



PATRÍCIA ANTÔNIA SANTOS COSTA

**BEM-ESTAR, MAL-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO
DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de curso de MBA em Pessoas, Inovação e Resultados - ENAP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista em MBA Pessoas, Inovação e Resultados.

Aluna: Patrícia Antônia Santos Costa

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Gomes Figueira

Co-orientadora: Profa. Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva

Escola Nacional de Administração Pública



BRASÍLIA

2021



BEM-ESTAR, MAL-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Autor(es): Patrícia Antônia Santos Costa

Profa. Dra. Tânia Gomes Figueira
Escola Nacional de Administração Pública

Profa. Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva
Universidade de Brasília

Resumo

Este trabalho buscou identificar a percepção de residentes médicos de um hospital universitário, sobre qualidade de vida no trabalho (QVT), com base nas representações que estes manifestaram sobre bem-estar e mal-estar no contexto da residência. O método pautou-se em um estudo de caso envolvendo residentes matriculados entre o primeiro e o quarto anos dos Programas de Residência Médica de um hospital universitário. Os participantes responderam questionário on line, com as perguntas abertas do Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (IA_QVT). A interpretação dos dados se deu pela análise do conteúdo proposto por Bardin e as respostas foram analisadas à luz dos conhecimentos em Ergonomia da Atividade aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EA-QVT). Participaram do estudo 37 residentes, sendo a maioria mulheres (75,7%), com média de idade de 28 anos, solteiras (75,7%), e matriculadas nos primeiros dois anos da residência (57%). A QVT foi vista como fundamental pelos participantes que a entendem como resultante de boas relações socioprofissionais, redução da sobrecarga, melhor organização do trabalho e maior suporte organizacional. Como fontes de bem-estar no trabalho (BET), os participantes relacionaram a escolha pela especialidade, o exercício da medicina, a existência de relações laborais significativas e as expectativas positivas de realização e crescimento profissional. Já como principais fontes de mal-estar no trabalho (MET)



encontradas, destacaram-se os fatores relacionados a entraves no reconhecimento e crescimento profissional, desgaste, problemas na organização e condições de trabalho, baixo suporte organizacional e problemas nas relações socioprofissionais de trabalho. O aprimoramento dos fluxos e desburocratização de processos foram os principais pontos elencados como sugestões de melhorias. Do ponto de vista acadêmico, a pesquisa possibilitou ampliar o conhecimento sobre a aplicação da EA-QVT nas residências médicas e fornece subsídios para novas agendas de pesquisa na área.

Palavras-chaves: qualidade de vida no trabalho; residência médica; bem-estar no trabalho; mal-estar no trabalho.



INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência Médica (PRM's) surgiram no Brasil, por meio do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e se configuram como programas de pós-graduação para médicos, na modalidade *latu sensu* (BRASIL, 1977). A Residência Médica (RM) caracteriza-se por ser uma formação baseada no treinamento em serviço, com a atuação em Hospitais de Ensino, tendo carga horária semanal de 60 horas, com duração média de 02 a 03 anos, podendo chegar até 05 anos. No ano de 2021, a Residência Médica Brasileira completará 77 anos, o número de vagas de residência autorizadas em 2018 foi de 56.255, atualmente existem cerca de 907 instituições que ofertam 6.449 Programas de Residência Médica (CAMPOS et al, 2019).

A Residência Médica (RM) torna-se importante no atendimento da população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta bolsa de estudo que, nos dias atuais equivale a R\$ 3.330,43 (três mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos), valor relativamente insuficiente para subsidiar a mudança de domicílio e demais custos de vida que o residente vivencia. Então, desde 2011 a RM deixou de ser uma atividade de dedicação exclusiva por meio da Lei nº 12.514/2011 (BRASIL, 2011), podendo o profissional acumular o programa com cargo público ou privado. Neste contexto, o residente por vezes vive uma sobrecarga de trabalho chegando a possuir jornadas de trabalho superiores a 60 horas semanais com esta acumulação. Este profissional então, vivencia três tipos de estresse: estresse profissional, estresse situacional e estresse pessoal (AACH et al, 1988).

Neste cerne, uma revisão de literatura conduzida por Dyrbye e Shanafelt (2016), apontou uma alta prevalência de burnout entre os residentes, com níveis superiores aos da população em geral. Segundo os autores, o esgotamento impacta no desenvolvimento profissional desses residentes, bem como na segurança do paciente e em consequências individuais, incluindo ideação suicida. Outros problemas apresentados são a prevalência de transtornos depressivos e ansiosos, de abuso de álcool e drogas (SOUZA et al, 2009). Embora o momento da residência seja visto como uma concessão em prol do desenvolvimento profissional, o preço que se paga pode ser muito alto para a saúde do médico, especialmente no primeiro ano da residência (AACH et al, 1988). As fontes de mal-estar são inúmeras, geradas



pela busca por colocação profissional, responsabilidades da profissão, processos educacionais dos PRM's entre outros (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998).

Em contrapartida, temas como bem-estar no trabalho (BET) não têm sido trabalhados com frequência na literatura sobre residência médica, existe uma limitação, como fatores de BET estão interligados aos fatores de mal-estar no trabalho (MET), estes conceitos não podem ser abordados separadamente (FERREIRA, 2011). Desta forma, apresenta-se importante lacuna de pesquisa, sendo necessário mapear as fontes de MET e BET e a relação destes fatores na Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) dos residentes (FIGUEIRA, 2014). Ressalta-se ainda que conhecer as fontes de BET e MET permitirá o planejamento futuro de ações mais efetivas, preventivas e promotoras de QVT.

DESENVOLVIMENTO

Destaca-se neste trabalho, o conceito de QVT que se pauta na abordagem contra-hegemônica, não assistencialista, a qual considera que a intervenção eficaz e duradoura no campo da QVT implica em inverter o paradigma dominante do "trabalhador como variável de ajuste" para o preconizado pela Ergonomia, de "adaptar o trabalho ao ser humano" (FERREIRA, 2011). No caso da presente pesquisa, este trabalhador também ocupa o lugar de discente, assim, esta pesquisa amplia o uso da QVT para o público de residentes.

Ferreira (2017) em contraponto às abordagens assistencialistas de QVT propôs um enfoque baseado na prevenção e promoção de saúde. Assim, para alinhamento dos conceitos, neste trabalho o conceito de Ergonomia é entendido, conforme proposto pelo autor:

Abordagem científica antropocêntrica que se fundamenta em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas e da saúde para, de um lado, compatibilizar os produtos e as tecnologias com as características e necessidades dos usuários e, de outro, humanizar o contexto sociotécnico de trabalho, adaptando-o tanto aos objetivos do sujeito e/ou grupo, quanto às exigências das tarefas e das situações de trabalho. (FERREIRA, 2017, p. 139)

Quanto ao conceito de QVT, o mesmo autor o define da seguinte forma:

Sob a ótica das organizações, a QVT é um preceito de gestão organizacional que se expressa por um conjunto de normas, diretrizes e práticas no âmbito das condições, da organização e das relações sócio-profissionais de trabalho que visa à promoção do bem-estar individual e coletivo, o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores e o exercício da cidadania organizacional nos ambientes de trabalho. Sob a ótica dos trabalhadores, ela se expressa por meio das representações globais (contexto organizacional) e específicas (situações de trabalho) que estes constroem, indicando o predomínio de experiências de bem-estar no trabalho, de reconhecimentos institucional e coletivo, de possibilidade de crescimento profissional e de respeito às características individuais. (FERREIRA, 2017, p. 172)

Sendo assim, o modelo proposto neste estudo é da Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA_QVT), a qual busca articular a pesquisa e a intervenção nas organizações, tendo dois níveis analíticos distintos e complementares – macroergonômico e microergonômico (FERREIRA, 2011). No nível macroergonômico, a QVT é identificada com base em um continuum de representações de natureza afetiva que flutuam entre bem-estar no trabalho (BET) e mal-estar no trabalho (MET).

Ainda no nível macroergonômico, o autor supracitado aponta cinco fatores estruturantes de QVT: condições de trabalho, organização do trabalho, relações socioprofissionais de trabalho, reconhecimento e crescimento profissional, elo trabalho-vida social, uso da informática, práticas de gestão do trabalho e desgaste. A cultura organizacional é o “cenário” no qual os fatores se inscrevem e tem importância estratégica para interpretar a QVT nas organizações (FERREIRA, 2011; FERREIRA, 2017)).

Já o nível microergonômico investiga os impactos desses fatores na vida do indivíduo e como estes lidam com as exigências do contexto de trabalho. Na análise microergonômica, a compreensão da QVT baseia-se em duas dimensões: custo humano do trabalho (CHT) e estratégias de mediação individual e coletiva (EMIC) (FERREIRA, 2011). Este estudo se restringirá a aplicar parcialmente o nível analítico macroergonômico.

Antes de abordarmos o bem-estar no trabalho, faz-se necessário discutirmos brevemente as principais definições de bem-estar geral. Dentre as abordagens de bem-estar, destacamos a definição de Demo e Paschoal (2016), que a divide em: bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo se concentra no bem-estar derivado de experiências prazerosas, enquanto o bem-estar psicológico se concentra no potencial humano e na realização. O bem-estar geral constitui-se por uma dimensão afetiva e outra cognitiva (DEMO; PASCHOAL, 2016). Ao validar uma escala de bem-estar no trabalho, Paschoal e Tamayo (2008) identificaram que o bem-estar no trabalho pode ser estruturado a partir das dimensões afeto (humores e emoções) e expressividade/ realização no trabalho.

Os conceitos de bem-estar e mal-estar no trabalho são também definidos por Ferreira (2017):

Bem-estar no trabalho é um sentimento agradável que se origina das situações vivenciadas pelo(s) indivíduo(s) na execução das tarefas. A manifestação individual ou coletiva do bem-estar no trabalho se caracteriza pela vivência de sentimentos (isolados ou associados) que ocorrem, com maior frequência, nas seguintes modalidades: alegria, amizade, ânimo, confiança, conforto, disposição, equidade, equilíbrio, estima, felicidade, harmonia, justiça, liberdade, prazer, respeito, satisfação, segurança, simpatia. (...)

Mal-estar no trabalho é um sentimento desagradável que se origina das situações vivenciadas pelo(s) indivíduo(s) na execução das tarefas. A manifestação individual ou coletiva do mal-estar no trabalho se caracteriza pela vivência de sentimentos (isolados ou associados) que ocorrem, com maior frequência, nas seguintes modalidades: aborrecimento, antipatia, aversão, constrangimento, contrariedade, decepção, desânimo, desconforto, descontentamento, desrespeito, embaraço, incômodo, indisposição, menosprezo, ofensa, perturbação, repulsa, tédio. (FERREIRA, 2017, pp. 179-181, grifo nosso).

A vivência prolongada de BET ou MET são indicativos de existência de fatores de promoção ou de risco para a saúde, bem como a presença ou ausência de QVT na organização. Segundo Figueira (2014), no continuum de representações, apresentado no modelo

macroergonômico, há uma região de coabitação das duas modalidades de sentimentos que lhes são característicos, assim, é possível encontrá-los coexistindo em um mesmo ambiente.

A instituição investigada, é um hospital universitário público que oferta serviços de média e alta complexidade à comunidade, sendo 100% financiado pelo SUS. Possui Programas de Residência Médica (PRM's) em 34 especialidades clínicas e cirúrgicas e conta atualmente com 215 residentes, cursantes do primeiro ao quarto ano de residência (R1's, R2's, R3's e R4's). Os PRM's possuem entradas anuais distribuídas entre todas as especialidades e para acessá-las, o candidato médico se submete a uma seleção, com prova teórico e prática na especialidade desejada. No ano de 2021 o hospital estudado ofertou 91 vagas de residência médica.

Quanto à estrutura e funcionamento da residência ressalta-se que em cada instituição onde há implantado um ou mais programas de residência médica, há um coordenador geral e vice-coordenador responsáveis por todos os programas vigentes. Cada programa possui um supervisor, responsável pela organização da carga horária teórica e prática de sua especialidade, exemplo: pediatria, cirurgia geral, anestesiologia etc. Além desses, em cada área onde o residente atua, ele possui um ou mais médicos de referência que acompanham suas atividades, este é chamado de preceptor. Além desse contato diário com os preceptores, o residente é inserido no contexto de trabalho com equipe multiprofissional e multiespecializada.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma empresa pública federal vinculada ao Ministério da Educação (MEC) que administra hospitais universitários no país, mediante assinatura de termo de gestão com as universidades estaduais e federais e desde 2013 administra o hospital estudado. Desde 2019, a Ebserh realiza uma pesquisa de satisfação nas residências, ocorrendo anualmente e já possui duas edições. Esse material também foi utilizado como subsídio para este artigo (EBSERH, 2020; EBSERH, 2021a).

O instrumento de coleta utilizado nessa pesquisa foram 04 questões abertas que compõem o Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (IA_QVT), proposto por Ferreira (2009) e amplamente utilizado em estudos sobre QVT (FIGUEIRA, 2014; BUSS, 2014; ANTLOGA, 2014; PACHECO E FERREIRA, 2020)

Desta forma, a pesquisa teve como principais **objetivos**:



- Objetivo geral: conhecer a percepção global dos residentes sobre QVT com base nas representações que estes manifestam sobre bem-estar e mal-estar no contexto da residência médica em um hospital universitário.
- Objetivos específicos: descrever o perfil dos residentes participantes do estudo; mapear as fontes de bem-estar e mal-estar no trabalho na residência médica em um hospital universitário

Com o objetivo de alcançar os objetivos citados, foram adotados os seguintes **aspectos metodológicos**. A pesquisa de natureza aplicada, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória (GIL, 2008), classificada como um estudo de caso (YIN, 2015). Segundo este autor, o estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos dos quais não se podem manipular comportamentos relevantes; é ainda uma investigação empírica que estuda fenômenos dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2015).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma versão reduzida do Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida no trabalho (IA_QVT), validado por Ferreira (2009), constando de 04 perguntas abertas, detalhadas no Anexo A. Buscou-se coletar assim, as percepções sobre bem-estar no trabalho (BET), mal-estar no trabalho (MET), Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), bem como sugestões de melhorias. O instrumento foi aplicado via questionário eletrônico e obteve 37 respostas, sendo disponibilizado e divulgado pelo período de um mês, em maio de 2021.

A população deste estudo foi composta ou formada por residentes médicos de todos os anos da residência em um hospital universitário. Sobre o perfil sociodemográfico dos participantes, destacam-se como principais características: média de idade de 28 anos, sendo 57% com idade entre 26 e 30 anos (Gráfico 01), 73% são solteiros (Gráfico 02), 75,7% do gênero feminino (Gráfico 03) e 57% estão no primeiro ou segundo ano de residência, detalhados no Gráfico 04.

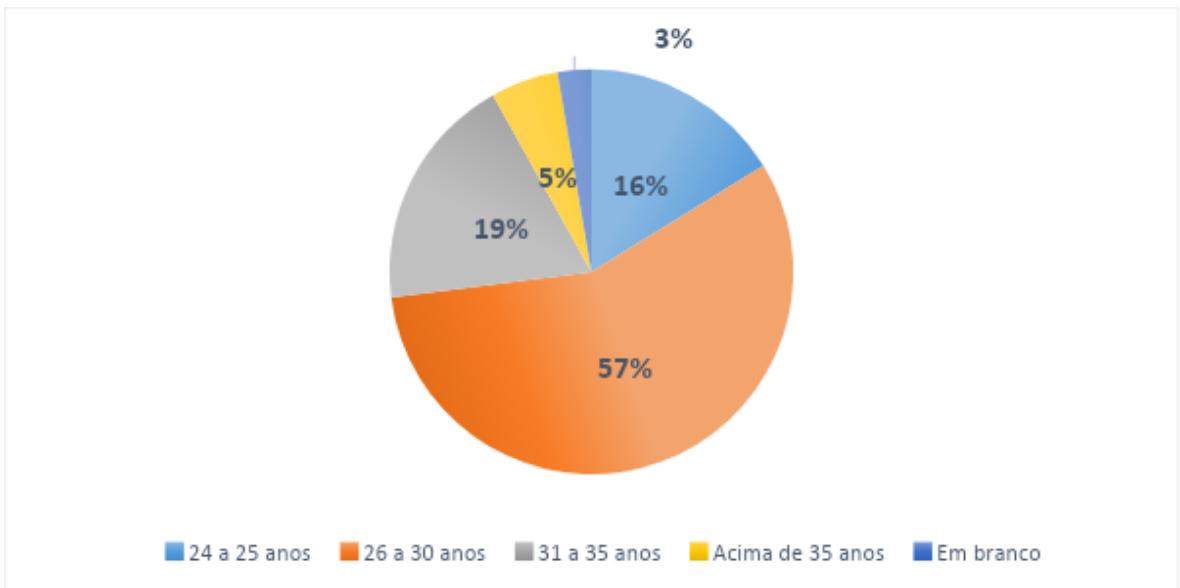


Gráfico 01- Perfil dos participantes quanto à idade

O gráfico acima indica que cerca de 76% dos respondentes possuem entre 26 e 35 anos, 16% têm idade entre 24 e 25 anos, 5% acima de 35 anos e 3% não responderam à pesquisa. Os dados corroboram o perfil de residentes em fases iniciais da vida laboral (Cassenote et al, 2020).

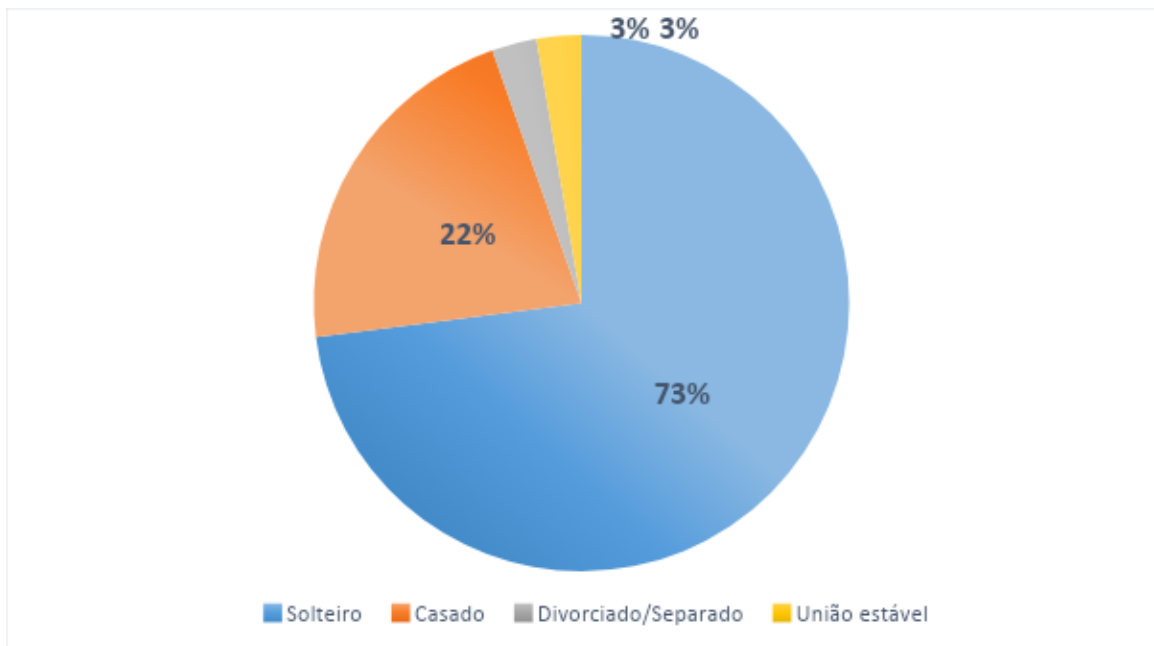


Gráfico 02- Perfil dos participantes quanto ao estado civil

A maior parcela dos respondentes é solteira (73%), seguida por casados ou em união estável (24%) e em menor número divorciados (3%).

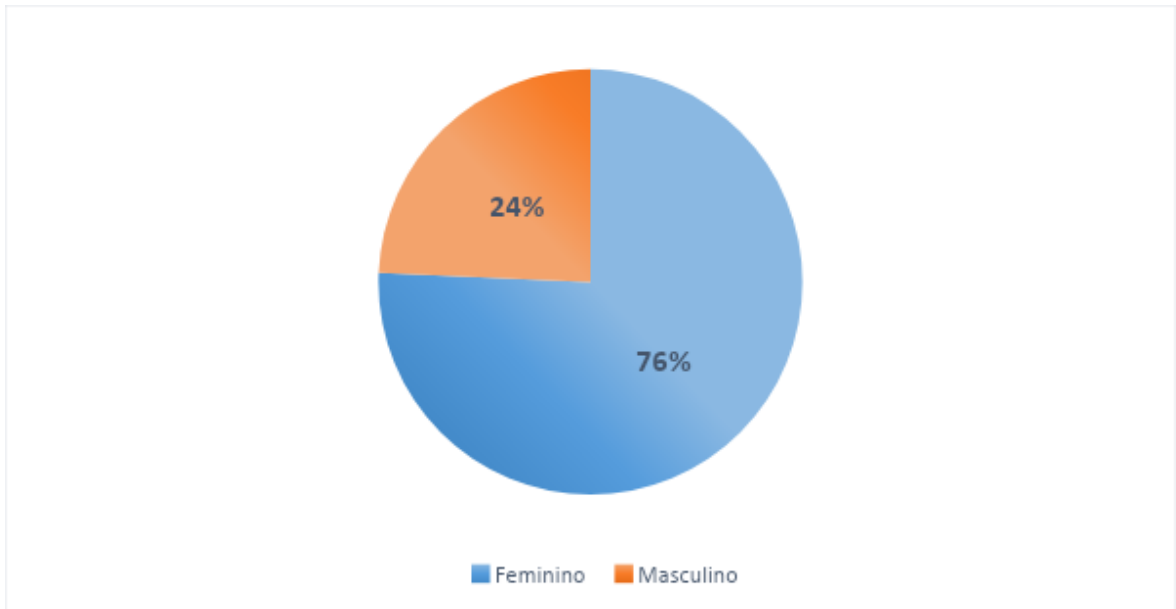


Gráfico 03- Perfil dos participantes quanto ao gênero

75,7% dos participantes são do sexo feminino, o que corrobora com estudos que indicam a feminização da profissão médica (Cassenote et al, 2020).

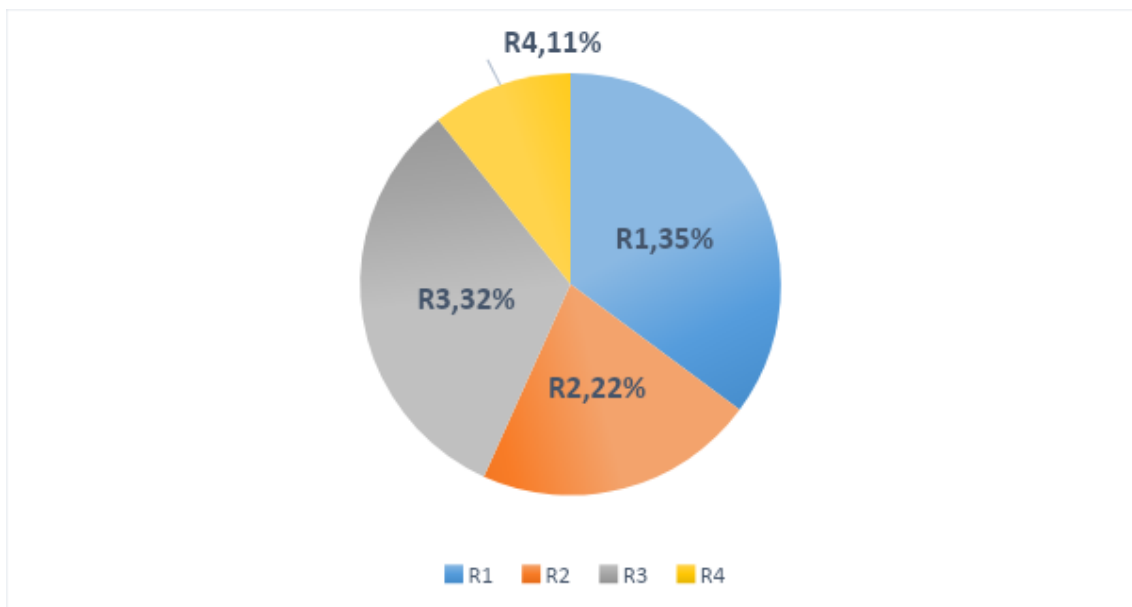


Gráfico 04 – Perfil dos participantes por ano de residência

O número de respondentes da pesquisa correspondeu a 17,20% da população total de residentes, sendo uma amostra não-probabilística. O Comparativo de respondentes por ano de programa de residência médica pode ser acompanhado na Tabela 01.

Tabela 01- Comparativo de respondentes por ano de programa de residência médica

Tempo de residência	Participantes da amostra	Percentual da amostra	População atual	Percentual Proporcional
R1	13	35%	81	16.0%
R2	8	22%	83	9.6%
R3	12	32%	43	27.9%
R4	4	11%	8	50.0%
Total	37		215	

Considerando o número de residentes por ano, podemos afirmar que houve maior adesão à pesquisa pelos residentes do terceiro e quarto ano (77,9%), fato este sugere uma ligação entre a motivação para participação na pesquisa com maior vivência na residência.

Sobre a quantidade de vínculos profissionais, 70.2% afirmam possuir além da residência, outro vínculo funcional, conforme tabela abaixo:

Tabela 02 – Situação funcional além da residência

Situação funcional (além da residência)	n	Percentual
Tenho mais um vínculo privado	13	35.1%
Não tenho outro vínculo	11	29.7%
Tenho mais um vínculo público	8	21.6%
Tenho mais dois vínculos	5	13.5%
Total	37	100.0%

Após a aplicação do questionário é possível apresentar os seguintes **resultados**, bem como uma **discussão** da apuração realizada.

As questões abertas foram analisadas com base na técnica de análise de conteúdo. Assim, as respostas de cada área temática (BET, MET, QVT e sugestões) foram classificadas em categorias, as quais são rubricas que reúnem um grupo de elementos, sendo nomeadas pelo pesquisador e agrupadas por características comuns destes elementos (Bardin, 2016).

As categorias de cada temática foram contadas por meio de frequência simples, onde cada categoria tem o mesmo peso. Em seguida, elas foram organizadas por ordem decrescente de ocorrência, ou seja, da mais para menos frequente, foram excluídas as unidades de registro que apareceram isoladamente. Sendo assim, as categorias encontradas (Gráfico 05) obedeceram às seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2016).

Na primeira pergunta “Quando penso no meu trabalho no hospital, o que me causa mais bem-estar é”, as principais categorias encontradas foram:

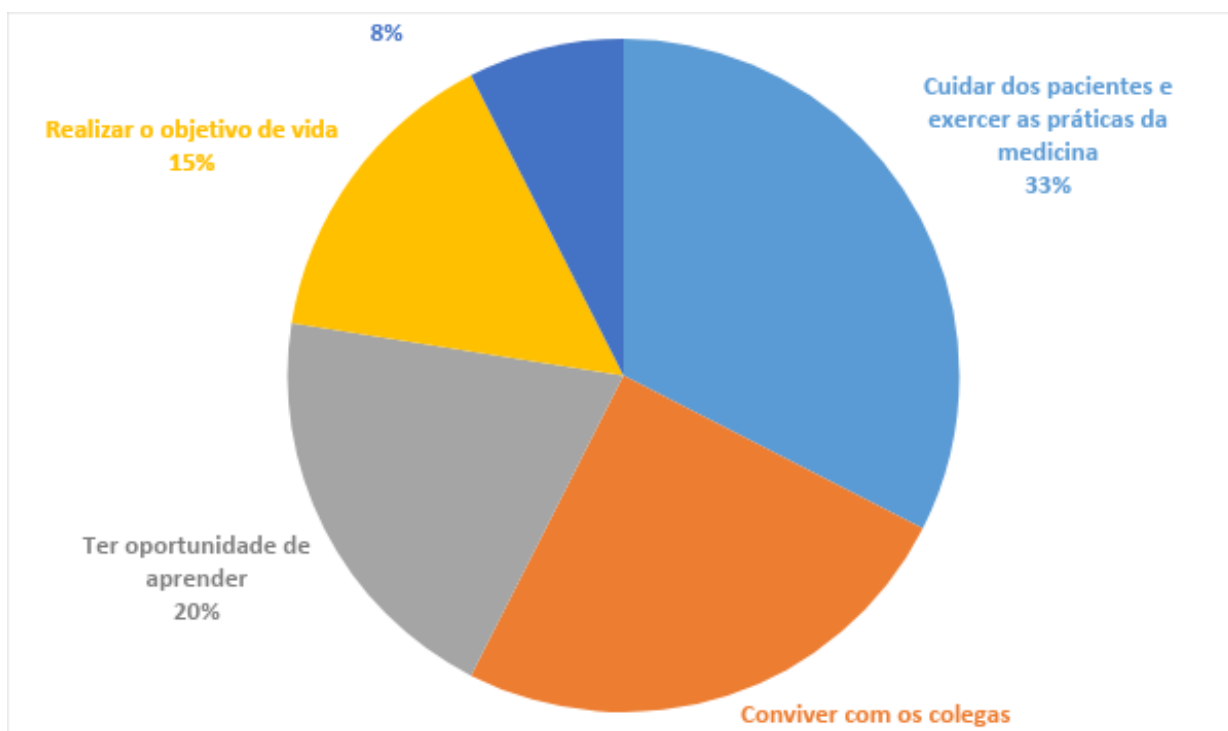


Gráfico 05: Categorias relacionadas ao Bem-Estar no Trabalho

Partindo deste recorte de realidade para compreender o trabalho e fatores que interferem na situação-problema investigada, é necessário ressaltar que se parte de um ponto de vista do coletivo de trabalhadores, conforme proposto pela Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (Ferreira, 2017).

As representações de QVT como bem-estar no trabalho são múltiplas, merecendo destaque: o reconhecimento nas diversas modalidades, as possibilidades reais de desenvolvimento e crescimento profissional, o respeito às características, aos limites e às



capacidades individuais (Ferreira, 2011). Segundo o autor, BET é um fator de saúde que os trabalhadores vivenciam nos ambientes de trabalho.

A categoria mais frequente como fonte de bem-estar no trabalho foi Cuidar dos pacientes e exercer as práticas da medicina (33%), expressa pela fala de uma participante:

A possibilidade de atuação direta no SUS de forma a beneficiar efetivamente o cuidado oferecido às pacientes (P20).

O tanto que gosto dos meus pacientes e do meu trabalho (P05)

O tempo no centro cirúrgico (P08)

Esta categoria descreve a importância para o residente da prática médica, tanto no atendimento aos pacientes nos ambulatórios e enfermarias, quanto no centro cirúrgico, para as especialidades cirúrgicas. Esta categoria também está associada ao sentimento de utilidade social e identificação com o cuidar.

A segunda categoria mais frequente relaciona-se ao fator relações socioprofissionais de trabalho, nomeada neste trabalho como Conviver com os colegas de trabalho (23%):

Estar com meus colegas de trabalho, entre residentes da mesma área, de outras áreas, equipe de enfermagem e alguns staffs médicos (P22).

Saber que vou encontrar pessoas que trabalham bem em grupo e que compartilham dos mesmos ideais no trabalho (P24).

Os participantes referem-se como colegas de trabalho, tanto outros residentes, quanto profissionais médicos (staffs ou não) e equipe multiprofissional. Ressalta-se que o contato com a equipe assistencial foi caracterizado como positivo e desejado pelos respondentes.

A terceira categoria, Ter oportunidade de aprender (20%), refere-se ao fator Reconhecimento e Crescimento Profissional, possuindo elementos de reconhecimento de crescimento profissional, desenvolvimento de competências e oportunidades.

Alguns ambulatórios específicos por causa da qualidade dos professores e preceptores (P28).

O nível alto de ensino por parte dos preceptores (P14).

Conviver com médicos de notório saber (P31).



A quarta e quinta categorias, foram caracterizadas respectivamente como “Realizar o objetivo de vida” (15%) e “Ter orgulho da instituição” (8%), conforme relatos abaixo:

A realização de um objetivo de vida (P07).

Que estou em uma instituição reconhecida (P01).

Tais categorias referem-se à valorização do tempo vivenciado na organização, significado pessoal e profissional pela escolha em realizar a especialização na instituição, bem como realizar o objetivo de vida: *O prazer em sonhar em ser especialista (P30).*

Outras pesquisas destacam o sentimento de orgulho institucional, como gerador de bem estar, na medida em que o profissional percebe o impacto do seu trabalho para o usuário, sociedade e/ou país (Ferreira et al, 2021).

A segunda temática abordada nesta pesquisa, “Quando penso no meu trabalho no hospital, o que me causa mais mal-estar é”, teve como principal categoria encontrada Falta de suporte ao ensino, conforme ilustra abaixo o Gráfico 06. Antes de se discorrer sobre os resultados, é necessário destacar que o mal-estar no trabalho (MET) não é uma doença ou enfermidade ocupacional que acomete indivíduos, mas é um risco ou possibilidade inerente ao processo adaptativo que caracteriza as interações dos indivíduos nos ambientes de trabalho, sendo que a permanência de fontes de MET's resultam em ausência de QVT (Ferreira et al, 2011).

A partir de uma visão psicodinâmica e marxista, Périco e Justo (2011) abordam o mal-estar no trabalho como relacionado à alienação, onde esta toma a energia pulsional do trabalhador e desvia a energia psíquica da sua finalidade original, tornando-o dócil, maleável, incapaz de perceber sua exploração e deteriorando seu bem-estar. Assim, segundo os autores, o mal-estar no trabalho resulta da alienação e como resultado da impossibilidade de alcançar a sublimação no trabalho, seja por questões internas (psíquicas) ou externas (de ordem social).

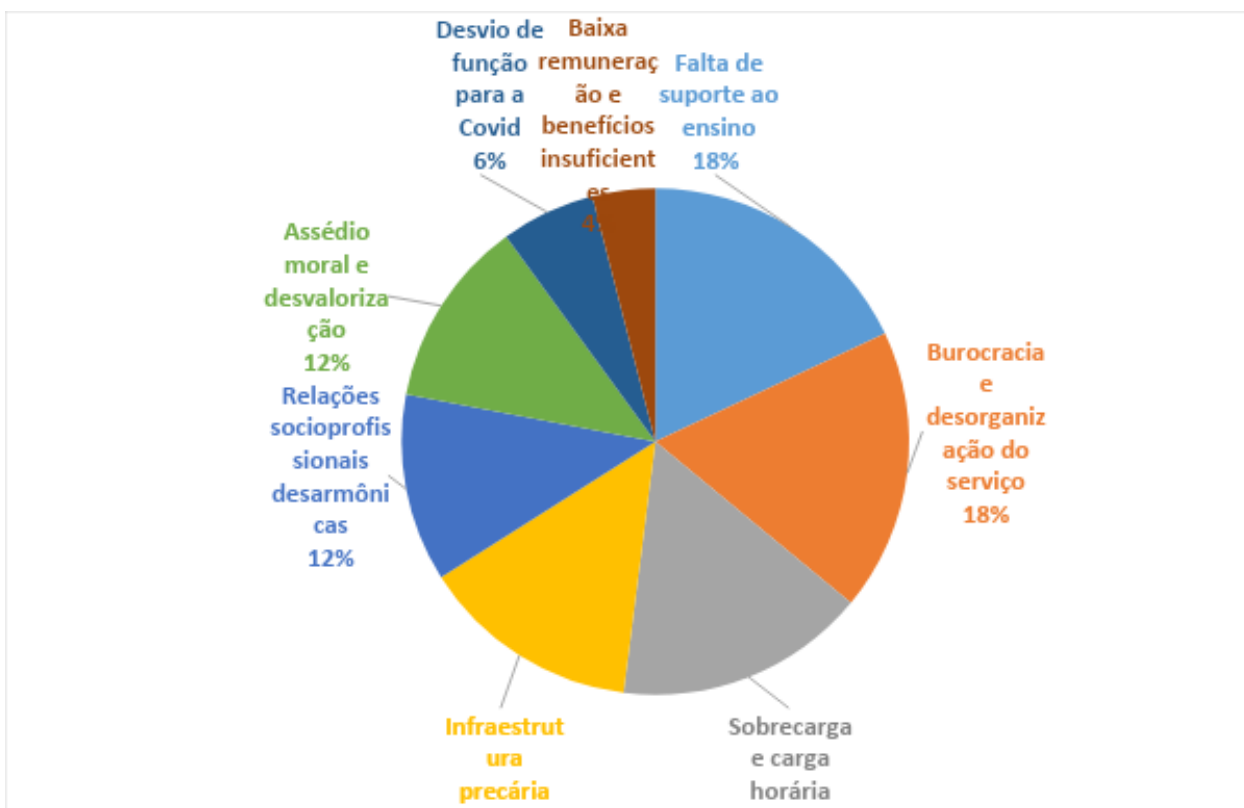


Gráfico 06: Categorias relacionadas ao Mal-Estar no Trabalho

A primeira categoria encontrada na temática de MET refere-se a Falta de suporte ao ensino (18%), explicitada pelos relatos:

Saber que em muitos plantões de CPA (Pronto-Atendimento) teremos staffs que não nos ensinam quase nada, e que estaremos apenas tocando serviço (P13)
Dificuldade em lidar com pacientes graves (P31)

Os principais resultados, indicam a percepção de descaso com o residente e o ensino, despreparo técnico de alguns staffs, supervisão à distância e falta de suporte do preceptor no atendimento a pacientes graves. Tais características descrevem entraves no fator relacionado ao reconhecimento e crescimento profissional, conforme descrito por Ferreira (2017).

A segunda categoria, descreve a necessidade de melhorias nos fluxos internos da instituição que geram atrasos na assistência prestada ao paciente, problemas de sistemas, redução de produtividade (número de atendimentos e cirurgias) e desgastes entre as equipes. A categoria



foi nomeada como Burocracia e desorganização do serviço (18%) e é ilustrada pelo seguinte relato:

O residente médico no hospital universitário é sobrecarregado com tarefas administrativas devido à má organização dos setores administrativos e à má qualidade do serviço prestado pelos auxiliares administrativos (por exemplo: demora no transporte de pacientes, deficiências no trânsito de pareceres, demora no transporte de pedidos de exames e marcações, problemas constantes junto à gestão de leitos, como altas administrativas errôneas, dificuldade de organização de leitos, dificuldade para intermédio de transferências entre hospitais, dificuldades para reservas e obtenção de vagas de UTI ou unidades semi-intensivas, retardo entre solicitação de internação no sisleitos e inclusão no sistema, especialmente nos períodos noturnos, necessidade de contato semanal por telefone com cada paciente já incluída no MAPA cirúrgico, pois o contato do setor de internação é falho e muitas vezes a paciente não é contactada para comparecer ao hospital). Existe uma burocratização excessiva do serviço, com preenchimento de papéis e formulários redundantes e lentos. Existe, no hospital universitário, uma demora crônica para resolução de intercorrências dos pacientes, com um atraso e uma burocratização sistemática para fornecimento e entrega de medicações prescritas, que chegam com horas de atraso. Existe ainda, no centro cirúrgico, uma lentidão grave, que impede a produtividade e a rotatividade de pacientes: cirurgias, ao invés de começar em às 7h no início do plantão, só começam 8h-8h30, pois a equipe de enfermagem, os materiais e a sala nunca estão prontos antes disso; os pacientes são chamados com grande atraso para dar entrada no CC, passando por um processo de admissão em SRPA também demorado; entre cirurgias, a limpeza da sala é lenta; resumindo: de 7 às 13h, são feitas no máximo duas cirurgias em cada sala (P20).

De acordo com o relato apresentado, o fator que caracteriza esta classe é organização do trabalho (Ferreira, 2017).

A terceira categoria mais frequente encontrada foi Sobrecarga e carga horária exaustiva (16%), descrita como:



A carga horária, a sobrecarga de trabalho, leitura e seminários. Pois além das horas semanais de trabalho presencial, ainda temos muito trabalho para ser realizado fora do “expediente” (P28)

Carga horária extensa, cansado emocional (P16)

Esta categoria enfatiza além da sobrecarga causada pelas 60h semanais, a necessidade de cumprir atividades teóricas fora do hospital: preparo de seminários, apresentações, artigos entre outros. O fator correspondente a esta classe é o desgaste. É importante destacar que 70,2% dos participantes da pesquisa possuem outro vínculo empregatício, o que gera uma carga horária semanal de trabalho acima de 60h semanais, o que pode contribuir para acentuação desta sobrecarga.

A terceira categoria, descreve a necessidade de melhorias nos fluxos internos da instituição que geram atrasos na assistência prestada ao paciente, problemas de sistemas, redução de produtividade (número de atendimentos e cirurgias) e desgastes entre as equipes. A categoria foi nomeada como Burocracia e desorganização do serviço (16%) e é ilustrada pelo seguinte relato:

Falta de um ambiente próprio para a minha especialidade, para lazer dos residentes (uma sala própria, por exemplo) (P9).

Não temos repouso, não temos armário (P21).

O fator estruturante ligado a esta categoria é o de condições de trabalho e suporte organizacional, ele descreve os equipamentos arquitetônicos, ambiente físico, instrumental, matéria-prima e suporte organizacional relacionados (Ferreira, 2017). Identificou-se que o residente não reconhece como seu, espaços de repouso compartilhados com a equipe assistencial e relata necessidade de espaços específicos para o grupo.

A próxima categoria identificada pertence ao fator relações socioprofissionais de trabalho, foi denominada Relações socioprofissionais desarmônicas (12%):

Lidar com residente e chefe mal-educado e lidar com residentes que não querem organizar juntos a escala anual e reclamam de todas as soluções propostas (P5)

Staffs não colaborativos (P6)

Assim como nos aspectos de BET, os conflitos atingem todos os níveis de interações dos residentes: equipe multiprofissional, staffs e outros residentes. Destaca-se em especial, relações hierárquicas desarmônicas, com staffs e supervisores.

A próxima categoria possui estreita relação com a anterior, contudo, por se tratar de um tema relevante e bem delimitado, foi tratada como uma categoria a parte. Assédio moral e desvalorização (12%), relacionada aos fatores práticas de gestão e de reconhecimento e crescimento profissional:

*Assédio Moral e cobrança exagerada. Falta de elogios ao trabalho (P14).
Médicos que humilham (P16).*

A vivência do assédio moral para trazer sérias consequências à saúde do trabalhador, pois pode causar ou agravar doenças por meio de sintomas psicopatológicos, psicossomáticos ou comportamentais (OMS, 2004). É um indicador importante que muitas vezes gera incapacidade laboral.

A próxima categoria observada está relacionada ao contexto da pandemia, Desvio de função para a Covid (6%), podemos também caracterizá-la dentro do fator práticas de gestão.

*Lidar com o descaso da COREME em relação à escala COVID (P5).
Desvio da função dos funcionários para trabalhar com o COVID (P33).*

Neste item, os participantes expressam desconforto tanto pelo remanejamento dos residentes para atuação na pandemia, quanto dos profissionais assistenciais. Cabe ressaltar que em alguns momentos, alguns serviços de saúde foram suspensos, tais como ambulatórios, cirurgias e isso impactou o funcionamento do hospital: alguns profissionais foram remanejados de suas áreas para atuação direta aos pacientes com Covid ou para áreas de retaguarda. É necessário ressaltar, no entanto, que as residências em todo mundo foram impactadas e há tentativas de mitigação desses impactos em trabalhos recentemente publicados, conforme relatado em Chang et al (2020), Almeida et al (2020) e Chick RC et al (2020).

Por fim, a última categoria identificada em MET, Baixa remuneração e benefícios insuficientes (4%) está dentro do fator condições de trabalho e suporte organizacional.

Ausência de auxílio moradia e má remuneração (P05).

O Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Estado de Saúde são os principais financiadores das bolsas de residência no país, no caso estudado, ela é paga pelo MEC, porém, o valor da bolsa é o mesmo entre os três órgãos (CAMPOS; FIDELIS; TEIXEIRA, 2019). A lei nº 12.514/2011 definiu que as instituições de saúde responsáveis por programas de residência médica devem oferecer condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões, alimentação e moradia, conforme estabelecido em regulamento (BRASIL, 2011). A moradia pode ser tanto oferecida ao residente, como ele pode perceber uma verba indenizatória. Contudo, em muitas instituições no País, inclusive na instituição investigada não há definição de verba para este benefício, nem oferta atual de moradia.

Em suma, podemos fazer o seguinte quadro comparativo:

Quadro 01: Categorias de Mal-estar no trabalho e fatores estruturantes de QVT

Categorias de MET	Fatores Estruturantes de QVT
Sobrecarga e carga horária exaustiva	Desgaste
Burocracia e desorganização do serviço	Organização do trabalho
Infraestrutura precária	Condições de trabalho Suporte organizacional
Relações socioprofissionais desarmonicas	Relações socioprofissionais de trabalho
Assédio moral e desvalorização	Práticas de gestão do trabalho Reconhecimento e crescimento profissional
Desvio de função para a Covid	Práticas de gestão do trabalho
Baixa remuneração e benefícios insuficientes	Condições de trabalho e suporte organizacional

(FERREIRA, 2017)

Percebe-se com a análise das categorias de BET e MET encontradas, o caráter dialético e de coabitação desses fatores no mundo do trabalho. Conforme apresentado por Ferreira e Seidl (2009), o conceito de “reverso da medalha”, no qual se compreende melhor o mal-estar no trabalho pela ausência dos elementos estruturantes do bem-estar no trabalho.

Sobre a terceira pergunta feita aos participantes “Na minha opinião, Qualidade de Vida no Trabalho é”, foram identificadas 09 categorias para esta temática, visualizadas no Gráfico 07:

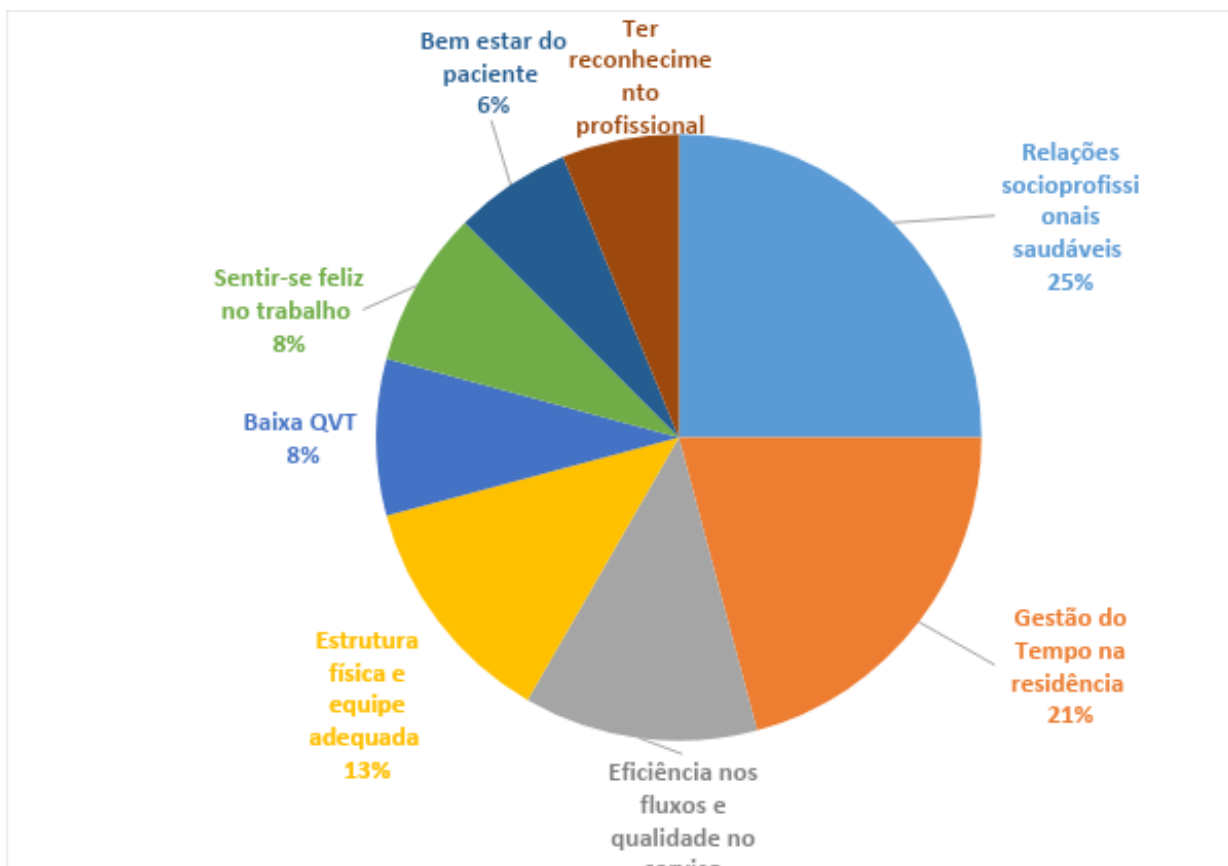


Gráfico 07: Categorias relacionadas a Qualidade de Vida no Trabalho

É importante destacar como principal categoria vinculada a percepção de QVT foram Relações socioprofissionais saudáveis (25%):

Sentir-se parte de uma equipe, como um membro dela, onde haja parceria e não uma relação de subserviência (P36)

Boa interação profissional, respeito, ambiente calmo e tranquilo (P07)

A segunda categoria mais frequente nos relatos foi a Gestão do tempo na residência (21%):

Cumprir a carga horária semanal estabelecida e ir intercalando atividades pesadas com atividades mais leves (P10).



Menor sobrecarga de trabalho, principalmente do horário extra com preparo de aulas, leitura de artigos etc (P28)

Ser feliz, ter tempo para família e amigos (P2)

Ter tempo para descansar (P12)

É importante destacar que esta categoria descreve a necessidade percebida pelos residentes, dos staffs fazerem melhor uso do tempo, na distribuição da carga horária teórica e prática da residência, a fim de reduzir a necessidade de atividades fora do horário da residência. Além disso, o horário de descanso para atividades de lazer e estar com a família são elencados como aspectos importantes nesta gestão do tempo.

Outra categoria identificada, foi a Eficiência nos fluxos e qualidade no serviço ofertado (13%):

Participar de um ambiente produtivo e organizado (P20)

Organização do serviço. Fluxos que sejam ágeis e inteligentes, que me economizem tempo com a burocracia. (P32)

Além disso, pessoal capacitado e fluxos bem definidos. (P10)

A quarta categoria mais frequente foi a de Estrutura física e equipe adequada (13%):

Trabalhar com condições adequadas de estrutura física e profissional (P06)

Respeito a dignidade (incluindo horário para alimentação, local para repouso e banho) (P22)

Ter suporte físico e humano de qualidade para atender bem os nossos pacientes (P24).

As categorias menos frequentes, encontradas foram Baixa QVT (8%), “Sentir-se feliz no trabalho” (8%), “Bem-estar do paciente” (6%) e “Ter reconhecimento profissional” (6%), expressas a seguir:

De ruim a péssima (P01)



União entre estar feliz com a escolha da área de atuação (P05)

Se sentir bem com o que faz (P29)

Estar feliz e ter vontade em trabalhar (P30)

Ver os pacientes irem de alta melhores do que quando chegaram (P31)

Equipe trabalhar em conjunto em prol do paciente (P34)

Todos terem espaço para contribuir e serem ouvidos (P19)

Valorização profissional (P20)

O reconhecimento no trabalho, segundo Brandão (2007), é entendido como um fator que favorece a expressão de competências individuais, gerando benefícios para a organização. Ele é um importante fator que compõe qualidade de vida no trabalho e é percebido pelo trabalhador no trabalho realizado, o sentimento de justiça e valorização (FERREIRA, 2008).

Os achados desta pesquisa estão em consonância com as pesquisas de satisfação da residência (médica e multiprofissional), realizadas em 2019 e 2020 na instituição (Ebserh, 2020; Ebserh, 2021a). Elas abordaram três grandes requisitos: avaliação da formação profissional, avaliação do serviço ofertado e avaliação da infraestrutura, de um escore de 0 a 10, obtiveram notas que variaram de 5,24 a 6,70 (EBSERH, 2020; EBSERH, 2021a).

Considerando as duas edições da pesquisa no hospital estudado, os resultados indicam piora no requisito “avaliação da infraestrutura” e avanços nos requisitos “avaliação do serviço ofertado” e “avaliação da formação profissional” e “avaliação geral” dos programas de residência médica e multiprofissional. Percebe-se ainda uma pontuação mediana da qualidade dos programas e baixa variação entre os resultados encontrados no hospital investigado e os resultados da rede vinculada à Ebserh, que somam atualmente 39 hospitais. Os achados deste estudo referentes à infraestrutura e aos serviços internos estão alinhados com os resultados da pesquisa de satisfação.

Cabe ressaltar que como resultado da pesquisa de 2020, foi realizada priorização de cinco requisitos críticos a serem tratados pela gestão durante o ano de 2021 no hospital estudado: (1)

estímulo para o desenvolvimento das minhas atividades de formação; (2) tempo destinado às atividades teóricas do programa de residência; (3) organização dos fluxos dos processos de trabalho e das rotinas na instituição; (4) supervisão e apoio do preceptor e (5) espaço físico destinado ao descanso de residentes (EBSERH, 2021b).

As categorias identificadas em QVT dialogam com a perspectiva contra-hegemônica da EA-QVT que propõe adaptar o trabalho ao ser humano, não o contrário (FERREIRA, 2017). Tal abordagem contrapõe a ótica, individualizada e assistencialista que atua somente pela oferta de cardápios de atividades antiestresse, caracterizado por Ferreira (2006) como ofurô corporativo:

(...) O Tai Chi funciona como uma espécie de ofurô (a tina japonesa de tratamento antiestresse) – um “banho de ofurô corporativo”. Após o banho, o trabalhador volta cheiroso, descansado, energizado e com sensação de que o estresse ficou para o passado. Uma certeza naïve (ingênua). Ao voltar para o mesmo contexto produtor de fadiga, basta uma jornada em condições adversas e os sintomas do desgaste reaparecem. Neste caso, a fadiga é como aquela vela de aniversário que a gente apaga com o sopro e, em segundos, ela reacende.

Sob esta lógica, os fatores que perpetuam as causas de MET são mantidos, por isso, faz-se necessária a implementação de um programa de qualidade de vida no trabalho de natureza preventiva e que atue nas causas reais dos problemas.

Por fim, em relação a última questão, o Quadro 03 apresenta os resultados sobre as sugestões de melhorias, sob a ótica dos residentes. A melhoria nos fluxos e desburocratização despontaram com a maior fatia do discurso.

Quadro 03: Categorias relacionadas a Sugestões feitas pelos participantes

Classe temática (% representatividade)	Classe temática (% representatividade)
Melhoria nos fluxos e desburocratização (31%)	<i>Melhorias nos sistemas do hospital com redução do trabalho burocrático repetitivo e desnecessário (P08). Divulgação e facilidade de acesso a fluxogramas e protocolos. Solicitação de exames via AGHU (P10).</i>

Melhorias na gestão (14%)	<p><i>Melhoria dos setores administrativos, em especial a gestão de leitos (P20)</i></p> <p><i>Melhorar o serviço terceirizado de secretariado para que os residentes sejam poupados do mesmo (P35)</i></p>
Foco na aprendizagem (14%)	<p><i>Aulas ser ministradas por staffs e não residentes, focar no rodízio em que estar rodando e não em dar aulas de outras matérias. Acabar com cobranças desnecessárias, rodízios sem aprendizado, Volta dos rodízios essenciais para a especialidade > Ultrassom, mamografia...diminuir aulas desnecessárias (P26).</i></p> <p><i>E com relação à residência em si, acho que deveriam olhar os residentes como futuros colegas e não como alguém que está lá só para servir, alguém sem vida e sem história. Nós abrimos mão de trabalhar, saímos de nossas cidades, e somos tratados como se nossa única obrigação seja servir à residência, e nada mais. O hospital exige que fiquemos à disposição pelo celular o tempo todo. Infelizmente tudo isso desgasta e consome tanto, a ponto de tirar o brilho do que nos levou a ingressar na residência (P36).</i></p>
Mais qualidade na alimentação (14%)	<p><i>Comida melhor no refeitório (P01)</i></p> <p><i>Ter lanches (P37)</i></p>
Melhor definição dos papéis (14%)	<p><i>Revisão das funções residente / staff / plantonista assistente (P6)</i></p>
Promoção de ações preventivas quanto ao assédio moral (8%)	<p><i>O comportamento coercitivo e do medo do superior hierárquico gera um ambiente de trabalho extremamente nocivo e pode ser indutor de uma série de transtornos que trazem prejuízos ao serviço, sociais, orgânicos e psíquicos (P17).</i></p> <p><i>Sua ausência não deve penalizada, ou não deve haver medo de precisar se ausentar (até mesmo por motivos de saúde) por passar a ser mal visto pelos coordenadores e staffs (P17)</i></p>



	<i>Sua ausência não deve penalizada, ou não deve haver medo de precisar se ausentar (até mesmo por motivos de saúde) por passar a ser mal visto pelos coordenadores e staffs (P17).</i>
Melhor remuneração e benefícios (6%)	<i>Melhor remuneração ao residente médico, disponibilização de auxílio moradia, que é direito do residente médico diante da ausência de alojamento (P20).</i>

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo revelam uma percepção global dos residentes sobre QVT como um tema fundamental, estando intimamente relacionada a boas relações socioprofissionais, redução do desgaste por meio de melhor gestão do tempo, maior organização do trabalho, com eficiência dos fluxos e maior suporte organizacional, refletindo em investimentos na adequação da infraestrutura física da instituição para as residências. Percebe-se uma congruência entre a percepção global dos residentes sobre QVT com fatores estruturantes proposto pela Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (Ferreira, 2017).

Sobre as fontes de BET identificadas na pesquisa, os participantes as relacionam com a escolha pela especialidade e exercício da medicina, existência de relações laborais significativas e expectativas positivas de realização e crescimento profissional. Os fatores estruturantes identificados foram relações socioprofissionais e reconhecimento, além de crescimento profissional.

Tais achados alinham-se a compreensão de bem-estar como dimensão eudaimônica, ou seja, na qual as experiências de desenvolvimento e realização pessoal são aspectos considerados essenciais para a compreensão da experiência de felicidade (Paschoal, 2008). A autora demonstra ainda que o suporte organizacional e as oportunidades de alcance de valores pessoais no trabalho têm impacto direto sobre bem-estar.

Como principais fontes de MET percebidas pelos participantes, destacam-se: falta de suporte ao ensino, sobrecarga de trabalho, burocracia e desorganização do serviço, infraestrutura precária e relações desarmônicas. Dessa forma, podemos afirmar que os participantes revelaram entraves no reconhecimento e crescimento profissional, desgaste, problemas na organização e condições de trabalho, baixo suporte organizacional e problemas nas relações socioprofissionais de trabalho, como principais fatores estruturantes causadores de MET. Paschoal (2008) aponta que a sobrecarga no trabalho é o principal antecedente do afeto negativo, é importante destacar que a maioria dos participantes da pesquisa possui jornada semanal superior a 60h, com atividades de elevada exigência técnica (manejo de pacientes), quanto mental (carga horária de estudos).

Cabe ressaltar que promover QVT com ênfase na alavancagem do reconhecimento no trabalho por meio de práticas estratégicas de gestão de pessoas, pode ser uma poderosa ferramenta de harmonização do alcance dos objetivos organizacionais e o bem-estar dos trabalhadores (Figueira, 2014). Os elementos principais desta temática sugerem uma ordem das questões a serem priorizadas em um eventual programa de QVT na instituição.

Como sugestões de melhorias, faz-se destaque a principal categoria encontrada: melhoria nos fluxos e desburocratização, em especial nos processos de trabalho relacionados às autorizações administrativas, realização de procedimentos e otimização dos espaços e equipes, redução de burocracias, refletindo em uma maior capacidade de atendimento à população e ampliação das atividades práticas da residência.

Esta pesquisa cumpre os objetivos previstos, que foi conhecer a percepção dos residentes sobre QVT, BET e MET, foi possível delinear um diagnóstico dos participantes da pesquisa. Os resultados encontrados podem ser utilizadas como ferramentas para a gestão da organização.

Como limitações deste estudo destaca-se a baixa adesão dos residentes à pesquisa, que pode ter sido influenciada pela baixa disponibilidade de tempo para responder o formulário, contudo, este estudo é apenas um passo preliminar para que se possa estudar os Programas de Residência Médica e estudar medidas eficazes de prevenção e promoção de saúde desses profissionais/estudantes. Deste modo, como agenda para pesquisas futuras sugere-se: “n” maior de participantes, pesquisas mistas (qualitativa e quantitativa) com avaliação de dados



psicométricos (análise fatorial exploratória), como consistência interna da escala aplicada, bem como comportamento destes fatores na população deste estudo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AACH, R. D. et al. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification, and management. **Annals of Internal Medicine**, v. 109, n. 2, p. 154-161, 1988. Disponível em: <https://ohsu.pure.elsevier.com/en/publications/stress-and-impairment-during-residency-training-strategies-for-re-2> Acesso em: 04 de dez. de 2020.

ALMEIDA, Gabriela Ventura. et al. Impacto da pandemia COVID-19 na residência médica em transplante de medula óssea em hospital universitário. **Rev. Qualidade HC**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Ribeirão Preto: São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/260/260.pdf>. Acessado em 10 jun 2021.

ANTLOGA, Carla Sabrina et al . Mal-estar no trabalho: representações de trabalhadores de um órgão público de pesquisa. **Rev. Subj.**, Fortaleza , v. 14, n. 1, p. 126-140, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 jun. 2021.

BACHESCHI, L.A.. (1998). A residência médica. In: Marcondes, Eduardo e Gonçalves, Ernesto Lima (coords). Educação Médica, São Paulo: Sarvier, 1998.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Ed. Revista e Ampliada. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRANDÃO, H. P.; BORGES-ANDRADE, J.E.Causas e efeitos da expressão de competências no trabalho: para entender melhor a noção de competências. Revista de Administração Mackenzie, vol.8, nº3, pp32-49. Brasil, 2007.



BRASIL. Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011. Planalto. - Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12514.htm>. Acesso em 04 de janeiro de 2021.

BRASIL, Poder. 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. Diário Oficial da União-Seção, p. 1-6. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/d80281.pdf>. Acesso em: 02 de dez de 2020.

BUSS, Lize Pereira. **Percepção dos servidores de carreira de fiscalização quanto ao reconhecimento no trabalho**. Especialização Enap - TCC. Brasília-DF: 2014. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1837>. Acessado em: 05 jun 2021.

CAMPOS V, FIDELIS F, Silva P, TEIXEIRA A, BATISTA A. Demográfico da Residência Médica Brasileira em 2019. Ed.32. **Revista Consensus on-line**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/recorte-demografico-da-residencia-medica-brasileira-em-2019/>. Acesso em: 30 de out de 2020.

CASSENOTE, Alex et al. **Demografia Médica no Brasil 2020**. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf. Acessado em 04 jun 2021.

CHANG DG et al. The impact of COVID-19 pandemic on orthopaedic resident education: a nationwide survey study in South Korea. **Int Orthop**. 2020 Nov;44(11):2203-2210. Disponível em: 10.1007/s00264-020-04714-7. Epub 2020 Jul 10. PMID: 32651712; PMCID: PMC7351541. Acessado em: 05 jun 2021.

CHICK, Robert Connor et al. Using technology to maintain the education of residents during the COVID-19 pandemic. **Journal of surgical education**, v. 77, n. 4, p. 729-732, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.03.018>. Acessado em 14 jun 2021



DEMO, Gisela; PASCHOAL, Tatiane. Well-Being at Work Scale: Exploratory and Confirmatory Validation in the USA. **Paidéia, Ribeirão Preto**, v. 26, n. 63, p. 35-43, Apr. 2016 . Available in: <http://dx.doi.org/10.1590./1982-43272663201605>. Access on: Jun. 4, 2020.

DYRBYE, Liselotte; SHANAFELT, Tait. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. **Medical education**, v. 50, n. 1, p. 132-149, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.12927> Acesso em: 10 de dez. de 2020.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Pesquisa de Satisfação 2019**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNGViMTgyYmEtOGY4Zi00NmZjLTk3MTctZDMwODYxZDZkYTA2IiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVINSJ9>. Acessado em: 10 fev 2021.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Pesquisa de Satisfação 2020**. Brasília, 2021a. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNGViMTgyYmEtOGY4Zi00NmZjLTk3MTctZDMwODYxZDZkYTA2IiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVINSJ9>. Acessado em: 12 abril 2021.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Plano de Melhorias**. Ofício - SEI nº 15/2021/CGEN/DEPAS-EBSERH. Brasília, 2021b.

FAHRENKOPF, Amy M. et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. **Bmj**, v. 336, n. 7642, p. 488-491, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 02 jan. 2021.

FERREIRA, MC. **Ofurô Corporativo**. Portal da Universidade de Brasília. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1256395632.59-arquivo.pdf> . Acessado em 02 jan 2021.



FERREIRA, M. C. **Chegar feliz e sair feliz do trabalho:** Aportes do Reconhecimento no Trabalho para uma Ergonomia Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho. In: Ana Magnólia Mendes. (Org.). Trabalho e Saúde: O Sujeito entre Emancipação e Servidão. Curitiba PR: Juruá, 2008.

FERREIRA. Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (IA_QVT): Instrumento para diagnóstico e planejamento. In: 11º FÓRUM INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, 2009, Porto Alegre, Anais do 11º Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho, 2009.

FERREIRA, Mário César; SEIDL, Juliana. Mal-estar no trabalho: análise da cultura organizacional de um contexto bancário brasileiro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 245-254, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/sjH3kjjvxdkY6JSWRRhjcjzb/?lang=pt>. Acessado em 01 jun 2021.

FERREIRA, M. C. A ergonomia da atividade pode promover a qualidade de vida no trabalho? Reflexões de natureza metodológica. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 11, 8-20. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22243> Acesso em 19 de jan. de 2021.

FERREIRA, M.C. Qualidade de Vida no Trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores (3ª ed.). Brasília: Paralelo 15, 2017.

FERREIRA, M.C. et al. **Diagnóstico, Política e Programa de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq): Experiência Comparada 2010, 2015, 2019.** 1ª ed. Brasília, DF: CNPQ, 2021.

FIGUEIRA, Tânia Gomes. Bem-estar, mal-estar e qualidade de vida no trabalho em uma Instituição Pública Brasileira. 2014, 148 f., il., Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.



GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Local: Editora Atlas SA, 2008.

MACHADO, Maria Helena. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Local: editora Fiocruz, 1997.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed.-São Paulo: Atlas, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; JORGE, M.R. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 28-34, Mar. 1998 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100006&lng=en&nrm=iso>. <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000100006>. Acesso on 01 Feb. 2021.

PACHECO, Veruska Albuquerque; FERREIRA, Mario César. Well-being and Ill-being at Work: Employee's Representations in a Brazilian Public Company. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102.3772e3651>>. Acessado em 9 Junho 2021.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Alvaro. Construção e validação da Escala de bem-estar no trabalho. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 7, n. 1, p. 11-22, abr. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 09 jan. 2021.

PERICO, Waldir; JUSTO, José Sterza. O mal estar no trabalho: a culpa como mal estar e a culpa do mal estar. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza , v. 11, n. 1, p. 135-169, mar. 2011 . Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 30 maio. 2021.



SAINT MARTIN, Marisa C.; DECHRISTOPHER, Phillip J.; SWEENEY, R. Paul. A strategy for wellness in a pathology residency program: enhancing chances of success during an epidemic of burnout. **Academic pathology**, v. 6, p. 2374289519851233, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2374289519851233> Acesso em: 13 de jan de 2020.

SOUZA, Emmanuel Nunes de et al. Perfil do médico residente atendido no Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (Grapal) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 6, p. 684-691, 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.12927>. Acesso em: 10 de dez. de 2020.

YIN, Robert K. Estudo de Caso-: Planejamento e métodos. Local: Bookman editora, 2015.

ANEXO A

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (IA_QVT) –

Versão Reduzida



Perguntas

Respostas

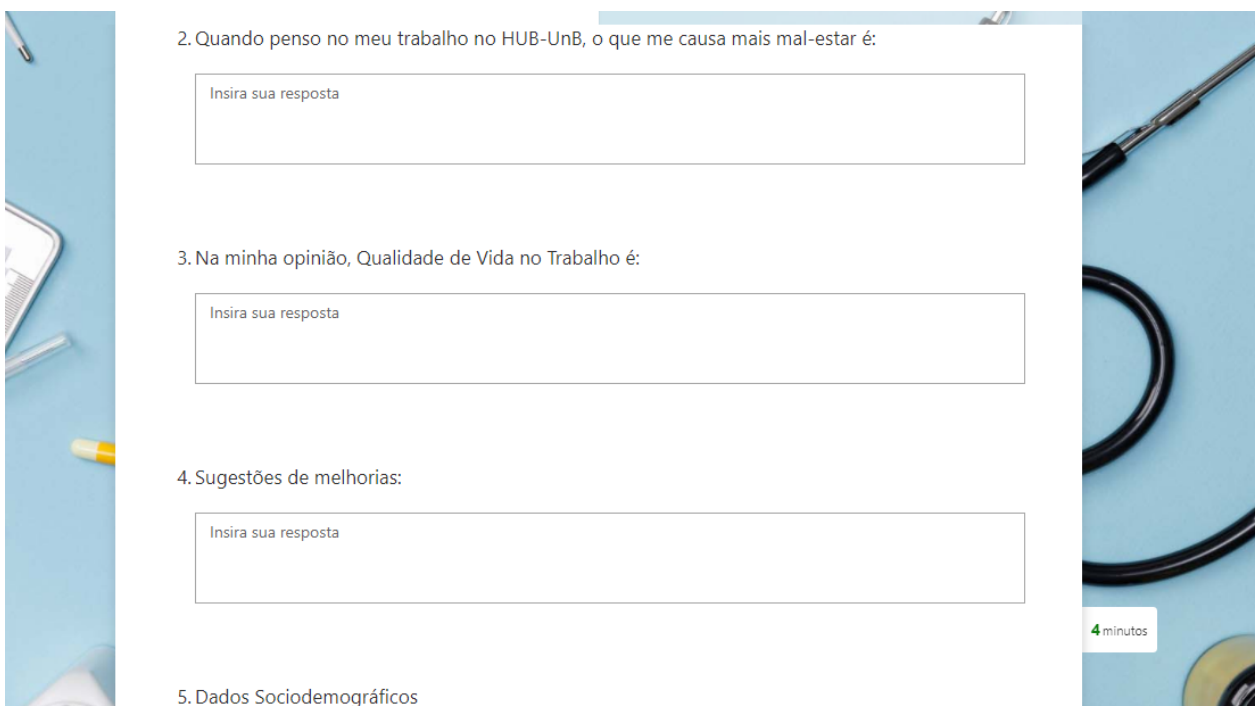
 UnB | HUB  EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL

Bem-Estar, Mal-Estar e Qualidade de Vida no Trabalho da Residência Médica em Hospital Universitário

1. Quando penso no meu trabalho no HUB-UnB, o que me causa mais bem-estar é

Insira sua resposta

4 minutos



2. Quando penso no meu trabalho no HUB-UnB, o que me causa mais mal-estar é:

Insira sua resposta

3. Na minha opinião, Qualidade de Vida no Trabalho é:

Insira sua resposta

4. Sugestões de melhorias:

Insira sua resposta

4 minutos

5. Dados Sociodemográficos



5. Dados Sociodemográficos

Idade

Insira sua resposta

6. Sexo

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não declarar

7. Estado civil

- Solteiro
- Casado
- Divorciado/Separado
- Viúvo
- Outra

8. Escolaridade

- Especialização
- Residência
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-doutorado

4 minutos



9. Tempo de residência

- R1
- R2
- R3
- R4

10. Situação funcional (além da residência)

- Tenho mais um vínculo público
- Tenho mais um vínculo privado
- Tenho mais dois vínculos
- Tenho mais três vínculos
- Não tenho outro vínculo

4 minutos



Patrícia é psicóloga e empregada pública federal na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, lotada no Hospital Universitário de Brasília. Atua como chefe do Setor de Gestão do Ensino desde 2021, desenvolvendo projetos na área do ensino da graduação e pós-graduação, além de coordenar o Serviço de Simulação Realística. Possui graduação em Psicologia pela UFMA (2009), formação em Gestalt-Terapia (2010) e especialização em Residência Multiprofissional Integrada em Saúde - Atenção Cardiovascular - UFMA (2012). Possui interesse nas áreas de gestão estratégica, desenvolvimento profissional, educação na saúde, gestão de projetos e qualidade de vida no trabalho.

Linkedin: <https://www.linkedin.com/in/patricia-costa1987>

E-mail: patricia.santos@ebserh.gov.br