



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 11, pp. 52045-52050, November, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23363.11.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

EFEITOS DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA NA APRENDIZAGEM E NA QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Adriane Vieira^{1,*}, Selme Silqueira de Matos², Fabiana Maria Kakehasi³, Marilene Vale de Castro Monteiro⁴, Carla Aparecida Spagnol⁵, Karla Rona da Silva⁶, Fátima Ferreira Roquete⁷ and Meiriele Tavares Araújo⁸

¹Departamento de Gestão em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; ²Departamento de Enfermagem Básica Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; ³Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; ⁴Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; ⁵Departamento de Enfermagem Aplicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; ⁶Departamento de Gestão em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; ⁷Departamento de Gestão em Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil; ⁸Departamento de Enfermagem Aplicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 10th August, 2021
Received in revised form
19th September, 2021
Accepted 03rd October, 2021
Published online 30th November, 2021

Key Words:

Residency in Health,
Residents, Quality of Life,
Evaluation.

*Corresponding author: *Adriane Vieira*

ABSTRACT

This paper aimed to analyze the effect of the health residency programs on residents' quality of life in the training of three teaching hospitals located in southeast of Brazil. This quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional survey study was conducted with 363 residents. A self-administered questionnaire composed by two Likert-type scales: Quality of Life Scale (WOQOL-Bref) and Health Residency Program Assessment Scale (APRS) was used. The results show that the average of the Physical Domain dimension was significantly lower than the averages of the other dimensions concerning of the quality of life. Regarding the Assessment of Health Residency Programs, the dimension with the best average was Learning and Professional Interactions, while the lowest was Quality of Programming and Pedagogical Support. It was confirmed the tested hypothesis. It can be concluded that the Assessment of Health Residency Program influences the Quality of Life, and that the higher the APRS, the higher it tends to be the Quality of Life.

Copyright © 2021, *Adriane Vieira et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: *Adriane Vieira, Selme Silqueira de Matos, Fabiana Maria Kakehasi, Marilene Vale de Castro Monteiro et al.* "Efeitos dos programas de residência na aprendizagem e na qualidade de vida dos profissionais de saúde", *International Journal of Development Research*, 11, (11), 52045-52050.

INTRODUCTION

As Residências em Saúde se configuram como um dos eixos de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação profissional. Essa modalidade de educação tem como objetivo não apenas formar um profissional, mas também um cidadão que se envolve e se implica nos processos sociais, transformando a realidade e enfrentando os desafios cotidianos. Assim, as competências dos profissionais devem estar em consonância, portanto, com os princípios do SUS, dentre eles a integralidade em saúde, e as ações devem ser desenvolvidas em cenários concretos de prática (Torres *et al.*, 2019). A Residência Médica (RM) foi instituída oficialmente no Brasil pelo Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977 (Brasil, 1977; Torres *et al.*, 2019)

com carga horária de 60 horas semanais, sendo 80 a 90% sob a forma de atividade prática, destinando-se um mínimo de seis horas semanais de atividades teóricas, sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa dos residentes, podendo ter a duração de até cinco anos dependendo da especialidade. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), por sua vez, surgiu em 1978 no Rio Grande do Sul, com o objetivo de formar profissionais com uma visão integrada da saúde e com perfil humanista e crítico ressaltando a importância da multidisciplinaridade na assistência em saúde (Mello *et al.*, 2019). A partir da década de 1990, sob orientação dos Fóruns Participativos da Saúde começaram a surgir diferentes programas de RMS, regulamentados pela Lei n.º 11.129/2005, art. 13 (Brasil, 2005; Torres *et al.*, 2019), que estabeleceu a necessidade de reorganização dos programas com base na problematização da realidade, vislumbrando

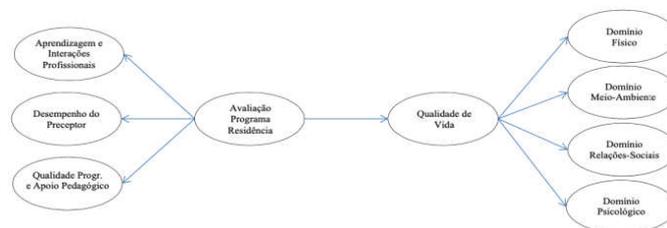
um novo modelo de atenção a saúde que integrasse residentes, docentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais da saúde no cotidiano dos serviços, respeitando as realidades regionais (Mello *et al.*, 2019). A RMS deve preservar as especificidades de cada profissão envolvida, mantendo uma área comum entre elas, com a duração máxima de 2 anos e uma carga de 60 horas semanais (Brasil, 2005). Esta fase da formação profissional é muito importante para a aquisição de competências técnicas e comportamentais pelos profissionais de saúde, no entanto, pelo fato de exigir intensa carga horária de atividades em ambiente competitivo, estressante e insalubre, física e psicologicamente, também pode comprometer a qualidade de vida dos acadêmicos (Mayer, 2017). A Qualidade de Vida, segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO) pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, no contexto de sua cultura e valores e em função de seus objetivos, expectativas e padrões (Whoqol Group, 1998). Ela está, portanto, relacionada ao bem-estar, englobando uma dimensão objetiva, como os rendimentos e a infraestrutura, e uma dimensão subjetiva, associada à valorização social, e ao bom relacionamento interpessoal (Pedroso & Pilatti, 2010; Sorés & Peto, 2015). Como a RMS está centrada na assistência ao paciente crítico, o grau de exigência a que o residente está submetido é muito grande, de um lado ele deve lidar com casos graves, com situações de tensão e morte, enquanto de outro se encontram as questões psicossociais, ambientais e familiares, que exigem equilíbrio físico e mental dos discentes (Sanchez, 2016). Estudos apontam que a privação do sono, a falta de repouso e de lazer são fatores que articulados podem afetar a disposição e a capacidade para o trabalho, favorecendo sentimento de desânimo, ansiedade, mau humor e até depressão. Por esse motivo é de vital importância avaliar e aprimorar o processo de educação em saúde e também o processo de trabalho, identificando-se pontos fortes e fracos dos programas de residência, especialmente do ambiente e das práticas educacionais (Iqbal, Gupta, & Venkatarao, 2015; Vieira, Monteiro & Silva, 2021). Nesta perspectiva, o cuidado à saúde do residente não deve ser negligenciado, uma vez que este, comumente, está exposto a situações de estresse e sobrecarga, dentre outras já descritas. Estabelecidas as variáveis deste estudo, o objetivo geral da pesquisa foi analisar o efeito dos programas de residência em saúde na qualidade de vida dos residentes. Esse estudo de natureza quantitativa foi realizado em três hospitais gerais localizados na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, região sudeste do Brasil, todos vinculados ao sistema público de saúde, o SUS. A pesquisa se justifica, pois, ao se realizar o levantamento em periódicos da área da saúde, não foi possível localizar artigos que estabelecessem uma relação entre o processo de formação produzido pelos programas de Residência em Saúde e a Qualidade de Vida dos discentes, apenas trabalhos que analisaram os dois temas separadamente. Visando preencher esta lacuna do conhecimento, esse trabalho propôs um modelo quantitativo para analisar o comportamento das variáveis qualidade de vida do programa de residência e qualidade de vida dos residentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de caráter descritivo, correlacional, de corte transversal, utilizando-se o método de pesquisa *survey* (Zangirolami-Raimundo *et al.*, 2018). Três hospitais gerais foram envolvidos na pesquisa. O Hospital A, público federal, o Hospital B, público estadual, e o Hospital C, privado, sem fins lucrativos. Todos eram vinculados ao SUS e localizados na cidade de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. Os Hospitais A e B ofertavam residência médica e multiprofissional, e o Hospital C apenas residência médica. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado por todos os participantes da pesquisa, fornecia informações sobre o estudo, garantia o sigilo das identidades e explicava que eles poderiam, sem constrangimento, interromper o preenchimento do instrumento de coleta de dados a qualquer momento. O Comitê de Ética aprovou a pesquisa, que tem o registro CAAE 51490015.2.0000.5149, parecer 1.748.321. A residência médica do Hospital A contava com 531 médicos residentes e a multiprofissional contava com 60 profissionais da saúde. No Hospital B havia 61 residentes

médicos e 24 multiprofissionais. O Hospital C contava com 40 residentes médicos. O critério de inclusão foi estar cursando a residência médica ou multiprofissional a pelo menos há um ano.

Variáveis do estudo e instrumento de coleta de dados: As variáveis do estudo e as relações de causalidade entre elas estão detalhadas na Figura 1.



Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 1. Modelo teórico hipotético

No questionário foram inseridas as seguintes escalas compondo três constructos do modelo:

- a Escala de Avaliação de Programas de Residência em Saúde (APRS) desenvolvida e validada por Vieira, Monteiro e Silva (2021), composta por 55 variáveis distribuídas em três dimensões: aprendizagem e interações profissionais, desempenho do preceptor, qualidade da programação e apoio pedagógico;
- e o Whoqol-Bref desenvolvido pelo Grupo WHOQOL (1998) e validado no Brasil por Fleck *et al.* (1999), composto por 26 questões, sendo duas de autoavaliação da qualidade de vida e 24 distribuídas em quatro dimensões: física, psicológica, relações sociais e meio ambiente.

As duas escalas eram do tipo Likert de cinco pontos. O último bloco do questionário continha informações sociodemográficas. A hipótese testada foi: quanto melhor a avaliação de programas de residência em saúde, melhor a qualidade de vida dos residentes.

Registro e análise preliminar dos dados: As respostas dos participantes foram registradas em banco de dados, por meio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Em relação aos outliers multivariado nenhuma observação foi considerada; quanto aos univariados foram encontradas 5 (0,04%) observações, no entanto, elas não foram retiradas da amostra, por acreditar-se que se tratavam de casos válidos da população e que, se eliminados, poderiam limitar a generalidade da análise multivariada (Hair *et al.*, 2010). Em relação à linearidade foram observadas 2234 de 5886 relações significativas ao nível de 5%, o que representa aproximadamente 37,95% das correlações possíveis, pela matriz de correlação de Pearson. Além disso, pelo teste de Bartlett (Mingoti, 2005), foram observados valores-p inferiores a 0,05 em todos os constructos, identificando-se assim que existe linearidade significativa dentro dos constructos. A validade convergente e a confiabilidade de cada constructo foram utilizadas para analisar a qualidade dos indicadores. Quanto à validade convergente foram considerados válidos os valores da Variância Média Extraída (AVE) acima de 50% (Henseler, Ringle e Sinkovics, 2009). Para análise da confiabilidade utilizou-se o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC), considerando-se adequados valores acima 0,70 (Tenenhaus, Esposito & Yves-Mariechatelin, 2005). A medida de adequação de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi utilizada para verificar a adequação da análise fatorial da amostra, cujos valores podem variar entre 0 e 1 (Hair *et al.*, 2010). Como resultado, todos os constructos apresentaram validação convergente, pois a AVE foi superior ou igual a 0,40. Todos os constructos apresentaram Alfa de Cronbach (A.C.) ou Confiabilidade Composta (C.C.) acima de 0,60, ou seja, todos apresentaram os níveis exigidos de confiabilidade. Em todos os constructos o ajuste da Análise Fatorial foi adequado, uma vez que todas as medidas KMO foram maiores ou iguais a 0,50. Todos os constructos foram unidimensionais pelo critério

Acceleration Factor. Para realizar a análise descritiva das variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, e as medidas de tendência central, posição e dispersão foram utilizadas para a descrição das variáveis quantitativas. Na descrição dos itens foram utilizadas médias e desvios padrão, além do método Bootstrap, considerado válido para calcular os intervalos de confiança das médias (Efron & Tibshirani, 1992). Com o intuito de avaliar as relações entre os constructos foi adotado o modelo de equações estruturais, utilizando-se a abordagem PLS. A abordagem PLS (Partial Least Square) (Tenenhaus, Esposito & Yves-Mariechatelin, 2005) foi desenvolvida como uma alternativa à abordagem tradicional baseada na matriz de covariância (CBSEM), sendo uma técnica que oferece maior flexibilidade na modelagem dos dados, uma vez que não é necessário satisfazer algumas suposições mais duras tais como normalidade multivariada dos dados, independência entre as observações e tamanho amostral elevado. O processo de modelagem de equações estruturais divide-se em duas partes: Modelo de Mensuração e Modelo Estrutural. Para verificar a validade do modelo de mensuração, ou seja, da capacidade do conjunto de indicadores de cada constructo representar com precisão seu respectivo conceito, foram avaliadas a dimensionalidade, a confiabilidade e a validade convergente.

RESULTADOS

A pesquisa envolveu 363 residentes dos três hospitais de ensino, 81% residentes médicos e 19% multiprofissionais. Dos respondentes, 312 pertenciam ao programa de residência do Hospital A, 31 ao Hospital B e 20 ao Hospital C. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas da amostra de 363 residentes dos 3 hospitais

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	203	56,86
	Masculino	154	43,14
	Não respondeu	6	1,65
Estado Civil	Solteiro	266	73,28
	Casado	78	21,49
	União Estável	15	4,13
	Divorciado	2	0,55
	Viúvo	1	0,28
	Separado	1	0,28
Nível da Residência	R1	57	16,06
	R2	110	30,99
	R3	66	18,59
	R4	86	24,23
	R5	36	10,14
	Não respondeu	8	2,20
Tipo de Residência	Médica	295	81,27
	Multiprofissional	68	18,73
Hospital	Hospital A	312	85,95
	Hospital B	31	8,54
	Hospital C	20	5,51
Idade	Média (D.P.)	29,29	(3,74)

Sobre o perfil da amostra destaca-se que 56,86% residentes eram do sexo feminino, 81,27% eram residentes em medicina e 85,95% pertenciam ao programa de residência do Hospital A. A idade média era de 29,29 anos, com um desvio padrão de 3,74. A Tabela 2 apresenta a análise descritiva dos constructos. Vale ressaltar que a escala Likert da QV foi transformada e fixada para variar entre 0 e 100, sendo 0 correspondente a respostas negativas e 100 correspondente a respostas positivas, seguindo as orientações de Canavarro *et al.* (2010), sendo que intervalos de confiança estritamente menores que 50 (ponto médio do intervalo) evidenciam negatividade quanto ao item, enquanto que intervalos estritamente maiores que 50 indicam positividade, e intervalos que contêm o 50 não evidenciam negatividade nem positividade. Nas Escalas EAHP de APRS, a escala Likert dos indicadores foi fixada entre 1 e 5, sendo que intervalos de confiança estritamente menores que 3 evidenciam 'negatividade', enquanto que intervalos estritamente maiores que 3

indicam 'positividade' e intervalos que contêm o 3 não evidenciam 'negatividade' nem 'positividade'. Em relação à QV, os indivíduos tenderam à positividade em relação às quatro dimensões. Analisando os intervalos de confiança, observou-se que a média do Domínio Físico foi significativamente menor que as médias dos demais domínios. O Domínio Físico envolve, entre outros fatores: dor, desconforto, falta de energia e fadiga, sono e repouso, capacidade de trabalho, mobilidade e dependência de medicação ou de tratamentos. Estudos têm apontado que em relação a esse domínio as atenções e preocupações devem estar voltadas principalmente para a melhoria da qualidade do sono, pois, a falta de repouso adequado pode acarretar em fadiga, cansaço, sonolência e redução da disposição para o trabalho (Handel, Raja & Lindsell, 2006; Vieira *et al.*, 2019). As causas são as longas jornadas de trabalho e os plantões consecutivos, principalmente nos primeiros anos da residência (Arora *et al.*, 2006; Lourenção *et al.*, 2010). Em muitas situações, segundo Asaiag *et al.* (2010) e Tironi *et al.* (2016), pode haver agravamento do quadro clínico levando à síndrome psicológica de burnout, caracterizada pela exaustão emocional, despersonalização e ineficácia (Trigo, 2010). Outra possibilidade é aderir ao uso de estimulantes durante o dia e soníferos a noite, além dos ansiolíticos, levando à dependência química e emocional (Rotenstein, 2016; Sponholz, 2016; Mayer, 2017). O Domínio Psicológico obteve a segunda menor média. Esse domínio diz respeito à satisfação consigo mesmo, presença de sentimentos positivos ou negativos e autoestima. Uma jornada de trabalho intensa e extensa impede os residentes de aproveitarem a vida, favorecendo o surgimento de sentimentos negativos como mau humor (Zanei, Oliveira & Whitaker, 2019; Vieira, 2019). Os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente apresentaram médias um pouco mais altas. O primeiro diz respeito ao suporte social e o segundo a segurança física e financeira, aos cuidados com a saúde e as oportunidades de lazer, que parecem estar preservados e garantindo um equilíbrio da QV. Acrescenta-se ainda nesse domínio, o medo de cometer erros, bem como crescentes cobranças e responsabilidades impostas aos residentes, que, para Zare (2012), são fatores comumente associados aos níveis de estresse e exaustão emocional. Em relação à Avaliação de Programas de Residência em Saúde (APRS), os indivíduos tenderam a positividade em relação a todas as dimensões. No entanto, observou-se que a média da dimensão Aprendizagem e Interações Profissionais foi significativamente maior que as médias das demais dimensões. Isso significa que os residentes estão satisfeitos com o conteúdo ensinado, e também com o estímulo recebido para sua aplicação na prática clínica. Além disso, eles se sentem seguros no desempenho das atividades e apresentam boas interações sociais (Vieira *et al.*, 2021).

Na segunda dimensão, encontra-se o Desempenho do Preceptor, que é o profissional em serviço com função de ensino e suporte ao residente, no que se refere aos conhecimentos advindos da prática, auxiliando-os no desenvolvimento da confiança e segurança para realização das atividades diárias, mas também no estabelecimento de comunicações assertivas e comportamento ético (Borges *et al.*, 2014). Essa dimensão envolve capacidade do preceptor de esclarecer dúvidas, disponibilidade de tempo para a orientação, capacidade de avaliar o desempenho e dar feedback, e uso de metodologias que motivem o residente (Vieira *et al.*, 2021). Os resultados da pesquisa indicam a necessidade de melhoria na preparação do preceptor para o desempenho dessa função, podendo ser este um ponto frágil no funcionamento dos programas. Estudos apontam que a preceptoría frequentemente não é exercida de forma correta e satisfatória (Silva *et al.*, 2018), pela inexistência de formação pedagógica que prepare o preceptor para o ensino e para a avaliação do desempenho do residente, prejudicando o aproveitamento da residência. Além disso, os profissionais já vivenciam uma rotina assistencial e burocrática muito atribulada, sendo difícil conciliar as tarefas com as necessidades de aprendizagem do residente e, ao mesmo tempo, com as demandas dos pacientes (Farrell *et al.*, 2016). A dimensão mais preocupante, entretanto, foi a Qualidade da Programação e Apoio Pedagógico. Ela diz respeito a variáveis que são capazes de facilitar ou dificultar o processo de ensino aprendizagem, tais como: conteúdo programático; carga horária total do programa; material didático disponível; instalações e equipamentos de apoio pedagógico; valor da

Tabela 2. Análise descritiva dos constructos das escalas de QV e APRS

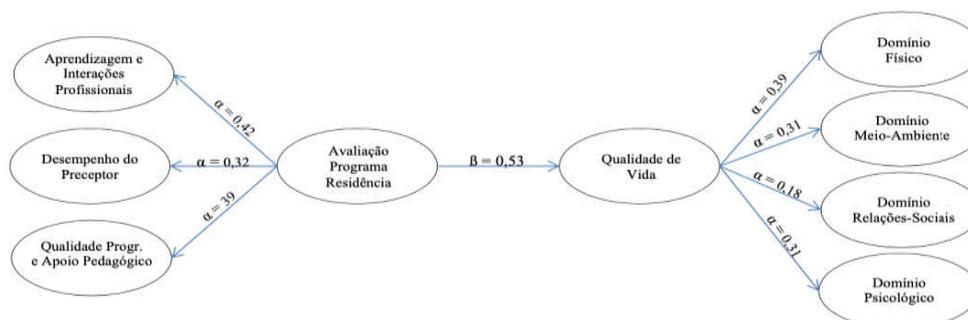
Constructos	Dimensões	Média	Desvio padrão	Intervalo de Confiança 95% ¹
Qualidade de Vida	Domínio Físico	51,24	19,02	[47,90; 54,91]
	Domínio Psicológico	57,94	18,65	[54,29; 61,73]
	Domínio Relações Sociais	64,51	22,43	[59,85; 68,49]
	Domínio Meio-Ambiente	60,14	17,07	[56,82; 63,43]
Avaliação de Programas de Residência em Saúde	Aprendizagem e Interações Profissionais	4,17	0,49	[4,12; 4,22]
	Desempenho do Preceptor	3,75	0,80	[3,67; 3,83]
	Qualidade da Programação e Apoio Pedagógico	3,31	0,74	[3,23; 3,38]

Fonte: elaborado pelos autores. ¹Intervalo de Confiança Bootstrap.

Tabela 3. Modelo estrutural do estudo

Endógenas	Exógenas	β	E.P. (β) ¹	I.C. - 95% ²	Valor-p	R ²
Qualidade de Vida	Avaliação de Programas de Residência em Saúde	0,53	0,08	[0,37; 0,69]	<0,001	28,06%

Fonte: elaborado pelos autores. ¹Erro padrão; ²Intervalo de Confiança; GoF = 31,98%.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2. Modelo estrutural

bolsa; conforto das acomodações de descanso; e qualidade da alimentação fornecida (Vieira *et al.*, 2021). Os resultados indicam que nesses aspectos encontram-se as principais fragilidades dos programas. Destaca-se que essa dimensão também se relaciona com a dimensão Desempenho do Preceptor, uma vez que a Programação e o Apoio Pedagógico atuam de forma colaborativa com o trabalho do preceptor. Outro ponto a ser destacado é que alguns desses itens mostram claramente uma associação com a QV, como o valor da bolsa mensal, por exemplo, que é de R\$ 3.330,43 (valor vigente desde 2018), custeadas pelo Ministério da Educação ou Ministério da Saúde, considerado até atrativo para os residentes multiprofissionais, mas não para os residentes médicos Scheffer *et al.*, 2018; Zanei, Oliveira & Whitaker, 2019). Quanto à carga horária, segundo Mayer (2017), os programas de residência podem ser comparados a um teste de resistência, com muitas cobranças internas e externas e uma carga de trabalho de 60 horas semanais que podem despertar quadros de ansiedade e distúrbios emocionais. Como a residência das áreas médicas não exige dedicação exclusiva é comum que os profissionais estabeleçam outros vínculos de trabalho e que participem de vários plantões semanais (Vieira *et al.*, 2019; Swide & Kirsh, 2007). As privações do sono e os distúrbios cognitivos são as causas do estresse intenso, e consequente aumento da hostilidade, mau humor e isolamento social (Oliveira *et al.*, 2019; Iqbal *et al.*, 2015; Ludwig *et al.*, 2015). O conjunto dos dados indica que a intensa dedicação ao trabalho impede esses profissionais de se realizarem através de outros sistemas da vida, como a família, os amigos e o lazer. Isso vai na contramão do que é esperado pelos recém-formados, segundo Scheffer *et al.* (2018), uma vez que eles desejam uma boa combinação entre trabalho e vida pessoal, como condição para um exercício profissional satisfatório e gratificante. A Tabela 3 apresenta os resultados do modelo estrutural e a Figura 2 ilustra o modelo. Dessa forma, pode-se concluir que houve influência significativa (valor-p > 0,001) da APRS sobre a Qualidade de Vida, sendo que quanto maior for a APRS, maior tende a ser a Qualidade de Vida. A APRS foi capaz de explicar 28,06% da variabilidade da Qualidade de Vida. Isso quer dizer que os programas de residência têm uma grande responsabilidade social. Não só a de garantir que profissionais muito bem qualificados tecnicamente ingressarão no mercado de trabalho, mas também profissionais saudáveis física e emocionalmente, capazes de estabelecer relações interpessoais saudáveis, mediadas pela

empatia, e cientes de que as necessidades dos pacientes e de suas famílias devem ser respeitadas, fazendo uso de uma comunicação clara, transparente e assertiva, e um agir ético. Em outras palavras, os programas devem promover uma formação integral e humanista do residente, aproximando os referenciais teóricos e da prática, integrando saberes de diferentes especialidades, e dessa forma garantindo sua segurança e satisfação com o trabalho e com a profissão. Para que esses propósitos sejam alcançados é fundamental qualificar a preceptoria no que tange às metodologias de ensino atualizadas, tanto para o ensino quando para a avaliação das competências, bem como desenvolver uma comunicação assertiva com o residente de forma que ele possa compreender seus pontos fortes e fracos e buscar melhoria constante. É necessário também conceder autonomia segura, isto é, o residente necessita contar com disponibilidade de tempo e experiência do preceptor para auxiliá-lo a agir de maneira tecnicamente correta, superar obstáculos e construir alternativas de solução. Sugere-se, ainda, que modificações na ambiência de convivência no espaço físico dos programas de residência podem ser instituídas para minimizar os desafios cotidianos e a sobrecarga de trabalho rotineira, estimulando o compartilhamento de experiências e as trocas de idéias e soluções entre os pares.

Considerações Finais

O estudo permitiu confirmar a hipótese de pesquisa de que quanto melhor a APRS melhor a Qualidade de Vida dos residentes. A pesquisa envolveu 363 residentes dos três hospitais de ensino localizados na cidade de Belo Horizonte, Brasil. Foram aplicadas duas escalas: a escala de Qualidade de Vida (QV); e a Escala de Avaliação de Programas de Residência (APRS). Os resultados mostram que em relação à QV, a média da dimensão Domínio Físico foi significativamente menor que as médias dos demais domínios. Em relação à APRS, a dimensão com maior média foi Aprendizagem e Interações Profissionais, e a menor foi Qualidade da Programação e Apoio Pedagógico. Os resultados permitem afirmar que os pontos fracos do programa são as condições físicas de trabalho, como privação de sono e turnos de serviço muito longos, incluindo muitos plantões. Outro aspecto preocupante são as condições psicológicas, como a satisfação consigo mesmo, a presença de sentimentos

negativos e a baixa autoestima. São os aspectos ligados ao suporte social, segurança física e financeira, cuidados com a saúde e oportunidades de lazer, que parecem estar preservando e garantindo um equilíbrio da qualidade de vida dos residentes. Em relação à APRS, os resultados indicam que os residentes estão satisfeitos com o conteúdo ensinado, e também com o estímulo recebido para sua aplicação na prática clínica. No entanto, apontam para a necessidade de melhoria na formação dos preceptores, de forma que sejam capazes de empregar metodologias que motivem o residente, e possam também avaliar o desempenho e dar feedback com mais frequência e transparência. É necessário também repensar a carga horária total do programa, melhorar o acesso aos materiais didáticos, bem como as instalações e equipamentos de apoio pedagógico, o conforto das acomodações de descanso, a qualidade da alimentação fornecida e o valor da bolsa de ensino. Diante dos achados nesse estudo, vale refletir sobre as funções dos programas de RMS de servir como estratégia para introduzir novas formas de organizações coletivas em saúde, demonstrando flexibilidade e participação ativa de toda a equipe no cuidado à população. Esta é, portanto, uma estratégia de educação permanente em saúde que busca promover mudanças no modelo assistencial ainda hegemônico na saúde pública do Brasil, questionando a realidade de maneira crítica reflexiva e desenvolvendo intervenções práticas ativas e participativas na atenção em saúde. Em síntese, o estudo aponta que a articulação entre qualidade da aprendizagem e das interações profissionais, qualidade da programação e apoio pedagógico e preceptores qualificados, pode contribuir para a melhoria dos serviços prestados, servindo como base para uma conduta profissional humanizada, com integralidade da atenção e postura crítica e reflexiva. Essa assistência precisa ser exercitada por profissionais saudáveis física e emocionalmente, com autoestima preservada, certos de que são valorizados e de que o trabalho exercido por eles faz sentido.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ) e a Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento deste estudo.

REFERÊNCIAS

Arora, V, Dunphy, C, Chang, VY, Ahmad, F, Humphrey, HJ, & Meltzer, D (2006). The effects of on-duty napping on intern sleep time and fatigue. *Annals of Internal Medicine*, 144(11), 792-798.

Asaiag, PE, Perotta, B, Martins, MDA, & Tempiski, P (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 422-429.

Borges, MC, Miranda, CH, Santana, RC, & Bollela, VR (2014). Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 47(3), 324-331.

Costa Borim, M. L., da Rocha Romero, F. F., de Queiroz, L. C., Solera, B., Flores, P. P., Ferreira, L., ... & de Souza, V. D. F (2020). Construção da identidade profissional do professor de educação física na perspectiva do preceptor da residência pedagógica. *Brazilian Journal of Development*, 6(3), 14306-14317.

Brasil (1977). Decreto N. 80281, de 5 de setembro de 1977. Brasília: Senado Federal.

Brasil (2005). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 11.129/2005. Brasília.

Canavarró, MC, Pereira, M, Moreira, H, & Paredes, T (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.

Dubar, C (2006). A crise das identidades: a interpretação de uma mutação. Porto, Portugal: Afrontamento.

Efron, B, & Tibshirani, RJ (1992). Introduction to the bootstrap. New York, NY: Chapman & Hall.

Farrell, SE, Hopson, LR, Wolff, M, Hemphill, RR, & Santen, SA (2016). What's the evidence: a review of the one-minute preceptor model of clinical teaching and implications for teaching in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 51(3), 278-283.

Fleck, MPDA, Leal, OF, Louzada, S, Xavier, M, Chachamovich, E, Vieira, G, ... & Pinzon, V (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.

Hair, JF, Black, WC, & Barry, JB (2010). *Multivariate data analysis*. 7th Ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Handel, DA, Raja, A, & Lindsell, CJ (2006). The use of sleep aids among emergency medicine residents: a web based survey. *BMC Health Services Research*, 6(1), 1-8.

Henseler, J, Ringle, CM, & Sinkovics, RR (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing*, 20, 277-319.

Iqbal, S, Gupta, S, & Venkatarao, E (2015). Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *The Indian Journal of Medical Research*, 141(3), 54.

Koveshnikov, A, Vaara, E, & Ehrnrooth, M (2016). Stereotype-based managerial identity work in multinational corporations. *Organization Studies*, 37(9), 1353-1379.

Lourenção, LG, Moscardini, AC, & Soler, ZASG (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56, 81-91.

Ludwig, AB, Burton, W, Weingarten, J, Milan, F, Myers, DC, & Kligler, B (2015). Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Medical Education*, 15(1), 1-5.

Mayer, FB (2017). A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil. 140f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Mello, ADL, Arruda, GTD, Terra, MG, Arnemann, CT, & Siqueira, DFD (2019). Fatores que interferem no ensino e aprendizagem de residentes multiprofissionais em saúde: revisão integrativa. *ABCS Health Sci*, 138-146.

Mingoti, SA (2005). Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Miscenko, D, & Day, DV (2016). Identity and identification at work. *Organizational Psychology Review*, 6(3), 215-247.

Oliveira, PRC, Melo, TG, Lopes, A, Lima, MN, Zorzetto Filho, D, & Carvalho, VO (2019). Frequência da Síndrome de Burnout em médicos residentes. *Revista Residência Pediátrica*, 9(2), 91-96.

Pedroso, B, & Pilatti, LA (2009). Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. *Revista Eletrônica Fafit/Facis*, 1(1), 1-9.

Rocha, APF, Souza, KR, & Teixeira, LR (2015). A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 843-862.

Rotenstein, LS, Ramos, MA, Torre, M, Segal, JB, Peluso, MJ, Guille, C, ... & Mata, DA (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214-2236.

Sanches, VS, Ferreira, PDM, Veronez, AV, Koch, R, Souza, ASD, Cheade, MDFM, & Christofolletti, G (2016). Burnout e qualidade de vida em uma residência multiprofissional: um estudo longitudinal de dois anos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(3), 430-436.

Scheffer, M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto, BM & Mainardi, GM (2018). Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina.

Sorés, A, & Peto, K (2015). Measuring of subjective quality of life. *Procedia Economics and Finance*, 32, 809-816.

Sponholz, TCH., Sartori, MT, Marques, APS, Albuquerque, GSCD, Silva, MJDS, & Perna, PDO (2016). Processo de trabalho na

- residência médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14, 67-87.
- Swide, CE, & Kirsch, JR (2007). Duty hours restriction and their effect on resident education and academic departments: the American perspective. *Current Opinion in Anesthesiology*, 20(6), 580-584.
- Tenenhaus, M, Esposito, V, & Yves-Mariechatelin, CL (2005). PLS path modeling. *Computational Statistics and Data Analysis*, 48(1), 159-205.
- Torres, RBS., Barreto, ICDHC, Freitas, RWJFD, & Evangelista, ALDP (2019). Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170691.
- Trigo, TR (2010). Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. Glina, DMR, Rocha, LE. *Saúde mental no trabalho*. São Paulo: Roca.
- Vieira, A, Alves, M, Monteiro, PRR, Garcia, FC, & Santos, DS (2016). Construção de uma escala de auto e heteropercepção profissional. *Revista de Administração FACES Journal*, 15(2), 9-24.
- Vieira, A, Carrieri, ADP, Monteiro, PRR, & Roquete, FF (2017). Gender differences and professional identities in health and engineering. *BAR-Brazilian Administration Review*, 14(1), 1-19, 2017.
- Vieira, A, Kakehasi, FM, Monteiro, MVC, Moreira, LR, & Deconto, JA. (2019). Qualidade de vida dos médicos residentes: estudo de caso de um hospital de ensino federal. *Revista Hospitalidade*, 16(1), 3-23.
- Vieira, A, Monteiro, Silva, KR (2021). Avaliação de programas de residência: um novo instrumento. In: Ramalho, A.A., Dalamaria, T. (Org.). *Atualidades sobre a saúde*. Triunfo: Omnisciência.
- Vieira, A, Kakehasi, FM, Silva, KR, & Matos, SS. (2021). Identidade profissional de residentes médicos. *Brazilian Journal of Development*, 7(6), 64579-64597.
- Whoqol Group. (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Zangirolami-Raimundo, J, Echeimberg, JDO, & Leone, C (2018). Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. *J Hum Growth Dev*, 28(3), 356-60.
- Zanei, SSV, Oliveira, RA, & Whitaker, IY (2019). Qualidade de vida dos profissionais de saúde dos programas de residências multidisciplinares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e35, 1-20.
- Zare, MH, Ahmadi, B., Sari, AA, Arab, M., & Kor, EM (2012). Qualidade de vida no trabalho de residentes que trabalham em hospitais. *Jornal Iraniano de Saúde Pública*, 41(9), 78-83.
