulada, não . . . por mais que o fato de eu ter um título é uma das coisas que me seguram aqui, eu não posso ter certeza de que isso vai me garantir alguma coisa para o futuro, não sinto essa segurança. . . . (sobre o SUS) é até melhor do que eu imaginei, acho que conseguimos atender bem aos usuários, a residência melhorou muito a unidade nesse aspecto".

Os estudos de Silva e Moreira (2019) também apresentaram um resultado similar ao tema desta entrevista em relação ao trabalho no SUS, no qual os residentes apontaram satisfação em relação aos usuários e ao vínculo que a Saúde da Família pode proporcionar, acarretando uma boa relação com os pacientes. Segundo Silva e Moreira (2019), isso acontece quando o vínculo se estabelece como consequência da relação de proximidade do profissional/residente com o usuário, o que permite gerar relações de respeito e valorização das subjetividades.

A administração da responsabilidade profissional, o tratamento de pacientes graves, a gestão de situações-problema, o gerenciamento do volume de conhecimento e o estabelecimento dos limites de sua identidade pessoal e profissional também são fatores da organização do trabalho que podem contribuir para o aparecimento do estresse em residentes multiprofissionais da saúde. Esse ambiente conflitante faz com que sejam possíveis o aparecimento de novas enfermidades relacionadas ao trabalho, como é o caso do estresse ocupacional (Guido et al., 2012; Silva, 2019).

As correlações com dependência significativa diante do estresse ocupacional ocorreram para os seguintes fatores: utilizar transporte público ($M=28,3$; $DP\pm 3,77$; $p=0,02$; $p=0,370$); idade entre 20 e 25 anos ($M=28,3$; $DP\pm 2,82$; $p=0,0001$; $p=0,553$); residentes do sexo feminino ($M=26,9$; $DP\pm 4,04$; $p=0,03$; $p=0,294$); para os demais fatores sociodemográficos pesquisados, não foram observadas correlações significativas.

Dentre os itens do próprio instrumento de EEO, destacaram-se as relações entre “meu trabalho afeta negativamente meu bem-estar físico e/ou emocional” e “tenho excesso de trabalho a fazer e/ou prazos pouco razoáveis” ($p=0,007$; $p=0,754$), e também entre “condições de trabalho desagradáveis ou inseguras” e “dificuldade para expressar aos superiores opiniões sobre as condições de trabalho” ($p<0,0001$; $p=0,396$).

Nas análises entre o EEO e as categorias temáticas das entrevistas, foi possível observar relações estatisticamente significativas entre “meu trabalho afeta negativamente meu bem-estar físico e/ou emocional” e “Autopercepção de Estresse” ($p=0,005$ e maior impacto para residentes do sexo feminino; $p=0,381$), “condições de trabalho desagradáveis ou inseguras” e “Vivências na Residência Multiprofissional” ($p=0,003$; $p=0,497$) e, também, para “condições de trabalho desagradáveis ou inseguras” e “Organização do Trabalho” ($p<0,0001$; $p=0,576$).

Para os maiores impactos em trabalhadoras do sexo feminino, observam-se aspectos como a relação direta com as exigências e a organização do trabalho, nas quais mulheres se apresentam mais envolvidas e dedicadas ao trabalho que homens (Weymer et al., 2018), e as mulheres também têm maior disponibilidade ao autocuidado, à menor estigmatização para buscar ajuda psicológica, além de maior comprometimento com o trabalho (Spiendler Rodriguez et al., 2015).

O transporte público pode influenciar o Estresse Ocupacional por oferecer estímulos estressores que, de forma negativa e repetitiva, expõe o trabalhador a demandas psicológicas que podem causar ou agravar doenças. Observam-se agravos à saúde devido à frustração diante da insuficiência desse transporte, e por serem submetidos a ela antes e depois do trabalho (Rezende, 2012), o que tende a indicar o motivo da preferência do grupo ocupacional estudado pela solução do transporte próprio e individualizado.

Apesar das demandas até aqui apresentadas, a Residência é uma modalidade diferenciada de formação, que favorece o encontro entre conhecimentos teóricos e práticos, e a

articulação entre as instituições de ensino e os serviços. Esses movimentos contribuem para uma melhor formação para os profissionais atuantes no SUS, uma melhor qualidade dos serviços ofertados à população, por meio das práticas e das responsabilidades assumidas pelos residentes, e também podem ser mais valorizados e utilizados como atributos ou estratégias para enfrentamento ao estresse ocupacional do residente.

Considerações Finais

Este estudo observou que todos os residentes pesquisados apresentam níveis de estresse preocupantes, e a maioria deles em um nível severo, o que pode acarretar consequências físicas e psicológicas, e até o agravamento do quadro.

Em relação à autopercepção do estresse, 90% perceberam o estresse como alterações psicológicas/emocionais, e 40% conseguiram identificar sintomas maiores de estresse após a inserção no Programa da Residência, tais como alterações de humor, ausência de tranquilidade e perda do próprio autocontrole.

No que diz respeito às mudanças percebidas desde a entrada na residência, foi identificado que a sobrecarga de trabalho apresenta impactos negativos na vida dos residentes, por alegarem cansaço físico e emocional quando chegam em casa, já que precisam cumprir 60 horas semanais, conforme definido pela própria Lei 11.129, de 2005.

O descontentamento por essa sobrecarga foi apontado por 90% dos residentes participantes da pesquisa, podendo ser um facilitador para o agravo do estresse, já que a carga horária impede os residentes, segundo relatos, de ter boas práticas de saúde, tais como tempo para praticar atividades físicas, lazer e/ou hábitos do cotidiano.

Outro aspecto que causa indignação por parte deles é a falta de carga horária teórica adequada, como aulas, estudos dirigidos, canal teórico etc., muitas vezes sentindo-se tratados como servidores da unidade, e não como estudantes de pós-graduação.

Repor licenças e afastamentos também foi um fator negativo identificado por eles, causando indignação, em que a maioria, mesmo diante de uma licença médica documentada (atestado), optava por permanecer trabalhando, tendo em vista a necessidade de posterior reposição das horas não cumpridas.

Sobre as satisfações no trabalho, foi observado que a maioria relatou sobre a experiência prática e profissional que o Programa proporciona, como também o título de especialista ao fim da Residência Multiprofissional. Surpreenderam-se com o funcionamento do SUS, a resolutividade dos serviços e atendimentos aos usuários, assim como perceberam melhora na organização do fluxo da unidade com a chegada da residência multiprofissional, como, por exemplo, a diminuição de fila de espera para atendimentos especializados.

É importante destacar a necessidade de criar estratégias a fim de minimizar os impactos negativos gerados no processo de Residência, tanto em nível pessoal, como bons hábitos de vida (atividade física, alimentação, boa noite de sono), como em nível organizacional, como rodas de conversa, educação continuada sobre autocuidado, suporte psicológico disponível. Ressalta-se que a SESAUI possui um serviço de apoio psicológico aos profissionais de saúde (incluindo os residentes), pela Gerência de Saúde do Servidor, que visa oferecer acolhimento às demandas dos servidores, orientação, encaminhamento, tratamento e/ou reabilitação, para minimizar ou evitar o adoecimento psíquico dos trabalhadores e de seus familiares. Assim, sugerem-se ações específicas à realidade dos residentes, como visto, e, principalmente, a escuta de queixas que possam ter sido negligenciadas durante a realização do Programa.

Identificamos como limitações do estudo a escassez de trabalhos sobre a temática no país, sobretudo se tratando da Residência Multiprofissional, e, por isso, a dificuldade de comparar com outros dados disponíveis. Justamente pela escassez do tema aqui apresentado, inferimos que a continuidade de estudos sobre esta temática é relevante, especialmente para subsidiar no processo de avaliação, aprimoramento e aperfeiçoamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, notadamente visando à melhoria na qualidade de vida dos residentes.

Referências

- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: Revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1499–1510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
- Balan, K. C. K., Pereira Jorge, I. M., & Silva, D. B. (2018). Avaliação do nível de estresse ocupacional em residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 8(1), 51–66. <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/13631>
- Cahú, R. A. G., Santos, A. C. O., Pereira, R. C., Vieira, C. J. L., & Gomes, S. A. (2014). Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 76–83. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140013>
- Carlotto, M. S., Câmara, S. G., Diehl, L., Ely, K., Freitas, I. M., & Schneider, G. A. (2018). Estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento. *Revista Subjetividades*, 18(1), 92-105. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v18i1.6462>
- Carvalho, M. A. P., Teixeira, M. B., Lago, R. F., Barros, D. C., & Brandão, A. L. (Orgs.). (2020). *De casulo a borboleta: A qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família*. Rede Unida.
- Costa, A. C. S., & Azevedo, C. C. (2016). A integração ensino-serviço e a residência multiprofissional em saúde: Um relato de experiência numa unidade básica de saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 10(4), 265-282. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2013>
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2ª ed. Artmed.
- Domingos, C. M., Nunes, E. F. P. A., & Carvalho, B. G. (2015). Potencialidades da residência multiprofissional em saúde da família: O olhar do trabalhador de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1221–1232. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>
- Falleiros, I., Lima, J. C. F., Matta, G. C., Pontes, A. L. M., Lopes, M. C. R., Morosini, M. V. C., & Corbo, A. D. (2010). A constituinte e o sistema único de saúde. In C. F. Ponte, & I. Falleiros (Orgs.) *Na corda bamba de sombrinha: A saúde no fio da história* (pp. 237-276). Fiocruz. https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_8.pdf
- Guido, L. A., Goulart, C. T., Silva, R. M., Lopes, L. F. D., & Ferreira, E. M. (2012). Stress and Burnout among multidisciplinary residents. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 20(6), 1064–1071. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600008>
- Guimarães, L. A. M., Bueno, H. P. V., & Falleiros, F. (2012). *Escala de Estresse Ocupacional – EEO: Adaptação, tradução para o português e validação para o uso no Brasil* [Apostila – Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco].

- Guimarães, E. M., & Carrasco, L. M. C. M. (2020). Fatores de estresse em residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade de palmas – TO. In E. F. Costa (Org.). *Psicologia em Foco: Temas Contemporâneos* (pp. 99-110). Científica. <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200801026.pdf>
- Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. (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 nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, de 1º julho de 2005. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm
- Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011. (2011). Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 27 de outubro de 2011. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12513.htm
- Lima, P. C., & Gouveia, M. T. O. (2018). Qualidade de vida dos residentes da área de saúde: Revisão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [Vol. Sup.] 14, 1621–1627. <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS338.pdf>
- Menegatti, M. S., Rossaneis, M. A., Schneider, P., Silva, L. G. C., Costa, R. G., & Haddad, M. C. F. L. (2020). Estresse e estratégias de coping utilizadas por residentes de enfermagem. *Remem: Revista Mineira de Enfermagem*, 24, e1329. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200066>
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). Hucitec.
- Moreira, A. P. F., Patrizzi, L. J., Accioly, M. F., Shimano, S. G. N., & Walsh, I. A. P. (2016). Avaliação da qualidade de vida, sono e síndrome de burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)* 49(5), 393–402. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i5p393-402>
- Pinto, L. F., Soranz, D., Ponka, D., Pisco, L. A., & Hartz, Z. M. (2020). 40 anos de Alma-Ata: Desafios da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1178–1178. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01012020>
- Rezende, M. A. (2012) Influência do transporte sobre o nível de estresse dos trabalhadores: trajeto entre residência e local de trabalho [Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná]. http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/1463/1/PG_PPGEP_M_Rezende%2c%20Marcos%20Antonio_2012.pdf
- Secretaria Municipal de Saúde, & Fundação Oswaldo Cruz. (2020). *Processo de Seleção: Residência Multiprofissional em Saúde da Família 2020*. SESAUFIOCRUZ. http://www.matogrossodosul.fiocruz.br/noticias/edital-de-retificacao-programa-de-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia-2020/edital-rmsf_sesau_fiocruz.pdf
- Silva, C. A., & Dalbello-Araujo, M. (2019). Programa de residência multiprofissional em saúde: O que mostram as publicações. *Saúde em Debate*, 43(123), 1240–1258. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>

- Silva, G. N. (2019). (Re)conhecendo o estresse no trabalho: Uma visão crítica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 12(1), 51-61. <https://doi.org/10.36298/gerais2019120105>
- Silva, R. M. B., & Moreira, S. N. T. (2019). Estresse e residência multiprofissional em saúde: Compreendendo significados no processo de formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(4), 157-166. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190031>
- Siqueira, C. D. N. (2019). *Avaliação da qualidade de vida de residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde* [Trabalho de Conclusão de Curso de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria]. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/16245/TCCE_RMISPS_2019_SIQUEIRA_CARINE.pdf
- Spiendler Rodriguez, S. Y., Carlotto, M. S., & Barcinski, M. (2015). Estratégias de enfrentamento utilizadas por psicólogos: Uma análise de gênero. *Salud & Sociedad*, 6(2), 110–119. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4397/439742867001>
- Vieira, A., Gomes, G. C., Moreira, L. R., & Deconto, J. A. (2019). A qualidade de vida de quem cuida da saúde: A residência multiprofissional em análise. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 8(3), 371–383. <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14419/7953>
- Weymer, A. S. Q., Schuber, K. J., & Eskenazi, A. S. (2018). A contribuição de mulheres líderes no nível de comprometimento organizacional. *Revista Gestão Organizacional*, 11(3), 76–91. <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/4038>

Recebido em: 07/05/2023

Aprovado em: 23/05/2024

Aceito em: 27/05/2024

Sobre os autores:

Jacqueline Silva Máscoli: [Autora para contato]. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados/MSe Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Secretaria Municipal de Saúde – Dourados/FIOCRUZ. **E-mail:** jacquelinemascoli@hotmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-0115-0479>

Fabiane de Oliveira Vick: Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública pela Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde – Dourados/FIOCRUZ. **E-mail:** favick.fiocruz.liaps@gmail.com, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5108-7236>

Fernando Faleiros de Oliveira: Doutor em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco. Professor da Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, em Volta Redonda, RJ. **E-mail:** fernandofaleiros@id.uff.br, **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3953-6393>