



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-NÍVEL MESTRADO

PRISCILLA CAVALCANTE LIMA

**QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DA
ÁREA DA SAÚDE**

TERESINA
2018

PRISCILLA CAVALCANTE LIMA

**QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DA
ÁREA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: A Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia

TERESINA
2018

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

L732q Lima, Priscilla Cavalcante.
Qualidade de vida dos residentes de programas de residência da área da saúde / Priscilla Cavalcante Lima. -- Teresina, 2018.
92 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

“Orientação : Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia.”

Bibliografia

1. Qualidade de Vida. 2. Internato e Residência. 3. Residência em Odontologia.
I. Título.

CDD 610.7

PRISCILLA CAVALCANTE LIMA

**QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DA
ÁREA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível
Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia – Presidente/orientadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Ana Célia Oliveira dos Santos – 1ª Examinadora
Universidade de Pernambuco – UPE

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos – 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profa. Dra. Elaine Maria Leite Rangel Andrade – Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

*Dedico este trabalho a Deus, por ser o guia da minha
vida e por me fortalecer em todos os momentos.
Aos meus pais, Augusto e Jucilene,
pelo carinho, amor e torcida.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por conduzir a minha vida pelos melhores caminhos, permitindo a realização de sonhos e conquistas como esta.

Aos meus pais, **Augusto e Jucilene**, pelo investimento e confiança depositados em mim, por serem os meus exemplos de seres humanos, além de serem meus maiores motivos pela busca de crescimento pessoal e profissional. Amo vocês!

Ao meu irmão **Wellyson**, pela amizade, brincadeiras e companheirismo em todos os momentos.

Aos meus avós, **Djaci e Lourdes**, pelo carinho, apoio e torcida em todos os momentos da minha vida.

Ao meu namorado, **Wdson Magalhães**, que vem acompanhando a minha caminhada desde o final da graduação, residência e no mestrado. Agradeço por sempre estar ao meu lado e por entender meus momentos de estresse, ansiedade e angústia. Obrigado pelo apoio, carinho e amor. Te amo!

Aos meus grandes amigos **Kerolayne Cardoso, Raíssa Costa e Jean Carvalho**, esses sabem qual o verdadeiro significado de amizade. Obrigado por valorizarem esse sentimento, pelo carinho e por fazerem parte da minha história!

A todos os meus familiares pelo apoio, torcida e compreensão da minha ausência.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho **Ana Cláudia, Bruna Maria, Diego Vinícius, Natasha Pollyane, Rafaela Vilanova e Carla Ranielly**. Obrigada pelas trocas de plantões que foram essenciais para a construção deste trabalho, pelos momentos compartilhados e pela amizade construída.

A minha turma de mestrado, em especial **Ana Dulce, Mauryanne Lopes e Tatyane**. Obrigada pelos ensinamentos e bons momentos compartilhados, que tornaram essa caminhada mais leve.

À professora **Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia** obrigada pela orientação deste trabalho, pela confiança, respeito, ensinamentos, seriedade, compromisso durante todo o meu percurso acadêmico (graduação, residência e mestrado). A senhora tornou-se minha referência de pesquisadora e profissional.

À **Universidade Federal do Piauí** por todas as oportunidades de construção do conhecimento e crescimento profissional.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI por compartilharem seus conhecimentos e conduzirem a minha formação de mestre.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, **professoras Dra. Ana Célia Oliveira dos Santos, Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos e Dra. Elaine**

Maria Leite Rangel pela disponibilidade, criteriosa avaliação e contribuições que foram essenciais para melhoria desta pesquisa.

Ao **Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí e Maternidade Dona Evangelina** por autorizarem a realização da coleta de dados.

Agradeço a todos os **residentes** participantes desta pesquisa que aceitaram em contribuir com o avançar da ciência.

A todas as pessoas que sempre se dispuseram a ajudar e que direta ou indiretamente contribuíram para construção deste estudo. **Muito obrigada!**

RESUMO

Os programas de residência têm como foco a formação por meio da prática assistencial, na qual os residentes são expostos a condições adversas que podem impactar negativamente sua qualidade de vida. Estudo descritivo-analítico com delineamento transversal, que objetivou avaliar a qualidade de vida de residentes inseridos em programas de residência da área da saúde. Os participantes foram 149 residentes de programas de uma instituição de ensino superior pública, na cidade de Teresina-PI, que responderam ao questionário composto por dados sociodemográficos, ocupacional, hábitos de vida e de saúde, e o formulário WHOQOL-Bref, ambos autoaplicáveis. A coleta de dados ocorreu no período de maio a setembro de 2017. Os dados foram analisados por meio dos softwares R x64 versão 3.4.0, LibreOffice Calc versão 5.3.3.2 e PSPP versão 3, sendo realizadas análises descritivas e inferenciais. Para comparar médias ou verificar as diferenças, foram utilizados testes paramétricos (teste t, ANOVA e teste Turkey) e, quando a distribuição não foi normal, os substitutos não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal Wallis). O nível de significância utilizado foi de 5% para todos os testes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, com o parecer nº 2.061.414. Dos participantes, 57,7% eram do sexo feminino, com idade média de $27,37 \pm 3,35$ anos; 69,8% eram solteiros; 83,2% sem filhos e 49% autodeclarados brancos. Foi identificado que 66,4% dos residentes estavam inseridos nos programas de residência médicas; 18,8%, no multiprofissional; 10,7%, em área profissional da saúde-Enfermagem Obstétrica; e 4%, no uniprofissional. Quanto ao tempo de formação, a média foi de $2,82 \pm 1,95$ anos. Estavam no primeiro ano de residência 43,6%. A qualidade de vida total apresentou escore de $3,39 \pm 0,50$, no domínio físico; $3,51 \pm 0,62$, no psicológico; $3,48 \pm 0,62$, no de relações sociais; $3,55 \pm 0,72$; e no de meio ambiente, $3,41 \pm 0,48$. A percepção da qualidade de vida apresentou escore de $3,30 \pm 0,95$ e satisfação com a saúde $3,38 \pm 0,99$. Na análise das facetas que compõem os domínios, desatacou-se: no domínio físico, dor física $2,12 \pm 0,96$; tratamento médico $2,01 \pm 1,06$; e sono $2,68 \pm 1,07$; no domínio psicológico, aproveitar a vida $2,91 \pm 0,82$; e sentimentos negativos $2,64 \pm 1,03$; e no domínio meio ambiente, o ambiente físico $2,98 \pm 0,90$; e o lazer $2,58 \pm 0,75$. Houve associação significativa entre o sexo e a qualidade de vida total ($p < 0,01$), a percepção da qualidade de vida ($p < 0,01$), nos domínios físico (0,005), psicológico (0,002) e meio ambiente (0,04), nos quais as mulheres apresentaram escores inferiores aos dos homens. Foi observada diferença significativa na qualidade de vida geral ($p = 0,03$) e no domínio psicológico ($p = 0,038$) em relação ao estado civil, no qual os residentes em união estável apresentaram menores escores. Foi identificada associação significativa em relação ao período da residência, pois os residentes do segundo ano obtiveram os menores escores nos domínios físico ($p = 0,02$) e psicológico ($p = 0,007$). Os residentes inseridos nos programas de residências de especialidades médicas cirúrgicas obtiveram melhor média (3,79) de qualidade de vida. Enquanto os pertencentes ao programa multiprofissional, a menor média (3,25). A análise geral da qualidade de vida e todos os seus domínios apresentaram uma boa média. O sexo feminino apresentou pior qualidade de vida geral, na autoavaliação da percepção da qualidade de vida e nos domínios físico, psicológico e meio ambiente.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida. Internato e Residência. Residência não Médica não Odontológica. Residência em Odontologia.

ABSTRACT

Residence programs focus on training through care practice, in which residents are exposed to adverse conditions that may negatively impact their quality of life. A descriptive-analytical study with a cross-sectional design, which aimed to evaluate the quality of life of residents enrolled in health residency programs. The participants were 149 residents of programs of a public higher education institution in the city of Teresina-PI, who answered the questionnaire composed of sociodemographic, occupational, life and health data and the WHOQOL-Bref form, both self-applicable. The data was collected from May to September 2017. Data was analyzed using software: R x64 version 3.4.0, LibreOffice Calc version 5.3.3.2 and PSPP version 3, with descriptive and inferential analysis. Parametric tests (t-test, ANOVA and Turkey test) were used to compare means or verify the differences, and non-parametric substitutes (Mann-Whitney and Kruskal Wallis) were used when the distribution was not normal. The level of significance was 5% for all tests. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí with opinion no. 2,061,414. Of the participants, 57.7% were female, with a mean age of 27.37 ± 3.35 years; 69.8% were single; 83.2% without children and 49% self-declared white. It was identified that 66.4% of residents were enrolled in medical residency programs; 18.8% in the multiprofessional, 10.7% in the occupational health area - Obstetric Nursing and 4% in the Uniprofessional. As for training time, the mean was 2.82 ± 1.95 years. They were in the first year of residence (43.6%). The total quality of life had a score of 3.39 ± 0.50 , in the physical domain 3.51 ± 0.62 , in the psychological group, 3.48 ± 0.62 , in the social group, 3.55 ± 0.72 and in the of environment 3.41 ± 0.48 . The perception of quality of life presented a score of 3.30 ± 0.95 and satisfaction with health 3.38 ± 0.99 . In the analysis of the facets that compose the domains was uncovered: in the physical domain, physical pain (2.12 ± 0.96); medical treatment (2.01 ± 1.06) and sleep (2.68 ± 1.07); in the psychological domain, enjoy life (2.91 ± 0.82) and negative feelings (2.64 ± 1.03) and in the environment domain, the physical environment (2.98 ± 0.90) and leisure (2.58 ± 0.75). There was a significant association between sex and total quality of life ($p < 0.01$), perception of quality of life ($p < 0.01$), in the physical (0.005), psychological (0.002) and environment (0.04) in which women presented lower scores than men. There was a significant difference in the general quality of life ($p = 0.03$) and in the psychological domain ($p = 0.038$) in relation to the civil status, in which stable union residents presented lower scores. A significant association was identified in relation to the period of residence, since residents of the second year had the lowest scores in the physical ($p = 0.02$) and psychological ($p = 0.007$) domains. Residents enrolled in residential surgical specialties programs obtained a better average (3.79) of quality of life, while those belonging to the multiprofessional program had the lowest mean (3.25). The general analysis of the quality of life and all its domains presented a good average. The female presented poorer general quality of life, self-evaluation of the perception of quality of life and in the physical, psychological and environmental domains.

Key-words: Quality of life. Internship and Residence. Internship, Nonmedical. Residence in Dentistry.

RESUMEN

Los programas de residencia tienen como foco la formación a través de la práctica asistencial, en la cual los residentes están expuestos a condiciones adversas que pueden impactar negativamente en su calidad de vida. Estudio descriptivo-analítico con delineamiento transversal, que objetivó evaluar la calidad de vida de residentes insertados en programas de residencia del área de la salud. Los participantes fueron 149 residentes de programas de una institución de enseñanza superior pública en la ciudad de Teresina-PI, que respondieron al cuestionario compuesto por datos sociodemográficos, ocupacionales, hábitos de vida y de salud y el formulario WHOQOL-Bref, ambos autoaplicables. La recolección de datos ocurrió en el período de mayo a septiembre de 2017. Los datos fueron analizados por medio de los softwares: R x64 versión 3.4.0, LibreOffice Calc versión 5.3.3.2 y PSPP versión 3, siendo realizadas análisis descriptivos e inferenciales. Para comparar medias o verificar las diferencias se utilizaron pruebas paramétricas (prueba t, ANOVA y prueba Turkey) y, cuando la distribución no fue normal, los sustitutos no paramétricos (Mann-Whitney y Kruskal Wallis). El nivel de significancia utilizado fue de 5% para todas las pruebas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí con el dictamen n ° 2.061.414. De los participantes, el 57,7% eran del sexo femenino, con una edad promedio de $27,37 \pm 3,35$ años; El 69,8% eran solteros; 83,2% sin hijos y 49% se autodeclararon blancos. Se identificó que el 66,4% de los residentes estaban insertos en los programas de residencia médicos; 18,8% en el multiprofesional, 10,7% en área profesional de la salud-Enfermería Obstétrica y 4% en el uniprofesional. En cuanto al tiempo de formación, la media fue de $2,82 \pm 1,95$ años. Estaban en el primer año de residencia (43,6%). La calidad de vida total presentó una puntuación de $3,39 \pm 0,50$, en el dominio físico $3,51 \pm 0,62$, en el psicológico $3,48 \pm 0,62$, en las relaciones sociales $3,55 \pm 0,72$ y en el medio ambiente $3,41 \pm 0,48$. La percepción de la calidad de vida presentó una puntuación de $3,30 \pm 0,95$ y satisfacción con la salud $3,38 \pm 0,99$. En el análisis de las facetas que componen los dominios se desató: en el dominio físico, dolor físico ($2,12 \pm 0,96$); tratamiento médico ($2,01 \pm 1,06$) y sueño ($2,68 \pm 1,07$); en el ámbito psicológico, aprovechar la vida ($2,91 \pm 0,82$) y sentimientos negativos ($2,64 \pm 1,03$) y en el dominio medio ambiente, el ambiente físico ($2,98 \pm 0,90$) y el ocio ($2,98 \pm 0,90$) $2,58 \pm 0,75$). Se observó una asociación significativa entre el sexo y la calidad de vida total ($p < 0,01$), la percepción de la calidad de vida ($p < 0,01$), en los ámbitos: físico (0,005), psicológico (0,002) y medio ambiente (0,005) 0,04) en los que las mujeres presentaron puntajes inferiores a de los de los hombres. Se observó una diferencia significativa en la calidad de vida general ($p = 0,03$) y en el dominio psicológico ($p = 0,038$) en relación al estado civil, en el cual los residentes en unión estable presentaron menores puntajes. Se identificó una asociación significativa con respecto al período de residencia, pues los residentes del segundo año obtuvieron los menores puntajes en los ámbitos: físico ($p = 0,02$) y psicológico ($p = 0,007$). Los residentes insertados en los programas de residencias de especialidades médicas quirúrgicas obtuvieron mejor promedio (3,79) de calidad de vida, mientras que los pertenecientes al programa multiprofesional la menor media (3,25). El análisis general de la calidad de vida y de todos sus ámbitos ha mostrado una buena media. El sexo femenino presentó peor calidad de vida general, en la autoevaluación de la percepción de la calidad de vida y en los dominios físico, psicológico y medio ambiente.

Palabras claves: Calidad de Vida. Internado y Residencia. Residencia no Médica no Odontológica. Residencia en Odontología.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 149 residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017	33
Tabela 2 – Caracterização ocupacional dos 149 residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017	34
Tabela 3 – Caracterização dos hábitos de vida e de saúde dos 149 residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017	35
Tabela 4 – Atividades físicas realizadas pelos residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017	36
Tabela 5 – Atividades de lazer realizadas pelos residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017	36
Tabela 6 – Patologias autorreferidas pelos residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina-PI, 2017.....	37
Tabela 7 – Medicamentos utilizados pelos residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina-PI, 2017.....	38
Tabela 8 - Análise da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref nos 149 residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017	39
Tabela 9 – Análise das facetas correspondentes aos domínios do WHOQOL-Bref nos 149 residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017	40
Tabela 10 – Análise dos aspectos da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref associadas à idade, ao sexo, período da residência e estado civil nos residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, PI, 2017	42
Tabela 11 – Análise dos domínios da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref associados à idade, ao sexo, período da residência e estado civil, nos residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017	43
Tabela 12 – Relação da qualidade de vida geral dos residentes e os programas de residências da área da saúde medida pelo WHOQOL-Bref . Teresina, Piauí, 201 ...	44

LISTA DE SIGLAS

AAQOL	<i>Adolescent Asthma Quality of Life Questionnaire</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREME	Comissão de Residências Médicas
COREMU	Comissão de Residências Multiprofissionais
CLDQ	<i>Chronic Liver Disease Questionnaire</i>
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
SF-36	<i>Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey</i>
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
HUEC	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba
HU-PI	Hospital Universitário do Piauí
KDQOL-SF	<i>Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form</i>
LDSI	<i>Liver Disease Symptom Index</i>
LDQOL	<i>Liver Disease Quality of Life</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAQLQ	<i>Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire</i>
PSPP	<i>Program for Statistical Analysis of Sampled Data</i>
ProQOL – IV	<i>Quality of Life Scale</i>
PE	Pernambuco
QV	Qualidade de Vida
RMS	Residência Multiprofissional da Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCI	Inventário de Temperamento e Caracteres
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFPE	Universidade Federal da Paraíba
UPE	Universidade de Pernambuco
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL-Bref	<i>The World Health Organization Quality of life Project-abreviado</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivo Geral	15
1.2	Objetivos Específicos:	15
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1	Qualidade de vida	16
2.2	Programas de Residência da Área da Saúde	21
3	MÉTODO	25
3.1	Tipo de estudo.....	25
3.2	Local do estudo	25
3.3	População e amostra.....	25
3.5	Variáveis do estudo	26
3.6	Instrumentos utilizados para coleta de dados	27
3.7	Procedimentos de coleta de dados	29
3.8	Análises dos dados	30
3.9	Riscos e benefícios da pesquisa	30
3.10	Aspectos éticos da pesquisa	31
4	RESULTADOS	32
4.1	Perfil sociodemográfico e ocupacional dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde	32
4.2	Caracterização dos hábitos de vida e de saúde dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde	34
4.3	Análise da qualidade de vida dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde	38
4.4	Avaliação da qualidade de vida dos residentes associada à idade, sexo, período da residência, estado civil e aos programas de residências da área da saúde	41
5	DISCUSSÃO	45
5.1	Caracterização sócio-demográfica e ocupacional dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde	45
5.2	Perfil dos hábitos de vida e de saúde dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde	49

5.3	Avaliação da qualidade de vida dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde	56
6	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, há uma crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida. Porém, não há um consenso sobre o seu conceito, devido a sua complexidade e uso em diversas áreas. As definições comumente apresentam-se de forma geral, sendo abordada de acordo com os interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação. Na percepção mais ampla, ela se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais e relaciona-se à satisfação das necessidades elementares da vida, englobando aspectos do bem-estar físico, psicológico, felicidade, família, trabalho, amigos, liberdade e outros componentes relacionados ao cotidiano (RENNER *et al.*, 2014; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A qualidade de vida, no conceito multidimensional, enfatiza a autopercepção do indivíduo em seu estado atual, sendo definida como as percepções de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, conceito esse elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Envolvendo, assim, uma avaliação subjetiva dos indivíduos, incorporada a um número de valores sociais, ambientais, psicológicos e físicos (THEOFILOU, 2013; WHOQOL GROUP, 1998).

Dentre os elementos que exercem influência sobre a qualidade de vida, está o trabalho, que faz parte de um processo constantemente modificado de acordo com as mudanças sociais e econômicas. No setor saúde, as características da flexibilização do trabalho, como a terceirização e o exercício sem carteira assinada, comprometem a qualidade de vida do trabalhador, deixando-o sujeito à necessidade de dois ou mais empregos com alta demanda de trabalho. Essas condições laborais repercutem na qualidade de vida do profissional, pois a forma como o trabalho é realizado está associada às vivências objetivas e subjetivas do mesmo, sendo necessário compreender o curso dos agravos à saúde como as doenças ocupacionais, os processos de desgastes e os acidentes de trabalho, assim como as consequências diretas e indiretas desses para os indivíduos e a sociedade (BRACARENSE *et al.*, 2015; MACHADO *et al.*, 2014; PEREIRA; SILVA, 2013; MININEL *et al.*, 2013).

Os trabalhadores da saúde formam uma categoria profissional diversificada e numerosa e que, no seu ambiente de trabalho, são expostos a vários riscos, como

físicos, químicos, mecânicos e, principalmente, biológicos, inerentes ao desenvolvimento de suas atividades. Além disso, algumas condições de trabalho, como as jornadas prolongadas, altos níveis de pressão e privação do sono, podem gerar consequências que vão além das dificuldades nos relacionamentos familiares e sociais, podendo provocar agravos à saúde dos trabalhadores, como ansiedade e depressão (SILVA; PINTO, 2012; TSAI; LIU, 2012).

As condições de trabalho também exercem influência nos trabalhadores da saúde quando inseridos nos programas de pós-graduação na modalidade de residência e que, associados ao processo de formação e atuação profissional, podem afetar a qualidade de vida dos mesmos. Os Programas de Residência têm o objetivo de atender às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), além de modificar o modelo de formação dos trabalhadores por meio da utilização de metodologias ativas e educação permanente, visando a qualificação dos profissionais (FERNANDES *et al.*, 2015; GUIDO *et al.*, 2012a).

O processo de formação especializada dos profissionais da saúde inseridos em programas de residência tem como foco o aprendizado de forma ativa, por meio da prática assistencial. Por essa razão, os residentes são expostos a condições de trabalho adversas, a carga horária exaustiva, privação do sono, desgastes físicos e psicológicos, durante suas atividades diárias relacionadas às responsabilidades com os pacientes, preceptores e instituição, problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente acadêmico pouco estimulante, alto grau de competitividade e as características individuais, que podem impactar negativamente a qualidade de vida dos residentes (FERNANDES *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2015; CAHÚ *et al.*, 2014; PRIETO-MIRANDA *et al.*, 2013; GUIDO *et al.*, 2012b; GUIDO *et al.*, 2012a).

Para melhor compreensão da repercussão do treinamento em serviço na qualidade de vida dos residentes, instrumentos que fazem essa avaliação, como o SF-36 e o WHOQOL-Bref, estão sendo utilizados em pesquisas nacionais e internacionais. O presente estudo fez uso do WHOQOL-Bref que, apesar de ser um instrumento abreviado, abrange de forma satisfatória questões relacionadas à qualidade de vida, sendo aplicado em pesquisas com residentes de otorrinolaringologia brasileiros, médicos e residentes de psiquiatria infanto-juvenil e neuropediatras chilenos, e residentes de medicina interna de Bangok, que avaliaram a qualidade de vida dos mesmos (SOBHONSLIDSUK; THAKKINSTIAN;

SATITPORNKUL, 2015; IRARRÁZVAL; HALPERN; HUNEEUS, 2012; SOUZA; STANCATO, 2010; ASAIAG *et al.*, 2010).

A exposição dos residentes às condições adversas de trabalho durante o processo de formação pode resultar em agravos à saúde física e mental, como também prejudicar o desempenho profissional e de aprendizagem desses indivíduos. Além disso, essa modalidade de especialização da área da saúde é um campo recente de formação dos profissionais não médicos, sendo escassas as pesquisas realizadas sobre as dificuldades nesse campo de atuação e que abordam essa temática em âmbito nacional, especialmente, no cenário do estado do Piauí. Dessa forma, torna-se importante avaliar a qualidade de vida dos residentes, podendo, assim, agregar conhecimentos a esse respeito.

Portanto, define-se como objeto deste estudo a avaliação da qualidade de vida de residentes de programas de residência da área da saúde. Para nortear esse estudo, elegeu-se a seguinte questão: Como os residentes de programas de residência da área da saúde, avaliam sua qualidade de vida? Tendo como hipótese: O processo de profissionalização durante as atividades dos programas de residência da área profissional da saúde afeta a qualidade de vida dos residentes.

1.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida dos residentes de programas de residências da área da saúde.

1.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, ocupacional, os hábitos de vida e de saúde dos residentes de programas de residências da área da saúde;
- Analisar os domínios e facetas que avaliam a qualidade de vida, segundo o instrumento WHOQOL-Bref, dos residentes de programas de residências da área da saúde;
- Associar a idade, o sexo, período da residência e estado civil aos aspectos gerais e domínios da qualidade de vida, medidas pelo WHOQOL-Bref, dos residentes de programas de residência da área da saúde.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Qualidade de vida

O mundo contemporâneo trouxe consigo um dinamismo que proporciona constantes mudanças da sociedade e, devido a isso, a qualidade de vida passou a ter maior enfoque, pois a preocupação com a mesma passa a ter importância para as pessoas, não só em sua vida pessoal, mas também profissional. Dentre os fatores que afetam a qualidade de vida encontra-se a escolha da profissão, cultura, valores, infraestrutura familiar e relações interpessoais (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

A qualidade de vida (QV) se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimento e engloba diversas formas de ciência e conhecimento popular, que permeiam a vida das pessoas como um todo. Nessa perspectiva, são incluídos diversos elementos do cotidiano do indivíduo, envolvendo as percepções e expectativas subjetivas sobre a vida. Além disso, a sua compreensão envolve a consciência do próprio existir, a partir de esferas subjetivas e objetivas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A interpretação da qualidade de vida não é simples, pois essa se modifica de acordo com a cultura, a época e o indivíduo que também se transforma com o tempo e as circunstâncias. O seu conceito é frequentemente comparado com o bem-estar psicológico e social em geral, incluindo outros aspectos importantes. Porém, essa definição é extremamente ambígua e ampla (PRAÇA, 2012).

Quanto maior o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais, mais ampla é a noção de qualidade de vida, pois essa é eminentemente humana e tem sido associada ao grau de satisfação do meio familiar, amoroso, social e ambiental. O termo engloba vários significados, que contemplam conhecimentos, experiências e valores individuais e ao coletivo que a ele se reporta em diferentes épocas, histórias e espaços, sendo uma construção social com relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante da complexidade que engloba a qualidade de vida, a sua definição pode ser dividida em quatro tempos, conforme a evolução taxonômica em global, que predominou até meados da década de 80 do século XX, por ser muito geral, não abordava possíveis dimensões do construto, não tendo operacionalização do conceito, centrava-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.

Na baseada em componentes ocorreu o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões, a periodização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito; a focalizada considera componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde, e por fim, a combinada que favorece aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões, assim foram construídos instrumentos de avaliação global e fatorial (SEIDL; ZANNON, 2004).

A qualidade de vida encontra-se numa fase de construção de identidade, pois a sua compreensão engloba inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação. Por ser uma área de pesquisa considerada recente, existem definições sobre o termo comuns, mas nem sempre concordantes. Outro problema em relação à qualidade de vida é que suas definições podem tanto ser amplas, como restritas, delimitando alguma área específica (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A conceituação ampla sobre qualidade de vida utilizada atualmente e que será adotada no presente estudo é a elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que a conceitua como as percepções dos indivíduos de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente, abrangendo a saúde, o lazer, a satisfação pessoal, hábitos e estilo de vida (CAHÚ *et al.*, 2014; FLECK, 2000; FLECK *et al.*, 2000; WHOQOL GROUP, 1998).

A qualidade de vida relacionada à saúde é outro enfoque bastante discutido no cenário nacional e internacional. Essa é compreendida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas complicações funcionais; as percepções e condições sociais induzidas pelos agravos, doenças, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial (CAMPOS, RODRIGUES NETO, 2008).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é comumente realizada em populações específicas, geralmente já acometidas por alguma patologia. Entre elas, pessoas que convivem com HIV (MEIRELLES *et al.*, 2010); hipertensão (OLIVEIRA *et al.*, 2014); câncer (FERREIRA *et al.*, 2015); doença pulmonar obstrutiva crônica (BLAKEMORE *et al.*, 2014); doença renal crônica, que realizam

hemodiálise (RAYNER *et al.*, 2014); entre outras. Porém, estudos com a população geral ainda são escassos.

Entre as diversas abordagens da qualidade de vida, a relacionada ao trabalho é definida como um construto complexo, que envolve diversos fatores, tais como: satisfação com o trabalho executado, as possibilidades de futuro na organização, o reconhecimento pelos resultados alcançados, o salário recebido, o relacionamento humano dentro da equipe e da organização, o ambiente psicológico e físico de trabalho, a possibilidade de estar engajado e de participar ativamente na organização, a liberdade de atuar e responsabilidade de tomar decisões (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

A qualidade de vida no trabalho também é vista como a satisfação das necessidades do trabalhador, entre elas estão as oriundas do ambiente de trabalho, das exigências do mesmo, do comportamento de supervisão e programas auxiliares. Essas necessidades estão associadas a outras variáveis como a satisfação com o trabalho, o comprometimento organizacional e a satisfação em outros domínios da vida como família, lazer, saúde, amizade, educação, cultura, entre outras (SAMPAIO, 2012).

A satisfação no trabalho pode ser compreendida como um estado emocional agradável, resultante de experiências no trabalho e de inúmeros aspectos do mesmo, que expressa contentamento, podendo sofrer influência das vivências e características individuais, bem como da concepção de mundo e aspirações de cada indivíduo, provocando diversas formas de enfrentamento dos problemas e tomada de decisão. Relaciona-se à satisfação no trabalho o desempenho, autoestima, rotação, saúde e bem-estar, e satisfação com a vida (LIMA *et al.*, 2014; MOURÃO; MONTEIRO; VIANA, 2014).

A satisfação e insatisfação no trabalho em saúde exercem influência no comportamento do trabalhador, que podem repercutir na saúde dos profissionais, com implicações no processo de adoecimento, nas faltas e erros, nos acidentes de trabalho, podendo comprometer a segurança e assistência prestada aos pacientes (LIMA *et al.*, 2014).

Os fatores que influenciam na insatisfação dos profissionais de enfermagem, segundo Amaral, Ribeiro, Paixão (2015), são: deficiência da estrutura e falta de materiais, abalos físicos e psicológicos, insatisfação com a remuneração e trabalho, jornadas duplas de trabalho, sobrecarga das atividades, trabalho noturno, acidentes

de trabalho, ausência de reconhecimento e insatisfação, e comprometimento da qualidade de vida no trabalho.

O trabalho permeia toda a vida das pessoas, pois essas buscam melhorar sua vida por meio da profissão, que traz satisfação, retorno econômico e reconhecimento. Assim, outra abordagem que vem sendo estudada se relaciona à qualidade de vida dos profissionais, que, nas ocupações assistenciais, é entendida como o quanto o indivíduo se sente bem por ajudar pessoas ou animais, comunidades ou nação em situação de risco, dor, crise ou sofrimento. Porém, essas circunstâncias podem acarretar em custos psicológicos, que geram o esgotamento. Esses aspectos negativos e os positivos exercem influência na qualidade de vida dos cuidadores (BARBOSA, SOUZA, MOREIRA, 2014; SAMPAIO, 2012).

A quantificação da qualidade de vida é complexa, por ser subjetiva e envolver todos os âmbitos do cotidiano dos indivíduos. Além disso, a percepção dos aspectos que contribuem para que ela seja favorável variam de acordo com o contexto no qual o indivíduo está inserido (RIBEIRO; SANTANA, 2015; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Atualmente, há uma preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação que devem considerar a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde. Em relação à qualidade de vida, os instrumentos procuram medi-la por meio de indicadores que permeiam a vida humana (ALVES, 2011).

Os instrumentos que avaliam a qualidade de vida podem ser classificados como genéricos ou específicos. O primeiro usa questionários de base populacional sem especificar patologias. Dois desses instrumentos foram desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida, The WHOQOL Group (*The World Health Organization Quality of life*) (1995) da Organização Mundial da Saúde: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref (*The World Health Organization Quality of life Project-abreviado*). O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: a) físico; b) psicológico; c) de independência; d) relações sociais; e) meio ambiente; e f) espiritualidade/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada do WHOQOL-100, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: a) físico; b) psicológico; c) relações sociais; e d) meio ambiente (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O WHOQOL-Bref vem sendo utilizado em pesquisas nacionais e internacionais para avaliar a qualidade de vida de diversas populações como a de policiais militares (SOUZA FILHO *et al.*, 2015); usuários de unidades básicas de saúde (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017), ambas realizadas em Belo Horizonte, Minas Gerais; depressão em idosos, desenvolvida em Taiwan (CHANG *et al.*, 2015); e estudo elaborado na Índia com pacientes com fístula geniturinária (SINGH *et al.*, 2015).

Além do WHOQOL-Bref, destaca-se entre os instrumentos genéricos o *Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey* (SF-36), que avalia a saúde geral do indivíduo. Composto pelas seguintes dimensões genéricas do estado de saúde: Funcionamento físico (10 itens), Função física (4 itens), Dor (2 itens), Saúde geral (5 itens), Bem-estar emocional (5 itens), Função emocional (3 itens), Função social (2 itens), Energia/fadiga (4 itens), Saúde global (1 item) (LIRA; AVELAR; BUENO, 2015).

Os instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida, aplicáveis em populações portadoras de determinadas condições patológicas oferecem como vantagem uma análise detalhada do impacto das limitações causadas pela doença na vida do indivíduo (AGUIAR *et al.*, 2016). Entre esses instrumentos estão: o *Adolescent Asthma Quality of Life Questionnaire* (AAQOL) e o *Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire* (PAQLQ), que avaliam, respectivamente, a qualidade de vida de adolescentes e crianças com asma (RONCADA *et al.*, 2013); o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL-SF), que avalia doença crônica, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de programa dialítico (LIRA; AVELAR; BUENO, 2015); e o *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ), o *Liver Disease Symptom Index* (LDSI) e o *Liver Disease Quality of Life* (LDQOL), utilizados em pacientes com doenças hepáticas (AGUIAR *et al.*, 2016).

Além dos instrumentos genéricos que avaliam a qualidade de vida da população geral e os direcionados para pessoas portadoras de patologias, há instrumentos específicos que abordam as questões relacionadas ao trabalho como o *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL - IV), que avalia a qualidade de vida de profissionais que exercem trabalhos de ajuda individual ou comunitária a pessoas ou animais em situações de sofrimento. Esse é resultado da reformulação realizada por Stamm (2005), que incluiu o fator satisfação por compaixão na escala *Compassion Fatigue Self Test*, elaborada por Figley (1995) (STAMM, 2005).

A fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão são dimensões da qualidade de vida profissional. A primeira é uma síndrome de exaustão biológica, psicológica e social, que provoca um esvanecimento crônico do ato de cuidar e da preocupação com o próximo, provocado pelo uso excessivo dos sentimentos de compaixão. Enquanto que a satisfação por compaixão se relaciona ao prazer em desempenhar bem suas atividades e poder ajudar ao próximo por meio do trabalho (BARBOSA, SOUZA, MOREIRA, 2014; STAMM, 2010; FIGLEY, 2002).

2.2 Programas de Residência da Área da Saúde

A história da residência médica tem início em Baltimore, nos Estados Unidos, no *Hospital John Hopkins*, em 1890. Nesse período, os médicos tinham dedicação integral ao serviço e o tempo de residência não tinha prazo para conclusão. Em 1910, o Relatório Flexner, estudo sobre as escolas médicas, consagrou a Johns Hopkins como modelo ideal de ensino. Assim, as instituições norte-americanas adotaram as recomendações de Abraham Flexner, transformando gradualmente o ensino e a prática médica no que hoje é denominado modelo biomédico de atenção à saúde. Esse modelo se difundiu por toda América do Norte até a Segunda Grande Guerra e, após a guerra, pela América Latina e pelo resto do mundo (LIMA, 2010).

No Brasil, as primeiras residências médicas foram implantadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1945, e no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, em 1948. Nas décadas de 1960 e 1970, houve um aumento tanto do número de escolas médicas como de hospitais, multiplicando-se, dessa forma, os programas de Residência Médica (MARTINS *et al.*, 2016; LIMA, 2010).

Em 5 de setembro de 1977, o Decreto nº 80.281 regulamentou a residência médica como curso de especialização com um ano de duração, carga total de atividades de, pelo menos, 1.800 horas (ou seja, uma carga horária semanal de aproximadamente 40 horas) e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Já em 1981, com a Lei nº 6.732/1981, a residência médica brasileira ganhou forma definitiva, com duração de, pelo menos, dois anos (BRASIL, 1981; BRASIL, 1977).

De acordo com o Decreto nº 80.281, a Residência em Medicina é modalidade do ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização, voltada para

os médicos, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos. Com a Lei nº 6.932 de 1981, houve uma reformulação, dando-lhe a estrutura atual, com exceção da dedicação exclusiva, que foi retirada (LIMA, 2010; BRASIL, 1981; BRASIL, 1977).

A duração da Residência Médica varia de 2 a 5 anos. Esses programas são desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária sob a forma de treinamento em serviço, e 10 a 20% para atividades teóricas complementares, com carga horária semanal de 60 horas. As atividades são relacionadas às sessões anatomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários. A instituição, na qual o programa está inserido, deverá ter estrutura, equipamento e organização necessária ao bom desenvolvimento dos programas de Residência Médica (BRASIL, 2011; BRASIL, 2006).

As mudanças provocadas pela regulamentação do SUS e o compromisso com a educação dos profissionais de saúde passou a ser repensada e instituída como Educação Permanente em Saúde. O Ministério da Saúde instituiu, em 2004, como parte desse processo, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), pela Portaria n.198/04/GM/MS, como uma proposta estratégica para a transformação das práticas de saúde e organização dos serviços com articulação das esferas de gestão, instituições formadoras e o sistema de saúde (BARTH *et al.*, 2014; BRASIL, 2004).

Além das residências médicas, em 2005, foram instituídas as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, que são regulamentadas como Pós-Graduação *Lato Sensu*, com o objetivo de promover a especialização dos profissionais da saúde, possibilitando o exercício profissional com excelência, além de buscar o rompimento dos paradigmas em relação à formação de profissionais para o SUS e contribuindo para qualificar a atenção aos serviços de saúde locais (SILVA *et al.*, 2015; GUIDO *et al.*, 2012a; BRASIL, 2005).

As Residências Multiprofissionais da Saúde (RMS) são consideradas espaços para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), que pode se constituir como uma ferramenta potencial para promover as mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde, a fim de consolidar os princípios do SUS (SILVA *et al.*, 2015).

As RMS e em Área Profissional da Saúde são caracterizadas por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos. Sendo 20% de atividades teóricas e 80% de atividades em serviço, que perfazem um total de 5760 horas. Essa modalidade abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Educação Física, Ciências Biológicas, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Psicologia e Terapia Ocupacional. As atividades se dão em regime de dedicação exclusiva e são desenvolvidas nos turnos da manhã, tarde e noite. Os residentes recebem uma bolsa mensal para tal e devem cumprir 100% da carga horária prática e 80% da carga horária teórica (FERNANDES *et al.*, 2015; BRASIL, 2009).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde têm como característica a interdisciplinaridade, que confere caráter inovador aos programas. Esse modelo visa a formação coletiva inserida no mesmo campo de atuação, respeitando as áreas específicas do conhecimento de cada profissão. Esses programas apresentam uma variedade de desenhos metodológicos, mas todos defendem a utilização de metodologias ativas e participativas. O método ativo é um processo que tem como objetivo estimular a autoaprendizagem do estudante e favorecer a reflexão e análise de possíveis situações para tomada de decisão, no qual o professor é o facilitador desse processo (GUIDO *et al.*, 2012a; DIESEL; BALDEZ; MARTINS, 2017).

Os estudos que têm como objeto os residentes enfocam as dificuldades emocionais, estresse, qualidade de vida e síndrome de *Burnout*. Um exemplo é desenvolvido por Silva e colaboradores (2014), com residentes multiprofissionais, que verificou a associação entre estresse e *hardiness* (variável de personalidade que funciona como um recurso para resistir às consequências negativas de condições adversas) e observou que 48,6% dos 37 residentes apresentaram alto estresse. Ao avaliar a qualidade de vida dos residentes multiprofissionais durante a residência, Moreira e colaboradores (2016) observaram que essa passa por repercussões negativas ao longo desse processo.

As repercussões negativas podem se relacionar à carga horária, sobrecarga de trabalho, à falta de comunicação e descontinuidade de algumas ações, dificuldade de articular a teoria com a prática e mudanças de atividades sem acordos prévios (FERNANDES *et al.*, 2017). A permanência desses fatores durante

todo o processo de formação pode desencadear o desgaste psicológico dos residentes.

Os estudos envolvendo residentes, geralmente, têm como foco a Residência Médica, como o conduzido por Lourenção, Moscardini e Soler (2010), que realizaram uma revisão bibliográfica com os descritores qualidade de vida, estresse, internato e residência; e identificaram 42 publicações nacionais e internacionais que, entre os aspectos abordados, encontra-se a incidência elevada de estresse e *Burnout* (síndrome que representa a cronificação do estresse), além do elevado índice de problemas de saúde relacionados à atividade laboral com interferência na qualidade de vida dos residentes.

Diante das constatações supracitadas, os profissionais em formação em serviço inseridos nos programas de residência são expostos a condições adversas no ambiente de trabalho, como carga horária exaustiva, privação do sono, diversidade de atividades simultâneas, exigências institucionais e pessoais, dualidade entre o papel de profissional e aluno. Essas condições, associadas ao processo de aprendizado, podem repercutir negativamente na qualidade de vida.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo-analítico, com delineamento transversal.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido entre maio e setembro de 2017, em duas instituições hospitalares públicas executoras das atividades dos programas de residências vinculados a uma Universidade Pública Federal, de uma cidade do Nordeste do Brasil. Sendo uma delas campo de estágio para cursos de graduação e pós-graduação de duas universidades públicas e faculdades privadas. Referência na assistência à gestante de alto risco, conta com 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais, e apresenta em média 1.200 internações por mês, das quais 900 são partos (SESAPI, 2017).

Reafirmando sua natureza de hospital escola, a outra instituição recebe, durante os períodos letivos, estudantes de diversos cursos de uma universidade pública do Piauí, para a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para a formação de profissionais em várias áreas do conhecimento. Oferece serviços de alta e média complexidade, conta com 32 especialidades médicas, possui 198 leitos de internação, 15 de UTI, 52 consultórios e 10 salas de cirurgias. O encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais é regulado pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir de agendamento pela central de marcação de consultas do SUS. O encaminhamento de pacientes para internação é de responsabilidade da Central Estadual de Regulação, ligada à Secretaria Estadual de Saúde (EBSERH, 2017).

3.3 População e amostra

A população foi composta de 190 residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. A amostra foi censitária (COREME, 2016; COREMU, 2016).

Neste censo, estavam inseridos residentes pertencentes aos programas de residências médicas, que foram subdivididos por especialidades, sendo elas clínicas, cirúrgicas, mistas (clínica-cirúrgica) e diagnósticas por imagem. A Residência Multiprofissional com área de concentração em alta complexidade foi composta por enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos; a Uniprofissional, por odontólogos; e a da Área Profissional da Saúde-Enfermagem Obstétrica, por enfermeiros.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão foi estar matriculado nos Programas de Residências da Área da Saúde, vinculados a Universidade Pública Federal e executados nas instituições hospitalares citadas anteriormente há, no mínimo, um semestre letivo. Os critérios de exclusão foram: estar em licença maternidade, médica ou de férias no período da coleta de dados.

3.5 Variáveis do estudo

Variável dependente:

- Qualidade de vida: avaliada pelo WHOQOL-Bref, utilizando-se os escores dos domínios do instrumento.

Variáveis independentes:

- Dados sociodemográficos:
 - Idade: anos completos.
 - Sexo: feminino ou masculino.
 - Estado Civil: casado, solteiro, viúvo, união estável.
 - Número de Filhos: nenhum, um, dois, três, outro.
 - Cor/Raça: branca, negra, parda, amarela.
- Dados ocupacionais:
 - Profissão: enfermeiro(a), farmacêutico(a), fisioterapeuta, médico(a), nutricionista, odontólogo(a), psicólogo(a).
 - Tempo de Formado(a): expresso em mês.

- Tempo que está vinculado à residência: expresso em mês.
- Programa de Residência: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Geral R3, Cirurgia Plástica, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia Digestiva, Gastroenterologia, Geriatria, Infectologia, Medicina Intensiva, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia e diagnóstico por imagem, Reumatologia, Psiquiatria, Neonatologia, Pediatria, Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Buco-maxilo- faciais.

- Hábitos de vida:
 - Horas de sono por noite
 - Prática de atividade física.
 - Atividade de lazer.
 - Duração do percurso da casa até a instituição na qual desenvolve as atividades da residência: expressa em minutos.
 - Tabagismo.
 - Ingestão de bebida alcoólica.

- Dados de saúde:
 - Portador de doença.
 - Uso regular de medicação.
 - Licença médica ou afastamento da residência por problemas de saúde nos últimos 06 meses.

3.6 Instrumentos utilizados para coleta de dados

Para atingir os objetivos do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos: um formulário para caracterização sociodemográfica, ocupacional, hábitos de vida e de saúde, e o instrumento para avaliar a qualidade de vida, a versão em português do WHOQOL- Bref.

O formulário para caracterização sociodemográfica, ocupacional, dos hábitos de vida e dados de saúde (APÊNDICE A) é uma adaptação do formulário utilizado no estudo de Cahú e colaboradores (2014), e contém os seguintes itens: dados

sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, filhos e cor), ocupacional (profissão, tempo de formado na graduação e tempo que está vinculado à residência, programa de residência em que está inserido), hábitos de vida (tempo de sono, atividade física, atividades de lazer, tempo de percurso até o local de trabalho, tabagismo, uso de bebida alcoólica), dados de saúde (doenças diagnosticadas, uso regular de medicação e licença médica, falta ou afastamento do trabalho por problemas de saúde nos últimos 6 meses).

O WHOQOL-Bref (*The World Health Organization Quality of Life Project*-abreviado) (ANEXO A) é um questionário de avaliação da qualidade de vida produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para uso internacional. Foi traduzido e validado no Brasil por Fleck e colaboradores (2000). O questionário possui 26 questões, respondidas a partir da percepção do sujeito. Sendo duas questões gerais: a primeira sobre percepção da qualidade de vida e a segunda sobre percepção pessoa da saúde geral, analisadas separadamente, e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Cada faceta é avaliada por apenas uma questão. O WHOQOL-Bref é composto por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relação social e Meio ambiente (WHOQOL GROUP, 1998), conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-Bref.

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades da vida cotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade de trabalho
Domínio II - Domínio psicológico	8. Sentimentos positivos
	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Autoestima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio III - Relações sociais	14. Relações pessoais
	15. Suporte (Apoio) social
	16. Atividade sexual
Domínio IV- Meio-Ambiente	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar
	19. Recursos financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	24. Transporte

Fonte: The WHOQOL Group (1998).

Para cada resposta do questionário, é atribuída uma pontuação, e os escores finais podem variar de 0 a 100. Assim, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida. Para isso, é utilizado uma escala tipo Likert: intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom) (CAHÚ *et al.*, 2014; FLECK *et al.*, 2000).

3.7 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora assistente e ocorria de segunda à quinta-feira, pela manhã, de 08h:00min às 12h:00min, e eventualmente no período da tarde de 13h:00min às 17h:00min, na sala da coordenação da residência médica de uma das instituições hospitalares, uma vez que, nesse local os residentes assinavam a frequência. No hospital de referência na assistência a

gestante de alto risco, a coleta de dados ocorreu na sala de prescrição localizada em uma das alas do mesmo. Os participantes foram abordados pela pesquisadora, sendo convidados a participarem e, após o aceite, os mesmos assinavam o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) em duas vias. O formulário e o instrumento WHOQOL-Bref demandavam, em média, de 10 a 15 minutos para serem respondidos. Os instrumentos são autoaplicáveis e foram respondidos na presença da pesquisadora.

3.8 Análises dos dados

Os dados foram digitados por dupla digitação e armazenados em uma planilha eletrônica no programa Excel (*Office* 2010). Para análise os dados, foram exportados para os softwares: R x64 versão 3.4.0, LibreOffice Calc versão 5.3.3.2 e PSPP versão 3. Para avaliar o WHOQOL-Bref, foi utilizada uma sintaxe proposta pelo “WHOQOL Group”. Os valores da escala para as facetas 3, 4 e 26 foram invertidos; em seguida, agruparam-se as facetas em domínios; depois, foram calculados os escores de cada domínio (de 1 a 5, por meio da média). Por fim, os escores foram transformados em escalas para cada domínio (0 a 100, por meio da fórmula $[(\text{Média} - 4) \times (100/16)]$). Para analisar a qualidade de vida por meio dos escores do WHOQOL-Bref, levaram-se em consideração as categorias de resultados: de 1 a 1,99 necessita melhorar; de 2 a 2,99 regular; de 3 a 3,99 boa; e de 4 a 5 muito boa (DIAS *et al.*, 2016).

Foi realizada a análise descritiva das variáveis referentes ao tema em estudo, utilizando-se média, frequência e desvio padrão. Na análise inferencial para comparar médias ou verificar as diferenças, foram utilizados testes paramétricos (teste t, ANOVA e teste Tukey) e quando a distribuição não foi normal os substitutos não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal Wallis). O nível de significância utilizado foi de 5% para todos os testes.

3.9 Riscos e benefícios da pesquisa

A pesquisa apresentou risco de desconforto aos participantes, no momento de responder o formulário e o instrumento WHOQOL-Bref, e/ou ao interagir com a

pesquisadora. Para contornar os riscos, a pesquisadora ofereceu orientação e esclarecimento de possíveis dúvidas, utilizando o diálogo como recurso.

O benefício está relacionado ao conhecimento da situação da qualidade de vida dos residentes de programas de residência da área da saúde, podendo, assim, serem desenvolvidas medidas que mantenham a qualidade de vida dos mesmos de forma satisfatória.

3.10 Aspectos éticos da pesquisa

No desenvolvimento da pesquisa, por envolver seres humanos, foram cumpridas as determinações éticas previstas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo uma delas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), no qual estão presentes todas as informações em linguagem clara, objetiva e de fácil entendimento, para esclarecimento necessário sobre a pesquisa (BRASIL, 2012a). Assim, a coleta de dados foi iniciada após autorização das instituições onde foi desenvolvido o estudo (ANEXOS B e C), além da aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (UFPI), com o parecer nº 2.061.414 (ANEXO D).

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico e ocupacional dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde

Dentre os 190 residentes que compuseram a população do estudo, 28 não atendiam ao critério de inclusão por estarem em atividades fora das instituições onde ocorreu a coleta de dados, 4 atendiam ao critério de exclusão. Houve, ainda, 9 perdas, pois esses não foram localizados após 3 tentativas via e-mail. Dessa forma, a amostra final foi composta por 149 residentes.

Os participantes do presente estudo estavam inseridos nos seguintes programas de residências: médicas, conforme as especialidades; clínicas (pediatria, geriatria, infectologia, psiquiatria, clínica médica, dermatologia, neonatologia, medicina intensiva, endocrinologia, reumatologia, anestesiologia, gastroenterologia e cardiologia); cirúrgicas (cirurgia geral r3, cirurgia geral, cirurgia plástica e ortopedia e traumatologia); clínicas-cirúrgicas (oftalmologia e obstetrícia e ginecologia); diagnóstico por imagem (endoscopia digestiva e radiologia e diagnóstico por imagem). Área Profissional da Saúde (Enfermagem obstétrica); Uniprofissional (traumatologia buco-maxilo-faciais); e Multiprofissional (nutrição, enfermagem, fisioterapia, psicologia e farmácia).

A caracterização sociodemográfica dos 149 residentes é apresentada na Tabela 1. Destaca-se que 86 (57,7%) dos residentes eram do sexo feminino, a idade variou entre 22 e 39 anos (média $27,37 \pm 3,35$ anos). Em relação ao estado civil, 104 (69,8%) eram solteiros. Dos participantes, 124 (83,2%) não tinham filhos, e 73 (49%) declararam serem brancos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 149 residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017

Variáveis	n(149)	%	Média (dp)
Idade			27,37 ± 3,35
Mínima: 22 anos	2	1,3	
Intervalo: 23-38 anos	146	98	
Máxima: 39 anos	1	0,7	
Sexo			
Feminino	86	57,7	
Masculino	63	42,3	
Estado Civil			
Casado	39	26,1	
Solteiro	104	69,8	
União Estável	5	3,4	
Não respondeu	1	0,7	
Número de filhos			
Nenhum	124	83,2	
Um	20	13,4	
Dois	3	2,0	
Três	1	0,7	
Não respondeu	1	0,7	
Cor			
Branca	73	49	
Negra	13	8,7	
Parda	62	41,6	
Amarela	1	0,7	

Legenda: dp (desvio padrão).

A Tabela 2 apresenta a caracterização ocupacional dos participantes do estudo. Em relação às profissões, 99 (66,4%) são médicos, 21 (14,1%) enfermeiros, 8 (5,4%) farmacêuticos, 7 (4,7%) nutricionistas, 6 (4,0%) odontólogos, 4 (2,7%) fisioterapeutas e 4 (2,7%) psicólogos. O tempo de formado variou de menos de 1 ano a mais de 5 anos (média 2,82 ± 1,95 anos); 65 (43,6%) cursavam o primeiro ano de residência; 63 (42,3%), o segundo ano; e 21 (14,1%), o terceiro ou quarto ano.

No tocante ao quantitativo de residentes inseridos nos programas de residência, houve destaque para os programas médicos, com 99 (66,4%) residentes; seguidos do programa multiprofissional, com 28 (18,8%) residentes; a residência em área profissional da saúde - Enfermagem Obstétrica - com 16 (10,7%) residentes; e a residência uniprofissional (traumatologia buco-maxilo-faciais), com 6 (4,0%) .

Tabela 2 – Caracterização ocupacional dos 149 residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017

Variáveis	n(149)	%	Média (dp)
Profissão			
Enfermeiro	21	14,1	
Farmacêutico	8	5,4	
Fisioterapeuta	4	2,7	
Médico	99	66,4	
Nutricionista	7	4,7	
Odontólogo	6	4,0	
Psicólogo	4	2,7	
Tempo de formado			2,82 ± 1,95
< 1 Ano	17	11,4	
1 -- 2 Anos	30	20,1	
2 -- 3 Anos	43	28,9	
3 -- 4 Anos	19	12,8	
4 -- 5 Anos	17	11,4	
> 5 Anos	23	15,4	
Programa de Residência			
Residência Médica	99	66,4	
Residência Multiprofissional	28	18,8	
Residência em Área Profissional da Saúde- Enfermagem Obstétrica	16	10,7	
Residência Uniprofissional	6	4,0	
Período da residência			
Primeiro Ano	65	43,6	
Segundo Ano	63	42,3	
Terceiro ano em diante	21	14,1	

Legenda: dp (desvio padrão).

4.2 Caracterização dos hábitos de vida e de saúde dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde

A Tabela 3 apresenta a caracterização dos hábitos de vida e de saúde dos participantes. Em relação às horas de sono dos residentes, houve variação de 4 a 9 horas (média 6,02 ± 0,88 horas). Setenta e cinco (50,3%) não praticam atividade física. Cento e seis residentes (71,1%) realizam atividades de lazer.

Em relação ao deslocamento de casa até a unidade hospitalar, 116 (77,9%) levam de 3 a 21 minutos. Cento e quarenta e nove (100%) não fumam. Setenta e oito residentes afirmaram ingerir bebida alcoólica, desses, 42 (28,2%) consomem bebida alcóolica de uma a três vezes por semana. Cento e dezesseis (77,8%) não possuem doença, cento e oito (72,5%) não fazem uso regular de medicamentos e cento e trinta e três (89,3%) não tiveram afastamento devido à licença médica e

maternidade nos últimos 6 meses (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos hábitos de vida e de saúde dos 149 residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017

Variáveis	n(149)	%	Média (dp)
Horas de sono por noite			6,02 ± 0,88
4	5	3,4	
5	30	20,1	
6	81	54,3	
7	24	16,1	
8	8	5,4	
9	1	0,7	
Prática atividade física			
Não	75	50,3	
Sim	74	49,7	
Atividade de lazer			
Sim	106	71,1	
Não	43	28,9	
Duração em minutos do percurso de casa à instituição hospitalar			
3 -- 21	116	77,9	
21 -- 39	23	15,4	
39 -- 57	05	3,4	
57 -- 75	03	2,0	
> 75	02	1,3	
Fuma			
Sim	-	-	
Não	149	100	
Ingestão de bebida alcóolica			
Esporadicamente	36	24,2	
Uma a três vezes por semana	42	28,2	
Não ingere bebida alcóolica	71	47,6	
Presença de patologias			
Nenhuma	116	77,8	
Uma patologia	25	16,8	
Duas patologias	08	5,4	
Uso regular de medicamento			
Nenhum	108	72,5	
Um medicamento	27	18,1	
Dois medicamentos	10	6,7	
Três ou mais medicamentos	04	2,7	
Licença médica ou afastamento por problemas de saúde nos últimos 6 meses			
Sim	16	10,7	
Não	133	89,3	

Legenda: dp (desvio padrão).

A Tabela 4 descreve as atividades físicas realizadas pelos residentes. Dentre os 74 residentes que referiram praticar alguma atividade física, 46 (62,2%) são

adeptos da musculação e 12 (16,2%) associam a musculação com outras atividades, tais como: corrida, caminhada, futebol e *crossfit*.

Tabela 4 – Atividades físicas realizadas pelos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017

Atividade Física	n	%
Musculação	46	62,2
Musculação e outras atividades*	12	16,2
Futebol	4	5,4
Caminhada	3	4,0
Corrida	2	2,7
Pilates	2	2,7
Outras atividades físicas**	4	5,4
Não definiu	1	1,4

Legenda: * (*crossfit*, futebol, natação, ioga, *cooper*, corrida e caminhada);

** (Treino funcional, atletismo e *Muay-thai*).

A descrição das atividades de lazer realizadas pelos residentes é apresentada na Tabela 5. Cento e seis residentes realizam, pelo menos, uma atividade de lazer. Desses, 40 (37,7%) elencaram como lazer assistir à televisão, filmes, seriados e ir ao cinema. Quinze (14,1%) têm como lazer a prática de atividade física.

Tabela 5 – Atividades de lazer realizadas pelos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017

Atividade de lazer	n	%
Assistir televisão, filmes, seriados e cinema	40	37,7
Prática de atividade física	15	14,1
Ficar com a família	10	9,4
Passeios e viagens	9	8,5
Ir a restaurantes	6	5,7
Sair com amigos	6	5,7
Festas	5	4,7
Jogar videogame	4	3,8
Ler	4	3,8
Outras atividades*	4	3,8
Não definiram	3	2,8

Legenda: * (Tocar violão, navegar na internet, ouvir música e aprender outro idioma)

A Tabela 6 apresenta as doenças autorreferidas pelos residentes. Dos 149 residentes, 33 declararam acometimento de, pelo menos, uma patologia. Desses, 6

(18,2%) têm acometimento de doenças do sistema ósteoarticulares, 5 (15,1%) doenças do sistema respiratório, 4 (12,1%) doenças do sistema digestório.

Tabela 6 – Patologias autorreferidas pelos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina-PI, 2017

Patologias	N	%
Doenças ósteoarticulares	6	18,2
Doenças do sistema respiratório	5	15,1
Doenças do sistema digestório	4	12,1
Transtornos psicológicos e doença do sistema cardiovascular	4	12,1
Doenças do sistema urinário	2	6,0
Doença do sistema endócrino	2	6,0
Doenças dos sistemas nervoso central e digestório	2	6,0
Outras patologias*	7	21,1
Não especificou	1	3,0

Legenda: * (Doenças dos sistemas: cardiovascular, reprodutor feminino, tegumentar, nervoso, urinário e digestivo e transtornos psicológicos, cada uma dessas isoladamente é atribuída a um participante específico).

Os tipos de medicamentos utilizados pelos residentes estão descritos na Tabela 7. Dentre os 41 residentes que fazem uso contínuo de medicamentos, 16 (39,01%) utilizam anticoncepcional, 4 (9,75%) de antidepressivos ou ansiolíticos, 10 (24,3%) fazem uso de anticoncepcional e outros medicamentos, como antidepressivos, anti-hipertensivos, antirefluxo, diuréticos, antiandrogênicos e análogos da tireóide.

Tabela 7 – Medicamentos utilizados pelos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina-PI, 2017

Tipos de Medicamento	N	%
Anticoncepcional	16	39,01
Antidepressivo ou ansiolíticos	4	9,75
Polivitamínicos	2	4,87
Broncodilator e antiasmático	1	2,43
Estimulante do sistema nervoso central	1	2,43
Análogos dos hormônios da tireóide	1	2,43
Inibidor da bomba de H+	1	2,43
Inibidor de apetite	1	2,43
Anti-androgênico	1	2,43
Dois medicamentos		
Anticoncepcional e antidepressivo	3	7,31
Anticoncepcional e anti-hipertensivo	2	4,87
Anticoncepcional e antirefluxo	1	2,43
Anticoncepcional e diurético	1	2,43
Antihipertensivo e inibidor da bomba H+	1	2,43
Antireumáticos e antimetabólicos	1	2,43
Três ou mais medicamentos		
Antiandrogênico, anticoncepcional e análogos dos hormônios da tireóide	2	4,87
Anticoncepcional, antihipertensivo e antirefluxo	1	2,43
Antihipertensivo, antidepressivo e anticonvulsivante	1	2,43

4.3 Análise da qualidade de vida dos residentes de programas de residências da área da saúde

A análise da qualidade de vida geral do grupo de residentes avaliada por meio da aplicação do WHOQOL-Bref é apresentada na Tabela 8. A média da qualidade de vida geral apresentou escore de $3,49 \pm 0,50$. A percepção da qualidade de vida escore de $3,30 \pm 0,95$; e a satisfação pessoal com a saúde, de $3,38 \pm 0,99$. Essas duas questões gerais são analisadas separadamente. Todos esses resultados indicam uma boa qualidade de vida.

Na análise de cada domínio (físico, psicológico, social e meio ambiente), todos apresentaram escores indicando boa qualidade de vida, sendo que o domínio social obteve o melhor escore ($3,55 \pm 0,72$) e o psicológico o menor ($3,48 \pm 0,62$).

Tabela 8 - Análise da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref nos 149 residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017

Domínios	Médias das escalas	Desvio padrão	Média dos escores	Desvio padrão
Domínio Físico	62,79	15,42	3,51	0,62
Domínio Psicológico	61,85	15,68	3,48	0,62
Domínio Social	63,96	17,85	3,55	0,72
Domínio Meio Ambiente	59,82	11,98	3,41	0,48
Percepção da qualidade de vida	56,88	23,58	3,30	0,95
Satisfação pessoal com a saúde	59,56	24,42	3,38	0,99
Qualidade de vida total	62,06	12,49	3,49	0,50

A Tabela 9 apresenta a análise das 24 facetas que compõem os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) do WHOQOL-Bref, observou-se que algumas delas apresentaram médias que indicam qualidade de vida regular. No domínio físico, dor física (média 2,12); tratamento médico (média 2,01); sono (média 2,68); no domínio psicológico, aproveitar a vida (média 2,91); sentimentos negativos (média 2,64); e no domínio meio ambiente, o ambiente físico (média 2,98) e o lazer (média 2,58).

Tabela 9 – Análise das facetas correspondentes aos domínios do WHOQOL-Bref nos 149 residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017

Domínios e Facetas correspondentes	Mediana	Média	Dp	CV
Domínio Físico				
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	2	2,12	0,96	0,45
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	2	2,01	1,06	0,53
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	3	3,06	0,82	0,27
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	4	4,33	0,69	0,16
16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	3	2,68	1,07	0,40
17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3	3,22	0,97	0,30
18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	4	3,44	0,84	0,24
Psicológico				
5. O quanto você aproveita a vida?	3,00	2,91	0,82	0,28
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	4,00	4,08	0,80	0,20
7. O quanto você consegue se concentrar?	3,00	3,29	0,75	0,23
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	4,00	3,81	0,88	0,23
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	4,00	3,40	0,95	0,28
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	2,00	2,64	1,03	0,39
Relações Sociais				
20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	3,00	3,35	1,00	0,30
21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	4,00	3,61	0,92	0,25
22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	4,00	3,72	0,76	0,20
Meio Ambiente				
8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	3,00	3,35	0,75	0,23
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	3,00	2,98	0,90	0,30
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	3,00	3,03	0,83	0,27
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	4,00	3,59	0,75	0,21
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	3,00	2,58	0,75	0,29
23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	4,00	4,05	0,78	0,19
24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	4,00	3,61	0,94	0,26
25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	4,00	3,95	1,01	0,26

Legenda: dp (desvio padrão); cv (coeficiente de variação).

4.4 Avaliação da qualidade de vida dos residentes associada à idade, sexo, período da residência, estado civil e aos programas de residências da área da saúde

Na Tabela 10, foi avaliada a relação entre a percepção de qualidade de vida, satisfação com a saúde e qualidade de vida total do WHOQOL-Bref, com as variáveis: idade, sexo, período da residência e estado civil. Observou-se que há uma diferença significativa na percepção da qualidade de vida entre os homens e as mulheres, na qual essas obtiveram escores $3,14 \pm 0,90$ (p -valor $<0,01$); e na avaliação da qualidade de vida geral, $3,39 \pm 0,49$ (p -valor $<0,01$), indicando que os homens apresentam melhor qualidade de vida geral, com escore de $3,61 \pm 0,50$.

Não houve significância estatística entre a idade, período da residência e os aspectos gerais da qualidade de vida. Porém, os residentes com idade entre 30 e 33 anos e os que estavam cursando o terceiro ano apresentaram, respectivamente, os menores escores ($3,14 \pm 1,08$) e ($3,14 \pm 0,96$), em relação à percepção da qualidade de vida.

No tocante à satisfação com a saúde e qualidade de vida total, os residentes do segundo ano e aqueles com idade entre 30 e 33 anos obtiveram, respectivamente, os seguintes escores: ($3,26 \pm 0,95$); ($3,41 \pm 0,52$) e ($3,05 \pm 1,05$); ($3,41 \pm 0,59$). Houve diferença significativa entre a qualidade de vida total e o estado civil (p -valor $< 0,03$), no qual os residentes em união estável apresentam escores mais baixos, $3,28 \pm 0,83$, na qualidade de vida total, em relação aos casados e solteiros (Tabela 10).

Tabela 10 – Análise dos aspectos da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref associadas à idade, ao sexo, período da residência e estado civil nos residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, PI, 2017

Variáveis	N	Aspectos Gerais da Qualidade de Vida		
		Percepção da Qualidade de Vida	Satisfação com a Saúde	WHOQOL-Bref Total
Idade				
De 22 a 25	52	3,27 ± 0,89	3,21 ± 0,96	3,41 ± 0,47
De 26 a 29	61	3,36 ± 0,91	3,57 ± 0,97	3,58 ± 0,50
De 30 a 33	22	3,14 ± 1,08	3,05 ± 1,05	3,41 ± 0,59
Acima de 33	10	3,40 ± 1,17	3,70 ± 0,82	3,44 ± 0,43
<i>p-valor</i>		0,786**	0,057**	0,263**
Sexo				
Feminino	82	3,14 ± 0,90	3,27 ± 0,99	3,39 ± 0,49
Masculino	63	3,51 ± 0,97	3,51 ± 0,98	3,61 ± 0,50
<i>p-valor</i>		<0,01*	0,162*	<0,01**
Período da residência				
Primeiro	63	3,32 ± 0,95	3,47 ± 0,99	3,57 ± 0,47
Segundo	61	3,33 ± 0,94	3,26 ± 0,95	3,41 ± 0,52
Terceiro	21	3,14 ± 0,96	3,43 ± 1,12	3,47 ± 0,55
<i>p-valor</i>		0,83*	0,173*	0,10**
Estado civil				
Casado	39	3,31 ± 1,06	3,62 ± 0,99	3,66 ^a ± 0,46
Solteiro	100	3,29 ± 0,91	3,29 ± 0,97	3,43 ^b ± 0,49
União estável	5	3,20 ± 1,10	3,20 ± 1,30	3,28 ^{ab} ± 0,83
<i>p-valor</i>		0,99*	0,237*	0,03**

Legenda: * (teste de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis); ** (teste t de student ou ANOVA); Letras diferentes na mesma coluna indicam diferença significativa (p-valor<0,05).

A associação entre os domínios que compõem o WHOQOL-Bref e as variáveis idade, sexo, período da residência e estado civil, são apresentados na Tabela 11. Não houve significância estatística entre a idade e os domínios da qualidade de vida. Destaca-se que, além do escore geral, a diferença significativa entre os sexos apareceu também nos domínios físico (p-valor = 0,005), psicológico (p-valor = 0,002) e meio ambiente (p-valor = 0,04), nos quais as mulheres apresentaram escores mais baixos (médias respectivamente de 3,4 ± 0,58; 3,35 ± 0,59 e 3,34 ± 0,52).

Houve diferença significativa no domínio psicológico (p-valor = 0,007) e domínio físico (p-valor = 0,002), entre o período da residência, na qual os residentes do segundo ano apresentaram menores escores (médias respectivamente de 3,42 ± 0,65 e 3,35 ± 0,63). Foi identificada diferença significativa no domínio psicológico (p-

valor = 0,038), entre os residentes em união estável, nos quais esses apresentaram menor média ($3,24^{ab} \pm 0,94$) (Tabela 11).

Tabela 11 – Análise dos domínios da qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref associados à idade, ao sexo, período da residência e estado civil, nos residentes inseridos nos programas de residência da área da saúde. Teresina, Piauí, 2017

Variáveis	n	Domínios WHOQOL-Bref			
		FÍSICO	PSICOLÓGICO	RELAÇÕES PESSOAIS	MEIO AMBIENTE
Idade					
De 22 a 25	52	3,42 ± 0,59	3,45 ± 0,61	3,47 ± 0,71	3,33 ± 0,53
De 26 a 29	61	3,59 ± 0,59	3,54 ± 0,62	3,70 ± 0,74	3,49 ± 0,45
De 30 a 33	22	3,53 ± 0,72	3,37 ± 0,75	3,36 ± 0,69	3,36 ± 0,50
Acima de 33	10	3,45 ± 0,70	3,47 ± 0,43	3,43 ± 0,65	3,41 ± 0,34
<i>p-valor</i>		0,522**	0,705**	0,158**	0,327**
Sexo					
Feminino	82	3,4 ± 0,58	3,35 ± 0,59	3,46 ± 0,75	3,34 ± 0,52
Masculino	63	3,65 ± 0,64	3,65 ± 0,63	3,67 ± 0,68	3,50 ± 0,42
<i>p-valor</i>		0,005*	0,002*	0,116*	0,04**
Período da residência					
Primeiro	63	3,58 ± 0,55	3,64 ± 0,56	3,60 ± 0,74	3,46 ± 0,46
Segundo	61	3,42 ± 0,65	3,35 ± 0,63	3,51 ± 0,71	3,37 ± 0,50
Terceiro	21	3,58 ± 0,71	3,42 ± 0,66	3,52 ± 0,76	3,38 ± 0,51
<i>p-valor</i>		0,02**	0,007**	0,484*	0,379*
Estado civil					
Casado	39	3,66 ± 0,58	3,69 ^a ± 0,54	3,78 ± 0,70	3,50 ± 0,39
Solteiro	100	3,45 ± 0,62	3,41 ^b ± 0,61	3,47 ± 0,70	3,38 ± 0,51
União estável	5	3,40 ± 0,78	3,24 ^{ab} ± 0,94	3,18 ± 1,17	3,26 ± 0,70
<i>p-valor</i>		0,129*	0,038*	0,06*	0,323**

Legenda: * (teste de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis); ** (teste t de student ou ANOVA); Letras diferentes na mesma coluna indicam diferença significativa (p -valor<0,05).

A relação entre a qualidade de vida geral dos residentes e os programas de residência é apresentada na Tabela 12. Observou-se que os residentes com as melhores médias de escores ($3,79 \pm 0,41$) estavam inseridos nos programas de residências médicas cirúrgicas, que englobam as especialidades de cirurgia geral R3, cirurgia geral, cirurgia plástica, e ortopedia e traumatologia. Já os menores escores ($3,25 \pm 0,44$), foram atribuídos aos residentes inseridos no programa de residência multiprofissional, composta por enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e nutricionistas.

Tabela 12 – Relação da qualidade de vida geral dos residentes e os programas de residências da área da saúde medida pelo WHOQOL-Bref . Teresina, Piauí, 2017

	N	Qualidade de vida geral (média ± DP)
Programas de Residências Médicas		
Cirúrgicas	15	3,79 ± 0,41
Clínicas	48	3,51 ± 0,54
Clínica-Cirúrgicas	28	3,48 ± 0,49
Diagnóstico por imagem	6	3,58 ± 0,29
Programas de Residência da Área da Saúde		
Área Profissional da Saúde- Enfermagem Obstétrica	15	3,48 ± 0,50
Multiprofissional	28	3,25 ± 0,44
Uniprofissional	5	3,62 ± 0,57

DP, desvio padrão.

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sócio-demográfica e ocupacional dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde

Os residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde de uma Universidade Pública de Teresina-PI, que desenvolviam suas atividades em dois hospitais escolas na referida cidade, eram, na maioria, do sexo feminino. Resultado semelhante ao encontrado em estudo realizado no Chile, com o objetivo de analisar a qualidade de vida relacionada à saúde dos residentes do serviço de urgência, analisando as possíveis diferenças entre os gêneros de 61 residentes, no qual 47 dos participantes também eram mulheres (FERNÁNDEZ-PRADA *et al.*, 2014).

Em pesquisa longitudinal, realizada na Tailândia, com 38 residentes de medicina, 26 eram do sexo feminino (SOBHONSLIDSUK; THAKKINSTIAN; SATITPORNKUL, 2015). Um estudo retrospectivo e multicêntrico, realizado na Espanha, com 146 participantes, que teve como objetivo avaliar a qualidade do treinamento, a satisfação e qualidade de vida dos residentes e especialistas recentes em otorrinolaringologista, revelou que 68,3% eram mulheres (OKER *et al.*, 2016).

Estudos brasileiros também apontam predominância das mulheres nos programas de residência, como o de Goiás, que avaliou a qualidade de vida de 84 residentes de medicina de um hospital escola na cidade de Goiânia, apresentou percentual de 64,3% do sexo feminino (DIAS *et al.*, 2016). Em Pernambuco, uma pesquisa que avaliou o estresse e a qualidade de vida em 45 residentes multiprofissionais vinculados a dois programas de residência compostos pelas profissões de psicologia, educação física, terapia ocupacional, enfermagem e serviço social, apontou que 84,4% eram mulheres (CAHÚ *et al.*, 2014).

É evidente a inserção da mulher no mercado de trabalho e nos serviços de saúde, pois nesse setor, 70% da força de trabalho é feminina (SCHEFFER; CASSENOTE, 2013). A feminilização no mercado de trabalho se refere a um franco crescimento da população feminina em profissões historicamente desempenhadas por homens, por exemplo, a medicina e odontologia (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

Nesse contexto, a enfermagem foi a primeira profissão feminina universitária, no Brasil. Refletindo sobre o universo sócio histórico do cuidado de saúde pela enfermagem, na perspectiva da divisão sexual do trabalho, uma vez que, a profissionalização feminina, iniciada no final do século XIX sob influência de Florence Nightingale, foi relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, aqueles vinculados ao educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação, caracterizados pela ideia de vocação das mulheres para o cuidar (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013; SOUZA, 2014).

Os participantes desse estudo seguem o mesmo perfil das pesquisas nacionais e internacionais, no que tange à predominância do sexo feminino na área da saúde. Dessa forma, é necessário que os programas de residência tenham uma atenção especial voltada às mulheres, para que essas possam desenvolver suas atividades de forma satisfatória e sem prejuízos para sua saúde.

A idade dos residentes desse estudo variou entre 22 e 39 anos, e a média identificada foi de $27,37 \pm 3,35$ anos, estando de acordo com a literatura nacional e internacional (MIYOSHI *et al.*, 2016; BLOCK *et al.*, 2013; GOULART *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2016). Esses resultados podem ser explicados pelo fato de alguns programas de residência, como os multiprofissionais, uniprofissionais e alguns da área médica, serem de acesso direto com duração de dois a três anos. Enquanto outros programas de residência médica como cardiologia, endocrinologia, endoscopia, entre outros, exigirem como pré-requisito pós-graduações na modalidade de residência em clínica médica, ambas com duração de até três anos. Dessa forma, algumas especialidades demandam maior tempo para a formação profissional (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2006).

A idade média dos residentes encontrada nesse estudo foi bem próxima à média de idade de uma pesquisa realizada no Japão com 85 residentes de medicina, que teve como objetivo investigar se o Inventário de Temperamento e Caracteres (TCI) que avalia a personalidade poderia ser usado para prever ou reconhecer o desgaste e/ou episódios depressivos antecipado dos residentes; o mesmo identificou que a idade média dos participantes foi de 26.24 ± 3.81 anos (MIYOSHI *et al.*, 2016). Em Baltimore, nos Estados Unidos, foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar quais os elementos do cronograma da residência estavam associados à fadiga. O *burnout* do residente identificou que a idade média dos 55 participantes era de 29 anos (BLOCK *et al.*, 2013).

Em pesquisas nacionais, os residentes apresentam média de idade similar à encontrada nesse estudo. No Rio Grande do Sul, foi desenvolvido um estudo com 37 residentes multiprofissionais. A análise do perfil sociodemográfico desses identificou que 51,35% estavam na faixa etária entre 25 e 29 anos (GOULART *et al.*, 2012). No estudo realizado com 60 residentes multiprofissionais no Triângulo Mineiro, Minas Gerais, cujo objetivo foi avaliar a qualidade de vida, sono e Síndrome de *Burnout*, a idade média dos mesmos foi de 26,11±2,87 anos (MOREIRA *et al.*, 2016).

A maioria dos residentes desse estudo era solteira (69,8%), sem filhos (83,2%) e autodeclarados brancos (49 %). Em São Paulo, foi desenvolvida uma pesquisa com 50 residentes do programa multiprofissional de saúde, que teve como objetivo avaliar os sintomas de ansiedade e depressão desses profissionais, e identificou que 88% eram solteiros (ROTTA *et al.*, 2016). Outro estudo realizado em Recife, Pernambuco, que teve como objetivo analisar o nível de estresse ocupacional em enfermeiros residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família verificou que 81,8% eram solteiros (SILVA; SILVEIRA, 2017).

O predomínio da cor branca autodeclarada pelos residentes é reflexo do contexto histórico do Brasil, que, apesar da maioria da população ser composta por negros e pardos, esses ainda enfrentam dificuldade de acesso à educação de qualidade. Isso repercute de forma negativa na futura inserção dessas pessoas no ensino superior. Políticas sociais vêm sendo desenvolvidas para a redução das desigualdades de acesso às faculdades e universidades (FERES JÚNIOR; DAFLON, 2014).

Em relação ao estado civil e número de filhos, o resultado pode estar associado à idade média dos participantes, composta por adultos jovens, que, diante da sociedade contemporânea, do capitalismo vigente e das exigências do mercado de trabalho, passam a dedicar-se e investir cada vez mais na qualificação profissional. Dessa forma, os planos pessoais como a formação de uma família são postergados. Apesar do estado civil e número de filhos serem fatores que podem interferir na qualidade de vida dos residentes, esses dados ainda são pouco explorados pelas pesquisas internacionais e nacionais (SILVA, SILVEIRA, 2017).

No que se refere ao perfil ocupacional dos participantes dessa pesquisa devido o predomínio dos programas de residência médica, os médicos representaram 66,4% dos residentes. Esse resultado se explica pelo fato de as

residências médicas serem a modalidade de especialização considerada padrão-ouro da medicina e, também, por ter sido a pioneira no Brasil, na modalidade de ensino em serviço; sendo regulamentado, no Brasil, pelo Decreto nº 80.281 em 1977 (FAJARDO; ROCHA; PASINI, 2010; BRASIL, 1977).

Os programas de residência multiprofissionais foram instituídos, no Brasil, em 2005, com o objetivo de formar profissionais em conformidade com os princípios do SUS. No Piauí, as residências multiprofissionais tiveram início, em 2008, com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desenvolvida pela Universidade Estadual do Piauí (LIMA, 2012).

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, vinculados à Universidade Federal do Piauí, que têm suas atividades desenvolvidas nas instituições hospitalares onde foi realizada a presente pesquisa, tiveram início em 2013 (COREMU, 2013). Já as residências médicas, iniciaram suas atividades na instituição hospitalar federal, em 2012, ano da inauguração oficial da referida instituição (EBSERH, 2017).

Corroborando com o identificado nessa pesquisa, relativo ao predomínio dos programas de residência médica em relação aos multiprofissionais e uniprofissionais, um estudo realizado em Recife, que incluiu todos os programas de residência de acesso direto para as áreas de medicina, enfermagem, nutrição e saúde coletiva da referida cidade, gerenciados pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Universidade de Pernambuco (UPE), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz-PE) e Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), revelou que, dentre os 178 pesquisados, 121 estavam inseridos em residências médicas (CARVALHO *et al.*, 2013). A maioria dos estudos, na qual a população pesquisada é composta por residentes, abordam programas específicos, não fazendo associações ou relações entre diferentes programas (FERNANDES *et al.*, 2015; ROTTA *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2015).

Nesse estudo, os enfermeiros representaram 14% da amostra, sendo a segunda categoria profissional com o maior número de profissionais. A formação no programa de residência permite a consolidação de conhecimentos adquiridos na graduação, possibilitando o crescimento profissional, pois na residência, os conceitos teóricos são associados ao cotidiano da prática. Assim, esses profissionais possuem condições críticas ampliadas com o desenvolvimento de

competências, habilidades técnicas e científicas, que proporcionam uma atuação diferenciada (SOARES *et al.*, 2017; ZANONI *et al.*, 2015).

A média do tempo de formado dos participantes foi de $2,82 \pm 1,95$ anos, com o mínimo de menos de um ano e máximo de mais de 5 anos de formado. Esse resultado é similar ao encontrado na literatura científica. Pesquisa que teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico, profissional e acadêmico dos residentes multiprofissionais do interior do Rio Grande do Sul, evidenciou que 41,6% iniciaram residência um ano após a conclusão da graduação, seguido pelos que ingressaram no mesmo ano do término do curso (19,4%) e quatro anos ou mais, após a formação acadêmica (19,4%) (GOULART *et al.*, 2012).

Segundo Sousa e colaboradores (2016), na pesquisa realizada em São Paulo, que teve como objetivo descrever o perfil do aluno ingressante nos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde de uma instituição privada no referido município, identificou que 76,1% dos profissionais terminaram a graduação em até dois anos de formação antes do ingresso no programa de residência.

Os períodos da residência são divididos em R1, R2 e R3 (cada R corresponde a um ano de residência), no qual os programas de residência médica têm duração de três anos e os multiprofissionais e em área profissional da saúde, dois anos. Na presente pesquisa, 43,6% dos residentes estavam no primeiro ano da residência. Corroborando com esse resultado, um estudo realizado, em Recife, com os residentes multiprofissionais em saúde da família evidenciou que, em relação ao período da residência, 54,5% estavam concluindo o primeiro ano (SILVA; SILVEIRA, 2017). Em discordância com esses resultados, uma pesquisa realizada com 45 residentes multiprofissionais, em Pernambuco, identificou que 57,8% estavam cursando o segundo ano da residência (CAHÚ *et al.*, 2014).

5.2 Perfil dos hábitos de vida e de saúde dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde

As instituições hospitalares funcionam às 24 horas do dia de forma ininterrupta, pois os indivíduos que estão internados necessitam de atenção contínua, assim, é necessária a presença de profissionais da saúde em todos os turnos, em especial da equipe de enfermagem. E os profissionais em formação,

como os residentes, também precisam vivenciar essa assistência contínua para o desenvolvimento de suas competências, habilidades e atitudes.

Os residentes da área da saúde realizam 60 horas semanais. Nessas, estão incluso os plantões noturnos, horários não convencionais, o número, a duração e irregularidade dos turnos e longas jornadas de trabalho são fatores que provocam desgaste físico e emocional, e, conseqüentemente, o comprometimento da qualidade do sono (PURIM *et al.*, 2016; COELHO *et al.*, 2014).

O sono é um estado comportamental fundamental na vida do indivíduo. Porém, a sua privação é comum em trabalhadores da área da saúde, devido à extensão do trabalho ao longo das 24 horas do dia. Esse fato afeta o ciclo sono-vigília, provoca cansaço, fadiga, estresse, falta de entusiasmo em atividades diárias, queda do desempenho, entre outras repercussões negativas (SANTOS; COSTA, 2016; PURIM *et al.*, 2016; COELHO *et al.*, 2014).

Em relação ao número de horas que os residentes dormem por noite, a média identificada nessa pesquisa foi de (6,02 ± 0,88) horas, com o mínimo de 4 horas e máximo de 9 horas de sono. Sendo que 23,5% dormem menos de 6 horas por noite. Os residentes desse estudo têm uma duração de sono abaixo do indicado pela Fundação Nacional do Sono dos Estados Unidos, que recomenda de 7 a 9 horas de sono para adultos, sendo que a duração do sono não deve ser inferior a 6 e nem superior a 10 horas, pois os indivíduos que habitualmente dormem menos que o padrão recomendado podem apresentar sinais e sintomas de problemas de saúde, comprometendo a sua saúde e bem-estar (HIRSHKOWITZ *et al.*, 2015).

Corroborando com o resultado da presente pesquisa em relação ao sono, estudo realizado em Curitiba, cujo objetivo foi avaliar a qualidade de sono e a sonolência diurna de residentes, comparando com estudantes de medicina, evidenciou que os residentes apresentaram pior média da qualidade de sono quando comparados aos acadêmicos, assim como tiveram menor duração de sono e pior qualidade subjetiva do mesmo (PURIM *et al.*, 2016).

Em discordância com o resultado desse estudo, uma pesquisa desenvolvida em Minas Gerais com a equipe de enfermagem que atuava em plantões noturnos de um hospital escola, identificou que a maioria dos participantes preferia o turno da noite e apresentaram uma boa qualidade de vida no trabalho, mesmo com a privação do sono (SANTOS; COSTA, 2016). Esse fato pode ser explicado pela

capacidade de adaptação do sono e pelo fato dos mesmos darem preferência ao plantão noturno, não sendo uma imposição ou obrigação.

Um dos fatores que pode melhorar a qualidade do sono e de vida é a realização de atividade física, pois sua prática regular influencia diretamente na saúde física, no humor e na vida social, promove uma diminuição da taxa glicêmica, da colesterolemia e da trigliceridemia, além de reduzir o estresse e favorecer a perda de peso. As pessoas fisicamente ativas têm maior disposição e vontade de realizar suas atividades diárias, demonstram menos cansaço e melhor nível cognitivo (MAIA *et al.*, 2016).

Houve um discreto predomínio de residentes que não praticam atividade física (50,3%). Enquanto que 49,7% dos pesquisados afirmaram realizar, pelo menos, uma atividade física, com destaque para musculação (62,1%). Corroborando com esse resultado, um estudo que objetivou verificar se os domínios da qualidade de vida de profissionais de saúde que atuam em UTI's diferem em função do nível de atividade física, revelou que 62,2% dos profissionais foram considerados inativos. Desses, 78% são enfermeiros e 75,9% são médicos. Além disso, foi identificado que os indivíduos fisicamente ativos apresentam melhores níveis de qualidade de vida (ACIOLI NETO *et al.*, 2013).

Estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, que investigou a qualidade de vida, a satisfação e o equilíbrio esforço/recompensa no trabalho, a presença de transtornos psíquicos leves, bem como os níveis de atividade física entre os trabalhadores da atenção primária à saúde do referido município, identificou que, com relação à atividade física, cerca de um quinto dos trabalhadores foram classificados como sedentários/insuficientemente ativos, sendo que os enfermeiros apresentaram maior percentual nessa categoria (HAIKAL *et al.*, 2013).

No tocante à realização de atividade física, o estudo realizado por Maia e colaboradores (2016), desenvolvido em Fortaleza, Ceará, está em desacordo com o encontrado na presente pesquisa, pois nele foi identificado que a maioria dos participantes praticava atividade física, com destaque para musculação e treinamento funcional.

Além da atividade física, a realização de atividades de lazer é fundamental para manutenção da qualidade de vida, pois diante de toda a tribulação e correria do dia a dia é essencial que o indivíduo realize alguma atividade que lhe agrada, para promoção do repouso físico e mental. Entre essas atividades estão: navegar em

redes sociais, jogar no computador ou *notebook*, ler, ir à praia, ao cinema e teatro, praticar vários esportes, sair com amigos a restaurantes e bares, realizar atividades em grupo descontraídas ou passar algum tempo sozinho fazendo algo que considere agradável (CASTRO *et al.*, 2014).

Nesse estudo, 71,1% dos residentes afirmaram que realizam atividades de lazer, com predomínio de ir ao cinema, assistir seriados e televisão, seguida da prática de atividade física. Isso revela preferência por atividades de lazer que são realizadas facilmente, visto a evolução tecnológica, na qual é possível assistir filmes e seriados pelo celular, *tabletes* e *notebooks*. Apenas um participante considerou navegar na internet como atividade de lazer. Talvez isso se deva ao fato de essa atividade ser uma prática comum do dia a dia, sendo que algumas pessoas a consideram indispensável. Dessa forma, os mesmos não a veem como atividade de lazer. Não foram identificados estudos que avaliaram essa variável relacionada aos residentes em área profissional da saúde.

Alguns hábitos de vida podem ser prejudiciais à saúde, como o consumo de bebida alcoólica em excesso e o tabagismo. Quanto a isso, 100% dos residentes afirmaram não ser tabagistas, isso pode ser explicado pelo fato dos participantes serem profissionais da saúde e, portanto, conhecem os malefícios do uso de tabaco para a saúde. A maioria dos residentes (52,4%) afirmou fazer ingestão de bebida alcoólica esporadicamente.

Um dos problemas de saúde pública é o aumento do consumo de drogas lícitas. Em relação ao padrão de consumo de bebida alcoólica, as Américas superam as estatísticas mundiais, a vários distúrbios relacionados à ingestão exagerada do álcool e aos óbitos. Estudo realizado com acadêmicos de enfermagem e medicina de instituições de ensino superior pública e privada de São José do Rio Preto, São Paulo, identificou que 80,7% dos universitários declararam o hábito de ingerir álcool. Desses, 23,9% consumiam, pelo menos, uma vez na semana (FARIAS *et al.*, 2014).

A presença de patologias causa alterações no organismo, que provocam mudanças no cotidiano dos indivíduos. A maioria dos residentes (77,8%) referiu não possuírem patologias diagnosticadas e, entre os 22,2% que afirmaram serem acometidos por patologias, houve o predomínio de doenças osteomusculares (18,2%), tais como: artrite reumatóide, condromalácia patelar, hérnia de disco e tendinite crônica; seguidas de doenças do sistema respiratório (15,1%), como asma,

amigdalite crônica e rinite; e transtornos psicológicos (15,1%), como ansiedade e depressão.

Algumas dessas doenças citadas anteriormente podem estar relacionadas ao trabalho e à ergonomia como a hérnia de disco e tendinite. Enquanto a rinite, por ser um processo alérgico pode ser desencadeada por estímulos presentes no ambiente de trabalho.

As doenças relacionadas ao trabalho são fatores influenciadores da qualidade de vida, que podem interferir diretamente na saúde física e psicológica dos profissionais, entre os agravos estão as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017). Essas formam um grupo heterogêneo de agravos do sistema musculoesquelético, causados por processo crônico, provocados por atividades realizadas durante a atividade laboral. Suas causas passam pela organização do trabalho, dificuldades interpessoais, além de terem relação direta com a ergonomia do ambiente de trabalho quando o mobiliário está inadequado à estrutura física do indivíduo e, também, são provocadas pelo movimento repetitivo, sem pausas e com posturas incorretas (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017; DOSEA *et al.*, 2015).

Estudo que objetivou analisar a percepção da qualidade de vida de portadores de DORT, em Sergipe, identificou que a maioria dos participantes realiza as tarefas do cotidiano com muita dificuldade e que a dor interfere no desempenho do trabalho. Dessa forma, os trabalhadores possuem uma percepção negativa da qualidade de vida (DOSEA; OLIVEIRA; LIMA, 2016).

Revisão integrativa que analisou os determinantes que contribuem para o aparecimento de doenças osteomusculares em profissionais da enfermagem e seus impactos psicossociais constatou que os determinantes estão relacionados à postura, ao esforço físico e aos fatores ambientais. As condições inadequadas de trabalho, turnos prolongados e o déficit de profissionais contribuem para o aparecimento destes agravos. O sentimento de tristeza e insatisfação está entre os aspectos psicossociais, provocados tanto pela capacidade de trabalho diminuída quanto pela ineficácia dos tratamentos realizados (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2017).

No tocante aos transtornos psicológicos, a literatura afirma que o estresse provocado por uma intensa rotina diária em algumas pessoas pode ter efeito positivo, estimulando, por exemplo, a formação de novas ideias. Porém, o estresse passa a ser um grave problema de saúde quando começa a afetar o cotidiano, a

saúde e prejudicando a vida social do indivíduo. A geração de ansiedade começa quando os profissionais passam a vivenciar, por um longo período, uma intensa rotina de trabalho com atividades que impõem alta tensão (SILVA *et al.*, 2016).

As excessivas demandas emocionais e o estresse aos quais os profissionais de saúde são expostos diariamente são as principais causas para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas relacionadas ao ambiente de trabalho e, muitas vezes, a falta de apoio psicológico nos locais de trabalho pode acarretar no desenvolvimento de depressão, que é a síndrome que se manifesta a partir de um conjunto de sintomas e sinais mantidos por um período de semanas a meses, associados a modificações do funcionamento habitual da pessoa (GOMES *et al.*, 2015).

A revisão realizada por Andrade e Dantas (2015), que objetivou discutir as bases da ocorrência de transtornos mentais e de comportamento ou agravos psicopatológicos (sofrimento psíquico) relacionados à atividade laboral em médicos anesthesiologistas, observou que problemas relacionados à organização (carga, valorização da carga, ritmo, relacionamento interpessoal, períodos de descanso, conteúdo das tarefas, pressão da chefia e horas trabalhadas) é a causa principal de agravos psíquicos decorrentes da atividade laboral e que sintomas de ansiedade e depressão são comuns entre médicos. Quando não são tratados, as somatizações se tornam frequentes, podendo encorajar o uso abusivo de drogas e álcool, e, até mesmo, resultar em suicídio.

O uso regular de medicamentos é comum para tratamentos de patologias. Na presente pesquisa, 27,5% dos residentes afirmaram fazer uso de medicamentos regularmente. Porém, desses, a maioria (39,01%) faz uso somente de contraceptivos. Poucos estudos discutem as patologias autorreferidas e o uso de medicamentos entre os profissionais da saúde. Esse assunto requer maior atenção, já que, esses fatores interferem tanto na qualidade de vida desses indivíduos quanto na qualidade da assistência que os mesmos irão prestar para a população.

Algumas pesquisas retratam a automedicação tanto dos profissionais quanto dos acadêmicos da área da saúde, pois o manuseio de medicamentos favorece a automedicação; mesmo conhecendo os danos desse hábito, eles se automedicam para melhorar situações incômodas e dar continuidade à longa jornada de trabalho (PEREIRA *et al.*, 2017). Essa prática é perigosa, pois pode mascarar problemas

graves de saúde, além de desenvolver resistência aos agentes infecciosos como é o caso do uso desenfreado de antibióticos.

Estudo realizado por Albuquerque e colaboradores (2015) com estudantes de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), evidenciou um alto índice de automedicação: 94,2% dos participantes afirmaram já ter realizado essa prática; entre as classes dos fármacos, as mais utilizadas foram analgésicos, anti-inflamatórios, antitérmicos, antibióticos sistêmicos e anti-histamínicos.

O adoecimento é a principal causa de absenteísmo dos profissionais de saúde. Esse é compreendido como a frequente ausência física do profissional no ambiente de trabalho, podendo ser tida como habitual, levando em consideração possíveis obrigações sociais (RODRIGUES; ARAÚJO, 2016). As cargas de trabalho provocam agravos entre os trabalhadores da saúde, que são captados por meio das licenças médicas, do registro de acidentes de trabalho e dos sinais e sintomas referidos por estes. O absenteísmo causa uma sobrecarga para a equipe, criando um círculo de afastamentos do trabalho (BREY *et al.*, 2017).

Em relação à licença médica ou maternidade nos últimos seis meses durante a coleta de pesquisa, a maioria dos residentes (89,3%) afirmou que não necessitaram dessa ferramenta laboral. Já 10,7% dos participantes, foram afastados por meio da licença médica. Esse pequeno percentual demonstra que os residentes acometidos por algum problema de saúde estão com a doença controlada. Tal fato pode ser reflexo do comprometimento dos profissionais com o programa de residência, pois o mesmo exige 100% de presença nas atividades práticas. Dessa forma, mesmo com dor, os residentes se esforçam e cumprem a sua carga horária.

Todos os fatores apresentados anteriormente, como idade, sexo, tempo de formado, período da residência, horas de sono, atividade física e de lazer, ingestão de bebida alcoólica, presença/ausência de patologias e o uso regular de medicamentos, têm influência sobre a qualidade de vida da população em geral. Porém, nos profissionais inseridos em programas de residência esses fatores podem representar maior impacto na sua qualidade de vida, pois os mesmos realizam jornadas exaustivas de trabalho, muitas vezes, em ambientes de tensão e cobranças por parte dos coordenadores dos programas, da equipe, pacientes e de si próprio, para que sejam atingidos os melhores resultados.

5.3 Avaliação da qualidade de vida dos residentes inseridos nos programas de residências da área da saúde

Atualmente, devido às cobranças do mercado de trabalho, muitos profissionais buscam qualificação nos programas de residência, pois somente o diploma de graduação não é suficiente para enfrentar os concorrentes em uma seleção para vaga de emprego.

Por vezes, os profissionais que optam por se especializarem nos programas de residência, enfrentam dificuldades em concluir o processo de formação, pois é nesse período que se propicia a verdadeira iniciação profissional na prática, em especial, para os recém-formados. Comumente, é observada uma dupla concepção dos programas de residência, pois esse é visto como um complemento da graduação diante das deficiências desse processo e, também, como uma possibilidade de favorecer a inserção no mercado de trabalho (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2013).

A residência de enfermagem, assim como as demais da área da saúde, segue o mesmo modelo da residência médica, e os aspectos inerentes ao treinamento médico são incorporados aos demais profissionais, como o estresse que produz distúrbios físicos e emocionais (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2013). O processo de formação da residência é marcado pela dualidade trabalhador-aprendiz, na qual o residente enfrenta uma tensão interna constante, que pode desencadear problemas de saúde (CARVALHO *et al.*, 2013).

Durante a residência, os profissionais são expostos a fatores estressores, por exemplo, a fadiga, privação do sono, alta carga assistencial, problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional (SILVA *et al.*, 2016). Além da redução do tempo para vida social, amigos e família, devido à extensa carga horária. Apesar disso, a qualidade de vida geral dos residentes desse estudo foi avaliada como boa. Esse resultado pode estar relacionado à satisfação desses profissionais com o aprendizado, o desenvolvimento de habilidades e competências proporcionado pelos programas de residências.

Entretanto, a realidade vivenciada pelos residentes pode afetar a percepção que os mesmos têm sobre a sua qualidade de vida. Isto se confirma com os resultados obtidos na avaliação dos aspectos gerais da qualidade de vida por meio

do WHOQOL-Bref, na qual a percepção da qualidade de vida foi avaliada como boa, porém essa apresentou a menor média entre os residentes ($3,30 \pm 0,95$).

O menor escore atribuído à percepção da qualidade de vida, em relação à qualidade de vida geral, pode ser reflexo da insatisfação de alguns aspectos da residência, como a estrutura pedagógica dos programas e o sistema organizacional das instituições hospitalares. Outra possível explicação para a insatisfação é a da visão de trabalho enquanto mercadoria e emprego, na qual é esperado um retorno financeiro compatível com a carga horária e força de trabalho empregada, para satisfação de necessidades e sobrevivência (DUTRA-THOME; KOLLER, 2014). No entanto, os residentes recebem uma bolsa mensal para o desenvolvimento das suas atividades, que para alguns pode não ser o suficiente para suprir suas necessidades.

No WHOQOL-Bref, em relação ao domínio físico, as facetas que avaliam em que medida a dor (física) impede o indivíduo de fazer o que precisa e o quanto as pessoas precisam de algum tratamento médico para levar a vida diária apresentaram resultado regular. Esse representa o que já foi descrito a respeito de patologias autorreferidas pelos residentes e o uso regular de medicamentos.

Outra faceta que se apresentou como regular foi o quão satisfeito a pessoa está com o seu sono, o que aponta que o tempo de sono dos participantes não está sendo suficiente para o descanso, estando de acordo com o identificado no perfil dos hábitos de vida dos residentes, pois a maioria dorme 6 horas ou menos por noite. Esse resultado corrobora com o estudo realizado por Dias e colaboradores (2016), no qual o sono se apresentou regular. Estudos apontam que a qualidade ruim do sono pode promover baixo desempenho nos estudos, sonolência excessiva diurna, transtornos nas relações sociais, redução do estado de alerta, dor crônica, além de aumentar o risco de acidentes de trabalho e automobilísticos (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2014; GUERRA *et al.*, 2016).

No WHOQOL-Bref, em relação ao domínio psicológico, as facetas que avaliam o quanto o indivíduo aproveita da vida e a frequência que a pessoa tem sentimentos negativos, apresentaram médias regulares. Resultado semelhante foi identificado na pesquisa de Dias e colaboradores (2016), na qual as facetas aproveitar a vida, ambiente físico e o lazer, obtiveram médias que indicam qualidade de vida regular.

Tal fato pode ser explicado pela alta dedicação profissional durante a residência visando um melhor aprendizado e experiência prática, o que acarreta em maior desgaste físico e psicológico. Os momentos que os residentes têm fora das atividades do programa, geralmente, são usados em atividades que não demandam muito tempo, como assistir filmes e seriados. Essas foram práticas que obtiveram maior frequência na presente pesquisa.

Dessa forma, os participantes parecem não estar aproveitando a vida como gostariam e isso pode gerar sentimentos negativos, que podem repercutir na saúde dos residentes, fato comprovado na presente pesquisa, na qual alguns residentes já fazem tratamento de transtornos psicológicos.

No domínio meio ambiente, as facetas que avaliam a saúde do ambiente físico e a oportunidade de lazer se apresentaram com um escore regular. Estudos apontam que o ambiente físico é um dos que apresentam menores escores, como foi observado por Moura e colaboradores (2016), em pesquisa realizada com estudantes de enfermagem de uma instituição do ensino superior pública, localizada em Picos, Piauí. E na pesquisa de Gomes, Mendes, Fracolli (2016), desenvolvida com profissionais que atuam na estratégia de saúde da família.

Esses resultados podem estar relacionados aos riscos no trabalho desses profissionais, que são causados por inúmeros fatores como as condições materiais e físicas, organização dos processos e as relações entre os atores sociais (COSTA; BORGES; BARRAS, 2015). A ausência de autonomia, a falta de conhecimento, carência de infraestrutura e segurança, pode gerar sobrecarga no residente, originando estresse, além de afetar negativamente a sua qualidade de vida (DIAS *et al.*, 2016).

Geralmente, os estudos que avaliam a qualidade de vida de profissionais da saúde, residentes ou acadêmicos, discutem os valores atribuídos aos domínios que formam o WHOQOL-Bref de uma forma geral, dificultando, assim, a discussão em relação aos resultados identificados em cada faceta.

Foi observada a associação entre o sexo e a qualidade de vida, pois as mulheres tiveram pior percepção da sua qualidade de vida, apresentando escores mais baixos nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Dessa forma, as mulheres têm uma qualidade de vida geral inferior a dos homens.

Corroborando com esse dado, em pesquisa realizada por Dias e colaboradores (2016), os homens apresentaram melhor qualidade de vida do que as

mulheres, no qual essas obtiveram escores mais baixos nos domínios físico e psicológico. A vitalidade se apresentou como a dimensão com menor pontuação entre as mulheres no estudo realizado com residentes dos serviços de urgência, no qual as mesmas tiveram uma percepção significativamente pior de sua qualidade de vida que a população geral, especialmente, nas dimensões de saúde mental e funcionamento social (FERNÁNDEZ-PRADA *et al.*, 2014). Os homens apresentaram melhor pontuação no domínio psicológico (REZENDE *et al.*, 2011).

As mulheres apresentaram menores pontuações do que os homens, em relação à capacidade funcional, vitalidade e saúde mental. No tocante à capacidade funcional, dentre os fatores associados está o gênero, pois as mulheres tiveram redução de 2,4% em sua capacidade funcional (SILVA, GUIMARÃES, 2016). Dessa forma, o sexo feminino vem sendo identificado com um preditor de pior avaliação da qualidade de vida (DIAS *et al.*, 2016).

Esses resultados podem ser explicados pelas diversas atribuições desempenhadas pelas mulheres cotidianamente, pois além da dualidade aluno-profissional, as residentes casadas ou em união estável ainda enfrentam as responsabilidades com a casa, companheiro e filhos, o que pode acarretar em maior desgaste emocional, físico e psicológico. Além disso, as mulheres precisam realizar “malabarismos” para atender às demandas profissionais, pessoais e familiares, pois essas, geralmente, são as principais responsáveis pelo cuidar, seja doméstico, familiar ou assistencial.

Dentre os fatores que podem influenciar na qualidade de vida, está a idade, porém, não foi observada significância estatística entre essas variáveis neste estudo. Há uma escassez de estudos que analisam a relação entre a idade e qualidade de vida dos residentes. O período da residência vem sendo um dos fatores associados à qualidade de vida. Fato confirmado na presente pesquisa, pois foi observada diferença significativa nos domínios físico e psicológico, em relação ao período da residência, no qual os residentes do segundo ano obtiveram menores escores. Diferentemente desse resultado, no estudo realizado por Rezende e colaboradores (2011), as comparações das médias de pontuação entre os anos da residência demonstrou diferença apenas no domínio psicológico, na qual os R2 apresentaram maior pontuação.

Estudo longitudinal de dois anos, realizado em uma residência multiprofissional em Mato Grosso do Sul, revelou que a qualidade de vida dos

residentes apresenta uma piora progressiva dos aspectos físicos, dor, vitalidade e saúde mental. Esses resultados podem estar relacionados à carga horária de trabalho, às longas jornadas e ao trabalho em turnos (SANCHES *et al.*, 2016).

No estudo de Moreira e colaboradores (2016), que avaliou a qualidade de vida, qualidade de sono e Síndrome de *Burnout* em residentes multiprofissionais, foi identificada que os domínios mais comprometidos foram ambiental e psicológico, para residentes ingressantes e R1. Já os R2, tiveram maior comprometimento nos domínios físico e ambiental. Em relação ao domínio social, os R1 apresentaram menores escores, fato que pode ser explicado pela redução do tempo para a vida social, família, amigos e lazer.

O maior comprometimento na qualidade de vida dos R2, em especial nos domínios físico e psicológico, podem estar ligados ao período de transição de R1 para R2, no qual esses já apresentam maior conhecimento técnico e teórico, que são, muitas vezes, responsáveis por guiarem os R1s e assumem maiores responsabilidades. À medida que os residentes adquirem mais conhecimento, vão sendo mais cobrados pelos preceptores, aumentando, assim, o medo de cometer erros.

Em relação a melhor ou pior avaliação da qualidade de vida, também pode ser influenciada pelo setor no qual os residentes estão atuando, pois durante as atividades da residência, há rodízio dos setores. Assim, dependendo do programa de residência, os residentes do hospital público federal rotacionam entre ambulatório, clínicas médica e cirúrgica, centro cirúrgico e UTI. Já os residentes da instituição de referência na assistência a gestante de alto risco desenvolvem suas atividades no ambulatório, urgência, enfermarias, centro cirúrgico e centro obstétrico. E os residentes de enfermagem obstétrica, além dos setores citados, também prestam assistência no centro de parto normal.

O estado civil se mostrou como um preditor de pior qualidade de vida, pois os residentes que vivem em união estável obtiveram os escores mais baixos, tanto na qualidade de vida geral quanto no domínio psicológico. A pesquisa desenvolvida por Olivares, Bonito, Silva (2015), com 62 médicos das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do estado de Roraima, na qual a maioria dos profissionais era casada ou em união estável, indicou que o fato de ser casado, não casado, divorciado ou separado tem diferenças significativas para os domínios físico e ambiente de trabalho.

A associação entre o estado civil e a qualidade de vida, identificada nesse estudo, pode ser explicada pela instabilidade da relação, pois apesar de ser reconhecido oficialmente como um estado civil, de acordo com a Constituição Federal de 1988, que trouxe uma nova concepção de família, protegendo outras formas de vínculo familiar. Esse tipo de relação é de natureza informal, distancia-se do casamento e não se assemelha ao namoro. Assim, a sua estabilidade é dependente da conduta dos companheiros. São atributos dessa relação a convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família (FERNANDES, 2014).

Possivelmente, a relação afetiva apresenta importância para reduzir o estresse no ambiente laboral e a relação com os demais profissionais, que são fatores que influenciam na qualidade de vida (OLIVARES; BONITO; SILVA, 2015). Apesar disso, ainda há escassez de estudos que relacionam a qualidade de vida ao estado civil, tanto dos residentes quanto da população em geral.

Nesse estudo, os residentes inseridos no programa de residência multiprofissional apresentaram a menor média de qualidade de vida em relação aos demais. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de esse programa ser formado por diferentes categorias profissionais, nas quais estão inclusos os enfermeiros que prestam assistência direta de modo intenso aos pacientes durante 24 horas; além de tal atribuição, esse profissional também é responsável pela organização do setor, atividades burocráticas e coordenação da equipe de enfermagem, o que gera sobrecarga aos profissionais que estão em processo de aprendizagem.

Em contrapartida, os residentes inseridos nos programas de residências médicas das especialidades cirúrgicas apresentaram o maior escore de qualidade de vida. Resultado semelhante foi identificado por Dias e colaboradores (2016), em pesquisa desenvolvida com residentes de medicina das especialidades clínicas e cirúrgicas, na qual esses obtiveram melhor média de qualidade de vida. Ainda há escassez na literatura de estudos que abordem a comparação da qualidade de vida de diferentes profissionais inseridos nos programas de residência, dificultando, dessa forma, a discussão referente a essa temática.

É perceptível que o processo de treinamento em serviço associado às características individuais e sociais são determinantes da qualidade de vida dos residentes. Dessa forma, é fundamental que os fatores agravantes e atenuantes

desse processo sejam identificados precocemente pelos coordenadores e preceptores dos programas de residência, de modo a prevenir os agravos à saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessa população.

Considera-se, assim, que a avaliação da qualidade de vida dos residentes precisa acontecer de forma contínua, para que o rastreamento de possíveis agravantes seja identificado precocemente, para que intervenções eficazes sejam implementadas.

6 CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico dos residentes participantes do estudo segue a tendência nacional e internacional, pois foi composta, principalmente, por mulheres, média de idade de $(27,37 \pm 3,35)$ anos), solteiros, sem filhos e que autodeclararam-se brancos. A respeito do perfil ocupacional, este foi constituído, em sua maioria, por médicos, inseridos nos programas de residência médica, com a média de $2,82 \pm 1,95$ anos de graduado e cursando o primeiro ano de residência.

Nos hábitos de vida e de saúde, foi observado que a média de sono dos residentes é inferior ao recomendado. Uma discreta maioria dos participantes não praticava atividade física e realizam atividades de lazer. Não tabagistas, faziam ingestão de bebida alcoólica esporadicamente, não são acometidos por patologias, não fazem uso regular de medicamentos e não utilizaram licença médica ou maternidade nos 6 meses que antecederam a coleta.

Os participantes apresentam uma boa qualidade de vida geral, porém, algumas facetas que compõem os domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref apresentaram escores que indicam qualidade de vida regular, a saber: no domínio físico, dor física; tratamento médico e sono; no domínio psicológico, aproveitar a vida e sentimentos negativos; e no domínio meio ambiente, o ambiente físico e o lazer.

O presente estudo seguiu a tendência nacional e internacional, em relação à diferença da qualidade de vida percebida pelos sexos masculino e feminino, pois as mulheres apresentaram escores inferiores para a qualidade de vida total, percepção da qualidade de vida e nos domínios: físico, psicológico e meio ambiente, em relação aos homens.

Os residentes em união estável apresentaram menor escore em relação à qualidade de vida total e no domínio psicológico. Os que cursavam o segundo ano de residência obtiveram os piores escores nos domínios físico e psicológico, em relação aos demais períodos.

No tocante à relação entre a qualidade de vida geral e os programas de residências, os residentes que obtiveram melhores médias estavam inseridos nos programas de residências médicas das especialidades cirúrgicas, enquanto os residentes pertencentes ao programa multiprofissional tiveram os escores mais baixos.

Os dados apresentados neste estudo possibilitaram constatar que, apesar da qualidade de vida geral dos participantes ser classificada como boa, alguns fatores essenciais para a manutenção de uma boa qualidade de vida estão sendo afetados pelo treinamento em serviço, a saber: sono, lazer e dor física, que geram consequências que vão além da deterioração da saúde física e mental dos profissionais, pois podem comprometer tanto o aprendizado como a qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde. Portanto, é preciso um olhar mais atento da coordenação, preceptores e das instituições hospitalares para com esses profissionais em formação.

Desse modo, estimula-se o uso de instrumentos que avaliem tanto a qualidade de vida quanto outros aspectos que envolvam o cotidiano dos residentes, pois dessa forma é possível conhecer melhor a realidade desses profissionais, fazer um diagnóstico situacional dos problemas que os mesmos enfrentam no seu cotidiano e, assim, direcionar ações que possam reduzir os impactos negativos da residência na vida dos profissionais.

Sugere-se que sejam realizadas estratégias para redução dos efeitos negativos da extensa carga horária e da intensa assistência direta aos pacientes, como apoio psicológico, ginástica laboral e um espaço com uma ambiência acolhedora que favoreça o relaxamento desses durante o repouso. Essas são ações que podem repercutir positivamente na saúde e qualidade de vida dos residentes.

Faz-se necessária uma maior aproximação entre coordenação, preceptores e residentes, no qual esses tenham voz, podendo dialogar com os seus supervisores a respeito de fatores que afetam de forma positiva ou negativa a sua saúde, qualidade de vida e aprendizado, ocorrendo, assim, maior integração entre os que fazem a residência, favorecendo melhores resultados das intervenções.

Como limitações do estudo, pode-se apontar a realização somente com residentes inseridos em programas de residência vinculados a uma única instituição de ensino superior que tinham suas atividades realizadas em dois hospitais de uma cidade do Nordeste brasileiro.

Pode-se, ainda, mencionar o fato de não ter avaliado a presença de fatores externos na qualidade de vida como a interferência de vínculo empregatício além da residência, o que é comum entre os residentes de medicina, já que esses não possuem exclusividade com a residência, como é o caso dos residentes multiprofissionais e em área profissional da saúde. A escassez de pesquisas

internacionais e nacionais que avaliem a qualidade de vida dos residentes em área profissional da saúde, possivelmente, limitou o confronto e discussão dos resultados.

Os resultados dessa pesquisa podem servir de subsídio para que medidas de prevenção e intervenção sejam efetuadas para manutenção da qualidade de vida dos residentes de forma satisfatória, ao revisar a prática cotidiana no ambiente de programas de residências. No entanto, é necessária a realização de outros estudos que avaliem a qualidade de vida geral, assim como as facetas de cada domínio dos residentes ao longo do processo de treinamento, para facilitar comparações, com delineamento longitudinal, tanto no cenário nacional quanto internacional, nas mais variadas realidades, para que sejam realizadas estratégias comuns e específicas para os programas, a fim de promover e prevenir agravos à saúde física e mental desses profissionais.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI NETO, A. C. F. *et al.* Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Ativ Fis Saúde.**, Pelotas, v. 18, n. 6, p. 711-719, nov. 2013.
- AGUIAR, M. I. F. de. Qualidade de vida em receptores de transplante de fígado e a influência dos fatores sociodemográficos. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 3, p. 411-418, abri. 2016.
- ALBUQUERQUE, L. M. A. de *et al.* Avaliando a Automedicação em Estudantes do Curso de Medicina da Universidade Federal Da Paraíba (UFPB). **Medic & Pesquisa.**, Paraíba, v. 1, n. 1 p. 39-50, jan. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rmp/article/view/18278>>. Acesso em: 26 nov. 2017.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa.** São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, mai. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501705&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2017.
- ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Rev bras qual vida.**, Ponta Grossa, v. 3, n. 1, p. 16-23, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/34826/ssoar-revqualvida-2011-1-alves-Qualidade_de_vida_consideracoes_sobre.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 ago. 2016.
- AMARAL, J. F. do.; RIBEIRO, J. P.; PAIXÃO, D. X. da. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: Revisão integrativa. **Rev esp saúde.**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 66-74, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/19158/pdf_64>. Acesso em: 11 dez 2017.
- ANDRADE, G. O.; DANTAS, R. A. A. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho em médicos anestesiológica. **Rev Bras Anesthesiol.**, Campinas, v. 65, n. 6, p. 504-510, dez. 2015.
- ASAIAG, P. E. *et al.* Avaliação da Qualidade de Vida, Sonolência Diurna e Burnout em Médicos Residentes. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 422-429, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000300012>. Acesso em: 17 jun. 2017.

BARTH, P. O. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 604-11, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.22020>>. Acesso em: 5 nov. 2017.

BARBOSA, S. da C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 315-323, set. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BLAKEMORE, A. *et al.* Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.**, New Zealand, v. 9, n. 1, p. 501-512, mai. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035108/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BLOCK, L. *et al.* Residency schedule, burnout and patient care among first-year residents. **Postgrad Med J.**, England, v. 89, n. 1055, p. 495–500, set. 2013. Disponível em: <<http://pmj.bmj.com/content/89/1055/495.long>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRACARENSE, C. F. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 542-548, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000400542&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto Nº 80.281 de 5 de Setembro de 1977.** Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras Providências. Brasília: Presidência da República, 1977. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-actualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

_____. **Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981.** Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1981. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm>. Acesso em: 28 ago. 2016.

_____. **Portaria Nº198/GM/MS (BR).** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): MS, 2004.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens-ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: Presidência da

República, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm>. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. _____. **Resolução CNRM nº2 /2006, de 17 de maio de 2006.** Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2016.

_____. _____. **Portaria Interministerial/MEC/MS Nº1077 de 12 de Novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/noticia/portaria-interministerial-no1077-de-12-de-novembro-de-2009>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

_____. _____. **Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011.** Dá nova redação ao art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico-residente; e trata das contribuições devidas aos conselhos profissionais em geral. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: <<http://cofecon.gov.br/transparencia/files/normas/aplicada/Lei12514.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

_____. _____. **Resolução CNRMS nº2, 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: MS, 2012b. Disponível em: <<https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1209/-resolucao-cnrm-n-2>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

_____. Ministério da saúde. **Resolução nº466 de 12 de Dezembro de 2012.** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 30 ago. 2016.

BREY, C. *et al.* O Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um Hospital Público do Sul do Brasil. **Revi Enfer Centro-Oeste Mineiro.**, Minas Gerais, v. 7, n. 1, p. 1-10, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1135>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

CAHÚ, R. A. G. *et al.* Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 76-83, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000200003>. Acesso em: 30 ago. 2016.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde. **Rev baiana saúde pública.**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 232-240, mai./ago. 2008.

CARVALHO, C. N. *et al.* Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 38-45, fev. 2013. Disponível em: <[http://www.ipub.ufrj.br/portal/jbp/62/01/006_JBP_62\(1\).pdf](http://www.ipub.ufrj.br/portal/jbp/62/01/006_JBP_62(1).pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2017.

CASTRO, J. B. P. de *et al.* Educação física, nutrição e...bebidas alcoólicas Um paradoxo para o campo biomédico e um elemento de distinção social. **Demetra.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 881-892, jan. 2014.

COREME. COORDENAÇÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA. Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. Teresina: UFPI, 2016.

COREMU. COORDENAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. Universidade Federal do Piauí. Teresina: UFPI, 2016.

COREMU. COORDENAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL. Universidade Federal do Piauí. Teresina: UFPI, 2013. Disponível em: <<http://ufpi.br/regimento-coremu>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

COELHO, M. P. *et al.* Prejuízos nutricionais e distúrbios no padrão de sono de trabalhadores da Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 832-842, OUT. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0832.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

COSTA, M. T. P.; BORGES, L. O.; BARROS, S. C. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 43-58, mar. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572015000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2017.

CHANG, Y. C. *et al.* Depression Affects the Scores of All Facets of the WHOQOL-BREF and May Mediate the Effects of Physical Disability among Community-Dwelling Older Adults. **PLoS ONE.**, United States, v. 10, n. 5, p. 1-11, mai. 2015. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128356>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

DIAS, B. A. *et al.* Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. **Sci. med.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p.1-9, jan./mar. 2016.

DOSEA, G. S. *et al.* Análise do perfil ocupacional dos portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em Sergipe. **Interf Cient - Saú Ambiente.**, Aracajú, v. 3, n. 2, p. 57 – 64, fev. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/1893/1158>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

DOSEA, G. S.; OLIVEIRA, C. C.C.; LIMA, S. O. Percepção da qualidade de vida em portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Cienc Cuid Saude.**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 482-488, jul./set. 2016. Disponível em:

<<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/29157/18311>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

DIESEL, A.; BALDEZ, A. L. S.; MARTINS, S. N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista THEMA.**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 268-288, jan. 2017. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4117719/mod_resource/content/1/Os%20princ%C3%ADpios%20das%20metodologias%20ativas%20de%20ensino%20abordagem%20te%C3%B3rica.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2017.

DUTRA-THOME, L.; KOLLER, S. H. O significado do trabalho na visão de jovens brasileiros: uma análise de palavras análogas e opostas ao termo "trabalho". **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 367-380, jul. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2017.

EBSERH. Hospitais Universitários Federais. Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí. Teresina: UFPI, 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi>>. Acesso em: 27 mai. 2017.

FARIAS, J. R. *et al.* O consumo de álcool e a qualidade de vida de universitários da área da saúde. **Arq. Ciênc. Saúde.**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 2, p. 82-8, abr./jun. 2014.

FAJARDO, P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa8ca532.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

FERNANDES, F. H. Afetividade em questão: a distinção jurídica entre namoro e a união estável. **Rev Fides**, v. 5, n. 1, p. 84-101, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.revistafides.com/ojs/index.php/br/article/view/427>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

FERNANDES, M. N. S. *et al.* Satisfação e insatisfação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação. **Rev baiana enferm.**, Salvador, v. 31, n. 3, p. 1-10, out. 2017.

FERNANDES, M. N. S. *et al.* Suffering and pleasure in the process of forming multidisciplinary health residents. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 90-97, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400090>. Acesso em: 1 set. 2016.

FERREIRA, M. L. L. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. **Rev bras geriatr gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403839881015.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

FERNÁNDEZ-PRADA, M. *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias: una perspectiva de género. **Rev. méd. Chile.**, Santiago, v. 142, n. 2, p. 193-198, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200007&lng=es>. Acesso em: 3 nov. 2017.

FERES JÚNIOR, J.; DAFLON, V. T. Políticas da igualdade racial no ensino superior. **Rev Cader Desenv Fluminense.**, Rio de Janeiro, n. 5, n. 1, p. 31-44, jan. 2014. Disponível em: <www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/cdf>. Acesso em: 28 dez. 2017.

FIGLEY, C. R. Compassion fatigue: psychotherapist's chronic lack of self-care. **J. clin. psychol.**, Brandon, v. 58, n. 11, p. 1433-1441, nov. 2002. Disponível em: <<http://download.xuebalib.com/xuebalib.com.11294.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, fev. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 1 set. 2016.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012>. Acesso em: 1 set. 2016.

GOMES, R. S. M. *et al.* Transtornos depressivos em profissionais de saúde. **Rev Med Saude.**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 122-8, mar. 2015.

GOMES M. F. P.; MENDES, E. S.; FRACOLLI, L. A. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família. **Rev Aten Saúde.**, Brasília, v. 14, n. 48, p. 27-33, jul. 2016.

GOULART, C. T. *et al.* Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 178-86, jan. 2012.

GUERRA, P. C. Sleep, quality of life and mood of nursing professionals of pediatric intensive care units. **Rev Esc Enferm USP.**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 2, p. 277-28, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0279.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

GUIDO, L. A. *et al.* Estresse e Burnout entre residentes multiprofissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1064-1071, dez. 2012b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600008&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 1 set. 2016.

GUIDO, L. A. *et al.* Síndrome de *Burnout* em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev Esc Enferm USP.**, Ribeirão Preto, v. 46, n. 6, p.1477-83, fev. 2012a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/27.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2016.

HAIKAL, D. S. *et al.* Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da atenção primária à saúde. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, p. 301-312, jul./set. 2013.

HIRSHKOWITZ, M. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health.**, United States, v. 1, n. 1, p:40-43, mar. 2015.

IRARRÁZVAL, M.; HALPERN, M.; HUNEEUS, J. Calidad de vida en Psiquiatras Infanto-Juveniles, Neuropediatras y residentes de Psiquiatría Infanto-Juvenil: uso de la encuesta WHOQOL-BREF. **Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc.**, Santiago, v. 23, n. 1, p. 8-19, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202012-1.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2016.

LIMA, L. S. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia para a saúde do trabalhador. **Revista FSA.**, Teresina, v. 9, n. 2, p. 187-204, ago./set. 2012. Disponível em: <<http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/viewFile/48/56>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

LIMA, A. M. C. Residência médica sob a óptica do direito do trabalho. **Rev ESMESC.**, Santa Catarina, v. 17, n. 23, p. 175-196, jul. 2010. Disponível em: <<https://revista.esmesc.org.br/re/article/view/8/9>>. Acesso em: 2 set. 2016.

LIMA, L. de. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127730129026.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

LIRA, C. L. O. B. de; AVELAR, T. C. de; BUENO, J. M. M. H. Coping e Qualidade de Vida de pacientes em hemodiálise. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 82-99, jun. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2017.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Qualidade de vida de residentes não médicos. **Rev enferm UFPE on line.**, Pernambuco, v.7, n. 11, p:6336-45, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2958>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 81-91, fev. 2010.

MAIA, D. de A. C. *et al.* Síndrome de *Burnout* em residentes de pediatria do estado do Ceará e sua relação com a prática de atividade física. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 137-146, ago. 2016.

MACHADO, L. S. F. *et al.* Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 684-691, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0684.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2016.

MARTINS, G. M. *et al.* Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 1-8, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000300405&script=sci_abstract>. Acesso em: 11 jun. 2017.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; de OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital.**, v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequencia=1>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

MEIRELLES, B. H. S. *et al.* Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 68-76, jul./set. 2010.

MININEL, V. A. *et al.* Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1290-1297, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01290.pdf>. Acesso em: 3 set. 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, jan. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 set. 2016.

MOREIRA, A. P. F. *et al.* Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de *Burnout* dos residentes de um programa de residência multiprofissional da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto).**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 5, p. 393-402, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/125587>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

MOURA, I. H. *et al.* Qualidade de vida de estudantes de graduação de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 1-7, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/55291/37252>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

MIYOSHI, R. *et al.* Burnout in Japanese residents and its associations with temperament and character. **Asian J Psychiatry (AJP)**. v. 24, n. 1, p. 5-9, dez. 2016.

MOURÃO, L.; MONTEIRO, A. C. F.; VIANA, V. R. A influência do desenvolvimento profissional e da identificação organizacional na satisfação no trabalho. **Psico.**, Rio Grande do Sul, v. 45, n. 2, p. 198-208, jun. 2014.

OKER, N. *et al.* Otorhinolaryngology residency in Spain: training satisfaction, working environment and conditions. **Eur Arch Otorhinolaryngol.**, Germany, v. 273, n. 6, p. 1619-1627, jun. 2016.

OLIVEIRA, V. C.; de ALMEIDA, R. J. Aspectos que determinam as doenças osteomusculares em profissionais de enfermagem e seus impactos psicossociais. **J Health Sci.**, Londrina, v. 19, n. 2, p. 130-5, jan. 2017.

OLIVEIRA, J. M. A. *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3497-3504, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63031151020/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

OLIVARES, A., BONITO, J., SILVA, R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (BRASIL). **Psicol. saúde doenças.**, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 100-111, jun. 2015. Disponível em: <<http://150-8.redalyc.org/articulo.oa?id=36237156010>> . Acesso em: 27 dez. 2017.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev bras Educ Fís Esporte.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007>. Acesso em: 3 set. 2016.

PEREIRA, E. S. S. L.; SILVA, A. C. C. da. Impactos das mudanças no processo de trabalho dos profissionais de saúde: O que diz a literatura. **Rev Enferm Contemporânea.**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 209-224, dez. 2013. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/171/260>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

PEREIRA, G. A. *et al.* Prevalência de Síndromes Funcionais em Estudantes e Residentes de Medicina. **Rev bras educ med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 395-400, set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0395.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2016.

PEREIRA, I. F. *et al.* Depressão e uso de medicamentos em profissionais de enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde.**, São José do Rio Preto, v. 24, n.1, p. 70-74, jan. 2017. Disponível em: <www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/download/544/278/>. Acesso em: 26 nov. 2017.

PURIM, K. S. M. *et al.* Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. **Rev Col Bras Cir.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 438-444, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n6/pt_0100-6991-rcbc-43-06-00438.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

PRAÇA, M. I. F. **Qualidade de vida relacionada com a saúde**: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste. 2012. 170f. Dissertação (Mestrado Gestão das Organizações) – Instituto Politécnico de Bragança, São Paulo, 2012.

PRIETO-MIRANDA, S. E. *et al.* Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc.**, v. 51, n. 5, p. 574-9, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135m.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2016.

RAYNER, H. C. *et al.* Recovery Time, Quality of Life, and Mortality in Hemodialysis Patients: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). **Am J Kidney Dis.**, United States, v. 64, n. 1, p. 86-94, jul. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4069238/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

RENNER, J. S. *et al.* Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 440-446, nov. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-727279>>. Acesso em: 8 jun. 2017.

REZENDE, G. L. *et al.* The quality of life among otorhinolaryngology residents in Distrito Federal (Brazil). **Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)**, São Paulo, v. 77, n. 4, p. 466-472, ago. 2011.

RIBEIRO, C. R. F.; SILVA, Y. M. G. P.; OLIVEIRA, S. M. C. O impacto da qualidade do sono na formação médica. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 8-14, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2014/v12n1/a4027.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. **RIC Cairu.**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 75-96, jun. 2015. Disponível em: <http://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06_QUALIDADE_VIDA_TRABALHO.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2016.

ROTTA, D. S. *et al.* Níveis de ansiedade e depressão entre residentes multiprofissionais em saúde. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 372-7, mai./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/3471/2714>>. Acesso em: 4 nov. 2017.

RODRIGUES, L. F.; ARAÚJO, J. S. Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde: um ensaio a luz da medicina do trabalho. **Rev Ciên Est Acadêm Medicina.**, Mato Grosso, n. 5, p. 10-21, jan./jul. 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/viewFile/1130/1369>>. Acesso em: 24 nov. 2017.

RONCADA, C. *et al.* Specific Instruments to Assess Quality of Life in Children and Adolescents with Asthma. **J Pediatr (Rio J)**., Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. 217-225, mai./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553613000475>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

SAMPAIO, J. R. Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 121-136, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2016.

SANTOS, A. A. dos.; COSTA, O. R. S. Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem que atuam no Período Noturno em um Hospital Escola do Sul de Minas Gerais. **Rev Ciênc Saúde.**, Itajubá, v. 6, n. 1, p. 201-6, jan. 2016. Disponível em: <http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.33/index.php/rcsfmit_zero/article/viewFile/453/290>. Acesso em: 23 nov. 2017.

SANCHES, V. S. *et al.* Burnout e Qualidade de vida em uma residência multiprofissional: um estudo longitudinal de dois anos. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 430-436, set. 2016.

SESAPI. Secretaria de Estado de Saúde do Piauí (SESAPI). **Maternidade Evangelina Rosa**. Teresina: SESAPI, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 4 jun. 2016.

SILVA, C. D. L.; PINTO, W. M. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. **Saúd Colet Debate.**, v. 2, n. 1, p. 62-29, dez. 2012. Disponível em: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo10.pdf>. Acesso em 04 de junho de 2016.

SILVA, C. T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 1-9, set./mai. 2016.

SILVA, J. C. *et al.* Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132-138, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0132.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2016.

SILVA, R. M. da. *et al.* Estresse e hardiness entre residentes multiprofissionais de uma universidade Pública. **Rev Enferm UFSM.**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 87-96, jan./mar. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8921>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

SILVA, M. R. A; SILVEIRA, P. R. R. M. Estresse ocupacional em enfermeiros residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde da família. **Rev Bras Inov Tecnol Saúde**, Rio Grande do Norte, v. 7, n. 1, p. 24-35, fev. 2017.

SILVA, N. C. da. *et al.* Transtornos á saúde mental relacionados intensa rotina de trabalho do enfermeiro: uma revisão bibliográfica. **Rev Eletr Está Saúde.**, São Jo´se, SC, v. 5, n. 2, p. 1-16, jul. 2016. Disponível em: <<http://periodicosbh.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/2897/1306>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

SILVA, A. M. da.; GUIMARÃES, L. A. M. Occupational stress and quality of life in nursing. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 63, p. 63-70, abr. 2016.

SINGH, V. A comparison of quality of life before and after successful repair of genitourinary fistula: Is there improvement across all the domains of WHOQOL-BREF questionnaire?. **Afri J Urology.**, Cairo, v. 21, n. 4, p. 230-234, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110570415000971>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

SOARES, R. S. A. *et al.* Vivências de residentes enfermeiros no programa de residência multiprofissional em saúde. **Saúde**, Santa Maria, v.43, n. 1, p. 13-21, jan./abr. 2017.

SOBHONSLIDSUK, A; THAKKINSTIAN, A.; SATITPORNKUL, P. Health-related quality of life and happiness within an internal medicine residency training program: a longitudinal follow-up study. **J Educ Eval Health Prof.**, Korea (South), v. 12, n. 3, p. 1-5, fev. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439642/pdf/jeehp-12-03.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

SOUZA FILHO, M. J. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de policiais militares. **R. bras. Ci. e Mov.**, Mato Grosso do Sul, v. 23, n. 4, p. 159-169, set. 2015.

SOUZA, M. A.; STANCATO, K. Avaliação da qualidade de vida de profissionais de saúde em Campinas. **Rev adm saúde.**, São Paulo, v.12, n. 49, p: 154-161, out./dez. 2010.

SOUZA, L. L. de. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição.**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p: 218-232, set. 2014.

SOUZA, C. S. *et al.* Perfil do ingressante na residência multiprofissional e em área de saúde de um hospital privado brasileiro. **Rev iberoam educ investi Enferm.**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 26-32, out. 2016.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. Artigos de pesquisa: A feminização da medicina no Brasil. **Rev bioét (Impr.)**, Brasília, v.21, n.2, p. 268-77, fev. 2013.

STAMM, B. H. **The ProQOL Manual**. Pocatello: ProQOL.org., 2005. Disponível em: <<http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

STAMM, B. H. **The Concise ProQOL Manual**. 2. ed. Pocatello: ProQOL.org., 2010. Disponível em: <http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro de 2017.

THEOFILOU, P. Quality of Life: Definition and Measurement. **Eur J Psychol.**, Germany, v. 9, n. 1, p. 150–162, fev. 2013. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.299.4629&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 28 ago. 16.

TSAI, Y.; LIU, C. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. **BMC Health Serv Res.**, London, v. 12, n. 199, p. 1-8, jul. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3511165/pdf/1472-6963-12-199.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

ZANONI, C. S. *et al.* Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. **Semina: Ciênc Biológ Saúde.**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 215-224, ago. 2015.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1.403-1.409, nov. 1995. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K?via%3Dihub>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychol Med.**, London, v. 28, p. 551–558, mai. 1998. Disponível em: <[http://depts.washington.edu/uwcscs/sites/default/files//hw00/d40/uwcscs/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20\(WHOQOL\).pdf](http://depts.washington.edu/uwcscs/sites/default/files//hw00/d40/uwcscs/sites/default/files/WHO%20Quality%20of%20Life%20Scale%20(WHOQOL).pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2016.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E COMPORTAMENTAL

DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____

2. Sexo: 1 () Feminino
2 () Masculino

3. Estado Civil: 1 () Casado 4 () União Estável
2 () Solteiro
3 () Viúvo

4. Número de filhos: 1 () Nenhum 4 () Três
2 () Um 5 () Outro
3 () Dois

5. Cor/ Raça: 1 () branca
2 () negra
3 () perda
4 () amarela

6. Profissão: 1 () Enfermeiro (a) 6 () Odontólogo (a)
2 () Farmacêutico (a) 7 () Psicólogo (a)
3 () Fisioterapeuta
4 () Médico (a)
5 () Nutricionista

7. Tempo de Formado (a): _____

8. Tempo que está vinculado à residência: _____

9. Programa de residência em que está inserido:

1 () Anestesiologia
2 () Cardiologia
3 () Cirurgia Geral
4 () Cirurgia Geral R3
5 () Cirurgia Plástica
6 () Clínica Médica
7 () Dermatologia

- 8 () Endocrinologia
- 9 () Endoscopia Digestiva
- 10 () Gastroenterologia
- 11 () Geriatria
- 12 () Medicina Intensiva
- 13 () Obstetrícia e Ginecologia
- 14 () Oftalmologia
- 15 () Ortopedia e Traumatologia
- 16 () Radiologia e diagnóstico por imagem
- 17 () Reumatologia
- 18 () Enfermagem
- 19 () Enfermagem Obstétrica
- 20 () Farmácia
- 21 () Fisioterapia
- 22 () Nutrição
- 23 () Psicologia
- 24 () Bucomaxilo

HÁBITOS DE VIDA

- 10. Quantas horas de sono você dorme por noite? _____
- 11. Pratica alguma atividade física? 1 () Sim, Qual? _____
2 () Não
- 12. Você tem alguma atividade de lazer? 1 () Sim, Qual? _____
2 () Não
- 13. Qual a duração do seu percurso até a instituição na qual você desenvolve suas atividades da residência? _____
- 14. Você fuma? 1 () Sim
2 () Não
- 15. Você ingere bebida alcoólica? 1 () Sim, Com que frequência? _____
2 () Não

DADOS DE SAÚDE

- 16. Possui alguma doença? 1 () Sim, Qual? _____
2 () Não
- 17. Você faz uso regular de medicação? 1 () Sim, Qual? _____
2 () Não
- 18. Você teve alguma licença médica ou afastamento da residência por problemas de saúde nos últimos 06 meses? 1 () Sim 2 () Não



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de Dissertação de Mestrado: Qualidade de vida dos residentes em área profissional da saúde.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Pós- Graduação em Enfermagem.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Caso aceite fazer parte do estudo assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Pesquisador responsável: Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia.

Pesquisadora participante: Priscilla Cavalcante Lima

Telefones para contato: (86) 3215-5564/ (86)9991-9008

E-mail: marcia06@gmail.com e priclina90@gmail.com.

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa: Universidade Federal do Piauí (UFP)I, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Teresina - PI, (86)3237-2332, mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br.

O processo de formação especializada dos profissionais da saúde inseridos em programas de residência tem como foco o aprendizado de forma ativa por meio da prática assistencial. Por essa razão os residentes são expostos a condições de trabalho adversas, a carga horária exaustiva, desgastes físicos e psicológicos durante suas atividades diárias relacionadas a responsabilidades com os pacientes, preceptores e instituição. A permanência dessas condições durante o período de formação pode impactar negativamente na qualidade de vida dos residentes. Diante disso o estudo partiu da necessidade de avaliar a qualidade de vida dos residentes em Programas de Residência na Área Profissional da Saúde.

Você responderá a um formulário e um instrumento sendo eles: o formulário socio demográfico e comportamental e o WHOQOL-Bref que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos indivíduos.

A pesquisa apresenta riscos de ordem psicológica como desconforto e/ou desgaste que os participantes podem sentir ao responder o formulário sócio demográfico e comportamental, o instrumento WHOQOL-Bref e/ou ao interagir com a pesquisadora. Para contornar os riscos a

pesquisadora oferecerá orientação e esclarecimento de possíveis dúvidas utilizando o diálogo como recurso.

O benefício está relacionado ao conhecimento da situação da qualidade de vida dos residentes em área profissional da saúde, podendo assim ser desenvolvida medidas que mantenham a qualidade de vida de forma satisfatória.

Esclareceremos que em qualquer etapa de estudo, você terá acesso ao pesquisador responsável, Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia e/ou pesquisador participante, Priscilla Cavalcante Lima para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se você concordar em participar do estudo, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e anonimato, cujos dados serão utilizados para uso específico no presente estudo. Sua participação ocorrerá no período de coleta de dados e será isenta de custos e não implicará em remuneração, sua a liberdade e o direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo, será preservada.

Você poderá consultar o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí para esclarecer dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa.

Consentimento do participante

Eu, _____

RG _____ CPF _____, concordo em participar do estudo, como participante. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: "QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE". Concordo voluntariamente em participar deste estudo, que não apresenta custos e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Declaro que assino esse documento em 02 (duas) **vias**, sendo uma delas do participante e a outra do pesquisador.

Local e data _____

Assinatura do Participante

Assinatura do pesquisador coordenador.

ANEXO A – WHOQOL-Bref

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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 insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
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	bastant e	extremamente
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	completamente
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
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	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 frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

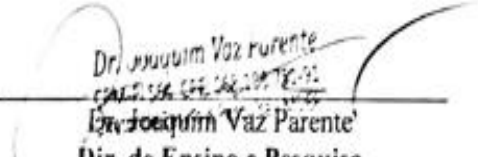
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B- CARTA DE APROVAÇÃO DA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA /MDER

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição proponente, Universidade Federal do Piauí-UFPI, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, intitulado: “QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE”, de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.


Dr. Joaquim Vaz Parente
Dir. de Ensino e Pesquisa

**ANEXO C- CARTA DE APROVAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

EBSERH

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PETRÔNIO PORTELLA S/N – BAIRRO ININGÁ
CEP: 64049-550 – TERESINA-PI**

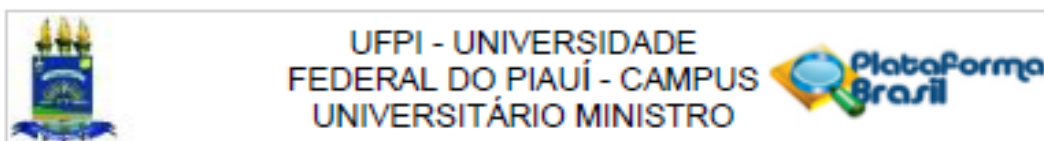
CARTA DE APROVAÇÃO Nº 48/16

Após análise do protocolo de pesquisa n. 48/16, intitulado “QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE” comunicamos que o mesmo recebeu parecer favorável para realização da referida pesquisa, sendo realizada junto ao Hospital Universitário do Piauí.

Teresina, 26 de outubro de 2016


Dr. Lauro Lourival Lopes Filho
Presidente da CAPP- HUPI

ANEXO D- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

Pesquisador: MÁRCIA TELES DE OLIVEIRA GOUVEIA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66314617.6.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.051.414

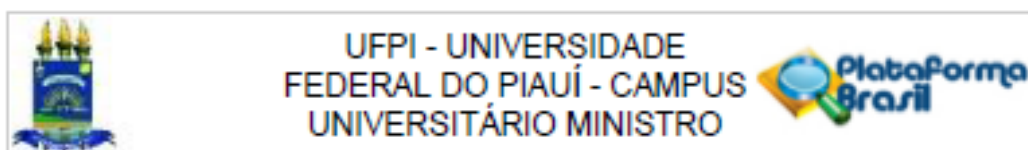
Apresentação do Projeto:

Durante a residência são desenvolvidas atividades que exigem do residente a administração da responsabilidade profissional e de situações problemáticas como o tratamento de pacientes graves, além disso, as 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 e as características individuais, podem afetar a saúde e a qualidade de vida dos residentes. Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos residentes em Programas da Área Profissional da Saúde. Metodologia: Estudo descritivo com delineamento transversal. A pesquisa será desenvolvida em duas instituições executoras de Programas de Residência localizados na cidade de Teresina. O estudo será censitária e terá uma população de 130 residentes inseridos nos programas de residência em área profissional da saúde que são vinculados a Instituição pública federal de ensino superior do Piauí. Será utilizado o formulário para caracterização sociodemográfica e comportamental e o instrumento para avaliar a qualidade de vida, a versão em português do WHOQOL- Bref.

Objetivo da Pesquisa:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico e comportamental dos residentes em Programas de Residência em Área Profissional da Saúde;
- Analisar os domínios que avaliam a qualidade de vida segundo o instrumento WHOQUOL-Bref

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.040-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (88)3237-2332 Fax: (88)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.061.414

dos residentes inseridos em Programas de Residência da Área Profissional da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos de ordem psicológica como desconforto e/ou desgaste que os participantes podem sentir ao responder o formulário sócio demográfico e comportamental, o Instrumento WHOQOLBref e/ou ao Interagir com a pesquisadora. Para contornar os riscos a pesquisadora oferecerá orientação e esclarecimento de possíveis dúvidas utilizando o diálogo como recurso.

O benefício está relacionado ao conhecimento da situação da qualidade de vida dos residentes em área profissional da saúde, podendo assim ser desenvolvida medidas que mantenham a qualidade de vida de forma satisfatória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto possui importância científica e tema atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos submetidos estão em acordo com as normativas preconizadas pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

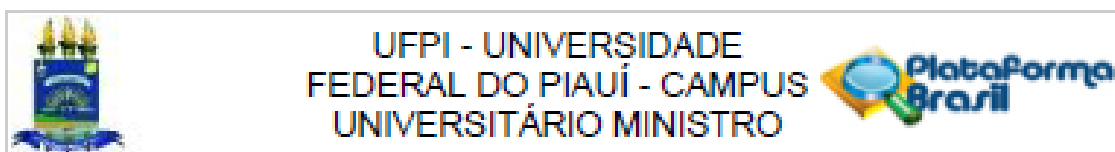
O projeto está apto para ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_798171.pdf	10/05/2017 10:52:27		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.pdf	10/05/2017 10:48:26	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Aceito
Outros	termodeconfidenciabilidade.pdf	10/05/2017 10:48:00	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Aceito
Outros	Lattespriscilla.pdf	10/05/2017 10:05:06	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Aceito
Outros	lattesmarcia.pdf	10/05/2017 10:04:33	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Aceito
Outros	formulario.pdf	10/05/2017	PRISCILLA	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.081.414

Outros	formulario.pdf	09:57:11	CAVALCANTE LIMA	Acelto
Outros	breve.PDF	10/05/2017 09:56:40	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	10/05/2017 09:55:50	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto
Cronograma	cronograma.docx	10/05/2017 09:54:35	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto
Orçamento	orcamento.docx	10/05/2017 09:54:03	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tle.pdf	10/05/2017 09:53:32	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	10/05/2017 09:53:07	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto
Outros	CartaAprovacao.pdf	10/05/2017 08:43:58	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto
Outros	cartadeanuencia.pdf	10/05/2017 08:34:01	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	25/03/2017 15:20:39	PRISCILLA CAVALCANTE LIMA	Acelto

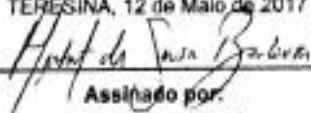
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 12 de Maio de 2017


Assinado por
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
Coordenador CEP - UFPI
Portaria PROPEQS Nº 01/2017

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrólio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br