**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**

**PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO**

# QUALIDADE DE VIDA, PREVALÊNCIA SÍNDROME DE BURNOUT E SONOLÊNCIA DIURNA EM MÉDICOS RESIDENTES NA CIDADE DE MANAUS

**MANAUS-AM**

**2022**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

R484q

Ribeiro, Pedro Paulo Dias
Qualidade de vida, prevalência da síndrome de burnout e da sonolência diurna em médicos residentes na cidade de Manaus / Pedro Paulo Dias Ribeiro . 2021
77 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Denise Machado Duran Gutierrez
Coorientadora: Marianna Brock
Dissertação (Mestrado Profissional em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Burnout. 2. Qualidade de vida. 3. Residência médica. 4. Sonolência. I. Gutierrez, Denise Machado Duran. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

**PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO**

# QUALIDADE DE VIDA, PREVALÊNCIA SÍNDROME DE BURNOUT E SONOLÊNCIA DIURNA EM MÉDICOS RESIDENTES NA CIDADE DE MANAUS

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional apresentado à Universidade Federal do Amazonas para Exame de Qualificação como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional em Cirurgia, na Área de Concentração Aspectos econômico, organizacional, epidemiológico e de qualidade de vida na atenção cirúrgica para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

**Orientadora**: Profª Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

**Coorientadora**: Profª Dra. Marianna Brock

**MANAUS-AM**

**2021**

**PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO**

# QUALIDADE DE VIDA, PREVALÊNCIA SÍNDROME DE BURNOUT E SONOLÊNCIA DIURNA EM MÉDICOS RESIDENTES NA CIDADE DE MANAUS

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional apresentado à Universidade Federal do Amazonas para Exame de Qualificação como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional em Cirurgia, na Área de Concentração Aspectos econômico, organizacional, epidemiológico e de qualidade de vida na atenção cirúrgica para a obtenção do título de Mestre em Cirurgia.
Aprovado em 22/12/2021.

**BANCA EXAMINADORA**

_____

Prof[a]. Dr[a]. Denise Machado Duran Gutierrez (Presidente) - Orientadora
Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM/PPGRACI)

_____

Prof. Dr. Jonas Byk (Membro Interno)
Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM/PPGRACI)

_____

Prof. Dr. Jorge Roberto Di Tommaso Leão (Membro Externo)
Instituição – UEA

_____

Prof. Dr. Bruno Bellaguarda Batista (Suplente Interno)
Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM/PPGRACI)

_____

Prof. Dr. Darlisom Souza (Suplente Externo)
Instituição: UEA

Dedico este trabalho à minha família, Hercules Mattos, Vera Lúcia Dias Ribeiro, Horácio da Cunha e Sousa Ribeiro.

## AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de Mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Denise Machado Duran Gutierrez por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho.

A minha Coorientadora Professora Doutora Marianna Brock por todo o incentivo para começar a trilhar o caminho da pesquisa. A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional em Cirurgia- PPGRACI em especial ao Professor Doutor Bruno Bellaguarda por seu incentivo, carinho e amizade e ao Professor Doutor Ivan Tramujas, tanto as suas aulas, como sua sabedoria imensa e paciência tão paternal, deixarão muita saudade. Muito obrigado por me terem corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar. Agradeço ao meu companheiro de vida Professor Mestre Hércules Mattos que soube me segurar nos momentos mais difíceis dessa jornada, sempre estando ao meu lado.

A todos que diretamente e indiretamente me ajudaram a ultrapassar um grande obstáculo, alunos de PAIC, médicos residentes, preceptores que sempre foram muito solícitos e disponíveis no decorrer dessa pesquisa.

Por último, quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, especialmente aos meus pais, Vera Lúcia Dias Ribeiro e Horácio da Cunha e Sousa Ribeiro, sempre ao meu lado e presentes mesmo distantes fisicamente. Me ensinaram os valores que carrego comigo sempre em qualquer jornada. Sem eles não seria o ser humano que sou hoje.

**“**Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.**”**

**(*Leonardo da Vinci*)**

## RESUMO

**Introdução:** A qualidade de vida é fundamental no que tange ao profissional que lida com vidas. A residência médica tem um excelente conceito de capacitação médica, porém sofre várias críticas no requisito qualidade de vida do médico residente, devido originar uma mudança brusca em seu estilo de vida e um ritmo de trabalho aumentado pela carga horária exigida pela legislação da residência médica. **Objetivo:** Esse trabalho teve como objetivo principal, analisar a Qualidade de Vida, a prevalência de Síndrome de Burnout e a Sonolência Diurna nos médicos residentes de várias especialidades médicas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Ginecologia e Obstetrícia em hospital de referência em Manaus. Propor a estruturação do Núcleo de Apoio ao Médico Residente e Preceptor (NAMP) com objetivo de implementar programas de melhoria da Qualidade de Vida dos médicos residentes, pesquisa e treinamento de preceptores. **Método:** Foram aplicados os seguintes questionários: 1. Avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) da Organização Mundial de Saúde (OMS); 2. Escala de Sonolência Epworth (ESE) para avaliação de sonolência diurna; e 3. Maslach Burnout Inventory (MBI). De acordo com os critérios de Maslach, o Burnout foi estudado em suas dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. **Resultados:** Foi identificado que a Síndrome de Burnout teve a prevalência de 77,42% nos médicos residentes estudados. Quanto à autoavaliação de qualidade de vida, por meio do questionário da WHOQOL – Bref., abreviado da OMS, obtivemos uma média de 5,42, que pode indicar que está havendo fatores estressores na Residência Médica, os quais podem afetar a qualidade de vida desses profissionais. Já com relação aos níveis de Sonolência Diurna, foi encontrado o valor de 13,21 do grupo de médicos residentes estudados. **Conclusão:** Os resultados sugerem que os quadros de Burnout estão relacionados à exposição aos fatores estressores das condições de trabalho. Logo, a abordagem preventiva nesses fatores que exercem impacto negativo sobre a saúde dos médicos residentes torna-se necessária. Nesse sentido, é proposta a estruturação do NAMP.



**Palavras-chave:** Síndrome de Burnout; Qualidade de vida; Residência médica; Sonolência.

## ABSTRACT

**Introduction:** Quality of life is of fundamental when it comes to the professional who deals with lives. The medical residency has an excellent concept of medical training, but it suffers several criticisms in the resident physician's quality of life requirement, due to a sudden change in their lifestyle and a work rate increased by the workload required by the residency legislation doctor. **Objective:** The main objective of this study was to analyze the Quality of Life, prevalence of Burnout Syndrome and Daytime Sleepiness in physicians from various medical specialties: Internal Medicine, General Surgery, Anesthesiology, Otorhinolaryngology, Orthopedics and Gynecology and Obstetrics in a reference hospital in Manaus. Propose the structuring of the Support Center for Resident Physicians and Preceptors (NAMP) with the objective of implementing programs to improve the quality of life of resident physicians, research and training for preceptors. **Method:** The following questionnaires were given: 1. World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL); 2. Epworth Sleepiness Scale (ESS) for daytime sleepiness assessment; and 3. Maslach Burnout Inventory (MBI). According to Maslach's criteria, Burnout was studied in its dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and personal fulfillment. **Results:** It was identified that a Burnout Syndrome has a prevalence of 77.42% in the studied residents. As for the self-assessment of quality of life, using the WHOQOL – abbreviated WHO questionnaire, we obtained an average of 5.42, which may indicate that there are factors in the residency that may be affecting the quality of life of these physicians. Regarding the levels of sleepiness in the daytime, a value of 13.21 was found for the group of resident physicians studied. **Conclusion:** The results obtained with the Burnout frames are related to exposure to stressors of working conditions. Therefore, a preventive approach to those factors that have a negative impact on residents' health is necessary. In this sense, the structuring of the NAMP is proposed.



**Keywords:** Burnout Syndrome; Quality of life; Medical residency. Somnolence.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** - Fases do estresse ..... 22
**Figura 2** - Fluxograma do Processo Operacional ..... **Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE GRÁFICO

**Gráfico 1** Autoavaliação de Qualidade de Vida na Residência Médica **41**

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1**: Tabela referente aos tamanhos dos estratos objeto de estudo da pesquisa ..29

**Tabela 2**: Cálculo amostral por estrato .....29

**Tabela 3:** Especialidades dos médicos residentes da Fundação Hospital Adriano Jorge no período entre Agosto a Outubro de 2020 (N=62).....34

**Tabela 4**: Distribuição da amostra por ano de residência .....34

**Tabela 5:** Distribuição da amostra por prevalência de Burnout .....34

**Tabela 6:** Distribuição da amostra por Prevalência das diferentes dimensões de Burnout .....35

**Tabela 7**: Associação enteENTRE exaustão emocional e falta de realização pessoal correlacionadas à especialidade da residência e despersonalização relacionada ao ano de residência de residentes médicos da Fundação Hospital Adriano Jorge no período de Agosto a Outubro de 2020 (N=20).....36

**Tabela 8**: Tabela cruzada especialidade de residência X dimensões de Burnout.....36

**Tabela 9**: Análise de Burnout entre Médicos Residentes .....37

**Tabela 10**: Tabela cruzada ano de residência X dimensões de Burnout .....39

**Tabela 11:** Teste de Significância Estatística da associação entre dois tipos de classificação.....39

**Tabela 12**: Autoavaliação de Qualidade de Vida na Residência Médica .....40

**Tabela 13**: Média dos Escores de Sonolência Diurna na Escala de Epworth nos Médicos Residentes .....41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| **EUA** | Estados Unidos da América |
| **FHAJ** | Fundação Hospital Adriano Jorge |
| **MBI** | Maslach Burnout Inventory |
| **NAHTS** | Núcleo de Atenção Humanizada ao Trabalhador de Saúde |
| **N°** | Número |
| **PPGRACI** | Programa de Pós-Graduação em Cirurgia-Mestrado Profissional da Universidade Federal do Amazonas |
| **OMS** | Organização Mundial da Saúde |
| **SB** | Síndrome de Burnout |
| **SUS** | Sistema Único de Saúde |
| **QV** | Qualidade de Vida |
| **WHOQOL** | Avaliação da qualidade de vida |
| **ESSE** | Escala de Sonolência Epworth |
| **NAMP** | Núcleo de Apoio ao Médico Residente e Preceptor |
| **SUSAM** | Secretaria de Estado da Saúde |
| **UEA** | Universidade do Estado do Amazonas |
| **NAMP** | Núcleo de Atenção Permanente ao Médico Residente e Preceptor |
| **HUUSP** | Hospital Universitário da Universidade de São Paulo |
| **CNRM** | Comissão Nacional de Residência Médica |
| **MEC** | Ministério da Educação |
| **MBI** | Inventário de Burnout de Maslach |
| **ESE** | Escala de Sonolência Diurna |
| **COREME** | Comissão de Residência Médica |
| **CNRM** | Comissão Nacional de Residência Médica |
| **CEREM** | Comissão Estadual de Residência Médica |
| **ESA/UEA** | Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas |

## LISTA DE SÍMBOLOS

| | |
|---|---|
| **%** | Por Cento |
| $<$ | Menor que |
| $\leq$ | Menor ou igual |
| $>$ | Maior que |
| $\geq$ | Maior ou igual |
| $\boldsymbol{p}$ | Nível de Significância |

**SUMÁRIO**

1 INTRODUÇÃO ..... 15
1.1 Justificativa ..... 17
1.2. Objetivos ..... 18
1.2.1 Objetivo geral ..... 18
1.2.2 Objetivos específicos ..... 18
2 REVISÃO DA LITERATURA ..... 19
2.1 Residência Médica ..... 19
2.2 Sobre a Síndrome de Burnout ..... 21
2.3 Qualidade de Vida ..... 24
3 MÉTODO ..... 26
3.1 Tipo de estudo ..... 26
3.2 Aspectos Éticos - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ..... 26
3.3 Características da amostra ..... 27
3.4 Critérios de Inclusão ..... 27
3.5 Critérios de Exclusão ..... 28
3.6 Tamanho da amostra ..... 28
3.7 Instrumento de coleta de dados ..... 30
3.8 Procedimentos ..... 31
4 RESULTADOS ..... 33
4.1Sistematização de dados ..... 33
5DISCUSSÃO ..... 41
5.1 Clínica Cirúrgica ..... 45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 46
6.1 Produto ..... 47
REFERÊNCIAS ..... 53
APÊNDICE ..... 60
ANEXOS ..... 62
ANEXO A: REGIMENTO INTERNO ..... 62
ANEXO B: INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) ..... 67
ANEXO C: ESCALA DE SONOLÊNCIA DIURNA DE EPWORTH (ESE) ..... 68
ANEXO D: WHOQOL BREF (A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE) ..... 69
ANEXO E: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ..... 74

# 1 INTRODUÇÃO

A Residência Médica (RM) foi criada nos Estados Unidos, em 1889, por William Stewart Halsted, como um sistema educacional de treinamento em serviço; no Brasil, foi implantada entre 1944 e 1945. Apesar de sofrer vários questionamentos críticos relacionados principalmente à adequada oferta de supervisão qualificada e aos potenciais efeitos deletérios da carga horária de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, tem sido reconhecida como o melhor sistema de capacitação do profissional médico (MARTINS, 2010).

O aprendizado na RM se dá através de um processo com base na prática médica supervisionada, no qual o preceptor orienta, troca conhecimentos e experiências e oferece subsídios para que o aluno consiga produzir uma estruturação da linha de pensamento clínico (SPONHOLZ *et al.*, 2016).

A Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), situada na cidade de Manaus – Amazonas, é uma Instituição integrante da administração indireta do Poder Executivo, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SES). Sua finalidade primordial é a assistência à saúde da população usuária do Sistema Único da Saúde (SUS). Em 2005, obteve grande conquista ao iniciar o Programa de Residência Médica nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ortopedia e Traumatologia, Anestesiologia e Otorrinolaringologia, sendo um dos 154 hospitais reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação como de ensino, ou auxiliares ao ensino, através da Portaria Interministerial nº 747/2008 – MEC/MS (ABRAHUE, 2019).

O Programa de Residência Médica na FHAJ iniciou, em 2005, ofertando 20 vagas, e hoje possui 66 vagas, o que caracteriza um crescimento gradativo de oferta de vagas ao longo dos anos. Com isso, possui número significativo de residentes atuando anualmente na Instituição, tendo formado até o ano de 2019, 234 novos médicos especialistas a serviço da Sociedade Brasileira e, principalmente, da Sociedade Amazonense (ABRAHUE, 2019).

Durante a formação médica, a residência constitui uma das fases mais estressantes, principalmente no primeiro ano de treinamento, quando expõe o (a) médico (a) a sofrimentos e realidades que podem provocar alterações comportamentais indesejáveis (CAMPBELL *et al.*, 2010).

É perceptível que durante o período da RM, a Qualidade de Vida (QV) do profissional é afetada. Especialistas de várias partes do mundo foram reunidos pela OMS e definiram que o termo “Qualidade de Vida” se refere à percepção de um indivíduo sobre seu lugar na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores, e suas percepções relacionadas a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995). Apesar de definir o que é

QV, a OMS não determina o valor mínimo de qualidade, sendo essas análises realizadas por comparações de escores de cada grupo e seus fatores de influência.

Segundo a legislação referente à RM (DANTAS & MARTINS, 2019), o médico residente tem direito a condições adequadas de repouso e higiene pessoal durante os seus plantões. A sua jornada de trabalho deve ser de 60 horas semanais, nela incluída um plantão de 24 horas. No entanto, os médicos residentes geralmente trabalham muito além desse limite, levando a estresse excessivo, exaustão, oportunidades de aprendizado limitadas, declínio geral na QV e possível desenvolvimento de alguma doença (SPONHOLZ *et al.*, 2016).

Um fator que se pode utilizar como parâmetro de escore para QV durante a RM é a privação do sono diurno. O sono é considerado tão necessário à manutenção da existência quanto o ato da alimentação. Sua função biológica é fundamental na consolidação da memória, normalização das funções endócrinas, termorregulação, conservação e restauração da energia e restauração do metabolismo energético cerebral. Sendo assim, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a QV (RAMOS; RODRIGUES, 2017).

Pesquisas revelam que residentes têm, em média, seis horas de sono por noite, sendo tal valor inferior à média da população adulta em geral, que apresenta de sete a nove horas/noite (PURIM *et al.*, 2016).

Essa sobrecarga de atividades, associada à fadiga excessiva no trabalho, sentido de urgência, decisão de prioridades e recursos escassos, gera estresse ao profissional, que está diretamente ligado aos erros assistenciais, implicando na segurança do paciente, conforme indicam diversos autores (BRUM *et al.*, 2015; WEN *et al.*, 2016).

No grupo de residentes, é possível observar a redução dos índices de QV e uma elevação dos escores em escalas de depressão e ansiedade se comparados com outros médicos e estudantes de medicina. Estudos em médicos jovens sobre os efeitos da privação do sono em decorrência do trabalho noturno foram capazes de mostrar, através de testes psicomotores, maior latência na resposta a estímulos muito simples, indicando que ocorreram mais erros e um pior índice de exatidão no trabalho (PURIM *et al.*, 2016).

O psiquiatra H. Freudenberger, na década de 1970, descreveu a Síndrome de Burnout (SB), ou desgaste profissional, não exatamente com essa nomenclatura, mas como uma doença psiquiátrica vivenciada por alguns profissionais que trabalhavam em instituições cujo objeto de trabalho eram pessoas (PÉREZ; PIANA; GONZALEZ, 2010).

O progresso da SB foi expresso em 4 graus:

1º Grau – Falta de entusiasmo, prazer ou vontade de ir trabalhar. Dores na coluna, nas costas e pescoço.

2º Grau – A relação com outras pessoas já não é mais a mesma. Cresce o absenteísmo, a mudança de empregos e o sentimento de perseguição pelos outros.

3º Grau – A capacidade ocupacional cai, aparecendo enfermidades psicossomáticas, como alergias, picos de hipertensão e outras. O aumento do uso do álcool aumenta nesta fase.

4º Grau – Esta fase se caracteriza por tentativas ou ideias de suicídio, alcoolismo, drogadição; doenças mais graves podem aparecer, como câncer, acidentes cardiovasculares e outras.

A SB é considerada um problema de saúde pública, visto que sua incidência tem aumentado significativamente nos últimos anos em diversos países, inclusive no Brasil. Manifesta-se com implicações nas saúdes mental e física do trabalhador, prejudicando a QV no ambiente profissional. Atrelado ao Burnout e longas jornadas de trabalho, tem-se observado o aumento de erros médicos entre os residentes acometidos por Burnout e/ou que trabalham em longas jornadas (SILVA, DIAS; TEIXEIRA, 2012).

## 1.1 Justificativa

Conforme relatado na literatura, a RM é fundamental para o desenvolvimento de habilidades cotidianas da profissão. Porém, a mesma pode trazer um problema de ordem social, nesse processo de aprendizagem, se o aluno sofre um índice de estresse muito alto, que possa acarretar prejuízo não só para o profissional médico, como para a Equipe de saúde para o paciente. Além de constituir um problema social, é necessário também considerar um problema de ordem econômica, uma vez que um médico emocionalmente afetado pode gerar condutas equivocadas e/ou demora na identificação do diagnóstico do paciente, originando mais custos para a Instituição.

Infelizmente, a FHAJ não está isenta da realidade apresentada na área da saúde do nosso país, como a falta de recursos, absentismo de profissionais e sobrecarga de trabalho. O estresse constante, a sonolência diurna, o cansaço e o baixo rendimento no trabalho e na sala de aula apresentados pelos residentes é notório, gerando preocupação constante nas condições desse profissional e, consequentemente, com os seus assistidos.

Até o momento, não temos conhecimento da prevalência de estresse, SB e sonolência diurna nos Médico Residentes do Estado do Amazonas, principalmente nos da FHAJ, e no quanto

esses fatores podem influenciar na qualidade de trabalho e aprendizado desses profissionais, além da assistência dos pacientes. Esse questionamento foi o que motivou a elaboração da presente pesquisa. Ademais, é importante que, além do diagnóstico claro e bem fundamentado da situação desses jovens profissionais quanto a QV, SB e sonolência diurna, pense-se em Serviços de Apoio que envolvam todos os envolvidos atuantes nesse cenário.

## 1.2. Objetivos

### 1.2.1 Objetivo geral

Analisar a presença da SB e da sonolência diurna, bem como avaliar a QV em médicos residentes de diversos Programas de RM do hospital de ensino Adriano Jorge e da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) como subsídio para a formulação de uma proposta de Serviço de Apoio a estudantes e preceptores.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência da SB com suas 3 dimensões;
- Mensurar a QV dos Médicos Residentes;
- Descrever a possível relação entre QV e SB;
- Identificar a ocorrência e dimensionar a importância e o impacto da sonolência diurna e suas consequências na QV e treinamento médico;
- Propor a estruturação de NAMP, para prevenção e pesquisa da SB e percepção da QV em médicos residentes. Além disso, proporcionar treinamento para preceptores e residentes da FHAJ e UEA.

# 2 REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão da literatura busca desenhar um cenário compreensivo a partir da investigação das produções científicas a respeito do objeto em questão, fazendo isso por meio das principais abordagens e o *corpus* de teoria acumulada sobre uma temática. Com isso, busca-se ainda oferecer claro alinhamento dessa fundamentação teórica com os objetivos da pesquisa (AZEVEDO, 2016).

A revisão de literatura realizada para a construção dessa dissertação fundamentou-se em buscas das literaturas científicas nacional e internacional sobre os temas SB, sonolência diurna e QV de médicos residentes. As bases de dados definidas para busca foram: *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e *PubMed – US National Library of Medicine National Institutesof Health.* Foram empregados os seguintes descritores nos bancos de dados Scielo e Pubmed, no período de 1994 a 2020: “Burnout”, “Qualidade de vida”, “Sonolência Diurna”, “Residência Médica”, “Médicos Residentes”. Dos 303 artigos encontrados, 26 foram incluídos, por atenderem aos objetivos da presente investigação.

Foram utilizados os Decretos governamentais nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, e nº 91.364, de 21 de junho de 1985, além da Lei nº 6.932, que dispõem sobre as atividades do médico residente. A maioria dos artigos utilizou o método de pesquisa descritiva e alguns fizeram correlações de Burnout com outras variáveis de interesse.

Pela pesquisa, observa-se que há pouca literatura sobre o tema, chamando atenção que, a partir de 2010, houve intensificação nas pesquisas e publicações, evidenciando que há uma preocupação cada vez maior em todos os aspectos do treinamento médico, em especial com sua saúde mental.

## 2.1 Residência Médica

Em 1889, o cirurgião William Stewart Halsted constatou que o ensino da cirurgia na época, realizado por meio da exposição direta à prática médica (prática clássica: aprendiz-mestre), era falho e ineficiente. A partir de então, criou métodos para um treinamento especializado, supervisionado e mais eficaz, o qual denominou “residência”, porque os médicos realmente moravam no hospital (TONATTO FILHO *et al.*, 2020).

No Brasil, a graduação do ensino médico é considerada terminal, ou seja, após sua conclusão, o recém-graduado pode exercer sua profissão (BRASIL, 1932), porém a RM significa mais que um enriquecimento técnico de uma especialidade, objetiva-se em adquirir

responsabilidade pelos atos profissionais; desenvolvimento da capacidade de iniciativa, julgamento e avaliação; internalização de preceitos e normas éticas; e o desenvolvimento de espírito crítico (BRASIL, 2020).

Considerado um modelo ideal para o treinamento de especialistas, os Programas de residências começaram no Johns Hopkins Hospital, em 1889, cobrindo as áreas de cirurgia e clínica médica. No Brasil, o primeiro Programa de residência remonta ao Departamento de Ortopedia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP), em 1945 (BRASIL, 2020).

Até a década de 1960, os Programas de residência se concentravam basicamente nos hospitais públicos tradicionais e nos hospitais universitários públicos. Entretanto, no final dos anos de 1950, a repercussão na medicina do desenvolvimento tecnológico e científico, as pressões das indústrias de medicamentos e equipamentos sobre a organização do trabalho médico e os movimentos em favor da criação de novas escolas médicas e do aumento de vagas para medicina nas Universidades impulsionaram a multiplicação dos Programas de residência pelo Brasil, fundamentando a tendência da formação especializada (RIBEIRO, 2011).

Com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em 1977 (BRASIL, 1985), os residentes passaram a ser legislados, e foram introduzidos benefícios, além de direitos trabalhistas fundamentais (BRASIL, 1979). A Lei nº 6.932 definiu a RM como a modalidade de ensino médico que confere título de especialista na área, reconhecido em todo o território nacional, aos concluintes de um Programa (BRASIL, 1981).

A regulamentação e supervisão desses Programas são articuladas por diversos órgãos hierárquicos, inseridos no Ministério da Educação (MEC) (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011). Para que um Programa se credencie na CNRM, é preciso atender a todos os pré-requisitos necessários, incluindo um supervisor responsável e um grupo de preceptores sob sua coordenação, para o desenvolvimento das atividades (RIBEIRO, 2011).

Atualmente, no nosso país, são reconhecidas 53 especialidades e 54 áreas de atuação. Destas 53 especialidades, 29 são de acesso direto, isto é, o único pré-requisito é a graduação em Medicina. Para as outras especialidades, de acesso indireto, é exigida formação prévia nas áreas básicas de conhecimento. Em algumas especialidades, há uma discrepância entre o número de candidatos e o número de vagas de programas de RM, o que gera uma concorrência acirrada nos processos seletivos para acesso aos Programas, principalmente nas regiões mais desenvolvidas do País (MICHEL, OLIVEIRA; NUNES, 2011).

Como competência médica básica, os residentes devem relatar detalhes clínicos dos pacientes internados e ambulatoriais aos preceptores (SEKI *et al.*, 2016). Estes participam

integralmente da formação do Médico Residente atuando como supervisores, professores, apesar de muitas vezes não terem sido preparados para isso (FEIJÓ *et al.*, 2019).

A RM trata-se, antes e acima de tudo, de um processo de ensino-aprendizagem, colocando o Médico Residente diante de situações de atendimento que suscitam a tomada de decisão fundada no conhecimento científico e na experiência médica acumulada com o tempo de prática. Estudos constantes e interlocução com médicos preceptores competentes e experientes fazem parte deste processo. A RM deve disponibilizar, para tal, farto contato com os preceptores e horários adequados para atendimento a pacientes, estudo e descanso. No entanto, a jornada de trabalho dos médicos residentes ultrapassa, em muito, os limites, causando estresse excessivo e exaustão (SPONHOLZ *et al*., 2016).

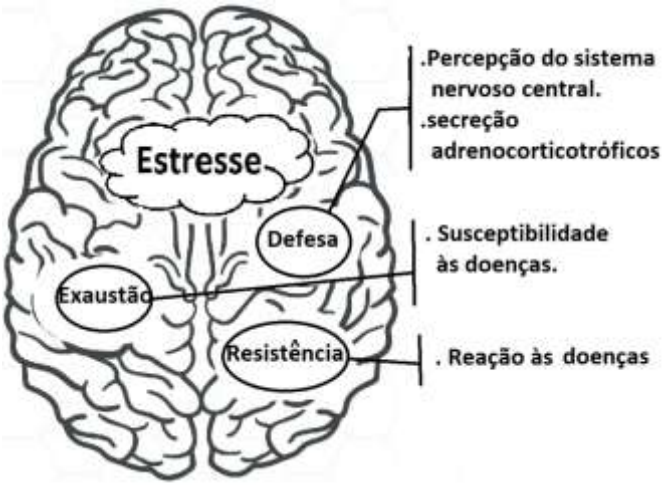
O estresse na formação profissional em medicina atinge seu ápice na Residência médica: transição aluno-médico, excesso de responsabilidade, pouco tempo para o contato social e familiar, exaustão e privação de sono, excesso de trabalho e medo de errar, são fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de estados depressivos, com ideação suicida, uso abusivo de álcool, drogas e medicamentos (SILVA *et al*, 2010).

## 2.2 Síndrome de Burnout

A expressão “Síndrome de Burnout” é usada para se referir a um tipo de estresse crônico no trabalho, gerado especificamente em grupos que trabalham em algum tipo de Instituição, cujo objeto de trabalho são pessoas (CASA; RINCÓN; VILA, 2012).

O estresse manifesta-se em três fases (Figura 1): fase de defesa ou alarme, na qual o sistema nervoso central percebe a situação de tensão e o hipotálamo estimula a hipófise, que, por conseguinte aumenta a secreção do hormônio adrenocorticotrófico; seguido ou não pela fase de resistência, na qual o organismo reage, esforçando-se para se adaptar; na sequência ocorre a fase de exaustão ou esgotamento, quando o organismo se torna mais suscetível a doenças (SILVA *et al.*, 2013).

**Figura 1**: Fases do estresse




**Fonte:** Adaptada de Silva *et al.* (2013).

O estresse pode se associar à administração da responsabilidade profissional, ao tratamento de pacientes graves, ao enfrentamento de situações problemáticas, ao gerenciamento do volume de conhecimento e ao estabelecimento dos limites de sua identidade pessoal e profissional. Além disso, 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 (GUIDO *et al.*, 2012).

Ribeiro e Cols (2012) descrevem basicamente a existência de três tipos de estresse na RM. Entre eles, o decorrente papel do profissional médico na sociedade, chamado de estresse profissional; o estresse situacional, que depende das condições em que são desenvolvidos os Programas de Residência Médica e suas peculiaridades, como privação do sono e fadiga; e o estresse vinculado a características inerentes ao indivíduo, suas vivências e situações pessoais, como personalidade, vulnerabilidades psicológicas, histórico familiar, assim chamado de “estresse pessoal”.

A diferença entre estresse e SB reside no fato de que no estresse, são observados pontos positivos e negativos, além da predominância de sintomas físicos com emoções exageradas. Em contrapartida, no Burnout, são marcantes apenas os aspectos negativos (Distresse) (PRADO, 2016).

A tradução da expressão anglo-saxônica “Síndrome de Burnout” deu origem a diferentes denominações, e talvez a mais utilizada seja a "síndrome de queimadura de trabalho", o que implica uma resposta que leva à perda de entusiasmo pelo trabalho, desânimo ou perda da realização pessoal, com o aparecimento de atitudes e comportamentos negativos relativos aos pacientes e Instituição onde presta serviço, com a emergência de comportamentos indiferentes,

frios e distantes; às vezes até prejudiciais e acompanhados por sentimento de culpa (DOMÍNGUEZ; HERRERA; VILLA VERDE, 2012).

A partir dessa definição, é possível relacionar o fenômeno de Burnout a agentes estressores e fatores interpessoais da ordem do trabalho, capazes, por sua vez, de desencadear um esgotamento emocional que atinge tanto a representação que a pessoa tem de si mesmo e dos outros quanto o sentido do trabalho (CASTRO, 2013).

A SB apresenta sintomas caracterizados por fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dificuldade para relaxar, dores musculares, cefaleia, sudorese, palpitações, distúrbios gastrointestinais, transtornos alimentares, imunodeficiência. Psíquicos como dificuldade para se concentrar, diminuição da memória, tendência a ruminar pensamentos, lentidão do pensamento. Emocionais como irritação, agressividade, desânimo, ansiedade, depressão e Comportamentais perda da iniciativa, inibição, desinteresse, tendência ao isolamento, negligência, falta de interesse pelo trabalho ou lazer, adoção de uma rotina cada vez mais estreita, falta de flexibilidade (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

O transtorno se manifesta pela perda progressiva das expectativas, da satisfação e do comprometimento no trabalho, associando-se à presença de um autoconceito negativo e atitudes desfavoráveis com relação ao trabalho e às pessoas do ambiente laboral, que inclui tanto os colegas de trabalho quanto os assistidos (BORGOGNI *et al.*, 2012).

O instrumento utilizado com mais frequência para identificação do Burnout é o Inventário de Burnout de Maslach (MBI) (THALHAMMER; PAULITSCH, 2014), amplamente validado no mundo, incluindo o Brasil.

A SB é constatada na RM, bem como na formação do médico, especialmente no primeiro ano (DYRBYE *et al.*, 2010).

As principais características do Programa de residência médica que favorecem o estresse laboral são: necessidade de acúmulo de conhecimento teórico que, associada à carga de trabalho em atividades intensas (no Brasil, são 60 horas), incluídas as funções burocráticas, responsabilidades (e cobrança) crescentes frente aos pacientes e de tomada de decisão, a preocupação com o seu planejamento profissional que se atrela ao início de sua independência financeira e se estende ao apoio familiar (ASAIAG *et al.*, 2010).

Falta de autonomia, competitividade, novas expectativas, apoio inadequado dos supervisores e horários irregulares de trabalho são outros problemas que o jovem médico encontra durante seu estágio em serviço e que se relacionam diretamente ao desgaste emocional e físico (DYRBYE; SHANAFELT, 2016).

Nos últimas décadas o risco de os residentes desenvolverem Burnout foi ainda mais agravado pelo aumento da concorrência entre pares, cargas clínicas e administrativas, processos judiciais médicos e expectativas de treinamento. No entanto, isso geralmente é ignorado pelos supervisores clínicos e pela Administração do hospital (KUMAR, 2016).

Atrelado ao Burnout e à jornada de trabalho, tem-se observado o aumento de erros médicos causados por Médicos Residentes acometidos por Burnout e/ou aqueles que trabalham por longas jornadas. Esse fato só corrobora para que se aprofunde a discussão de medidas que combatam o Burnout em Médicos Residentes, principalmente aquelas com objetivo de remodelar a estrutura da Residência atual (HOELZ; CAMPELLO, 2015).

## 2.3 Qualidade de Vida

Há inúmeras definições de QV; conceito de QV varia de pessoa para pessoa e muda ao longo da vida de cada um. No entanto, as pessoas concordam que existem vários fatores que determinam a QV das pessoas ou comunidades. Esses fatores que moldam e distinguem o cotidiano dos seres humanos se combinam para formar uma rede de fenômenos e situações, que podem ser denominados abstratamente de QV. De modo geral, fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, personalidade, prazer e até espírito estão relacionados a essa expressão. Em um sentido mais amplo, a QV pode medir a própria dignidade humana, pois pressupõe a satisfação das necessidades humanas básicas. Intuitivamente, esse conceito é fácil de entender, mas é difícil defini-lo objetivamente (NAHAS, 2017). Logo, verifica-se a importância de se ter instrumentos válidos para sua mensuração.

Ferreira e seus colaboradores (2017) concordam com a afirmação anterior quando relatam que a QV é abordada em meio a discussões de representações, segundo uma noção polissêmica, com diferentes sentidos, significados, saberes e experiências. É fundamental deixar claro que, o mais importante desse conceito é considerar que as pessoas se inserem com o seu padrão de condutas. O estresse citado em estudos durante o período da RM interfere na QV desses profissionais. Além disso, nota-se que a adaptação ao novo ambiente e o longo tempo para se formar na especialidade muitas vezes tornam o caminho frustrante para a realização atingimento dos sonhos desses jovens médicos, servindo de base para suas reclamações com relação ao primeiro ano de Residência, diante de uma QV cada vez mais impactada (REZENDE *et al.*, 2011).

É no início da Residência que ocorre o ano mais difícil para o Médico Residente com relação aos outros anos. Nele é que são encontrados os piores escores, que servem de avaliação para a QV, passando por uma variação significativa de sentimento positivo, capacidade de

aprender, memória, pensamento, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos (ABREU-REIS *et al.*, 2019).

Outro fator que impacta na avaliação da QV é a privação do sono. Tal privação e a perturbação da sua ritmicidade afetam o ciclo sono-vigília, diferenciadamente do Ciclo Circadiano (CARDOSO *et al.*, 2009), resultando em danos na capacidade laboral (ASAIAG; PEROTTA; MARTINS; TEMPSKI, 2010), como cansaço, fadiga, irritabilidade, estresse, falta de entusiasmo em atividades diárias, queda do desempenho, déficit cognitivo e desmotivação (CARDOSO *et al*., 2009).

> Para os fatores humanos, quando houver algum tipo de operação, sempre existirá a possibilidade de ocorrência de um erro humano. Tais erros podem ser baseados por simples incompatibilidade física, como letras impressas que podem ser confundidas quando muito pequenas, enquanto outros estão envolvidos por complexos fatores psicológicos ou por estressores como fadiga e limites de tempo rígido (PELLEGRINELLI *et al*. *apud* MENDONÇA, 2019).

Apesar de depender das variações individual e temporal de necessidade de sono, seus distúrbios apresentam-se, em menor ou maior intensidade, com transtornos do comportamento, do relacionamento social, da diminuição da atenção e concentração, do atraso na resposta a estímulos, da sonolência diurna e da SB (FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014).

> O estado fisiológico de redução da capacidade de desempenho físico ou mental, resultante da falta de sono, vigília estendida, fase circadiana e/ou carga de trabalho, que podem prejudicar o estado de alerta e a habilidade de operar com segurança [...] ou desempenhar tarefas relativas à segurança (CARMO *apud* MENDONÇA, 2019).

Essas várias constatações de que o período da RM afeta negativamente a QV sugerem que são necessárias alterações nas Normas legais regulamentadoras da RM no Brasil e a implementação de Programas de Assistência aos Residentes, com vistas a melhorar as condições de trabalho e aprendizado, para o desenvolvimento das competências profissionais e para melhoria da QV pessoal (LOURENCAO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

# 3 MÉTODO

## 3.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa tratou de um estudo, analítico, observacional e transversal.

Estudos de natureza observacional, o investigador atuou apenas como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar qualquer intervenção que intervirem no curso natural e/ou no desfecho dos mesmos, embora possa, neste meio tempo, ter realizado medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados (SILVA, 2004).

Através de estudos analíticos, realizamos uma profunda avaliação das informações coletadas, procurando explicar a relação entre causa e efeito, tendo como diferencial a capacidade de fazer predições para a população de onde a amostra foi retirada e fazer inferências estatísticas pela aplicação de testes de hipótese (MARCONI; LAKATOS, 2005).

Quanto ao seu desenvolvimento transversal (ou seccional), a pesquisa foi realizada em dois meses, em anos consecutivos (2019, 2020), em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo (SILVA e MENEZES, 2001).

## 3.2 Aspectos Éticos – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, por meio da Plataforma Brasil, pois envolve pessoas como sujeitos de pesquisa em um segmento do trabalho. Recebeu aprovação sob número CAAE 30522920.2.0000.5020.

A declaração de Genebra da Associação Médica Mundial estabelece o compromisso do médico com as seguintes palavras: "A Saúde do meu paciente será minha primeira consideração", e o Código Internacional de Ética Médica declara: "Qualquer ato ou notícia, que possa enfraquecer a resistência do seu humano, só pode ser usado em seu benefício" (HELSINKY, 1997).

Antes da inserção no estudo, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), sendo informados a respeito dos objetivos do estudo, seus riscos e benefícios, e os procedimentos a serem realizados, em uma linguagem simples e compreensível. Foram respeitados todos os preceitos da ética médica em pesquisa, seguindo a Declaração de Helsinque. A Resolução CNS nº 466/2012 estabelece normas gerais de caráter ético para adequação das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, determinando os parâmetros para realização da atividade. Estes parâmetros, em regra, devem respeitar eticamente os modelos normativos nacionais e internacionais relativos à proteção das partes em ambiente de pesquisa.

Foram referenciados “autonomia”, “não maleficência”, “beneficência”, “justiça” e “equidade”, princípios clássicos da bioética principialista, sem prejuízo de demais princípios éticos da pesquisa, e sua finalidade é assegurar direitos e deveres dos participantes, da comunidade científica e do Estado.

Foram tomados como valores básicos: 1. O respeito pela dignidade humana; 2. A especial proteção devida aos participantes de pesquisa envolvendo seres humanos; 3. O desenvolvimento e o engajamento ético como inerentes aos desenvolvimentos científico e tecnológico (BRASIL, 2012). A Resolução CNS nº 510/2016 institui as normas que se aplicam às “[...] pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana” (s/p).

Como pressupostos, foram dotados preceitos basilares sobre ética: 1. A ética como construção humana, histórica, social e cultural; 2. A ética em pesquisa como respeito pela dignidade humana e a proteção dos participantes da pesquisa; 3. O agir ético do pesquisador medido pela ação consciente livre do participante (BRASIL, 2016) (APÊNDICE A).

## 3.3 Características da amostra

Residentes em diferentes momentos de formação (R1, R2, R3) das especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Anestesiologia e Ginecologia e Obstetrícia da FHAJ e da UEA.

## 3.4 Critérios de Inclusão

- Médico Residente da FHAJ (R1, R2 ou R3) em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Anestesiologia e Ginecologia e Obstetrícia;
- Médicos Residentes da UEA de Ginecologia e Obstetrícia;
- Médicos Residentes que assinaram o TCLE;
- Idade igual ou acima de 18 anos, ambos os sexos.

### 3.5 Critérios de Exclusão

- Residentes que não assinaram o TCLE;
- Indígenas;
- Portadores de doença mental incapacitante.

### 3.6 Tamanho da amostra

No Programa de Residência Médica da FHAJ, o tempo de conclusão dos cursos é distribuído da seguinte forma: Anestesiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Otorrinolaringologia – 03 anos; Cirurgia Geral e Clínica Médica – 02 anos.

Para composição da amostra, foi utilizada a técnica de Amostragem Estratificada (AE). A estratificação foi feita segundo os cursos oferecidos aos Médicos Residentes da FHAJ e UEA, onde os estratos representam as especialidades. Segue abaixo a especificação dos estratos:

Estrato 1: Médicos residentes de Ortopedia

Estrato 2: Médicos residentes de Cirurgia Geral

Estrato 3: Médicos residentes de Clínica Médica

Estrato 4: Médicos residentes de Ginecologia Obstetrícia

Estrato 5: Médicos residentes de Anestesiologia

Estrato 6: Médicos residentes de Otorrinolaringologia

Cada estrato é representado por $N_h, h = 1,2, \dots ,6$. Neste caso, temos

$$\sum_{h=1}^{6} N_h = N$$

Então, N é o tamanho da amostra.

Cada estrato (especialidade médica) possui um peso ($W_h$), que pode ser definido por:

$$W_h = \frac{N_h}{N}$$

Aplicando as fórmulas no estudo, foi possível observar os $N_h$ tamanhos dos estratos e o peso que cada estrato representa na população de interesse (Tabela 1).

**Tabela 1:** Tabela referente aos tamanhos dos estratos, objeto de estudo da pesquisa

| ESTRATO | $N_h$ | Wh |
|---|---|---|
| **1** | 12 | 0,15 |
| **2** | 13 | 0,17 |
| **3** | 17 | 0,21 |
| **4** | 22 | 0,30 |
| **5** | 09 | 0,11 |
| **6** | 06 | 0,08 |
| **TOTAL** | **79** | **1** |

**Fonte**: Autor, 2021.

Primeiramente, encontramos o tamanho total da amostra. O trabalho utilizou-se p.q = 0,25, pois não conhecemos o valor estimado. $z_{\frac{\alpha}{2}}^2$ = 1,96 e $\epsilon$ = 0,05

$$n' = \frac{z_\alpha^2 \sum_{h=1}^{6} W_h \hat{p}\hat{q}}{\epsilon^2} = \frac{(1{,}96)^2 \sum_{h=1}^{6} W_h (0{,}25)}{\epsilon^2} = \frac{3{,}8416}{5\ (0{,}05)^2}$$

$$n' = \frac{3{,}8416}{0{,}0125} \cong 307{,}33$$

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}} = \frac{307{,}33}{1 + \frac{307{,}33}{79}}$$

$$n = \frac{307{,}33}{4{,}89} \cong 63$$

Portanto, o tamanho da amostra é de 63.

Em seguida, encontramos o tamanho para cada estrato (Tabela 2).

**Tabela 2**: Cálculo amostral por estrato

| H | $W_h = nN_h$ | $n_h$ |
|---|---|---|
| **1** | (63) 0,15 = 9,56 | 10 |
| **2** | (63) 0,17 = 10,36 | 10 |
| **3** | (63) 0,21 = 13,55 | 14 |
| **4** | (63) 0,30 = 17,54 | 17 |
| **5** | (63) 0,11 = 7,17 | 7 |
| **6** | (63) 0,08 = 4,78 | 5 |
| **TOTAL** | **63** | **63** |

**Fonte**: Autor, 2020.

Em conclusão, a amostra, a partir das estimativas estatísticas acima evidenciadas, consistiu em 63 residentes. Para cada especialidade (estrato), temos:

Estrato 1: Médicos residentes de Ortopedia = 10

Estrato 2: Médicos residentes de Cirurgia Geral = 10

Estrato 3: Médicos residentes de Clínica Médica = 14

Estrato 4: Médicos residentes de Ginecologia Obstetrícia = 17

Estrato 5: Médicos residentes de Anestesiologia = 7

Estrato 6: Médicos residentes de Otorrinolaringologia = 5

A análise estatística, conforme a tabela 2, de 63 participantes foi calculada de modo a ser suficiente para permitir a análise estatística em questão.

As variáveis quantitativas foram descritas em termos de média e desvio padrão. O teste estatístico (Teste F) foi utilizado para determinar a significância entre as variáveis, e o Coeficiente de Correlação de Pearson, para correlação parcial das variáveis.

Os dados da pesquisa foram organizados em um banco de dados no programa Excel, e a análise dos dados foi realizada no software R version 3.1.3/2014 (University of California, Los Angeles, EUA). Na análise estatística, o nível de significância adotado para a rejeição da hipótese de nulidade foi de 5% ($p < 0,05$).

### 3.7 Instrumento de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: 1. MBI (Anexo B); 2. Escala de sonolência diurna de EPWORTH (ESE) (Anexo C); 3. Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref (OMS) (Anexo D).

A SB foi avaliada segundo os escores relativos aos critérios de Maslach nas dimensões exaustão emocional – EE (alto ≥ 27; médio = 19 a 26; baixo < 19), despersonalização – DE (alto ≥ 10; médio = 6 a 9; baixo < 6) e realização pessoal – RP (alto ≤ 33; médio = 34 a 39; baixo ≥ 40). Não está claro o peso de cada uma das dimensões no conjunto dos elementos que compõem a SB no Manual do MBI, e por isso, esse Manual sugere que as dimensões sejam pontuadas separadamente, como aqui realizado. Assim, com a classificação de Maslach e Jackson para o diagnóstico da síndrome quando os indivíduos apresentam alta EE, alta DE e baixa RP; a análise de cada dimensão foi realizada separadamente, e os Elementos foram classificados em Elevado, Moderado e Reduzido riscos, a depender da pontuação alcançada:

- Elevado risco: alta EE + alta DE + alta RP ou alta EE + Baixa DE + baixa RP ou baixa EE + alta DE+ baixa RP.

- Moderado risco: alta EE ou alta DE ou baixa RP.
- Reduzido risco: baixa EE + baixa DE + alta RP.

A ESE foi usada para determinar se os Médicos Residentes tinham privação de sono, o que, como vimos, pode levaram à deterioração mental, psicológica e física e redução da capacidade de raciocínio e capacidade de reter informações, bem como de resolver problemas.

O instrumento WHOQOL-bref é uma versão abreviada do WHOQOL, destinada à avaliação da QV, aqui empregada para a análise da QV dos Médicos Residentes. O questionário possui 26 perguntas, com afirmações divididas em quatro aspectos: físico, psicológico, de relações sociais e ambientais (Anexo D).

## 3.8 Procedimentos

Os procedimentos operacionais para o desenvolvimento da pesquisa foram esquematizados didaticamente no Fluxograma apresentado na Figura 2.

A coleta de dados foi feita após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, sendo realizada em janeiro e fevereiro do ano de 2019 e setembro e outubro de 2020 (Figura 2).

### 3.8.1 Recrutamento

Os médicos residentes foram convidados a participar da pesquisa, após a sessão clínica de cada programa de Residência médica. Foi realizada uma pequena palestra sobre Qualidade de Vida, Síndrome de Burnout e Sonolência Diurna. Suas definições foram apresentadas, destacando-se a importância que cada um tem na saúde física e mental do médico residente e sua relevância no processo ensino-aprendizagem na formação do médico especialista. Além disso foi explanado cada passo da pesquisa, seus objetivos e sua importância para a melhoria dos Programas de Residência médica. Após foi entregue o TCLE e explicado todos os riscos da pesquisa.

### 3.8.2 Seleção dos participantes

Integraram a amostra todos os médicos residentes que concordaram em participar da pesquisa e atenderam aos critérios de inclusão. Além disso, todos os Médicos Residentes que participaram da pesquisa tinham mais de 6 meses de matrícula nos Programas de Residência médica e não tinham retornado de gozo de férias no mínimo há um 01 mês.

### 3.8.3 Processo operacional básico da pesquisa

Após a identificação dos participantes e seu consentimento, os mesmos foram submetidos às avaliações, por meio de seus respectivos questionários:

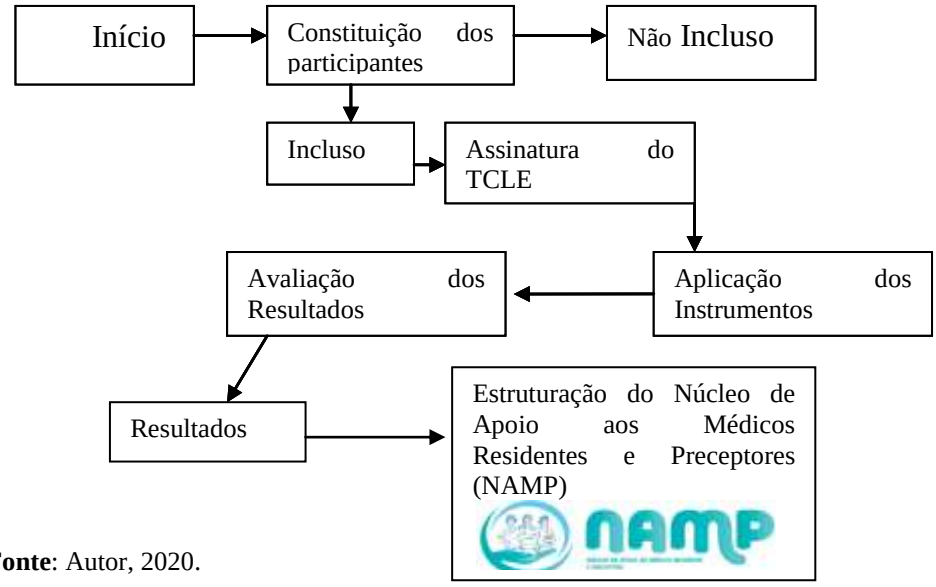
Foi utilizado o instrumento WHOQOL-bref. A análise da resposta foi baseada na sintaxe proposta por Alison Harper (1996), com o auxílio do software *Statistical Package for Social Sciences*, 2004 (SPSS), e posterior conversão média na faixa de 0 a 100, utilizando a fórmula: [(em média / 4) x (100/16)]. A autoavaliação consiste em uma classificação (variando de 0 a 10) dada pelos Médicos Residentes com base em suas percepções sobre a QV dentro e fora do período do Estágio de Residência.

A ESE utilizada é uma escala que contém oito itens sobre a tendência à sonolência diurna em condições diárias.

> Com a ESE foram avaliadas oito situações e a cada uma delas atribuída uma pontuação de zero a três relacionada com a probabilidade de o sono ser induzido – 0: nunca dormiria; 1: pequena chance de cochilar; 2: chance moderada de cochilar; 3: alta chance de cochilar. Assim, a pontuação total da ESE variou de 0 a 24. Pontuações mais elevadas correlacionaram-se com o aumento dos graus de sonolência (MATNEI *et al.*, 2017).

A SB foi avaliada segundo os escores relativos aos critérios de Maslach nas dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. Os escores destas três dimensões foram obtidos por meio da soma das respostas de cada afirmação que compõe o domínio. Na sequência, foi feito a comparação dos valores com os pontos de corte (ASAIAG, 2010).

**Figura 2** - Fluxograma do Processo Operacional




**Fonte**: Autor, 2020.

# 4 RESULTADOS

Na sequência, apresentamos os resultados obtidos em campo e sistematizados, assim organizados: inicialmente os dados relativos à SB, seguidos dos referentes à QV e Sonolência Diurna.

Foram respondidos 62 questionários (conforme a análise estatística apresentado na tabela 2 eram necessários 63 questionários) sendo que, no Programa de Residência Médica em Anestesiologia foram respondidos cinco (05) questionários a mais do que a amostragem estratificada previa. No Programa de Residência Médica em Otorrinolaringologia, foi colhido o número exato de questionários, e nos demais Programas, um número inferior ao estratificado. Isso ocorreu principalmente pelos seguintes motivos: a pesquisa foi aplicada no período de férias, momento em que alguns Médicos Residentes realizavam estágios fora do Estado do Amazonas, e houve a recusa de alguns participantes.

## 4.1 Sistematização de dados

### 4.1.1. Residência e Síndrome de Burnout

Iniciamos pela apresentação dos dados referentes à distribuição da amostra com relação à área de atuação na Residência Médica, como evidenciado na Tabela 3.

**Tabela 3**: Especialidades dos médicos residentes da Fundação Hospital Adriano Jorge no período entre Agosto a Outubro de 2020 (N=62)

| Área de atuação na Residência Médica | Frequência | Percentual |
|---|---|---|
| **Otorrinolaringologia** | 5 | 8,06% |
| **Clínica Médica** | 9 | 14,52% |
| **Cirurgia Geral** | 9 | 14,52% |
| **Anestesiologia** | 11 | 17,74% |
| **Ortopedia** | 12 | 19,35% |
| **Ginecologia e Obstetrícia** | 16 | 25,81 |
| **TOTAL GERAL** | **62** | **100,00%** |

b: Teste Qui-quadrado de Pearson; c:Teste de Mann-Whitney.
DP: Desvio padrão; II: Intervalo interquartílico
**Fonte:** Pesquisa de campo, 2021

Como evidenciado na Tabela 3, a residência médica nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Anestesiologia concentram os maiores números de participantes, percentualmente 25,81%; 19,35% e 17,74% respectivamente.

No que respeita à distribuição da amostra quanto ao ano de Residência Médica em curso, apresentamos a Tabela 4.

**Tabela 4**: Distribuição da amostra por ano de Residência Médica

| ANO DE RESIDÊNCIA | FREQUÊNCIA | PERCENTUAL |
|---|---|---|
| **R1** | 26 | 41,94% |
| **R2** | 23 | 37,10% |
| **R3** | 9 | 14,52% |
| **Não informado** | 4 | 6,45% |
| **TOTAL GERAL** | **62** | **100,00%** |

**Fonte**: Pesquisa de campo, 2021

Na Tabela 4, verificamos que os Programas de Anestesiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Otorrinolaringologia são de 03 anos, e os Programas de Cirurgia Geral e Clínica Médica são de 02 anos. Pela ocorrência dos estágios em serviço, fora do programa matriculado, o percentual de Médicos Residentes no primeiro ano que participaram na pesquisa foi maior, como demonstrado acima; além disso, outros fatores podem ter influenciado nessa distribuição, como a desistência do Programa de Residência Médica, licenças e Programas que têm dois anos de curso.

**Tabela 5**: Distribuição da amostra por prevalência de Burnout

| Prevalência de Burnout na população de médicos residentes | Frequência | Percentual |
|---|---|---|
| **Sem Burnout** | 13 | 20,97% |
| **Com Burnout** | 48 | 77,42% |
| **Não respondeu** | 1 | 1,61% |
| **TOTAL GERAL** | **62** | **100,00%** |

**Fonte**: Pesquisa de campo, 2021.

Focalizando nas diferentes dimensões da SB, como a exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e a falta da realização pessoal (FP), tivemos a seguinte distribuição dos entrevistados, mostrados na Tabela 6.

**Tabela 6**: Distribuição da amostra por prevalência das diferentes dimensões de Burnout

| PREVALÊNCIA DAS DIFERENTES DIMENSÕES DE *BURNOUT* NA AMOSTRA | FREQUÊNCIA | PERCENTUAL |
|---|---|---|
| **Exaustão Emocional** | 42 | 67,74% |
| **Despersonalização** | 33 | 53,23% |
| **Falta de realização profissional** | 24 | 38,71% |

**Fonte**: Pesquisa de campo, 2021.

Como evidenciado, a dimensão "exaustão emocional" foi a mais frequente (67,74%), seguida por "despersonalização" (53,23%) e por "falta de realização profissional" (38,71%). Para identificar associações e correlações das variáveis "ano de Residência" e "tipo de Residência" com a prevalência de casos de Burnout, aplicamos dois métodos estatísticos: a correlação de S*pearman* e o teste exato de *Fisher* (Tabela 7).

**Tabela 7**: Associação entre exaustão emocional e falta de realização pessoal correlacionadas à especialidade da Residência e despersonalização relacionada ao ano de Estágio dos Médicos Residentes da Fundação Hospital Adriano Jorge no período entre Agosto a Outubro de 2020 (N=62).

| CORRELAÇÃO DE POSTOS DE SPEARMAN | | EXAUSTÃO EMOCIONAL | FALTA DE REALIZAÇÃO PESSOAL | DESPERSONALI-ZAÇÃO |
|---|---|---|---|---|
| **ANO DE RESIDÊNCIA** | **Coeficiente de correlação** | 0,15 9365462 | -0,120949233 | 268* |
| | **P-valor** | 0,232116152 | 0,365785185 | 0,04201706 1 |
| | **N** | 58 | 58 | 58 |
| **ESP.DA RESIDÊNCIA** | **Coeficiente de correlação** | -269* | 0,440** | -0,160836197 |
| | **P-valor** | 0,035870569 | 0,00039286 | 0,21561837 |
| | **N** | **61** | **61** | **61** |

P-valor é o nível de significância relativo ao coeficiente obtido na amostra, com base nele podemos verificar se existe ou não correlação nas informações. **A correlação é significativa no nível 0,01. *A correlação é significativa no nível 0,05.
**Fonte:** Dados de pesquisa, 2021.

A análise de correlação, conforme demonstrado na Tabela 7, evidenciou que a "exaustão emocional" e "Falta de realização pessoal" estão significativamente correlacionadas à "especialidade da residência", enquanto a "despersonalização" está significativamente correlacionada ao "ano de residência". Isso mostra que a prevalência de casos de Burnout em

residentes está ligada diretamente tanto ao ano quanto à especialidade médica do Programa de Residência Médica (Tabela 8).

**Tabela 8:** Tabela cruzada especialidade da Residência X dimensões de Burnout

| ESPECIALIDADE RESIDÊNCIA | | EXAUSTÃO EMOCIONAL | | | | FALTA DE REALIZAÇÃO PESSOAL | | | | DESPERSONALIZAÇÃO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **A** | **B** | **M** | **T** | **A** | **B** | **M** | **T** | **A** | **B** | **M** | **T** |
| **ANEST** | Contagem | 10 | 0 | 1 | 11 | 4 | 3 | 4 | 11 | 7 | 3 | 1 | 11 |
| | % do total | 16,39% | 0,0% | 1,64% | 18,03% | 6,5% | 4,9% | 6,56% | 18,03% | 11,48% | 4,92% | 1,6% | 18,0% |
| **CG** | Contagem | 4 | 1 | 4 | 9 | 1 | 4 | 4 | 9 | 2 | 4 | 3 | 9 |
| | % do total | 6,56% | 1,6% | 6,56% | 14,75% | 1,6% | 6,5% | 6,56% | 14,75% | 3,28% | 6,5% | 4,9% | 14,7% |
| **CM** | Contagem | 5 | 1 | 3 | 9 | 5 | 3 | 1 | 9 | 1 | 5 | 3 | 9 |
| | % do total | 8,20% | 1,64% | 4,92% | 14,75% | 8,20% | 4,92% | 1,64% | 14,75% | 1,64% | 8,20% | 4,92% | 14,75% |
| **GIN.** | Contagem | 9 | 4 | 3 | 16 | 3 | 6 | 7 | 16 | 10 | 3 | 3 | 16 |
| | % do total | 14,75% | 6,56% | 4,92% | 26,23% | 4,92% | 9,84% | 11,48% | 26,23% | 16,39% | 4,92% | 4,92% | 26,23% |
| **ORT.** | Contagem | 11 | 0 | 0 | 11 | 8 | 0 | 3 | 11 | 8 | 2 | 1 | 11 |
| | % do total | 18,03% | 0,0% | 0,00% | 18,03% | 13,11% | 0,00% | 4,92% | 18,03% | 13,11% | 3,28% | 1,64% | 18,03% |
| **OTORR** | Contagem | 3 | 2 | 0 | 5 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 1 | 1 | 5 |
| | % do total | 4,92% | 3,28% | 0,00% | 8,20% | 4,92% | 1,64% | 1,64% | 8,20% | 4,92% | 1,64% | 1,64% | 8,20% |
| **TOTAL GERAL** | Contagem | **42** | **8** | **11** | **61** | **24** | **17** | **20** | **61** | **31** | **18** | **12** | **61** |
| | % do total | **68,85%** | **13,11%** | **18,03%** | **100,00%** | **39,34%** | **27,87%** | **32,79%** | **100,00%** | **50,82%** | **29,51 %** | **19,67%** | **100,00%** |

**Legenda**: A= Alto; B = Baixo; M = Médio; T = Total; Anest. = Anestesiologia; CG = Cirurgia Geral; Ort. = Ortopedia; Otor.=Otorrinolaringologia
**Fonte**: Dados de pesquisa (2021).

Quando analisamos as dimensões de Burnout com as especialidades médicas (Tabela 8) percebemos que o Programa de Ortopedia apresenta maiores médias nas dimensões de “exaustão emocional” e “falta de realização pessoal”. Já quanto à “despersonalização” o Programa de Ginecologia/Obstetrícia apresentou maiores médias.

Na análise sobre a presença das diversas dimensões de Burnout entre médicos residentes, conforme a Tabela 9, verificamos que a dimensão de “exaustão emocional” e “falta de realização profissional” tiveram as maiores médias, já a dimensão “falta de realização profissional” teve o desvio padrão mais uniforme e um valor p de 0,0534; mostrando a significância desse resultado.

**Tabela 9**: Análise de Burnout entre Médicos Residentes

| **Burnout entre os Médicos Residentes** | **N** | **Exaustão emocional** Média ± Desvio Padrão | **Falta de realização pessoal** Média ± Desvio Padrão | **Despersonalização** Média ± Desvio Padrão |
|---|---|---|---|---|
| **Geral** | **62** | **40±9,06** | **35,36±4,32** | **14±9,41** |
| **Especialidade** | | | | |
| **Anestesiologia** | 9 | 28,89±11,62 | 39±4,72 | 7±6,08 |
| **Cirurgia geral** | 9 | 29,78±9,80 | 35,11±4,43 | 5,22±4,02 |
| **Clínica médica** | 16 | 30,81±14,12 | 37,06±4,99 | 11,69±7,65 |
| **Ginecologia e obst.** | 12 | 39,42±7,27 | 28,75±5,07 | 15,42±9,08 |
| **Ortopedia** | 5 | 29,2±10,71 | 33,2±8,38 | 13,2±7,89 |
| **Otorrinolaringologia** | 11 | 33,55±11,98 | 34,84±5,47 | 11,32±8,31 |
| **P-valor** | | 0,101 | 0,0534 | 0,0749 |
| **Ano de residência** | | | | |
| **R1** | 26 | 31,801±12,07 | 36,19±5,34 | 9,08±7,29 |
| **R2** | 23 | 35,74±12,09 | 35,78±5,46 | 13,35±8,92 |
| **R3** | 9 | 36±13,64 | 33,88±6,05 | 14,22±8,69 |
| **Não informou nome nem r** | 3 | 35,67±18,06 | 30,33±15,37 | 10,33±8,06 |
| **P-valor** | | 0,139 | 0,0805 | 0,0823 |

**Fonte**: Dados de Pesquisa (2021).

Na dimensão de “exaustão emocional”, as maiores médias foram encontradas para os médicos residentes do Programa de Ginecologia e Obstetrícia, com os outros programas mantendo médias semelhantes. Na dimensão da “falta de realização profissional”, a maior média é referente aos médicos do Programa de Clínica Médica. Já na dimensão de “despersonalização”, a maior média foi encontrada para o Programa de Ginecologia e Obstetrícia.

Em nossa pesquisa os últimos anos foram os que mais apresentaram escores elevados para “exaustão” e “despersonalização”, mostrado na Tabela 10, indo de encontro com a literatura. Com relação às dimensões da SB e ano de residência, a literatura apresenta dados conflitantes, refletindo a complexidade do fenômeno, e sugere a presença de outros fatores, que possivelmente confluem para determinar a experiência de Burnout.

**Tabela 10:** Tabela cruzada Ano de residência X Dimensões de Burnout

| ANO DE RESIDÊNCIA | | EXAUSTÃO EMOCIONAL | | | | FALTA DE REALIZAÇÃO PESSOAL | | | | DESPERSONALIZA-ÇÃO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **A** | **B** | **M** | **T** | **A** | **B** | **M** | **T** | **A** | **B** | **M** | **T** |
| **Não informou Nome/R** | Contagem | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| | % do total | 4,9% | 0,0% | 0,00% | 4,9% | 4,9% | 0,00% | 0,00% | 4,9% | 1,6% | 1,6% | 1,6% | 4,9% |
| **R1** | Contagem | 15 | 3 | 8 | 26 | 9 | 8 | 9 | 26 | 12 | 10 | 4 | 26 |
| | % do total | 24,6% | 4,9% | 13,1% | 42,6% | 14,8% | 13,1% | 14,8% | 42,6% | 19,7% | 16,4% | 6,6% | 42,6% |
| **R2** | Contagem | 18 | 3 | 2 | 23 | 7 | 7 | 9 | 23 | 12 | 5 | 6 | 23 |
| | % do total | 29,5% | 4,9% | 3,3% | 37,7% | 11,5% | 11,5% | 14,8% | 37,7% | 19,7% | 8,20% | 9,8% | 37,7% |
| **R3** | Contagem | 6 | 2 | 1 | 9 | 5 | 2 | 2 | 9 | 6 | 2 | 1 | 9 |
| | % do total | 9,8% | 3,3% | 1,6% | 14,8% | 8,2% | 3,3% | 3,3% | 14,8% | 9,9% | 3,3% | 1,6% | 14,8% |
| **TOTAI GERAI** | Contagem | **42** | **8** | **11** | **61** | **24** | **17** | **20** | **61** | **31** | **18** | **12** | **61** |
| | % do tota | **68,9%** | **13,1%** | **18,0%** | **100,00%** | **39,3%** | **27,9%** | **32,8%** | **100,00%** | **50,8%** | **29,5%** | **19,7%** | **100,00%** |

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2021.

Analisando as tendências de associações, pelo teste exato de Fisher (Tabela 11), notamos as únicas associações entre variáveis que são independentes e não parecem relacionar-se, quais sejam, a Exaustão x Especialidade de residência. As demais apresentam associações entre si.

Portanto, é correto afirmar que a “falta de realização pessoal” e a “despersonalização” estão positivamente associadas à “especialidade de residência”, com p-valores maior que 0,05, confirmando a associação. Já a variável “ano de residência” está fortemente associada às variáveis “Exaustão”, “Falta de realização pessoal” e “despersonalização”, também confirmada a associação com o p-valor acima de 0,05.

**Tabela 11**: Teste de Significância Estatítica da associação entre dois tipos de classificação

| ASSOCIAÇÕES | Valor | p-Valor |
|---|---|---|
| **Exaustão X Especialidade de residência** | 18,768 | 0,028 |
| **Falta de Realização Pessoal X Especialidade de residência** | 17,261 | 0,089 |
| **Despersonalização X Especialidade de residência** | 16,473 | 0,108 |
| **Exaustão X Ano de Residência** | 5,445 | 0,451 |
| **Falta de Realização Pessoal X Ano de Residência** | 5,148 | 0,525 |
| **Despersonalização X Ano de Residência** | 3,782 | 0,735 |

**Fonte**: Dados de pesquisa, 2021.

### 4.1.2 Qualidade de vida

A autoavaliação da QV foi realizada por meio do questionário da WHOQOL – abreviado, e consistiu na atribuição pelo Médico Residente de nota (com escala de 0 a 10), conforme sua percepção sobre a QV dentro e fora da Residência Médica. Para tal, obtivemos o resultado expresso na Tabela 12, média de 5,42 ± 0,53. Os Médicos do Programa de Residência Médica em Ortopedia apresentaram as menores médias (5,19 ± 0,43), enquanto os do Programa de Otorrinolaringologia tiveram as maiores médias (5,73 ± 0,55), com um P-Valor de 0,0334.

**Tabela 12**: Autoavaliação de Qualidade de Vida na Residência Médica

| AUTOAVALIAÇÃO NA RESIDÊNCIA | N | MÉDIA ± DESVIO PADRÃO |
|---|---|---|
| **Geral** | 62 | 5,42 ± 0,53 |
| **ESPECIALIDADE** | | |
| **Anestesiologia** | 11 | 5,27 ± 0,59 |
| **Cirurgia Geral** | 9 | 5,46 ± 0,44 |
| **Clínica Médica** | 9 | 5,56 ± 0,42 |
| **Ginecologia e Obstetrícia** | 16 | 5,51 ± 0,62 |
| **Ortopedia** | 12 | 5,19 ± 0,43 |
| **Otorrinolaringologia** | 5 | 5,73 ± 0,55 |
| **P-VALOR** | | 0,0334 |
| **ANO DE RESIDÊNCIA** | | |
| **R1** | 26 | 5,45 ± 053 |
| **R2** | 23 | 5,37 ± 054 |
| **R3** | 9 | 5,47 ± 0,64 |
| **Não informou nome nem R** | 4 | 5,49 ± 0,35 |
| **P-VALOR** | | **0,0231** |

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2021.

Quando analisamos todos os Médicos Residentes e dividimos pelo ano de Programa, verificamos que as menores médias foram encontradas nos Médicos Residentes do segundo ano, e as maiores, nos que cursavam o primeiro ano do Estágio. Apesar de haver uma diferença de percentual quanto ao ano do Programa de Residência Médica e a especialidade, este não é muito significativo (Gráfico 1).

**Gráfico 1**: Autoavaliação de Qualidade de Vida na Residência Médica

### 4.1.3 Sonolência Diurna entre Médicos Residentes

Quanto à sonolência diurna, com exceção da especialidade de Otorrinolaringologia, todos os residentes das outras especialidades apresentaram distúrbios importantes de sonolência. A média dos escores de sonolência diurna do grupo de médicos residentes estudados foi de 13,21±4,20. Podemos constatar que a maior média foi encontrada nos médicos residentes do segundo ano do programa, revelando uma piora na sonolência diurna do primeiro para o segundo ano de RM e uma pequena melhora para os médicos residentes do terceiro ano, porém essa diferença é estatisticamente insignificante.

**Tabela 13**: Média dos Escores de Sonolência Diurna na Escala de Epworth nos Médicos Residentes

| ESCORES DE SONOLÊNCIA | N | MÉDIA ± DESVIO PADRÃO |
|---|---|---|
| **GERAL** | 62 | 13,21±4,20 |
| **ESPECIALIDADE** | | |
| **Anestesiologia** | 11 | 14,64±4,68 |
| **Cirurgia Geral** | 9 | 14,22±3,93 |
| **Clínica Médica** | 9 | 13,22±5,22 |
| **Ginecologia e Obstetrícia** | 16 | 13,56±2,92 |
| **Ortopedia** | 12 | 12,42±4,55 |
| **Otorrinolaringologia** | 5 | 9±4,72 |
| **P-VALOR** | | 0,0431 |
| **ANO DE RESIDÊNCIA** | | |
| **R1** | 9 | 13,56±4,28 |
| **R2** | 26 | 13,81±4,19 |
| **R3** | 23 | 13,22±4,41 |
| **Não informou nome nem R** | 4 | 8,5±6,55 |
| **P-VALOR** | | **0,0483** |

**Fonte**: Dados da pesquisa, 2021.

# 5 DISCUSSÃO

A RM é um marco importante na vida do médico recém-formado. Com o aumento da concorrência para o acesso aos Programas de Residências Médicas, a aprovação é uma grande conquista nos desenvolvimentos pessoal e profissional. Porém, ao iniciar a especialização, o médico, agora médico residente, se depara com uma realidade diferente da graduação, caracterizada pelo aumento dos níveis de estresse, longas jornadas de trabalho, privação do sono, piora da vida social e lazer, além da mudança do grau de responsabilidade perante os seus preceptores e principalmente seus pacientes. Durantes esse processo, há uma mudança significativa na QV.

Ribeiro *et al* (2012*)* consideram que a Residência Médica é a parte mais difícil e desgastante, físico e emocionalmente, da formação do médico especialista. O modelo de especialização médica, RM, apesar de ainda ser considerado o padrão ideal, apresenta fatores de risco para o desenvolvimento de alterações na saúde mental do profissional médico, visto a pressão psicológica de aplicar conhecimentos, muitas vezes deficientes, adquiridos na graduação. A falta de uma preceptoria treinada para tutorear os médicos residentes, as longas horas de trabalho, os plantões noturnos, os sentimentos de insegurança e incapacidade tornam a rotina da RM desgastante.

De maneira geral, a SB esteve presente em 48 participantes do nosso estudo (prevalência de 77,42%). Tendo, portanto, uma alta prevalência.

Na análise da SB entre os entrevistados, obteve-se a distribuição demonstrada na Tabela 5 na qual 77,42% apresentam a Síndrome de Burnout; 20,97% não apresentam; e apenas 1,61% não respondeu ou respondeu de forma errada aos questionários.

Loya-Murguía *et al* (2018), relataram que na América Latina, a prevalência para a SB em profissionais de saúde varia entre 2% e 76%.

Porém, Lima *et al* (2007), mostraram a existência de SB em 20,8% dos 120 médicos residentes estudados na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), indo ao encontro com o nosso estudo e com a maioria da literatura sobre este tema. É interessante também notar que nessa mesma pesquisa, a dimensão da exaustão emocional foi a manifestação mais frequente, com 65,00%, bem semelhante ao encontrado no nosso estudo, que foi de 67,74%.

O objetivo central de estudo foi analisar a presença da SB, QV e Sonolência Diurna em médicos residentes de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologista, Ginecologia e Obstetrícia na Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), situada na cidade de Manaus – Amazonas, e na UEA.

Os médicos residentes pesquisados pertencem a geração classificada como geração *Y*, assim chamados os nascidos entre 1982 e 2000, também conhecido como "*millenials*". André *et al* (2020) pioneiros a descreverem pela primeira vez o termo "*millenials*" em 1992, no livro *Generation: the history of America's future.* Os *Millenials* não veem a carreira exclusivamente como uma fonte de renda, eles buscam trabalhos conectados com seus valores, crenças e estilo de vida, entendendo que não é somente um trabalho e remuneração, mas também QV e uma forma de contribuir para a evolução da sociedade a que pertencem. Talvez isso explique a grande adesão dos médicos residentes nessa pesquisa, mostrando que, além de médicos especialistas, eles estão engajados nesse tema tão contemporâneo e na contribuição da construção de uma sociedade mais saudável.

## 5.1 Prevalência da Síndrome de Burnout

Referindo-se à SB, os resultados apresentados indicam que a dimensão "Exaustão Emocional" é a grande responsável para o desenvolvimento da síndrome, seguida da despersonalização, confirmando, assim, informações anteriores, que indicaram que diversas vivências e elementos presentes no processo da Residência têm gerado um grande estresse e, consequentemente, exaustão, desencadeando, dessa forma, a SB.

Leandro *et al*. (2020) afirmam que a presença do esgotamento profissional em sua acepção mais ampla é definidora para o desenvolvimento da síndrome, consequência de estressores

situacionais, pessoais e profissionais. Hoelz e Campelo (2015) relatam que a SB, então entendida como uma resposta ao estresse laboral crônico, é consequência dos inúmeros conflitos mencionados que são vivenciados durante esse período de transição aluno-médico, característico da Residência, e tem como principais fatores relacionados o esgotamento físico e a exaustão emocional.

No que tange o ano de estágio-Residência, os últimos anos foram os que mais apresentaram escore elevado para "exaustão" e "despersonalização". Moreira *et al*. (2016) explicam esse fato, 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.

Alguns autores divergem do resultado encontrado na pesquisa de Moreira *et al*. (2016). Para Borges; Souza; Junior, (2020), os Médicos Residentes que estão nos anos iniciais de sua formação de Especialista, têm maior tendência a desenvolver a SB. Da mesma forma, foi mostrado na pesquisa de Marinos *et al.* (2012), em Lima, Peru, que os Médicos Residentes do primeiro e segundo ano apresentaram relatos compatíveis à Síndrome.

## 5.2 Auto avaliação do Médico Residente

A auto avaliação da QV, por meio do questionário da WHOQOL – abreviado, consiste na nota (com escala de 0 a 10) atribuída pelo residente, conforme sua percepção sobre a QV dentro e fora da residência médica. Tivemos, segundo resultado (Tabela 12), uma média de 5,42 ± 053.

O estudo demonstrou uma baixa QV dos entrevistados, corroborando com a literatura. Asaiag *et al*. (2010) relataram que o período de RM pode sim afetar a QV, e associam esse fato à relação da RM com alta carga horária, tempo de lazer insuficiente, insatisfação com a Residência, que pode ser devida às condições gerais de treinamento, e falta de estrutura pedagógica. Moreira *et al*. (2016) atribuem esse comprometimento da QV, em parte, pela longa jornada de trabalho, pela maior responsabilidade profissional e por maior expectativa com relação ao futuro profissional. Torres *et al*. (2011) afirmam que as condições insatisfatórias de trabalho, como falta de reconhecimento, remuneração inadequada, ausência de autonomia, instabilidade, carência de infraestrutura e segurança podem sobrecarregar o Médico Residente, gerando estresse e afetando consequentemente a sua  Qualidade de Vida.

A autoavaliação dos Médicos Residentes deste estudo assemelha-se à afirmação da pesquisa de Fabichack, Silva-Júnior e Morrone (2014), os quais citam que no Brasil, a presença dessa síndrome foi de 78,4% entre residentes médicos de Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, em um hospital público.

Silva *et al*. (2011), em seu estudo, concluíram que o primeiro ano de residência é o de maior índice de ansiedade, justificando o fato por se tratar de uma fase de dúvidas e incertezas com relação à especialidade escolhida, com inseguranças para desempenhar a prática médica, além de necessitar de tempo para estudar e realizar pesquisas. Já nos anos seguintes, essas pressões se tornavam menos evidentes.

Santana *et al*. (2014) demonstraram que não só no Brasil, mas também nos Estados Unidos, o período do primeiro ano de Residência é o mais exaustivo emocionalmente, atribuindo esse fato ao acúmulo de exaustão emocional na Residência, que gera um desgaste do idealismo médico ao longo do tempo. Abreu-Reis *et al.* (2019) justificam que a QV dos Médicos Residentes do primeiro ano é pior com relação aos demais.

Macedo *et al*. (2009) observaram que a QV em médicos residentes melhora a partir do segundo ano. Nesse estudo, também detectaram alguns preditores de melhor QV, entre eles, citaram o fato de se estar no segundo ou terceiro ano.

### 5.3 Qualidade do sono

Mordant *et al*. (2014) afirmam que fadiga, sonolência, depressão, esgotamento, insatisfação no trabalho e baixa QV podem afetar negativamente o desempenho profissional, a qualidade da assistência e a segurança e satisfação do paciente.

Lourenção; Moscardini; Soler (2010) citam vários estudos, apontando que grande parte dos Médicos Residentes apresentam sonolência e dificuldade para dormir, utilizando regularmente bebidas alcoólicas ou medicamentos para ajudar a indução do sono.

Macedo *et al*. (2009) descrevem que a privação do sono é uma das principais reações psicológicas nos Programas de Residência e está entre os mais importantes fatores de estresse.

É fato que a RM é fundamental para a conclusão da especialização, pois como já citado, é considerado padrão-ideal de ensino, porém, também já foi relatado que as más condições de trabalho, relação interpessoal médico-preceptor e horas trabalhadas prejudicam tanto o profissional como o paciente; sendo assim, oferecer apoio adequado aos residentes, principalmente psicológico e/ou psiquiátrico, é importante para mantermos o padrão de excelência e melhorar os Programas de Residência Médica do FHAJ e UEA.

Dessa forma, é notório a urgência de apoio ao Médico Residente e Preceptor, seja psicológico, psiquiátrico e pedagógico, principalmente com suporte e acolhimento. Nesse contexto é que nasce o Núcleo de Apoio ao Médico residente e Preceptor (NAMP). Um Núcleo de Apoio e Pesquisa permanente ao Médico Residente e Preceptor, com objetivo principal de prevenção da

SB, para acompanhar os índices de QV dos residentes, além do apoio pedagógico e treinamento constante aos preceptores.

Os Núcleos de Apoio Discente (NAD) já são uma realidade na maioria das escolas médicas. Os Núcleos de Apoio ao Estudante de Medicina são parte importante do cuidado ao discente e na formação médica (RONCAGLIA; MARTINS; BATISTA, 2020), e assim trazemos essa ideia para os médicos residentes que são recém-formados e estão na transição estudante-profissional.

Já é de conhecimento da comunidade acadêmica que acompanhamento e suporte psicológico e/ou psiquiátrico não é suficiente, sendo necessária uma rede de apoio em todos os níveis (BELLODI, 2007), além de uma revisão e discussão constante no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina e, principalmente, uma reflexão sobre a cultura médica (TEMPSKI; MARTINS, 2012). Trazendo para o nível de pós-graduação, a discussão de habilidades e competências que o médico especialista precisa ter no fim de cada etapa de treinamento faz parte da reflexão e do engajamento de todos os preceptores envolvidos no ensino dos jovens médicos, mesmo sendo servidores assistenciais, justificando ainda a criação do Núcleo, também com foco no preceptor.

Além disso, a mudança da cultura e estrutura médica, principalmente na RM, é um trabalho de desconstrução constante. O assédio moral, a abrangência da cultura do assédio que causam possíveis efeitos deletérios na vida acadêmica e a saúde do residente são outras preocupações, pois os assediados têm mais chance de desenvolver transtornos psiquiátricos (MARQUES; MARTINS; PAULA; SANTOS, 2012).

Assim, propomos o NAMP, o qual será descrito como o produto dessa Dissertação, que mostra a urgente necessidade de mudança de paradigma nos Programas de RM para formamos Médicos Especialistas mais capacitados e saudáveis para a sociedade brasileira.

### 5.4 Cirurgia Geral

Dando ênfase aos resultados encontrados na especialidade Cirurgia Geral presente pesquisa, obtivemos a participação de profissionais dessa especialidade, correspondendo a 14,52% do total dos participantes, sendo na sua maioria do primeiro ano de Residência.

Na especialidade da  Cirurgia Geral, podemos constatar que as dimensões de Burnout, exaustão emocional, falta de realização pessoal e despersonalização apresentam média baixa. Esse resultado não corresponde ao encontrado em outros estudos, como Marinos *et al.* (2011), os quais relataram que nos níveis de exaustão emocional e despersonalização em residentes médicos, a

especialidade Cirurgia Geral foi que apresentou mais risco. Prins *et al.* (2010) também identificaram os índices elevados de despersonalização na Especialidade de Cirurgia Geral. Falcão *et al.* (2019) afirmaram que a especialidade não tem associação com a SB, porém relataram que a maioria dos estudos nacionais e internacionais encontrou nas especialidades cirúrgicas as com mais riscos de Burnout.

Talvez uma das explicações da Especialidade de Cirrugia Geral, neste estudo, não apresentar níveis alto de Burnout, deva-se ao fato de que a maioria dos entrevistados é do primeiro ano de Residência, considerando as afirmações de Moreira *et al.* (2016) e Paro *et al.* (2014) que a SB é um processo progressivo se não retirados os fatores estressantes.

O estudo demonstrou que a QV na Especialidade de Cirurgia Geral não apresentou as menores médias, mas também não tiveram as maiores médias, indo de encontro à literatura. Asaiag *et al.* (2010) associam a carga horária com maior índice de QV e sonolência diurna, sendo que os Médicos Residentes de Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia Geral apresentam as maiores cargas horárias. Macedo *et al.* (2009) e Martins (2010) também encontraram essa afirmação em seus estudos.

Algum viés pode ter contribuído para esses resultados divergentes do já encontrado na literatura, como por exemplo, o número de entrevistados por ser a maioria dos participantes do primeiro ano de Residência, uma escassez de Artigos direcionados a este conteúdo, o que não permite termos parâmetros para nos orientar.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo identificamos que a maioria dos residentes médicos da FHAJ e da UEA apresenta SB, sendo a exaustão emocional a sua dimensão de maior prevalência, seguida pela despersonalização e a falta de realização pessoal.

A sonolência diurna foi detectada com um índice patológico, sendo o segundo ano de RM o de maior incidência desta patologia.

O estudo demonstrou que a RM foi relacionada como uma fase de suas vidas de baixa QV, sendo insignificativo o percentual encontrado entre a especialidade e o ano de residência, nos levando a concluir que esta baixa QV está presente em todo esse período.

O que podemos observar é que a SB é mensurada pela “exaustão emocional”, uma das causas da sonolência diurna, e contribui para a baixa QV. E esta última pode desencadear a falta de “realização pessoal”, o que também gera percentual para mensurar a SB, formando um ciclo de fatores que se interligam e originam inúmeras alterações na saúde mental dos médicos residentes.

A SB, a baixa QV e a Sonolência Diurna patológica possuem a sua etiologia multifatorial, envolvendo situações individuais, sociais e organizacionais. Podem ser detectadas precocemente ou até mesmo prevenidas, desde que as Instituições se comovam, buscando cuidar da saúde laboral e dos equilíbrios psíquico, físico e social dos integrantes da Equipe da organização. O desenvolvimento de Programas e treinamentos são essenciais para que as Instituições tenham mais atenção e invistam mais nesta temática.

Melhorias no ambiente de treinamento e de trabalho podem ser viáveis. Mudança de cultura e desconstrução de paradigmas com relação à RM devem ser consideradas e implantadas, com projetos de intervenções que busquem melhorar a experiência do médico residente nesta etapa da vida profissional tão importante. Sempre com o objetivo primordial de formamos melhores e mais completos médicos especialistas para sociedade brasileira e, principalmente para o SUS.

A amostragem reduzida desta pesquisa, limitando um pouco nosso trabalho, e a quantidade baixa de estudos sobre esse tema, nacionais e internacionais, apesar de sua relevância social, política e econômica, mostram a necessidade de aperfeiçoar mais pesquisas relacionadas e direcionadas a esse público-alvo.

Além disso, não realizamos uma abordagem que estuda aspectos subjetivos de fenômenos sociais e do comportamento humano. Apesar do objeto do estudo ter sido fenômenos que ocorrem em determinado tempo, local e cultura, essa abordagem qualitativa não fez parte dos objetivos do estudo deixando uma lacuna para futuras pesquisas qualitativas com os médicos residentes e preceptores. Assim pesquisas que envolvem entrevistas (com material construído especialmente para esse fim) e observação de campo com médicos residentes e preceptores de diferentes Programas de Residência Médica se faz necessário para que possamos ter uma análise do discurso de forma empírica e experimental. Teríamos também uma análise de conteúdo quando o texto é a expressão do sujeito, buscando categorizar as unidades (palavras ou frases) que se repetem, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção.

Assim, é fundamental a estruturação do Núcleo de Apoio ao Preceptor e Médico Residente (NAMP).

## 6.1 Produto

A evolução tecnológica da sociedade, a conectividade e a informação a todo momento disponíveis, os estímulos cada vez mais evidentes e constantes, a cobrança profissional e o aumento na competição do mercado de trabalho do médico têm influenciado de maneira

avassaladora na saúde mental dos médicos residentes. Na atualidade, essa discussão sobre saúde mental e QV sai do âmbito dos gestores educacionais e passa a fazer parte da responsabilidade dos atores que participam dos Programas de Residência Médica, especialmente os atores principais dos programas: médicos residentes e preceptores.

Os Programas de Residência Médica têm como objetivos fundamentais o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico do médico e melhoria da assistência médica à comunidade nas áreas profissionalizantes. Além disso, uma de suas finalidades primordiais é desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde e QV nas diferentes áreas de conhecimento. Formam profissionais para atuarem no SUS, e dessa forma, os profissionais formados pelo Programa têm impacto em toda a sociedade, seja econômica e/ou social.

Em se tratando de modelos de atenção à saúde e sociedade, Santos *et. al.* 2017, nos traz as definições dos tipos de tecnologias em saúde e seus objetivos. Tecnologias em saúde são classificadas e organizadas de acordo com sua função. Tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados e sustentados nas Ciências da Saúde; e leve, que se refere às tecnologias de relações interpessoais, de produção de comunicação, de acolhimento e de vínculos.

A RM é um trabalho centrado no trabalho vivo, isto é, os produtos de cuidados em saúde realizam-se em ato e em relações interpessoais. Nesse sentido, a RM é um trabalho em saúde relacional, implicando obrigatoriamente o uso de tecnologias de saúde leves, as quais devem ser intercambiadas com as tecnologias leve-duras e duras. As tecnologias leves são as que possibilitam captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do indivíduo. É nessa seara – das relações, do encontro, das emoções – que o indivíduo tem mais possibilidades de atuar e de interagir. É a interação das diferentes tecnologias no ato de cuidar que conforma o processo de trabalho em saúde, que pode ser mais rígido e protocolar ou mais dinâmico e dialógico.

Contudo, no contexto social e político brasileiro, predomina ainda a ideia e a cultura de valorização da tecnologia dura, revelando uma realidade muitas vezes egoísta, quando o foco da atenção não está no indivíduo e nem nas suas emoções, explicando muitas vezes como a saúde mental pode ser negligenciada, gerando consequências graves e muitas vezes irreversíveis ao indivíduo.

Assim como a QV, a SB não é apenas relacionada a fatores pessoais ou Institucionais, mas uma combinação de ambos. Ampliar os parâmetros além dos domínios físico, relacional, psicológico e ambiental propostos pela OMS faz parte do processo ensino-aprendizagem do

médico residente e irá influenciar diretamente no seu rendimento, nas suas escolhas, na diminuição de erros e em uma maior satisfação pessoal e profissional.

Cada vez mais vem sendo estudada a associação da resiliência com a QV e o ambiente educacional. É sabido que o ambiente hospitalar, apesar de todos os esforços de humanização, ainda é um ambiente que pode ser considerado hostil. Esses fatores estressores podem influenciar diretamente a aprendizagem do jovem médico em treinamento, refletindo na qualidade de profissionais que serão formados para nossa sociedade.

Estudos recentes com acadêmicos de medicina revelam os principais fatores, que são relacionados a aumentos e diminuições de sua QV durante o curso. São relatados pelos alunos que a qualidade dos professores, currículos, estilos de vida saudáveis, hábitos alimentares, sono e atividade física influenciam sua QV, além da falta de tempo devido as obrigações escolares. Nada diferente para a RM. Se fizermos uma analogia, a qualidade dos preceptores, na sua maioria sem preparo pedagógico adequado, a falta de uma matriz de habilidade e competência transparente e de conhecimento para os preceptores e o médico recém-formado em treinamento, a carga horária de 60h por semana sendo extrapolada e a falta de tempo para as obrigações profissionais e atividades pessoais irão influenciar a QV do médico residente e o tipo de especialista que queremos formar para a nossa sociedade.

Características relacionadas às competências emocionais (*Soft Skills*) devem permear Programas que têm como visão a excelência e buscam se tornar referência em formação de médicos especialistas. Assim sendo, os ideais de atitude e comportamento e os resultados dos Programas de Residência Médica devem incluir a vigilância da QV, da SB e da sonolência diurna, sendo justificável a pesquisa, a promoção e o acompanhamento da QV e SB nos Programas de Residência Médica.

O médico residente é a parte mais vulnerável da relação existente nos Programas de Treinamento de Especialidades Médicas. A alta carga horária, muitas vezes extrapolada, os medos, a ansiedade, a insegurança, a falta de treinamento pedagógico dos preceptores e o estresse geram deterioração da saúde mental e QV dos médicos em treinamento.

Esse fenômeno mundial é experimentado, em maior ou menor grau, em todos os programas de residência médica no qual o médico está inserido. Programas de Treinamento de Médicos Residentes precisam ter a preocupação com a saúde mental e QV de seus residentes, e nesse sentido modificar a forma do processo de aprendizado e suas relações com aqueles que ensinam, passando pelo âmbito de um Programa de Residência Médica de excelência.

Quanto às horas trabalhadas na Residência, é possível ver:

> Art. 5º - Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão.
> § 1º - O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de Atividade. **(**Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981).

Mesmo com uma carga horária estabelecida de 60 horas semanais, na prática, é comum que os médicos residentes atinjam jornada maior do que a prevista em Lei devido a plantões noturnos e a cirurgias que podem ter horários prolongados.

Como visto na pesquisa e os autores estudados mostram a relação entre uma carga horária excessiva e a QV; sendo assim, os residentes que trabalham em Clínica Médica, ao contrário dos que trabalham em clínica médica que exerçam cirurgia, acabam tendo uma carga horária mais "saudável" e, consequentemente, melhor QV.

Essa pesquisa evidencia a urgente formação de Núcleo permanente, especializado e comprometido com a vigilância, prevenção e reconhecimento da SB, estímulo a melhor QV, treinamento e conscientização dos envolvidos na preceptoria dos residentes e pesquisa continuada envolvendo os Programas, preceptores e médicos residentes.

Como já existentes em grande parte das escolas médicas de excelência, os Núcleos de Apoio ao estudante de medicina já são uma realidade em nosso país. Nas últimas décadas, a preocupação com a saúde mental dos estudantes tornou-se o centro de muitas pesquisas e passou a ser um integrante permanente nas escolas médicas, atuando na sua maioria na resolução de necessidades de caráter social, atenção em saúde mental, promoção de saúde e suporte pedagógico.

Com o objetivo de estruturar um núcleo de apoio permanente ao médico residente e preceptores, por meio das atividades existentes, e levantar outros problemas que impactam a vida pessoal e o desempenho acadêmico dos residentes, a partir das demandas identificadas nesta pesquisa, será proposta uma sistematização para um acolhimento Institucional maior, ágil e integrado, com foco sempre no aprimoramento dos Programas de Residência Médica, buscando a melhoria do aprendizado e a promoção de saúde e bem-estar.

Sendo assim, a premissa do NAMP é proporcionar um ambiente positivo e terapêutico, possibilitando estabilidade à QV do então médico residente e futuros especialistas, com objetivos principais como a promoção de saúde e bem-estar, para que a experiência do Médico Residente seja apoiada em todos os eixos do processo ensino-aprendizagem, passando pela saúde mental, e proporcionar um maior aprendizado, uma menor possibilidade de erros, uma melhor relação

médico-paciente, uma diminuição nos custos em saúde e uma maior entrega de valor, melhorando cada vez mais a experiência do profissional médico.

Toda Instituição de saúde que oferece Programa de Residência Médica e Multiprofissional estabelece a Comissão de Residência Médica (COREME), uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), com a finalidade de planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os Programas de residência médica da instituição. As funções primordiais das Comissões de Residência Médica são administrativas, englobando os aspectos de ensino-aprendizagem somente aqueles que têm relação com estrutura física e número de preceptores adequado para a realização dos programas. Sendo assim, as questões pedagógica e de competências emocionais que são tão necessárias no mercado de trabalho atual não são a finalidade dessas comissões.

Na Fundação Hospital Adriano Jorge existe o Núcleo de Atenção Humanizada ao Trabalhador de Saúde – NAHTS- que busca dar assistência necessária aos servidores da saúde que trabalham na Instituição demonstrando o engajamento entre a gestão e seus colaboradores, porém o médico residente não se enquadra no perfil de assistência e atendimento que o Núcleo realiza enfatizando ainda mais a importância da estruturação do NAMP.

O NAMP será uma estrutura ligada a COREME e ao Departamento Ensino e Pesquisa da FHAJ e da UEA. O Núcleo realizará ações de cuidado tanto de prevenção e quanto de promoção em duas frentes: educação e saúde. No eixo da educação, o foco não será apenas no sujeito médico residente, mas também nos preceptores. Com relação aos Médicos Residentes, o Serviço irá oferecer orientações pedagógica e profissional, com reflexo direto no desempenho acadêmico e/ou na relação educativa. Com relação ao sujeito preceptor, será realizada assessoria pedagógica, acompanhamento do planejamento pedagógico, das metodologias de ensino e de avaliação, de frequência, evasão, trancamentos e baixo rendimento acadêmico, programas de tutoria, além de realização de educação continuada em metodologias pedagógicas para a especialização médica nos moldes de RM. No eixo da saúde, haverá assistências psicológica e psiquiátrica, com acolhimentos, encaminhamentos, emergências, propostas para problemas de estresse, ansiedade e SB, além de atividades de promoção da saúde e bem-estar e, Qualidade de Vida.

A estrutura organizacional do NAMP será formada por uma Coordenação Geral, duas Coordenações temáticas, Coordenação de Promoção de Saúde e Coordenação Acadêmica, e um Serviço de Assistência em Saúde Mental. A Coordenação Geral será exercida por um preceptor ligado aos Programas de Residência da FHAJ ou/e UEA. Terá como função acompanhar e orientar as ações do NAMP, objetivando o atendimento aos Médicos Residentes e o desenvolvimento de ações de acompanhamento e monitoramento dos Programas de Residência no que tange a SB, QV

e Sonolência diurna; organizar atividades de desenvolvimento profissional aos membros do NAMP; realizar as reuniões mensais ordinárias e, se for o caso, as reuniões extraordinárias. Além do coordenador, haverá o vice-coordenador, que também será um preceptor de um dos Programas de Residência, e terá como funções substituir o coordenador quando da ausência deste, cumprindo com as suas funções, monitorar escalas de médicos residentes, carga horária, folga pós-plantão e aplicar semestralmente os instrumentos de identificação de SB, sonolência diurna e percepção de QV.

A Coordenação de Promoção de Saúde será exercida por profissional de nível superior da Área da Saúde, com experiência em promoção de saúde, e desenvolverá ações com propósito de criar um ambiente de trabalho e ensino saudável, agradável e acolhedor, pautado na busca do bem-estar individual e coletivo. Para isso, irá promover ações que contribuirão para a prevenção do adoecimento e fortalecimento de potencialidades que promovam saúde.

A Coordenação Acadêmica será exercida por profissional de nível superior da Área da Saúde ou educação, com experiência em ensino de pós-graduação e com a titulação mínima de mestre em ciências da saúde, educação e áreas afins. Compete apoio aos médicos residentes com dificuldades nos Programas, principalmente de progredirem satisfatoriamente na sua aprendizagem. Estruturar programa de tutoria acadêmica, oferecendo suporte individualizado ao médico residente em dificuldades, ajudando-o a encontrar soluções para progredir no treinamento. Além disso, agirá com apoio pedagógico aos preceptores, realizando a Educação Continuada sobre o tema, sendo palestras, oficinas, *workshops*, com objetivo de capacitar os preceptores no que se refere a metodologias de ensino-aprendizagem.

Já o Serviço de Apoio à Saúde Mental será composto por médico psiquiatra e psicólogo e terá como objetivo atender os médicos residentes em situação de estresse e estresse grave; orientar os preceptores sobre indícios que os Residentes com SB podem apresentar; orientar os demais profissionais do NAMP sobre procedimentos para reconhecer problemas de comportamento, percepção ruim de QV e outras situações graves de estresse e dificuldades de aprendizagem. Além disso, caso algum Médico Residente seja diagnosticado com SB ou alguma alteração da saúde mental, terá o atendimento individualizado com o profissional adequado, para que possa receber ajuda e evitar o afastamento do Programa.

O NAMP terá um papel na investigação de quais foram os “Gatilhos” para o desenvolvimento da SB e diminuição dos índices de QV, podendo intervir de forma positiva no Programa através de reuniões, treinamentos, *workshops*, rodas de conversas. Poderá também verificar se fatores relativos à Residência Médica foram os desencadeadores ou fatores externos ao do ambiente da Residência, ou ambos. Além disso, seguirá um papel de orientador, para que os

médicos residentes não desviem do foco principal da RM, que é formar médicos especialistas com qualidade.

A estrutura do NAMP será na FHAJ ou na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas (ESA/UEA), sendo uma sala para reuniões e uma sala para atendimento individualizado. Terá um técnico-administrativo para atendimento presencial, fazendo as funções de secretariado. Todos os funcionários e membros serão funcionários com algum vínculo com a FHAJ e/ou UEA. Será composto um Regimento Interno, estabelecendo seus objetivos, membros, funções, funcionamento e atividades. Chama atenção a média baixa do Programa de Cirurgia Geral, o que, em nosso entender, demandaria outros estudos para sua inteira compreensão.

## REFERÊNCIAS


ASSOCIAÇÃO Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino – ABRAHUE. Disponível em: http://www.abrahue.org.br.

ASSOCIAÇÃO Médica Mundial-1964. **Declaração de Helsinki I**. Adotada na 18a. Assembleia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia (1964). Disponível em: http://www.ghente.org/doc_juridicos/helsinki.htm. Acesso em: 02/02/2022.

ABREU-REIS, P. e*t al*. Aspectos psicológicos e qualidade de vida na Residência Médica. **Rev. Col. Bras. Cir**., Rio de Janeiro, v. 46, nº 1, p. e2050, 2019.

ANDRÉ, J. *et al*. Aprendizagem da geração millenials na graduação médica. **Revista Bioética**, nº 28, n. 4, p. 683-92, 2020.

ASAIAG, P. E.; PEROTTA, B.; MARTINS, M. A.; TEMPSKI, P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médico. **Rev. Bras. Educ. Med**., v. 34, nº 3, p. 422-429, 2010.

AZEVEDO, D. Revisão de literatura, referencial teórico, fundamentação teórica e framework conceitual em pesquisa: diferenças e propósitos. **Working Paper**, 2016.

BELLODI, P. L. Retaguarda Emocional Para o Aluno de Medicina da Santa Casa de São Paulo (REPAM): realizações e reflexões. **Rev. Bras. de Educ. Médica**. Rio de Janeiro. 31, nº 1, p.5-14, abril, 2007.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. ; GONÇALVES, M. B. Transtornos mentais e a formação em medicina**:** um estudo longitudinal. **Rev. Bras. Educ Med**., v. 33, nº 1, p.10-23, 2009.

BORGES, I. J. M., SOUZA, E. E. G., Filho, A. G. Síndrome De Burnout em Médicos Residentes do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. **Rev Bras de Neurol e Psiq**. Set./Dez; v.24, nº 3, p.246-262, 2020.

BORGOGNI, L.; CONSIGLIO, C.; ALESSANDRI, G.; SCHAUFELI W. B. “Do not throw the baby out with the bathwater!”, Interpersonal strain at work and burnout. **European J of Work and Org Psychol.,** v.21, nº 6, p.875-898, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 20931 de 11 de Janeiro de 1932**. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Diário Oficial da União, 15 jan. 1932. Acesso em 19 de julho de 2020. Disponível em: http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/116714/decreto-20931-32.

BRASIL. **Decreto nº 91.364, de 21 de junho de 1985**. Altera a redação do § 1º do artigo 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica. Diário Oficial da União 22 jun1985; Seção 1, p. 8793. Acesso em 19 de julho de 2020. Disponível em: https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/89/2016/06/d91364.pdf .

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Capítulo 10 – Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. Série A. Normas e manuais técnicos, nº 114. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Acesso em: 19 de julho de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução nº 5, de 12 de novembro de 1979**. Estabelece normas, duração e carga horária dos programas. Acesso em 19 de julho de 2020. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM0579.pdf.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Residência médica**. Disponível em:http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=506. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília, Diário Oficial da União, 07 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 747, de 23 de abril de 2008**. Certifica unidade hospitalar como Hospital de Ensino. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br › bvs › pri0747_23_04_2008. Acesso em: 02/02/2022.

BRUM, Ana Karine RAMOS *et al*. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. **Rev Enf UFPE** online-ISSN: 1981-8963, v. 9, nº 3, p. 7741-7745, 2015. DOI: 10.5205/reuol. reuol.7049.

CAMPBELL J.; PROCHAZKA, A.V., YAMASHITA, T. Gopal R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. **Acad Med**., v. 85, nº 10, p.1630-4, 2010.

CARDOSO, H. *et al*. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de medicina. **Rev. Bras. Educ. Méd**., v.33, nº 3, p. 349-355, 2009.

CASA, T.P.; RINCÓN, R.Y.; VILA, C. R. Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. **Enfermería Integral**, nº 100, p.19-24, Dez., 2012.

CASTRO, F. G. . Burnout e complexidade histórica**. Rev. Psicol., Organ. Trab**., Florianópolis, v. 13, nº 1, p. 49-60, abr., 2013.

CASTRO-JIMÉNEZ, A.; CABRERA-Rodriguez, D.; CASTRO-Jiménez, M. Evaluación de tecnologías diagnósticas: conceptos básicos em um estúdio com muestreo transversal. **Rev. Colomb Obst.Ginecol**., v. 58, nº 1, p. 45-52, 2007.

DANTAS, E. E.; MARTINS, A. B. N. Aspectos legais da residência médica: 7 perguntas e respostas. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 24, nº 5973, 8nov.2019. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/77647.

DIAS, B. A. *et al*. Qualidade de vida de médicos residentes**. Scientia Medica**, v .26, nº 1, p. 1-9, 2016.

DOMÍNGUEZ, F. J. M.; HERRERA, C. F.; VILLAVERDE, G. M. C. *et al*. Síndrome de desgaste professional em trabajadores de atención a lasalud em el área sanitaria de Ceuta. **Atención Primaria**, v. 44, nº 1, p. 30-35, 2012.

DYRBYE, L.; SHANAFEL, T. T. Uma revisão narrativa sobre burnout experimentada por estudantes de medicina e residentes. **Med Educ**., v, 50, nº 1, p. 132-49, 2016.

DYRBYE, L.N. *et al*. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. **Med. Educ**., v.44, nº 10, p.1016-26, 2010.

FABICHAK, C.; SILVA JUNIOR J. S.; MORRONE L.C. Síndrome de Burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. **Rev. Bras. Med. Trab**. v.12, nº 2, p.79-84, 2014.

FALCÃO, N. M. et al. Síndrome de Burnout em médicos residentes. **Rev Med UFC**, Fortaleza, v. 59, nº 3, p. 20-23, jul./set. 2019.

FEIJÓ, L. P., FAKHOURI FILHO, A. S., NUNES, M. P. T., AUGUSTO, K. L. Residente como professor: uma iniciação à docência. **Rev. Bras. de Educ. Médica**, v.43, nº 2, p.225-30, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n2/1981-5271-rbem-43-2-0225.pdf.

FERREIRA M. C. G; TURA L.F.R, SILVA R.C.; FERREIRA M.A. Social representations of older adults regarding quality of life. **Rev. Bras. Enferm**., v.70, nº 4, p.806-13. 2017.

GUIDO, L. A.; GOULART, C. T.; SILVA, R. M.; LOPES, L. F. D.; FERREIRA, E. M. Estresse e burnout entre residentes multiprofissionais. **Rev Latino-Americana de Enf**., v.20, nº 6, p. 1064-1071. https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600008, 2012

GRUNFELD. E. *et al*. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. **CMAJ**, v.163, p.166-9, 2000.

HOELZ, L.; CAMPELLO, L. Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. **Rev Bras Med Trab**., v.13, nº 2, p.126-34, 2015.

KUMAR, S. Burnout and doctors: Prevalence, prevention, and intervention. **Healthcare**, v. 4, nº 37. 2016.

LEANDRO, I. M. *et al.* Síndrome de Burnout em residentes médicos: uma revisão bibliográfica. **Braz. J. Health Rev**., v. 3, nº 4, p. 10528-10542, 2020.

LIMA, F. D. *et al*. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. **Rev. Bras. Educ. Med**. v.3, nº 2, p.137-46, 2007.

SILVA, J. L.; DIAS, C.D.A.; TEIXEIRA, L. R. **Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem**: Its Causes and Implications for the Health of Nursing Personnel. Aquichan, Bogotá , v. 12, nº 2, p. 144-159, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200006&lng=en&nrm=iso>.

LOURENÇÃO, L. G; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes**. Rev. Assoc. Med. Bras**., v. 56, nº 1, p. 81-91, 2010.

LOYA-MURGUÍA, K.M; VALDEZ-RAMIREZ, J.; BACARDÍGASCÓN, M.; JIMÉNEZ-CRUZ, A. El síndrome de agotamiento em el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. **JONNPR**., v, 3, nº 1, p. 40-8, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.2060.

MACEDO P.C.M.; CÍTERO V. A.; SCHENKMAN. S.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.,; MORAIS, M. B.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residentes**. Rev. Bras. Psiquiatr**. v.31, p. 119-24, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARINOS, A.; OTERO, M.; MALAGA, G. *et al*. Coexistencia de síndrome de Burnout y sintomas depressivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en um hospital nacional de Lima. **Rev. Med. Hered**., v. 22, nº 4, p. 159- 160. Recuperado em 8 de junho de 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo

MARQUES, R. C.; MARTINS FILHO, E. D. *et al*. Assédio Moral nas Residências Médica e Não Médica de um Hospital de Ensino. **Rev. Bras. de Educ. Médica** (Impresso), v. 36, p. 401-406, 2011.

MARTINS, L. A. N. Qualidade de Vida dos Médicos residentes: Revisão de Estudos Brasileiros. **Cadernos ABEM**, v. 6, p.13 - 18, 2010.

MATNEI, T. *et al*. Correlação da Escala de Sonolência de Epworth com alterações na polissonografia na avaliação da sonolência excessiva diurna em pacientes com síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono**. Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, nº 2, p. 102-08, 2017. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/8adb/3d5a334cbc260b0780f11eaee4e9c0aa55ac.pdf.

MENDONÇA, R. O. Distúrbios do ciclo circadiano: um estudo sobre o Jet Lag. **Ciências Aeronáuticas-Unisul Virtual**, 2019. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/8417/1/MONOGRAFIA%20JET%20LAG_PDFA%20-%20Copia%20-%20Copia.pdf

MICHEL, J. L. M; OLIVEIRA, R. A. B; NUNES, M. P. T. Residência médica no Brasil. In: **Cadernos da ABEM**: Associação Brasileira de Educação Médica: v.7. Rio de Janeiro: 2011.

MORDANT, P. *et al*. French Association of Young Surgical Oncologists (AJCO); European Society of Surgical Oncology Young Surgeons and Alumni Club (EYSAC). Quality of life of surgical oncology residents and fellows across Europe. **J Surg Educ**. v. 71, nº 2, p. 222-8, 2014.

MOREIRA, A. P. F. *et al*. Qualidade de vida, sono e Burnout em residentes multiprofissionais. **Medicina (Ribeirão Preto. Online**), v 49, nº 5 p. 393-40, 2016.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 7ª. ed. Florianópolis, Ed. do Autor, 2017. Disponível em: https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file_lIduWnhVZnP7.pdf

PRADO, C.E.P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Rev. Bras. Med. Trab**. v.4, nº 3, p.285-289, 2016.

PÉREZ, L. V.; PIANA, R. C.; GONZÁLEZ, M. G. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. **Gaceta Médica de México**, v. 149, p.183-195, 2010.

PRINS J. T. *et al*. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. **Medical Education**, Oxford, v. 44, p. 236–247, 2010.

PURIM, K. S. M. *et al*. Sleep deprivation and drowsiness of medical residents and medical students. **Rev. Col. Bras. de Cir**. ISSN 1809-4546. 2016, v. 43, nº 6, pp. 438-444. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0100-69912016006005..

RAMOS, J. N.; RODRIGUES, P. R. M. Qualidade do sono e fatores associados em estudantes universitários. In: **IX Mostra da Pós-graduação, 2017**.

REZENDE, G. L. *et al*. A qualidade de vida entre os residentes de Otorrinolaringologia do Distrito Federal. **Braz. J. Otorhinolaryngol**. (Impr.), São Paulo, v. 77, nº 4, p. 466-472, ago. 2011 .

RIBEIRO , L. S. *et al*. Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. **Rev. Bras. Educ. Med.** v.36, nº 1, mar., 2012.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil. Brasília (DF**): Câmara dos Deputados - Consultoria Legislativa; 2011. Biblioteca Digital Câmara [citado 23 set 2012].

RONCAGLIA, L. P.; MARTINS, A. F.; BATISTA, C. B. Serviços de Apoio Aos Estudantes de Medicina: Conhecendo Alguns Núcleos Em Universidades Públicas Brasileiras. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 5, nº 9, p. 664-682, 8 set. 2020.

SANTANA, V. S. *et al*. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. **Rev Pesq. Fisiot**., v. 4, nº 1, p. 35-46, 2014.

SANTOS, L. F. O.; SEBASTIÃO, M. L. V. de A.; FRANCO, R. O. M.; MARTINS, M. L.; DA SILVA, C. de P. O. & de Souza, E. R. P. Desmistificação da simplicidade das tecnologias leves no processo de trabalho em medicina de família e comunidade. 2017. **Revista de Saúde**, v.8, nº 1 S1, p. 123-124. Disponível em: http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/1074.

SEKI, M *et al*. How do case presentation teaching methods affect learning outcomes? -SNAPPS and the One-Minute preceptor. **BMC Medical Education**, v.16:12, 2016.

SILVA, G. C. C.; KOCH, H. A.; SOUSA, E. G. et al. Ansiedade e depressão em residentes em radiologia e diagnóstico por imagem. **Rev Bras Educ Med**., v.34, p.199-206, 2010.

SILVA, L. J. L., FREITAS, B. S. R. S.; COSTA F. S.; PEREIRA, C. T. R.; REIS, T. L. Estressores na atividade gerencial do enfermeiro: implicações para saúde. **Rev. Enferm**., v.31, nº 2, p.144-52, 2013

SILVA, G.C.C.; SOUSA, E.G.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; BUYS, R.C; SANTOS, A.A.S.M.D.; KOCH, H.A. A importância do apoio psicológico ao médico residente e especializando em radiologia e diagnóstico por imagem. **Radiol Bras**., v. 44, nº 2, p. 81-4, 2011.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa**: guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3ª. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SPONHOLZ, T. C. H. *et al*. Processo de trabalho na residência médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. **Trabalho, Educação e Saúde.** ISSN 1981-7746. 2016, v. 14, nº Suppl 1 p. 67-87. Disponível em: https://Doi.org/10.1590/1981-7746-sol00025.

THALHAMMER, M.; PAULITSCH, K. Burnout – Eine sinnvolle diagnose? Kritische überlegungen zu einem populären begriff. **Neuropsychiatrie,** v.28, nº 3, p. 151-159, 2014. doi:10.1007/s40211-014-0106-x

TEMPSKI, P. Z.; MARTINS, M. de A. A responsabilidade da Escola Médica na manutenção da saúde e da qualidade de vida do estudante. In: BALDASSIN, S. (Org.). Atendimento psicológico aos estudantes de medicina. **Técnica e ética**.1ª ed. São Paulo: Edipro, cap. 2, p. 51-58, 2012.

THE WHOQOL Group. The World health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science Medicine**, v.10, p.1403-9, 1995.

TONATT O. FILHO; ANTONINHO, J. *et al* .O Reflexo do Aumento de Vagas da Residência de Cirurgia Geral no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med., Brasília**, v. 44, nº 1, e007, 2020 .

TORRES, A. R.; RUIZ, T.; MULLER S. S.; LIMA M. C. P. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, nº 2, p 264-75, 2011.

WEN, J. *et al*. Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. **Biosci Trends**, ISSN 1881-7823, v. 10, nº 1, p. 27-33, Feb., 2016.

# APÊNDICE

## **APÊNDICE A**: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo intitulado "Qualidade de vida, prevalência da síndrome de Burnout e da sonolência diurna em médicos residentes na cidade de Manaus". A pesquisa será coordenada pelo Prof. Pedro Paulo Dias Ribeiro, pelo e-mail: ppribeiro@uea.edu.br e telefone: (92) 984213706, com a orientadora Prof.ª Drª. Denise Gutierrez e coorientadora Prof.ª Drª Marianna Brock.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a qualidade de vida, Síndrome de Burnout e sonolência diurna nos residentes de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Anestesia e Ginecologia e Obstetrícia em hospitais de referência em Manaus. Entre objetivos específicos, visa estimar a prevalência da Síndrome de Burnout e a qualidade de vida e sonolência diurna dos residentes, além de determinar variáveis de risco que podem determinar essas alterações.

Entende-se por "riscos" da pesquisa a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Buscar-se-á a redução do quadro de riscos aos participantes da pesquisa, seja de anonimato ou desconfortos, seguindo-se os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Buscando-se minimizar ao máximo os riscos desta pesquisa, respeitar-se-ão sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes.

Na ocorrência de algum dano físico ou psicológico, fica garantido o ressarcimento dos sujeitos participantes da pesquisa sob o ônus do pesquisador, quando necessário.

O levantamento e a análise de dados em uma unidade de educação em saúde podem revelar informações valiosas para a compreensão de um possível fenômeno em ascensão na população global, o que possibilita a tomada de intervenções com o fim de reduzir os impactos negativos na qualidade de vida desta população específica.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFAM) poderá ser encontrado na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus/AM, telefone (92) 3305-5130.

Neste estudo, você será submetido(a) a um questionário, e você terá toda a autonomia para decidir entrar ou não na pesquisa. Também terá toda a liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza. Tanto sua pessoa quanto os dados por você fornecidos serão mantidos sob absoluta confidencialidade e, portanto, ninguém mais terá

conhecimento sobre sua participação. Confidencialidade garantida pela não identificação do médico residente que respondeu ao questionário, sendo os dados coletados usados exclusivamente pelo pesquisador, que os divulgará apenas no meio acadêmico e com relação à referida pesquisa.

Embora a natureza desta pesquisa apresente risco muito baixo, você tem a garantia de indenização por parte da Instituição promotora da pesquisa e do investigador se acontecer dano(s) à sua saúde em decorrência da pesquisa; e sua decisão de participar do estudo não está de maneira alguma associada a qualquer tipo de recompensa financeira ou em outra espécie.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao fim deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra, do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa.

Sempre que for necessário esclarecer alguma dúvida sobre o estudo, você deverá buscar contato com o realizador da Pesquisa Prof. Pedro Paulo Dias Ribeiro por intermédio do e-mail ppribeiro@uea.edu.br ou no telefone (92) 984213706.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Manaus, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

# ANEXOS

## ANEXO A: REGIMENTO INTERNO

### NÚCLEO DE APOIO AO MÉDICO RESIDENTE E PRECEPTOR - NAMP

### REGULAMENTO INTERNO
### CAPÍTULO I

### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O Núcleo de Apoio ao Médico Residente e Preceptor – NAMP, regido por este Regulamento, configura-se como um dos canais de comunicação entre os médicos residentes, médicos preceptores, setores administrativos e pedagógicos dos programas de Residência Médica da Fundação Hospital Adriano Jorge- FHAJ, Universidade do Estado do Amazonas-UEA com o objetivo de desenvolver ações e intervenções no contexto acadêmico que contribuam com o processo de formação, incentivo a melhora dos índices de Qualidade de Vida e prevenção da Síndrome de Burnout.

§ 1º O NAMP tem como objetivo prestar atendimento aos médicos residentes e preceptores dos programas de residência médica para mediar ações, junto aos demais setores, que possam melhorar a qualidade de vida, prevenção e identificação da Síndrome de Burnout, apoio pedagógico e/ou solucionar problemas apresentados – em consonância com o Regimento das respectivas COREMES.

### CAPÍTULO II

### DAS FINALIDADES

Art. 2º O Núcleo de Apoio ao Médico Residente e Preceptor (NAMP) tem por finalidades:

I – Proporcionar atendimento didático-pedagógico aos preceptores vinculados aos programas de residência médica, visando apoiá-los e orientá-los em seu processo de ensino-aprendizagem, mais especificamente em eventuais dificuldades;

II – Auxiliar na identificação de estratégias resolutivas, diante de situações vinculadas as instâncias psicológica, pedagógica e social;

III – Promover, diante das necessidades, eventos de capacitação e educação continuada (cursos, oficinas, minicursos, simpósios e *workshops*);

IV – Organizar eventos de extensão, integrando a comunidade acadêmica e os programas de residência médica.

V – Realizar Orientação aos médicos residentes indecisos ou insatisfeitos com a escolha do programa, proporcionando uma ajuda especializada com profissionais e estagiários da área de psicologia, visando, portanto, a satisfação pessoal e, futuramente, profissional do médico em treinamento;

VI – Conhecer o estatuto da residência médica, em consonância com a legislação vigente, especificamente a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, bem como, sanar eventuais dúvidas pertinentes a tais;

VII – Organizar projetos e eventos necessários a melhor integração dos médicos residentes e preceptores à IES e ao Hospital, com temáticas de relevância acadêmica e social;

VIII – Elaborar e reelaborar instrumentos – manuais, informativos, e outros documentos, que contribuam para o processo de aprendizagem dos médicos residentes e preceptores;

IX – Acompanhar todos os processos de cancelamento de matrícula nos programas, visando possível resolução do problema que, por ora, incite o médico residente ao desligamento da Instituição;

X – Manter contato com médicos residentes que possuem faltas frequentes e/ou mau desempenho acadêmico, visando a sua aproximação com o NAMP, de forma a demonstrar a preocupação da Instituição, quando houver sinalizadores de dificuldades;

XII – Atender aos médicos residentes em processo final de formação, averiguando a solução para eventuais problemas (falta de documentação, estágios pendentes e horas complementares faltantes);

XII – Elaborar relatórios das ações desenvolvidas no setor, para fins de registro e avaliação para readequações dos trabalhos futuras.

## CAPÍTULO III

## DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.3° A equipe permanente do NAMP será constituída por servidores da Fundação Hospital Adriano Jorge e Universidade do Estado do Amazonas.

§ 1° As atividades do NAMP serão realizadas por:

a) Preceptores dos programas de Residência Médica;

b) Professores da Universidade do Estado do Amazonas;

c) Professores colaboradores;

d) Assistente Social;

e) Técnicos-administrativos;

d) Profissionais de áreas afins que desenvolvam projetos aprovados e acompanhados pela equipe do NAMP.

Art.4° A estrutura organizacional do NAMP está constituída por:

I – Coordenação;

II – Subcoordenação;

III – Coordenação de Promoção de Saúde;

IV – Coordenação Acadêmica;

V – Serviço de Assistência em Saúde Mental;

§ 1° A Coordenação e a Subcoordenação serão exercidas por preceptor pertencente ao quadro dos programas de residência médica; deverão ser indicadas e designadas pela COREME.

§ 2° A Coordenação de Promoção de Saúde será exercida por profissional de nível superior e da área da saúde, com experiência em promoção de saúde.

§ 3° A Coordenação Acadêmica por profissional de nível superior da área da saúde ou educação com experiência em ensino de pós-graduação com a titulação mínima de mestre em ciências da saúde, educação e áreas afins.

§ 4° Serviço de Assistência em Saúde Mental será composto por médico psiquiatra e psicólogo.

§ 5° O NAMP buscará a parcerias de outros setores para desenvolver suas atividades, diante das necessidades previstas.

## CAPÍTULO IV

## DAS COMPETÊNCIAS DE SEUS MEMBROS

Art.5° São atribuições da Coordenação do NAMP:

I – Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do NAMP;
II – Planejar e coordenar ações desenvolvidas pelos membros do NAMP;
III – Convocar os membros do NAMP para as reuniões mensais ordinárias e se for o caso extraordinária, enviando as pautas com antecedência de praxe;
§ 1° As deliberações das reuniões do NAMP serão resultantes do consenso da equipe.
IV - Buscar as parcerias necessárias para o desenvolvimento das ações do setor;
V - Articular junto aos coordenadores dos programas de residência médica e demais setores da Instituição, o envolvimento dos preceptores;

VI - Elaborar relatórios, no final de cada semestre, das atividades desenvolvidas pelo setor;
VII – Atender aos médicos residentes e preceptores que procuram e/ou são encaminhados ao setor, por problemas de ordem geral;
VII – Prestar atendimento aos residentes nos casos de desligamento (cancelamento e desistência).

Art.6° São atribuições da Subcoordenação do NAMP:

I – Substituir o Coordenador no caso e sua ausência;
II – Propiciar, de forma oral ou escrita, o acesso aos médicos residentes às normas e regulamentos da Instituição (Regimento da Residência Médica, Normas Disciplinares e Regulamento);
III – Acompanhar os residentes no processo final da formação, averiguando ou buscando a solução para eventuais problemas;
IV – Lavrar as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do NAMP.
V – Monitorar escalas de médicos residentes, carga horária, folga pós plantão e aplicar semestralmente os instrumentos de identificação de Síndrome de Burnout, Sonolência Diurna e percepção de Qualidade de Vida.

Art. 7º São atribuições da Coordenação de Promoção de Saúde:

I – Elaborar ou reestruturar instrumentos e informativos que contribuam para o processo de aprendizagem, prevenção da Síndrome de Burnout e aumento de índices de Qualidade de Vida dos médicos residentes e preceptores;
II – Realizar a promoção e organização de eventos e projetos para a comunidade acadêmica interna e comunidade externa;

III – Realizar ações sociais de natureza preventiva ou instrutiva com o propósito de criar um ambiente de trabalho e ensino saudável, agradável e acolhedor, pautado na busca do bem-estar individual e coletivo

IV – Promover ações que contribuirão para a prevenção do adoecimento e fortalecimento de potencialidades que promovam saúde.

V – Auxiliar o subcoordenador a monitorar escalas de médicos residentes, carga horária, folga pós plantão e aplicar semestralmente os instrumentos de identificação de Síndrome de Burnout, Sonolência Diurna e percepção de Qualidade de Vida.

VI – Elaborar ou reestruturar instrumentos e informativos que contribuam para o processo de aprendizagem dos alunos e organização acadêmica;

VII – Colaborar com a Coordenação do NAMP na proposição e implementação dos projetos e programas relacionados a Qualidade de Vida e prevenção da Síndrome de Burnout.

Art.8° São atribuições do Serviço de Saúde Mental:

I – Colaborar com a Coordenação do NAMP na proposição e implementação dos projetos e programas de atendimentos aos médicos residentes e preceptores;

II – Prestar atendimento e acompanhamento individualmente aos médicos residentes que necessitarem;

III - Orientar os preceptores sobre indícios que os residentes com Síndrome de Burnout podem apresentar;

IV - Orientar os demais profissionais do NAMP sobre procedimentos para reconhecer problemas de comportamento, percepção ruim de Qualidade de Vida e outras situações graves de estresse e dificuldades de aprendizagem.

V - Manter contato com os preceptores para identificar suas necessidades pedagógicas e organizacionais;

## CAPÍTULO V

## DAS ATRIBUIÇÕES DO NAMP

Art. 9º Compete ao NAMP

a) Apresentar-se como um local de referência para os médicos residentes e preceptores, tanto para assistência, como para orientação e encaminhamentos, garantindo o sigilo de todos os acompanhamentos realizados;

b) Oferece um espaço confiável para solicitação de ajuda, mesmo quando o programa de treinamento e/ou hospital se apresentarem como fonte das dificuldades vivenciadas;

## CAPÍTULO VI

## DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10º O presente Regulamento poderá ser modificado, sempre que constadas necessidades relevantes, devendo as modificações propostas serem submetidas à apreciação da Coordenação e Membros do NAMP.

Art. 11º Os casos omissos serão resolvidos pela Coordenação do NAMP e COREME.

## ANEXO B: INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Cargo: .....Setor: .....
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Data De Nascimento: ____/____/____
Estado Civil:.....

Por favor, leia atentamente cada um dos itens a seguir e responda se já experimentou o que é relatado, em relação a seu trabalho. Caso nunca tenha tido tal sentimento, responda "0" (zero) na coluna ao lado. Em caso afirmativo, indique a frequência (de 1 a 6) que descreveria melhor seus sentimentos, conforme a descrição abaixo:

0. Nunca
1. Uma vez ao ano ou menos
2. Uma vez ao mês ou menos
3. Algumas vezes ao mês
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes por semana
6. Todos os dias

1 Sinto-me esgotado/a ao final de um dia de trabalho
2 Sinto-me como se estivesse no meu limite
3 Sinto-me emocionalmente exausto/a com o meu trabalho
4 Sinto-me frustrado/a com o meu trabalho
5 Sinto-me esgotado/a com o meu trabalho
6 Sinto que estou trabalhando demais nesse emprego
7 Trabalhar diariamente com pessoas me deixa muito estressado/a
8 Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço
9 Sinto-me cansado/a quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho
10 Sinto-me cheio/a de energia
11 Sinto-me estimulado/a de trabalhar em contato com os pacientes
12 Sinto-me que posso criar um ambiente tranquilo para os pacientes
13 Sinto que influencio positivamente a vida dos outros através do meu trabalho
14 Lido de forma adequada com os problemas dos pacientes
15 Posso entender com facilidade o que sentem os pacientes
16 Sinto que sei tratar de forma tranquila os problemas emocionais do meu trabalho
17 Tenho que conseguir muitas realizações em minha profissão
18 Sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas
19 Sinto que trato alguns pacientes como se fossem objetos
20 Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço esse trabalho
21 Não me preocupo realmente com o que ocorre com alguns dos meus pacientes
22 Preocupo-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente

**Fonte:** GRUNFELD *et al*, 2000.

## ANEXO C: ESCALA DE SONOLÊNCIA DIURNA DE EPWORTH (ESE)

Qual a probabilidade de você "cochilar" ou adormecer nas situações apresentadas a seguir? Procure separar da condição de se sentir simplesmente cansado (a).

Responda pensando no seu modo de vida nas últimas semanas. Mesmo que você não tenha passado por alguma dessas situações recentemente, tente avaliar como se portaria frente a elas.

Utilize a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado para cada situação.

0 – Nenhuma chance de cochilar
1 – Pequena chance de cochilar
2 – Moderada chance de cochilar
3 – Alta chance de cochilar

Sentado e lendo.

Vendo televisão.

Sentado em lugar público sem atividades (sala de espera, cinema, teatro, reunião).

Como passageiro de trem, carro ou ônibus, andando uma hora sem parar.

Deitado para descansar á tarde, quando as circunstâncias permitem.

Sentado e conversando com alguém.

Sentado calmamente, após o almoço, sem álcool.

Se estiver no carro, enquanto para pôr alguns minutos no trânsito intenso.

### AUTOAVALIAÇÃO DO SONO

1. Em média, quantas horas você dorme durante a semana? _____

2. Em média, quantas horas você dorme no fim de semana quando as circunstâncias permitem? _____

3.Quantas horas de sono você considera ideal para você? _____

4. No último mês, você dormiu menos do que acha o mínimo ideal para você?
( ) sim
( ) não
Qual o principal motivo para você ter dormido menos?
( ) não dormi menos no último mês
( ) problemas de saúde
( ) insônia
( ) estudos
( ) entretenimento (cinema, teatro, bar, casa noturna, festa, eventos etc.)
( ) trabalho
( ) televisão
( ) internet ou jogos eletrônicos
( ) outros (por favor, descreva)

## ANEXO D: WHOQOL BREF (A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE)

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | Muito Ruim | Ruim | Nem Ruim Nem Boa | Boa | Muito Boa |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Como Você avaliaria sua Qualidade de Vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Muito Ruim | Ruim | Nem Ruim Nem Boa | Boa | Muito Boa |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.**

| | | Nada | Muito Pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extrema-mente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.**

| | | Nada | Muito Pouco | Médio | Muito | Completa mente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.**

| | | Muito Ruim | Ruim | Nem Ruim Nem bom | Bom | Muito bom |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito Nem insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | | Nunca | Algumas Vezes | Frequentemente | Muito Frequente-mente | Sempre |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como maus humores, desespero, ansiedade, depressão? | | | | | |

**Fonte**: WHOQOL, 1995.

# ANEXO E: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM

Plataforma Brasil

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida, prevalência da síndrome de Burnout e da sonolência diurna em médicos residentes na cidade de Manaus.

**Pesquisador:** PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 30522920.2.0000.5020

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Amazonas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.123.977

**Apresentação do Projeto:**

RESUMO:. A Qualidade de vida é de fundamental importância no que tange ao profissional que lida com vidas. A residência médica tem um excelente conceito de capacitação médica, porém sofre várias críticas no requisito qualidade de vida do médico residente, devido originar uma mudança brusca em seu estilo de vida e um ritmo de trabalho aumentado pela carga horária compatível com a legislação da residência médica. Dois fatores são considerados importantes escores para mensurar a qualidade de vida desses profissionais: a privação do sono diurno e a Síndrome de Burnout. O Burnout é um tema muito recente aplicado à exaustão física/mental nos profissionais da área de saúde, com consequências que vão desde o dano mental no profissional até danos e até mesmo a morte aos pacientes. OBJETIVO: Esse trabalho tem como objetivo principal analisar a qualidade de vida, prevalência de síndrome de Burnout e sonolência diurna nos médicos residentes de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Otorrinoloaringologia, Ortopedia e Ginecologia e Obstetrícia em hospital de referência em Manaus e propor mudanças nos programas de residência médica e implementar programa de melhoria da qualidade de vida dos médicos residentes .MÉTODO: Irá ser aplicado questionários WHOQOL (Avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde) — abreviado, EPWORTH para avaliação da qualidade de vida e sonolência diurna respectivamente. O Burnout será estudado segundo os critérios de Maslach nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. RESULTADOS ESPERADOS: Identificar possível Burnout, sonolência diurna e nível de qualidade de vida dos residentes estudados e

**Endereço:** Rua Teresina, 495
**Bairro:** Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
**UF:** AM **Município:** MANAUS
**Telefone:** (92)3305-1181 **E-mail:** cep.ufam@gmail.com

fortalecer iniciativas que melhorem a qualidade de vida e a aprendizagem dos médicos residentes da cidade de Manaus.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar a presença da Síndrome de Burnout em médicos residentes de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologista, Ginecologia e Obstetrícia no hospital de ensino Adriano Jorge – Manaus – Amazonas.

Objetivo Secundário:

- Identificar a prevalência da Síndrome de Burnout com suas 3 dimensões;
- Determinar variáveis de risco que estimulem o surgimento e/ou evolução do sofrimento psíquico;
- Estimar a relação entre Qualidade de vida e Síndrome de Burnout;
- Avaliar a sonolência diurna dos residentes e suas consequências na qualidade de vida e treinamento médico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Em conformidade com a Resolução 466/12 (CNS)

Benefícios:

Em conformidade com a Resolução 466/12 (CNS)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A proposta representa um projeto de dissertação do Mestrado Profissional em Cirurgia, pertencente ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia (PPGRACI), a ser desenvolvido pelo Médico anestesiologista Pedro Paulo Dias Ribeiro, com orientação da Profa Dra Denise Machado Duran Gutierrez e co-orientação da Profa Dra Marianna Brock.

As pendências solicitadas no parecer 4.059.988 de 31 de maio de 2020, foram devidamente atendidas em relação ao protocolo da pesquisa, sobretudo o título.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

I) Folha de rosto: Adequada. Arquivo "FOLHADEROSTOPEND.pdf" anexado em 21.05.2020.

II) Termo de anuência. Adequado. Arquivo "TermosdeAnueciaGOFHAJ.pdf" anexado em 21.05.2020.

III) Projeto Detalhado / Brochura Investigador. Inadequado. Arquivo "Projeto_Cientifico_Tecnologico_21052020.pdf" anexado em 21/05/2020.

IV: Anexos: Foram apresentados 6 anexos, incluindo a carta resposta.

V) TCLE: "TCLE.pdf", postado em 11.06.2020. Adequado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de protocolo de pesquisa envolvendo seres humanos. O protocolo atende a Resolução 466/12. Foram atendidas as pendências solicitadas no parecer anterior. Frente as adequações encontradas, o estudo em tela tem como parecer APROVADO.

Seguem as pendências, com as respectivas respostas do pesquisador, e a devida análise do CEP:

PENDÊNCIA do parecer 4.059.988 de 31 de maio de 2020:

PENDÊNCIA NO FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO DE PESQUISA NA PLATAFORMA BRASIL. Além disso, na solicitação do termo de dispensa de TCLE, é necessário assinalar a opção "não", pois detectou-se que está marcada erroneamente a opção "sim".

A. Solicita-se AJUSTAR O TÍTULO da pesquisa para "Qualidade de vida, prevalência da síndrome de Burnout e da sonolência diurna em médicos residentes na cidade de Manaus", pois no protocolo atual permanece o título antigo "Impacto da prevalência da síndrome de burnout e da sonolência diurna na qualidade de vida dos médicos residentes do Hospital Fundação Adriano Jorge e da Universidade Estadual do Amazonas (UEA) na cidade de Manaus – Amazonas" B. Solicita-se ajustar os riscos e benefícios de maneira semelhante a apresentada na nova versão do TCLE.

RESPOSTA DO PESQUISADOR: "...em relação a solicitação do termo de dispensa de TCLE, foi corrigida e assinalado opção "não".

A. TÍTULO da pesquisa AJUSTADO para "Qualidade de vida, prevalência da síndrome de Burnout e da sonolência diurna em médicos residentes na cidade de Manaus".

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM

Continuação do Parecer: 4.123.977

B. Riscos e benefícios ajustados de maneira semelhante a apresentada na nova versão do TCLE

ANALISE DO CEP: Pendência atendida

Considerando que o pesquisador atendeu ao solicitado no parecer 4.059.988 de 31 de Maio de 2020, somos pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em razão do exposto,somos de parecer favorável que o projeto seja aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1505348.pdf | 11/06/2020 09:42:11 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 11/06/2020 09:41:49 | PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO | Aceito |
| Outros | Carta_resposta1106.pdf | 11/06/2020 09:39:20 | PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Cientifico_Tecnologico_21052020.pdf | 21/05/2020 16:12:18 | PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO | Aceito |
| Declaração de concordância | TermosdeAnueciaGOFHAJ.pdf | 21/05/2020 16:10:59 | PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO | Aceito |
| Outros | Carta_Resposta.pdf | 21/05/2020 16:07:26 | PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHADEROSTOPEND.pdf | 21/05/2020 15:56:10 | PEDRO PAULO DIAS RIBEIRO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Teresina, 495
**Bairro:** Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
**UF:** AM **Município:** MANAUS
**Telefone:** (92)3305-1181 **E-mail:** cep.ufam@gmail.com