

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

Aparecido Donizete Servadio

**ESTRESSE OCUPACIONAL:
Estudo com residentes médicos do serviço de urgência e
emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo
Horizonte/MG**

Belo Horizonte
2019

Aparecido Donizete Servadio

ESTRESSE OCUPACIONAL:

Estudo com residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Professor Dr. Luciano Zille Pereira

Área de Concentração: Organização e Estratégia

Linha de Pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações.

Belo Horizonte
2019

CARTA DE APROVAÇÃO

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado "ESTRESSE OCUPACIONAL: Estudo com residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG" de autoria de Aparecido Donizete Servadio, sob a orientação do Professor Doutor Luciano Zille Pereira, apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes - Área de Concentração: "Organização e Estratégia".

Dados da revisão:

- Correção gramatical;
- Adequação do vocabulário;
- Intelligibilidade do texto.

Belo Horizonte, 16 de janeiro de 2019.


Rejane Kátia Moreira
Revisora

Graduação : Letras
Registro: MEC/UFMG n° 30.332
Universidade Estadual de Anápolis

Pós-Graduação Lato-Sensu em Língua Portuguesa
Resolução n° 12/83 do CFE
Universidade Salgado de Oliveira

A minha mãe, que mesmo sem estudo me apoiou e incentivou nessa reta final.

A minha mulher Sandra pelo apoio, pela paciência e pelo amor incondicional.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus acima de tudo, pois tua proteção me trouxe até aqui. Nessa longa caminhada, nos momentos mais difíceis, onde me vi fraquejar, tua mão me protegeu guiando-me novamente. Mesmo nas dores, e sei que foram muitas, crer em Ti foi o maior conforto para minha alma e o meu coração. Tu me protegeste daqueles que tentaram me derrubar e tentaram pôr fim ao meu sonho de Mestrado, mas contigo ao meu lado, consegui vencer. Rogo a Ti que perdoe essas pessoas e encha o coração delas de paz. Tu estás em todos os momentos e em todas as palavras que minhas mãos escreveram nesses papéis, que hoje, mostram o quão sou grato por me proporcionar todo esse conhecimento.

A minha amada mãe Doraci que nesses momentos finais e difíceis, me acolheu e me ajudou em tudo, desde o apoio material até o emocional. Sem você mãe, eu não teria condições materiais de chegar até aqui. Tudo o que você faz é em prol da minha felicidade, por isso hoje quero dedicar essa dissertação a você querida mãe, pois até aqui foi o meu porto seguro.

Agradeço a minha mulher Sandra Cruz pelo apoio, pela compreensão e também pela paciência, pois em alguns momentos não consegui me dedicar integralmente a você, mas agora teremos todo o tempo a nosso favor, para construirmos uma nova vida juntos. O seu incentivo foi fundamental para a conclusão do meu Mestrado. Obrigado por me ajudar e por ser essa companheira de todas as horas. Você é a luz que ilumina meu caminho nessa jornada final rumo à conclusão do Mestrado. Dedico a você toda a glória que ainda há por vir.

Agradeço ao meu orientador Professor Dr. Luciano Zille Pereira, na área de seus conhecimentos, aprendi muito. Obrigado pelo companheirismo e amizade que surgiu ao longo dessa etapa. Obrigado por compartilhar comigo todo o seu conhecimento e dedicar atenção nos pequenos detalhes.

Aos residentes médicos participantes desta pesquisa, muito obrigado por dedicarem um pouco do escasso tempo da árdua jornada de trabalho. Fico imensamente grato pela sinceridade e espontaneidade com que participaram das

entrevistas. A atenção dedicada por vocês demonstra um sério comprometimento com essa difícil, mas bela profissão. Muitíssimo obrigado.

Aos professores do Mestrado, meu especial agradecimento: Prof. Dr. Reynaldo Maia Muniz; Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia; Prof. Dr. Antônio Luiz Marques; Prof. Dr. Gustavo Rodrigues da Cunha; Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Antunes Lima; Prof. Dr. Wendel Alex Castro Silva; Prof. Dr. Luís Carlos Honório; Prof. Dr. Marco Aurélio Ramos; Prof. Dra. Caissa Veloso e Sousa.

Também a secretaria do mestrado em especial à Secretária Raquel e a atendente Fernanda.

À FAPEMIG, pela concessão parcial da bolsa de mestrado, sem a qual, não seria possível iniciar meu Mestrado.

“O conhecimento se tornou então parte da vida mesmo e, enquanto vida um poder em contínuo crescimento: até que os conhecimentos e os antiquíssimos erros fundamentais acabaram por se chocar, os dois sendo vida, os dois sendo poder, os dois no mesmo homem. O pensador, eis agora o ser no qual o impulso para a verdade e os erros conservadores da via travam sua primeira luta, depois que também o impulso à verdade provou ser um poder conservador da vida. Ante a importância dessa luta, todo o resto é indiferente: a derradeira questão sobre as condições da vida é colocada, e faz-se a primeira tentativa de responder a essa questão com o experimento. Até que ponto a verdade suporta ser incorporada? ”

Friedrich Wilhelm Nietzsche

RESUMO

O ambiente de trabalho dos residentes médicos, na área de urgência e emergência cirúrgica, configura-se como fonte de tensão para a realização do trabalho por eles executados, podendo ocasionar manifestações de estresse, em decorrência das atividades exercidas, e assim, comprometer a saúde física, mental e emocional desses profissionais. Nesse sentido, torna-se importante realizar estudos em ambientes cuja finalidade de prestação de serviços se relacione à saúde da população. Este estudo teve como objetivo descrever e analisar as manifestações de estresse ocupacional em residentes médicos que atuam em serviços de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG. Em termos metodológicos foi realizada uma pesquisa do tipo descritiva, com uma abordagem qualitativa, tendo como método de pesquisa o estudo de caso. Foram realizadas entrevistas semiestruturada com 9 do total de 10 residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica do hospital público pesquisado. As categorias de análise foram definidas *a priori* e tiveram como referência o Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTEG) desenvolvido e validado por Zille (2005), adaptado para este estudo. As categorias definidas foram: características da urgência e emergência cirúrgica; fontes de tensão no trabalho; sintomas de estresse; impactos no trabalho e; estratégias de enfrentamento ao estresse (*coping*). Os resultados da pesquisa apontaram as principais subcategorias do trabalho do residente na especialidade de urgência e emergência cirúrgica, sendo elas: serviços realizados integralmente pelos residentes médicos; escola de aprendizado; qualidade no atendimento e sala de politraumatizados. Os resultados revelaram também que o contexto do trabalho dos residentes médicos apresenta importantes fontes de tensão que possibilitam o surgimento de estresse ocupacional. As principais fontes de tensão verificadas foram: sobrecarga de trabalho; relações conflituosas no ambiente de trabalho; alto grau de responsabilidade; cobranças excessivas por resultados e baixa remuneração. Identificou-se também que essas fontes geram alterações físicas e psíquicas nos residentes médicos, tais como: fadiga, insônia, dores musculares, esgotamento físico, sonolência, ansiedade, angústia e irritabilidade. Foram observadas ainda algumas manifestações orgânicas resultantes dos sintomas de estresse como: queda de cabelo, perda de peso, rinite alérgica, dores de cabeça constante, infecção urinária e problemas gastrointestinais. Os principais indicadores de impacto no trabalho que emergiram na pesquisa foram: relação médico/paciente e seus familiares; resultados do trabalho e; desmotivação com a profissão. As principais estratégias de enfrentamento ao estresse (*coping*) utilizado pelos residentes são: apoio social de amigos e familiares; técnicas de relaxamento e; uso de medicação.

Palavras-chave: Estresse ocupacional. Residentes médicos. Urgência e emergência cirúrgica. Hospital público.

ABSTRACT

The work environment of the medical residents, in the area of emergency and surgical emergency, is a source of tension to perform the work performed by them, which may cause stress manifestations, as a result of the activities performed, and thus, compromise health physical, mental and emotional health of these professionals. In this sense, it is important to conduct studies in environments whose purpose of providing services relates to the health of the population. This study aimed to describe and analyze the manifestations of occupational stress in medical residents who work in emergency services and surgical emergency in a public hospital in the city of Belo Horizonte / MG. In methodological terms, a descriptive type research was carried out with a qualitative approach, with a case study as the research method. Semi-structured interviews were conducted with 9 out of 10 medical residents of the emergency department and surgical emergency of the public hospital surveyed. The categories of analysis were defined a priori and had as reference the Theoretical Model of Explanation of Occupational Stress (MTEG) developed and validated by Zille (2005), adapted for this study. The categories defined were: characteristics of urgency and surgical emergency; sources of stress at work; stress symptoms; impacts on work and; strategies to cope with stress (coping). The results of the research pointed out the main subcategories of the resident's work in the specialty of emergency and surgical emergency, being: services performed entirely by medical residents; school of learning; quality in the service and polytraumatized room. The results also revealed that the context of the work of the medical residents presents important sources of tension that allow the emergence of occupational stress. The main sources of tension were: work overload; conflicting relationships in the workplace; high degree of responsibility; excessive charges for results and low remuneration. It was also identified that these sources generate physical and psychic changes in medical residents, such as: fatigue, insomnia, muscular pain, physical exhaustion, sleepiness, anxiety, anxiety and irritability. There were also some organic manifestations resulting from stress symptoms such as: hair loss, weight loss, allergic rhinitis, constant headaches, urinary tract infection and gastrointestinal problems. The main indicators of work impact that emerged in the research were: doctor/patient relationship and their relatives; results of work and; demotivation with the profession. The main coping strategies used by residents are: social support from friends and family; relaxation techniques and; use of medication.

Keywords: Occupational stress. Medical residents. Emergency and surgical emergency. Public hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Fatores estressores e processos de trabalho.....	31
Quadro 2 – Síntese da metodologia.....	52
Quadro 3 – Perfil demográfico e funcional dos participantes da pesquisa.....	83
Quadro 4 – Categorias e subcategorias de análise.....	85
Quadro 5 – Matriz de relação: objetivos, categorias de análise e questões de pesquisa.....	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immuno deficiency Syndrome</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEREM	Conselho Estadual de Residência Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNE	Cadastro Nacional de Especialistas
CNRM	Conselho Nacional de Residência Médica
COREME	Conselho de Residência Médica
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DML	Depósito de Material de Limpeza
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
EnANPAD	Encontro Nacional da Associação de Pós-Graduação Administração
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FTI	Fontes de Tensão do Indivíduo
FTT	Fontes de Tensão no Trabalho
GRAPAL	Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HP	Hospital Público
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IJME	<i>International Journal of Medical Education</i>
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JAMA	<i>American College of Emergency Physicians</i>
LOA	Lei Orçamentária Anual
MECREGUL	Mecanismos de Regulação
MTEG	Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional
NCBI	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americanada Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PS	Pronto Socorro
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RM	Residência Médica
RX	Radiografia
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Problematização	15
1.2	Objetivos	19
1.2.1	Objetivo geral.....	19
1.2.2	Objetivos específicos.....	20
1.3	Justificativas.....	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	O estresse no seu contexto geral	24
2.1.1	Tipologias do estresse.....	25
2.2	Estresse ocupacional.....	27
2.2.1	Fontes de tensão	29
2.2.2	Sintomas de estresse.....	34
2.2.3	Indicadores de impacto no trabalho	35
2.2.4	Estratégia de enfrentamento ao estresse (<i>coping</i>).....	36
2.3	Modelo teórico de explicação do estresse.....	38
2.4	Manifestações de estresse em residentes da especialidade de urgência e emergência cirúrgica.....	40
2.4.1	A unidade de urgência e emergência cirúrgica	45
3	METODOLOGIA	48
3.1	Tipo, abordagem e método de pesquisa	48
3.2	Unidade de análise, de observação e sujeitos da pesquisa	49
3.3	Coleta de dados	50
3.4	Análise dos dados	50
3.4.1	Síntese da metodologia	52
4	AMBIÊNCIA DO ESTUDO E A RESIDÊNCIA MÉDICA	53
4.1	A saúde pública no Brasil.....	53
4.1.1	Sistema único de saúde (SUS)	57
4.1.2	O programa mais médico.....	61
4.2	Hospitais públicos.....	65
4.2.1	Os serviços de urgência e emergência nos hospitais públicos.....	67
4.3	O hospital público pesquisado	72
4.3.1	A unidade de urgência e emergência cirúrgica do hospital público pesquisado.....	73
4.4	A residência médica	75
4.4.1	A residência na especialidade de urgência e emergência cirúrgica....	79
5	DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
5.1	Perfil dos participantes	83
5.2	Análise das manifestações de estresse: categorias e subcategorias .	84
5.2.1	Características da urgência e emergência cirúrgica	86
5.2.1.1	Serviços realizados integralmente pelos residentes médicos	87
5.2.1.2	Escola de aprendizado.....	88
5.2.1.3	Qualidade no atendimento.....	90

5.2.1.4	Sala de politraumatizados	91
5.2.2	Fontes de tensão no trabalho.....	92
5.2.2.1	Sobrecarga de trabalho.....	93
5.2.2.2	Relações conflituosas no ambiente de trabalho	95
5.2.2.3	Alto grau de responsabilidade	96
5.2.2.4	Cobranças excessivas por resultados	98
5.2.2.5	Baixa remuneração.....	99
5.2.3	Sintomas de estresse.....	102
5.2.4	Impactos no trabalho	108
5.2.4.1	Relação médico/paciente e seus familiares	109
5.2.4.2	Resultados do trabalho.....	111
5.2.4.3	Desmotivação com a profissão.....	111
5.2.5	Estratégias de enfrentamento ao estresse.....	113
5.2.5.1	Apoio social de amigos e familiares	113
5.2.5.2	Técnicas de relaxamento	114
5.2.5.3	Uso de medicação	115
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	REFERÊNCIAS	128
	ANEXO.....	142
	APÊNDICES	144

1 INTRODUÇÃO

O estresse ocupacional pode proporcionar impacto negativo na saúde e no bem-estar do indivíduo e, conseqüentemente, afetar o desempenho individual e também das organizações (MAFFIA, 2013; GAVIN *et al.*, 2015). Balassiano, Tavares e Pimenta (2011), argumentam que a ocorrência do estresse, em grande escala no ambiente de trabalho, contribui para o surgimento de doenças físicas e mentais, que afetam o indivíduo e interfere nos relacionamentos sociais no ambiente de trabalho e, principalmente, no rendimento dos trabalhadores, com impacto negativo no desempenho individual e das organizações.

O estresse é tido como uma reação do organismo humano e deriva de situações onde exige esforços psíquicos, além do limite suportado pelo indivíduo, afetando os aspectos físicos e mentais (LIPP, 2004; CARNEIRO, 2014; MAFFIA, 2013; ZILLE; PEREIRA; MORAES, 2017). Para Zille, Pereira e Moraes (2017), o estresse tornou-se frequente no cotidiano das organizações, proporcionando custos elevados, na área da saúde, para as empresas e impactando na saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Dessa forma, o estresse ocupacional está presente em várias profissões, sejam elas na esfera pública ou privada. Os processos de reestruturação pelos quais as organizações vêm passando, nas últimas décadas, para se adaptarem às exigências da sociedade contemporânea e também com o surgimento de novas tecnologias, proporcionam maiores exigências em relação aos processos de trabalho. Assim contribui para elevar a pressão por resultados e, conseqüentemente, o surgimento de quadros de estresse disfuncional (ANDRADE; GUIMARÃES; ASSIS, 2010).

Na visão de Couto (2014), as manifestações de estresse estão relacionadas ao desequilíbrio acentuado entre os níveis de tensão que o indivíduo recebe do meio e sua capacidade psíquica de suportá-lo. Ou seja, o estresse desenvolve-se na medida em que ocorre uma desproporção ou um desequilíbrio, entre as exigências psíquicas das tarefas do cotidiano e a estrutura psíquica do indivíduo para lidar com elas.

O desequilíbrio psíquico afeta elementos importantes nas organizações, principalmente o desempenho das mesmas, pois entende-se que o estresse compromete diretamente a saúde do trabalhador, o seu rendimento no trabalho e, conseqüentemente, os resultados das organizações. Portanto, torna-se relevante realizar estudos que apontem a ocorrência do fenômeno, principalmente, em ambientes cuja finalidade é prestar serviços de saúde à população (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005; NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2006; ZANELLI, 2010).

O serviço de saúde prestado à população, devido ao excesso de demanda no setor público, contribui diretamente para o desgaste físico e emocional do trabalhador nesta área e, conseqüentemente, contribui para o surgimento de problemas psíquicos e crônicos nestes profissionais da saúde. Dentre os problemas de saúde mental, o estresse está entre as causas mais importantes que contribuem para o aparecimento de diversas doenças e disfunções entre os trabalhadores da área de saúde (MATA *et al.*, 2015; MATA; RAMOS, 2015).

1.1 Problematização

Quanto aos trabalhadores na área de saúde, com destaque para os residentes médicos, o estresse leva a uma diminuição na capacidade de trabalho, ao aumento do absenteísmo e o adoecimento com maior frequência, contribuindo assim, para que os trabalhos sejam executados de forma tensa, gerando, níveis elevados de cansaço, ansiedade, depressão, atenção dispersa, desmotivação e como consequência baixa realização pessoal e profissional (BOLLER, 2003; FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014; FERREIRA *et al.*, 2017; JOSEPH *et al.*, 2018).

Frasquilho (2005), Ferreira (2014) e Mata *et al.* (2015) apontam como principais fatores de estresse que se originam na prática médica a formação insuficiente universitária, às condições de trabalho, a carga física e mental e, a organização do trabalho em si.

Diante desse contexto, há um cenário desfavorável para os residentes médicos, devido à sobrecarga de trabalho, especialmente em atividades de plantão, nas condições de trabalho precárias, na baixa remuneração por procedimentos médicos, principalmente, no setor público (VELHO *et al.*, 2012; SCHMIT *et al.*, 2016).

Devido a diversos fatores como, a baixa remuneração, a insatisfação com o trabalho, com o ambiente de trabalho e ainda as elevadas queixas referentes a problemas físicos e psíquicos, podem assim, favorecer o surgimento de estresse nesses profissionais. Em decorrência, tende a ocorrer reflexo negativo para a sociedade, tendo em vista a baixa qualidade dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2006; VELHO *et al.*, 2012; SCHMIT *et al.*, 2016).

No trabalho executado pelos residentes médicos existem várias situações e condições que desencadeiam o estresse, interferindo assim, no trabalho e na qualidade dos serviços prestados. Todavia, as repercussões sobre a saúde desses profissionais, expostos a fatores estressantes, necessitam ser mais conhecidas e estudadas (ESQUIVEL, 2008; IVERSEN; RUSHFORTH; FORREST, 2009; MATA *et al.*, 2015; JAMES *et al.*, 2017; SCHWELLER *et al.*, 2017; ITO *et al.*, 2018; JOSEPH *et al.*, 2018; WEURLANDER *et al.*, 2018).

O sentimento de frustração e descontentamento em relação à responsabilidade no exercício profissional dos residentes médicos, constituem-se como situações geradoras de transtornos físicos, psicológicos e sociais, podendo assim afetar a saúde destes trabalhadores, o comprometimento com o trabalho, o bem-estar e a sua qualidade de vida, além de interferir nas relações de trabalho e no desempenho das suas atividades laborais (MATA *et al.*, 2015, JAMES *et al.*, 2017), levando ainda a um alto grau de estresse (RIBEIRO, 2012; JOSEPH *et al.*, 2018; WEURLANDER *et al.*, 2018).

No cotidiano de trabalho dos residentes médicos, principalmente daqueles que atuam nos serviços de urgência e emergência cirúrgica, estão continuamente expostos a múltiplos fatores de risco para a sua saúde: físicos, químicos, biológicos, mecânicos, no manuseio de instrumentos e equipamentos ou interagindo

sinergicamente com doenças graves e, potencializando assim, efeitos e danos à saúde (DIAS; SCALABRINI-NETO, 2016, 2017; VANYO *et al.*, 2017; WEURLANDER *et al.*, 2018).

Além desses fatores, outros atos do dia a dia dos residentes médicos também contribuem para a elevação da carga de tensão no trabalho e, conseqüentemente, do estresse. Acordar cedo para uma jornada de 12 horas torna-se um fator desgastante, pois em média, um residente trabalha no mínimo 80 horas ou mais por semana, muito além do estabelecido em contrato, conforme as normas vigentes para a relação de trabalho desta categoria profissional, ou seja, as Resoluções CNRM 05/1979 e 02/2006 do Conselho Nacional de Residência Médica. Além das 12 horas diárias, são mais 12 horas de um plantão noturno semanal e o cansaço de passar 12 horas no hospital não pode influenciar no turno seguinte do plantão. É importante lembrar que, no dia seguinte, a rotina recomeça, são horários extenuantes, por isso o residente tem que estar preparado física e psicologicamente para enfrentar a sua rotina de trabalho, muitas vezes concentrada nos setores de urgência e emergência cirúrgica (CAMARGO; CONTEL, 2006; VELHO *et al.*, 2012; MATA *et al.*, 2015; VANYO *et al.*, 2017; WEURLANDER *et al.*, 2018).

Os profissionais residentes médicos que trabalham em unidades de urgência e emergência cirúrgica enfrentam diariamente conflitos, por atuarem em ambientes superlotados, falta de recursos humanos e tecnologia adequada. Contam ainda, com uma estrutura física nem sempre adequada para o atendimento da população, não oferecendo, condições para acomodar os usuários e até mesmo os profissionais de saúde de forma adequada e com segurança (VELHO *et al.*, 2012; MATA; RAMOS, 2015; MATA *et al.*, 2015; VANYO *et al.*, 2017; WEURLANDER *et al.*, 2018).

As unidades de urgência e emergência deveriam ser um local transitório, destinado à realização do primeiro atendimento do paciente e tão logo as condições clínicas estivessem estabilizadas, deveria ser encaminhado para uma unidade de internação ou unidade especializada (ARAI *et al.*, 2017; ITO *et al.*, 2018).

Dessa forma, Papanagnou *et al.* (2017) definem a unidade de urgência e emergência cirúrgica como sendo, um setor que exige do residente médico um

conhecimento detalhado acerca das diversas situações de saúde e este deve ter controle sobre as particularidades da assistência ao paciente, como por exemplo, raciocínio rápido, destreza manual e resolutividade dos problemas que se apresentam, tendo em vista o grande número de procedimentos a serem desenvolvidos, o estado de saúde do paciente e a limitação do fator tempo.

Entretanto, na maioria das vezes, o longo tempo de permanência dos pacientes nas unidades de urgência e emergência cirúrgica potencializa situações conflitantes entre pacientes, seus familiares e os profissionais médicos. Tais fatores contribuem para o aumento no nível de tensão e nível de estresse dos residentes médicos que atuam nesses serviços (RIBEIRO, 2012; MATA; RAMOS, 2015; ITO *et al.*, 2018).

Dessa forma, no setor de urgência e emergência cirúrgica, a agilidade no atendimento é fundamental para obter o prognóstico adequado e proporcionar a recuperação e o restabelecimento imediato do paciente. Isso corresponde ao trabalho intenso dos residentes médicos que atuam nesse serviço. Muitas vezes no diário de campo desses profissionais, estão registrados 'desafio', 'adrenalina', 'tomada de decisão imediata', que expressam a escolha dos residentes médicos em trabalhar nesse contexto. Todos os esforços técnicos e humanos desses profissionais são canalizados para tomar decisões sob pressão e em tempo hábil, que definirão o prognóstico do paciente. O pensar e o agir desses profissionais referem-se ao cumprimento da expectativa atribuída ao seu papel de evitar a morte (FRAZEE *et al.*, 2015; NEVILLE *et al.*, 2015; PAPANAGNOU *et al.*, 2017; AREDES; GIACOMIN; FIRMO, 2018; WEURLANDER *et al.*, 2018).

Os cuidados despendidos aos pacientes na urgência e emergência cirúrgica refletem os resultados da cobrança imposta aos residentes médicos durante o tempo acadêmico e também da sociedade, em ter de evitar a morte a qualquer custo, impondo assim, alto grau de responsabilidade em relação à vida dos pacientes. Tal atitude gera nos residentes médicos transtornos físicos e psíquicos, uma vez que o serviço de urgência e emergência cirúrgica apresenta fontes de tensão que elevam o estresse ao seu mais alto nível (NEVILLE *et al.*, 2015; SILVA; MENEZES, 2015; AREDES; MODESTO, 2016; AREDES *et al.*, 2017; PAPANAGNOU *et al.*, 2017).

Portanto, o atendimento às urgências e emergências cirúrgicas apresenta-se cada vez mais desafiador tendo em vista a evolução da própria medicina, assim como a expectativa da sociedade atual, que estabelece novos padrões de exigência, desfechos e tempos de resposta às demandas individuais. Cabe ao profissional médico liderar as mudanças no atendimento, visando responder a tais necessidades (MENEZES, 2015; AREDES; MODESTO, 2016).

A responsabilidade estratégica do atendimento a urgência e emergência cirúrgica, dentro dos sistemas de saúde moderna, requer uma especialidade com formação própria e específica, com médicos formados na residência médica, pois estes profissionais devem ter experiência técnica e científica para atender pacientes de alta complexidade e também aqueles que buscam atendimento imediato, onde o pronto atendimento cirúrgico faz-se necessário, uma vez que as decisões a serem tomadas devem condizer com a experiência do profissional de saúde como fator preponderante para as tomadas de decisões, pois a vida do paciente é primordial (PEREIRA JUNIOR *et al.*, 2016). Para os autores, a unidade de urgência e emergência cirúrgica torna-se, o coração do pronto atendimento hospitalar, pois a sua estrutura física e os recursos humanos, deve proporcionar o atendimento esperado pela sociedade, impondo um trabalho onde a eficiência e a eficácia esteja à altura para salvar vidas.

Tendo em vista as argumentações apresentadas até então, este estudo busca responder à seguinte questão norteadora da pesquisa: Como se dão as manifestações de estresse ocupacional em residentes médicos que atuam em serviço de urgência e emergência cirúrgica?

1.2 Objetivos

Apresenta-se a seguir os objetivos, geral e específico deste estudo.

1.2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar as manifestações de estresse ocupacional em residentes médicos que atuam em serviço de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG.

1.2.2 Objetivos específicos

Para atingir o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar e descrever as características do trabalho do residente na especialidade de urgência e emergência cirúrgica;
- b) Identificar e descrever as fontes de tensão no trabalho indutoras de quadros de estresse;
- c) Identificar os sintomas físicos e psíquicos prevalentes relacionados às manifestações de estresse;
- d) Identificar os impactos causados pelas manifestações do estresse no trabalho dos residentes médicos pesquisados;
- e) Identificar os principais mecanismos de regulação utilizados pelos residentes médicos da área cirúrgica, no enfrentamento das situações estressantes no trabalho.

1.3 Justificativas

Optou-se por realizar um estudo com residentes médicos que atuam em um hospital público no serviço de urgência e emergência cirúrgica, devido às sobrecargas impostas nesta área de saúde decorrentes do aumento na demanda de pacientes, da sobrecarga de trabalho devido ao acúmulo de tarefas, e principalmente da infraestrutura do setor público de saúde nesta área, para a criação de novas unidades de atendimento à população, do acúmulo de tarefas e da baixa remuneração recebida a título de bolsa pelos residentes médicos (RIBEIRO, 2012; DIAS, 2015; PEREIRA JUNIOR *et al.*, 2016).

Pode-se afirmar que a população nas cidades brasileiras tende a aumentar a cada década e com isso se faz necessário aumentar os atendimentos médicos mediante novos investimentos em mão de obra e infraestrutura, no entanto, as infraestruturas

hospitalares se mantem a mesma de décadas passadas, ou seja, ultrapassada e obsoleta. Isso sobrecarrega o sistema público de saúde, impactando na prestação de serviços no setor de urgência e emergência cirúrgica e, conseqüentemente, na atuação dos residentes médicos (VELHO *et al.*, 2012; DIAS, 2015; ROSSI; PERREWÉ; MEURS, 2015; PEREIRA JUNIOR *et al.*, 2016).

Ademais, o estudo apresenta uma possibilidade para se conhecer os desafios enfrentados pelos residentes médicos de instituições públicas de saúde, identificando fatores que interferem no seu bem-estar, passíveis de desencadear estresse ocupacional, como também contribuírem para ampliar o conhecimento, por meio de pesquisas e estudos sobre o tema. Portanto, justifica-se este estudo nos âmbitos acadêmico, institucional e social.

No âmbito acadêmico, este estudo justifica-se por proporcionar elementos para o conhecimento do estresse ocupacional, ampliando os estudos relacionados ao estresse na esfera da saúde pública, mais especificamente junto aos hospitais públicos como também, incentivar novos estudos e discussões sobre o tema. Torna-se relevante aprofundar os estudos acadêmicos sobre o estresse ocupacional em residentes médicos na área cirúrgica, pois, por meio de pesquisa na base de dados das dissertações e artigos publicados no Brasil, constatou-se a importância de contribuir com pesquisas, principalmente, em relação aos residentes médicos que atuam nos serviços de urgência e emergência na área cirúrgica em hospitais públicos.

Foram identificadas pesquisas nacionais nos bancos de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), no portal da *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), no *Scientific Periodicals Electronic Library* (SPELL) e também nos últimos cinco anos do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração (EnANPAD), onde identificou-se um número elevado de publicação sobre doenças, estresse e outros tipos de adoecimento em várias profissões na área de saúde, entre elas, enfermeiros. Em outras categorias profissionais também foram encontrados grande quantidade de estudos referentes ao estresse, entre elas bancários, professores, militares, porém no que diz respeito a residentes médicos

que atuam no serviço de urgência e emergência cirúrgica, sendo essa uma contribuição para ampliação do estudo nessa área.

No âmbito internacional, foram identificadas pesquisas nos bancos de dados do *Journal of the American College of Emergency Physicians* (JAMA); *Medical Education Journal* (MEDEDUC); *The National Center for Biotechnology Information* (NCBI); *The International Journal on the Biology Stress* (IJBS); *Emergency Medicine Journal* (EMJ); e *International Journal of Medical Education* (IJME) relativas ao estresse e outros males percebidos pelos residentes médicos, entretanto, na área de urgência e emergência cirúrgica foram encontrados estudos relevantes relacionados ao estresse dos residentes médicos que atuam nesses serviços, foco desta pesquisa.

Do ponto de vista institucional, a relevância do estudo prende-se a possibilidade das instituições hospitalares conhecerem quais são os principais fatores que exercem pressão excessiva no ambiente de trabalho, quais as consequências para a saúde e os impactos causados no trabalho dos residentes médicos que atuam na área de urgência e emergência cirúrgica. Justifica-se, ainda a partir do entendimento de que a identificação dos fatores que exercem pressão excessiva no trabalhador pode desencadear problemas de saúde, afetando a capacidade de trabalho. Por essa razão, torna-se importante para a instituição, objeto do estudo, conhecer os fatores que causam a pressão excessiva no trabalho, possibilitando assim, a adoção de políticas e ações estratégicas orientadas para o enfrentamento dos problemas ocasionados pelo estresse nesta categoria profissional.

Por fim, do ponto de vista social, as instituições devem seguir linhas de atuação que sejam desejáveis no que se refere aos objetivos e aos valores da sociedade na qual estão inseridas. Os estudos sobre a administração do estresse no trabalho contribuem para a adoção de uma postura de responsabilidade social, podendo assim, resultar na melhoria não só da qualidade de vida dos trabalhadores na área médica, mas também na qualidade assistencial e do atendimento do serviço prestado no setor de urgência e emergência cirúrgica à sociedade.

Portanto, o tema merece ser investigado, visando atrair a atenção da academia e das instituições hospitalares para a importância que se deve dispensar à saúde dos residentes médicos, sobretudo no setor de urgência e emergência cirúrgica, permitindo assim, adequar a organização e as relações de trabalho, de forma a proporcionar a redução do estresse causado pelo enfrentamento diário na atuação destes profissionais.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, incluindo esta introdução. No segundo capítulo encontra-se o referencial teórico; no terceiro a metodologia; posteriormente no quarto capítulo, tem-se a ambiência de estudo e a residência médica; em seguida no quinto a descrição, análise e discussão dos resultados; no sexto as considerações finais. Na sequência as referências, anexo e os apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo apresentar o referencial teórico que serviu de base para o desenvolvimento deste estudo. Os conteúdos apresentados são os seguintes: o estresse no seu contexto geral; tipologias do estresse; estresse ocupacional; fontes de tensão; sintomas de estresses; indicadores de impacto no trabalho; estratégias de enfrentamento ao estresse (*coping*); modelo teórico de explicação do estresse; manifestações de estresse em residentes médicos da especialidade de urgência e emergência cirúrgica e, por fim a unidade de urgência e emergência cirúrgica.

2.1 O estresse no seu contexto geral

A palavra *stress* é originária do latim *stringere*, significando “espremer”. Começou a ser utilizada no século XVIII para indicar pressão e desconforto do corpo humano (COOPER; COOPER; EAKER, 1988).

No entanto, somente no século XX o termo aparece nas citações científicas de obras atuais. Para definir o termo, Selye (1956) partiu daquilo que não significa estresse. Segundo o autor, não se trata de uma tensão nervosa e tampouco de resultados de certas lesões ou reações de alarme ou desequilíbrio emocional e físico do indivíduo.

Quando o indivíduo é submetido a estímulos que ameaçam o seu equilíbrio, o organismo reage imediatamente produzindo respostas específicas, que se constituem numa síndrome, na qual chamou de *stress*. Dessa forma, Selye (1956, p. 64) define estresse como sendo “o estado manifestado por uma síndrome específica, que consiste em todas as mudanças não específicas induzidas em um sistema biológico”.

Nos primeiros estudos referentes ao estresse realizados por Selye (1956), foram analisadas as reações do corpo sob o ponto de vista bioquímico. Para o autor, o estresse é um estado que se manifesta por meio da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), descrita por ele como uma reação fisiológica do organismo quando exposto a qualquer estímulo ou agente agressor.

A SGA apresenta-se em três estágios: o primeiro estágio é a “reação de alarme” que é a mobilização do corpo para a fuga ou enfrentamento da situação estressante; “resistência” é o estágio que ocorre quando a situação não é prontamente solucionada e o indivíduo continua predisposto a enfrentá-la, podendo ocorrer alguns sintomas, como, irritabilidade, insônia, distúrbios da libido e úlceras pépticas; e por fim, a “exaustão”, quando o indivíduo não consegue encerrar essa batalha, seu nível de resistência vai diminuindo aos poucos, verificando-se grande dispêndio de energia e, conseqüentemente, declínio nos níveis de prontidão anteriores, podendo levar ao desenvolvimento de algumas doenças (SEYLE, 1956).

Lipp (2004) acrescenta uma nova fase às manifestações de estresse em relação ao estudo de Selye (1956), ou seja, a fase de “quase exaustão”. Para a autora, antes da exaustão existe um período de transição, em que a pessoa não é mais capaz de resistir, mas ainda não atingiu a exaustão completa. As defesas estão se exaurindo, configurando-se como um meio termo entre a fase de resistência e a de exaustão. Essa fase caracteriza-se pelo enfraquecimento do indivíduo, que não mais consegue adaptar-se ou resistir ao agente estressor. As doenças começam a surgir, porém não são tão graves como na fase de exaustão, ficando o processo alinhado da seguinte forma: fase de alarme, fase de resistência, fase de quase exaustão e fase de exaustão. À medida que as fases avançam, vai ocorrendo um aumento da intensidade das manifestações de estresse.

2.1.1 Tipologias do estresse

Selye (1974) e Couto (1987, 2014), apontam que o estresse pode se manifestar de duas formas: distresse, ou estresse da derrota, que denota seu lado disfuncional, estando ligado à ativação crônica do organismo para se adaptar às situações imprevistas e percebidas como nocivas e o eustresse, ou estresse da realização, ligado à ativação do organismo, mediante a produção de adrenalina e outros hormônios para adaptar-se a uma situação percebida como desafio positivo no ambiente de trabalho do indivíduo, considerado também como o estresse da vitória.

Outra importante diferenciação entre os tipos de estresse refere-se ao estresse de sobrecarga e ao estresse de monotonia. Quando a estrutura psíquica do indivíduo

se torna incapaz de suportar as excessivas exigências psíquicas do meio por um longo período, fazendo com que seu desempenho no trabalho seja reduzido, diz-se que o indivíduo está sob estresse de sobrecarga. Por outro lado, quando o indivíduo está submetido a um nível de exigência muito inferior ao que a sua estrutura psíquica demanda, poderá ocorrer o estresse de monotonia (SELYE, 1974; COUTO, 1987, 2014).

Couto (2014) salienta ainda que o estresse pode ser caracterizado como de natureza aguda ou crônica. A forma aguda pode ser entendida como uma reação imediata do organismo diante de pressões específicas ou momentâneas. A elaboração de respostas rápidas do organismo tem por objetivo garantir sua integridade em situações emergenciais ou de perigo eminente. Já o estresse crônico desenvolve-se a partir da permanência das reações de estresse no organismo por períodos mais longos de tempo, o que pode ser explicado por duas situações: a reação permanece em função da continuidade do agente agressor; ou o indivíduo não consegue adaptar-se satisfatoriamente às pressões psíquicas em seu ambiente.

Lipp (2004) afirma que a resposta aos efeitos do estresse deve ser analisada em seus aspectos físicos e psicológicos. A reação dos hormônios em uma situação ocasionada por estresse propicia alterações físicas e emocionais. No âmbito emocional, aparecem sintomas como, apatia, irritabilidade e ansiedade. No âmbito físico, manifesta-se por meio das doenças psíquicas e fisiológicas, nas quais o estresse entra como fator desencadeador, como: hipertensão, úlcera, vitiligo, retração gengival, depressão, quadros de pânico e situações de surto psicótico. A autora aponta que não se pode atribuir ao estresse o papel de causador dessas doenças, mas sim o de desencadeador que agrava o problema em si.

Nesse sentido, Albrecht (1990) aponta que o principal perigo para a saúde não é a crise ocupacional ou a perturbação emocional, mas sim o estado constante e prolongado de preocupações, ansiedades e alertas, causando assim, manifestações de estresse.

2.2 Estresse ocupacional

Limongi-França e Rodrigues (2005) descrevem o estresse ocupacional como sendo decorrente de situações onde o indivíduo compreende em seu ambiente de trabalho como sendo ameaçadoras, privando a realização das necessidades pessoais e profissionais, incluindo também a saúde mental e física. Dessa forma, a interação do indivíduo com o seu ambiente de trabalho torna-se prejudicial. Quanto maior as demandas nesse ambiente, maiores serão as possibilidades de o indivíduo não encontrar soluções ou recursos apropriados para enfrentar as situações que se apresentam como ameaçadoras.

Dessa forma, o estresse ocupacional pode ser definido como um processo onde o indivíduo percebe e decodifica o ambiente de trabalho de acordo com a sua capacidade de suportá-lo. O estresse pode ser percebido no ambiente de trabalho como uma ameaça, configurando-se na forma de exigências exageradas e conseqüentemente, na forma de recursos escassos para atender às necessidades psíquicas do trabalhador. Portanto, a diferença percebida nas condições de trabalho, nas exigências profissionais e na capacidade psíquica do indivíduo realizá-las, poderá induzir ao estresse ocupacional (SANTOS, 2015; GONÇALVES, M., 2017; GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Tamayo (2007) considera que o estresse ocupacional não é necessariamente um episódio negativo, podendo ser considerado como um mecanismo utilizado pelas pessoas para responderem a metas que fixam para si mesmas e ainda para se adaptarem a exigências do meio externo. Podem ser caracterizadas também como estímulos para desenvolvimento do próprio potencial, podendo se tornar negativo e nocivo à saúde do trabalhador, dependendo da exposição excessiva e incontrolável, podendo levar a resultados ou conseqüências destrutivas para os trabalhadores. Um exemplo do estresse positivo (eustresse) são as manifestações agudas do estresse no sentido de preparar o indivíduo para luta ou fuga diante de uma situação de ameaça (ZILLE *et al.*, 2018).

Nesse contexto Milkovich e Boudreau (2016), afirmam que o estresse pode estar ligado a uma questão de controle dentro do ambiente de trabalho, onde se constate

a falta de competência em tomar as próprias decisões ou de utilizar certo número de habilidades, características da função exercida no setor de trabalho do indivíduo, para enfrentá-la.

Santos (2015) reafirma que o estresse ocupacional é uma resposta do trabalhador a vários fatores do seu ambiente de trabalho que são percebidos como ameaçadores. Tais agentes estressores influenciam negativamente o rendimento do indivíduo, demonstrando o elevado número de mudanças a ele direcionadas e/ou a sua incapacidade de atender a alguma situação específica. De acordo com Cooper *et al.* (1988) não se pode deixar de mencionar que o estresse é um problema ligado a pressão no trabalho, onde muitas vezes o ambiente ocupacional leva o indivíduo a situações de tensões excessivas e conseqüentemente ao estresse.

O estresse ocupacional pode ser considerado também como o resultado da interação das características do trabalhador com o ambiente de trabalho, onde as exigências do trabalho extrapolam as capacidades psíquicas do indivíduo, tendo como resultante o estresse. Assim, o estresse ocupacional pode ser entendido como a discrepância negativa entre o trabalho percebido e o trabalho esperado, gerando dessa forma, elevadas fontes de tensão (TAMAYO, 2007).

Para Rossi, Perrewé e Meurs (2015, p. 39) "em geral, o estresse se instala quando os estressores ocupacionais interagem com as características individuais e resultam em uma interrupção aguda da homeostasia psicológica ou fisiológica".

Segundo Tabosa e Cordeiro (2018, p. 284) "o estresse ocupacional está relacionado aos estímulos do ambiente laboral, onde este exige do trabalhador respostas adequadas, que em alguns casos excedem a sua capacidade de enfrentamento". Para os autores nem todo excesso de trabalho é prejudicial, pois depende do contexto em que ocorre, podendo ser estimulante ou mesmo positivo para o indivíduo.

Com o desenvolvimento das pesquisas científicas, já é possível afirmar que o estresse ocupacional está presente em quase todos os contextos de trabalho e nos diversos níveis da estrutura organizacional, o que se observa em estudos recentes

nessa área (GONÇALVES, M., 2017; ZILLE; PEREIRA; MORAES, 2017; GOMES; ZILLE; LIMA, 2018; GONÇALVES; ZILLE, 2018; MORAES *et al.*, 2018; MORAES FILHO, ALMEIDA, SILVA, 2018; PLÁCIDO; AGUIAR, 2018; SÁ *et al.*, 2018; SERVADIO; ZILLE; HONÓRIO, 2018; ZILLE *et al.*, 2018; ZILLE; OLIVEIRA; LIMA, 2018).

2.2.1 Fontes de tensão

Para Couto (2014) a tensão ocorre como um estado de alerta onde o organismo do indivíduo é direcionado com objetivo de combater a tensão. Para esse autor, um estado de tensão em grau elevado produz alterações significativas no organismo humano, ocasionadas por situações ocupacionais adversas do cotidiano, como por exemplo, responsabilidades excessivas, prazos apertados e relações conflitantes e por vezes agressivas e exageradas entre as pessoas com a qual o indivíduo relaciona-se no seu dia a dia no ambiente laboral, somando-se a isso outros acontecimentos adversos.

Uma das formas para a solução das manifestações de tensão provocadas pelo elevado grau de exigências e controle no trabalho é o estímulo direto ao indivíduo por meio de novas realizações e de novas adaptações em todos os processos relativos ao trabalho, visto que esta atitude trará maior autonomia, tornando as atividades mais prazerosas (TAMAYO, 2007).

Salienta Couto (1987, 2014) que, quando as situações de tensão potencialmente estressoras se apresentam, os indivíduos procuram desenvolver mecanismos de defesa eficazes, onde buscam preservar a integridade física e psíquica do seu organismo, levando-o a homeostase.

Ainda de acordo com esse autor, a propensão ao estresse tem como causa principal a dependência em relação a outros indivíduos, direta ou indiretamente, para o alcance de seus próprios resultados. Dessa forma, o ponto vulnerável para o estressado é a tensão, pois durante este estado, alguns órgãos do corpo humano, entre eles o fígado, o coração e os músculos, têm o seu funcionamento alterado e muitas vezes acelerado. Para o autor (p. 76) “é possível observar que a tensão,

apesar de ser um estado em que o organismo se encontra preparado para agir, torna-se nociva quando ocorre de forma excessiva e prolongada”.

Para Zille (2005) as fontes de tensão no trabalho estão relacionadas aos processos de trabalho, as relações de trabalho, a insegurança nas relações de trabalho e na convivência com indivíduos de difícil relacionamento.

Para esse autor, os níveis de tensão excessiva no ambiente de trabalho decorrem em função de situações variadas, como diferentes fatores que podem ser considerados fontes de tensão: filosofia de trabalho com obsessão por resultados; prática de várias atividades ininterruptas ao mesmo tempo seguidas de alto grau de cobrança; relacionamento com indivíduos de personalidade difícil e com algum tipo de patologia comportamental; excesso de metas a serem atingidas em curto prazo; sobrecarga em decorrência da tecnologia (*e-mails*, *softwares*, sistemas integrados de gestão, entre outros); prazos e cronogramas apertados e trabalhos complexos e muitas vezes desgastantes.

Diante das possíveis causas das tensões, tendo como consequência o estresse ocupacional, o modelo teórico desenvolvido por Karasek (1998) intitulado “Tensões no Trabalho”, aponta dois importantes estressores, o físico e o mental. Segundo o autor, os riscos à saúde física e mental do trabalhador pelo estresse, ocorrem quando as altas demandas psicológicas, ou as pressões relacionadas às habilidades no trabalho e a autoridade na tomada de decisões combinam com uma baixa abrangência de controle da situação ou das decisões ao deparar com estas demandas.

Os fatores estressores variam de acordo com o ambiente de trabalho de cada organização. Esses fatores somados a vulnerabilidade do indivíduo, tem-se como resultado o surgimento de quadros de estresse ocupacional (ZILLE, 2005; BARROS; HONÓRIO, 2013; SANTOS; ZILLE, 2015).

Cooper, Sloan e Willians (1988) apontam seis categorias de fatores estressores que levam o indivíduo ao estresse quando presentes de forma intensa no ambiente de trabalho. Tais fatores segundo os autores são os principais geradores de tensão no

indivíduo, decorrente do ambiente de trabalho. No Quadro 1 a seguir, são apresentados os fatores e os respectivos processos geradores de tensão.

Quadro 1- Fatores Estressores e Processos de Trabalho

Fatores Estressores	Processos de Trabalho
Fatores intrínsecos ao trabalho	Condições de trabalho; os riscos e perigos decorrentes do trabalho; mudanças tecnológicas; e a sobrecarga de trabalho.
Papel na organização	Ambiguidade de papéis; responsabilidade dos trabalhadores; personalidade e características pessoais.
Desenvolvimento na carreira	Falta de segurança profissional; receio da obsolescência, aposentadoria; capacidade de execução das tarefas; desempenho no trabalho.
Inter-relacionamento	Conflitos pessoais entre chefia e subordinados e/ou pares; a deterioração das reações humanas no trabalho.
Clima e estrutura organizacional	Estrutura funcional da empresa; planejamento organizacional; adaptação às mudanças do ambiente de trabalho; valores e missão da organização.
Interface casa/trabalho	Eventos externos ao ambiente de trabalho, tais como o trabalho da empresa interferindo no contexto familiar; nos conflitos entre carreira e família; aposentadoria.

Fonte: Adaptado de Cooper, Sloan e Willians (1988, p. 195).

Os fatores intrínsecos ao trabalho dizem respeito aos aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, tais como barulho, temperatura, iluminação e detalhes da arquitetura, contribuindo assim para aumentar a hostilidade entre os indivíduos, gerando frustrações e também, podendo criar tendências agressivas no contexto ocupacional (AMARAL *et al.*, 2014; SILVA; SALLES, 2016). Nesse sentido Rossi, Perrewé e Meurs (2015), afirmam que as frequentes pressões e condições de trabalho inadequado no ambiente ocupacional podem gerar um nível de estresse intenso e constante.

Ainda em relação aos fatores intrínsecos ao trabalho, Glowinkowski e Cooper (1987) afirmam que a sobrecarga de trabalho é um dos fatores mais preocupantes e que tem despertado a atenção para o seu estudo por diversos pesquisadores. Esse agente estressor segundo os autores subdivide-se em dois níveis: qualitativo e quantitativo. A sobrecarga qualitativa refere-se às dificuldades que o trabalhador encontra para realizar suas atividades e tarefas diárias, ou seja, enfrentar demandas que excedem suas competências. Em relação a sobrecarga quantitativa, está ligada ao número excessivo de atividades ou tarefas realizadas pelo indivíduo no seu ambiente de trabalho.

Para Lipp (2005), a sobrecarga de trabalho é o estressor mais estudado e citado nas pesquisas relativas ao estresse no trabalho, constituindo-se como um obstáculo na dedicação de tempo que o indivíduo tem em relação a sua família e ao seu lazer. Para a autora, a quantidade de trabalho que a pessoa aceita ou mesmo concorda ou se dispõe a realizar, tem relação com o estresse. Segundo a autora, existem duas variáveis em relação à sobrecarga, a primeira diz respeito à vulnerabilidade do indivíduo e a segunda, tem relação com as estratégias de enfrentamento que o indivíduo se dispõe para lidar com os agentes estressores.

O fator relativo aos papéis na organização, diz respeito principalmente, aos padrões comportamentais adequados a cada função ou posição ocupada pelo indivíduo. Os papéis servem para manter a ordem e o comportamento, podendo ser observados por meio de indicadores formais, ou seja, as descrições de cargos e também indicadores informais, relacionados à maneira autônoma de atuar de cada trabalhador (FERREIRA; ASSMAR, 2008). Os conflitos oriundos dos papéis na organização, segundo Jex (2010), ocorrem devido à incompatibilidade ou mesmo a inconsistência entre papéis, ou seja, há situações que exigem competência e comportamentos referentes a determinada responsabilidade que por vezes, não são preenchidos pelo indivíduo, podendo assim causar conflitos.

Ainda em relação aos papéis, para Zanelli (2010) dentre os agentes estressantes presentes no ambiente de trabalho, estão: pressão por tempo na execução das tarefas, as constantes cobranças que vão além do suportado pelo indivíduo; e demandas que extrapolam as condições de realização do trabalhador.

Para Ferreira e Assmar (2008), o fator estressor referente ao desenvolvimento na carreira diz respeito às frustrações relativas às expectativas do indivíduo em relação à trajetória de sua carreira na organização. Questões como desigualdade de *status* e insegurança no trabalho relativo à demissão pela perda do posto de trabalho pode desencadear o estresse no indivíduo, muitas vezes, levando à depressão. Para Santos, L. (2017), mesmo a estabilidade no emprego pode gerar fonte de estresse, pois a falta de oportunidade, de perspectivas e de progresso em termos de promoção, pode levar a determinados sintomas característicos do estresse ocupacional.

Quanto ao inter-relacionamento no trabalho tem-se que as atividades executadas, na sua maioria, necessitam de contatos pessoais. Essas relações são marcadas por conflito no local de trabalho, seja ele com pessoas do mesmo nível hierárquico ou de níveis distintos, assim como, entre empregados e clientes, o que pode configurar como fator estressor (JEX, 2010). Estudos realizados por Trimpop *et al.* (2000) e ratificado por Cooper (2008), conclui-se que os conflitos entre colegas de trabalho é um fator significativo para o surgimento de quadros de tensão e problemas de saúde, junto aos trabalhadores.

Nesse sentido, Santos (2015) e Grace (2018) afirmam que a maioria dos fatores estressores está relacionada ao trabalho, muitas vezes em decorrência da estrutura do ambiente e também da forma de realização das atividades. Destaca-se como o trabalho e as tarefas estão organizadas; os relacionamentos interpessoais com colegas de trabalho; as preocupações com o emprego ou carreira; e o abuso físico e mental, podendo chegar ao assédio moral.

Quanto ao fator relativo ao clima e estrutura organizacional, este está relacionado a aspectos da organização que podem ameaçar a individualidade, a liberdade e a autonomia do indivíduo, como o estilo de gerenciamento, a falta de autonomia para execução dos trabalhos e a oportunidade de participação nas decisões (TAMAYO; LIMA; DA SILVA, 2002). Em estudo realizado por esses autores concluiu-se que no ambiente de trabalho em que as relações sociais confundem-se com estilos de lideranças diferenciados, há ocorrência de fortes evidências do estresse no trabalho. Portanto, órgãos que funcionam de forma desorganizada, com tomadas de decisões centralizadas em um único nível gerencial, são vistos pelos indivíduos como locais onde não impera a responsabilidade, criando assim, insatisfação e conflitos nas relações pessoais (COOPER, 2008).

Por fim, o fator estressor interface casa/trabalho está relacionado às transformações ocorridas no ambiente de trabalho e familiar, podendo ocasionar acúmulos de responsabilidades, constituindo assim, como fonte para o estresse. Essa interface costuma enfatizar a noção de que os conflitos, de trabalho e familiar, acabam por impactar tanto fisicamente quanto emocionalmente o indivíduo, assim como, acarretar prejuízos para as organizações, pois interferem negativamente em

indicadores como absenteísmo e produtividade. Portanto, a interferência do trabalho na família influencia no estresse ocupacional e quanto maior a sua interferência, maior é o nível de ocorrência do estresse (COOPER, 2008; SILVA; SALLES, 2016; SANTOS, L., 2017; GONÇALVES, M., 2017).

2.2.2 Sintomas de estresse

Em relação aos sintomas, estes devem ser analisados em termos da sua frequência e intensidade. Os sintomas clássicos podem ser classificados em físicos e psíquicos. Os principais sintomas físicos são fadiga, dor de cabeça por tensão, dor nos músculos do pescoço e ombros, dor discreta no peito sob tensão, indisposição gástrica, insônia, palpitações, tontura, vertigem, falta ou excesso de apetite. Em relação aos sintomas psíquicos pode ser apontado o nervosismo, ansiedade, ímpetos de raiva, angústia, irritabilidade, perda e/ou oscilação do senso de humor e pânico (COUTO, 1987, 2014).

O aparecimento dos sintomas de estresse ocorre quando há precariedade no manejo do controle das situações tensionantes pelo indivíduo. Ou seja, a estrutura psíquica do indivíduo não consegue suportar as pressões psíquicas do ambiente (COUTO, 1987, 2014; ZILLE, 2005; ZILLE *et al.*, 2011; SANTOS; ZILLE, 2015).

Diante dessas pressões psíquicas que o indivíduo recebe no seu ambiente de trabalho, Zille *et al.* (2011) e Sacadura-Leite e Souza (2014) afirmam que a irritabilidade e a falta de paciência são consideradas manifestações ou sintomas que podem ocorrer quando o indivíduo já apresenta um quadro de estresse elevado oriundos da impossibilidade em combater tais pressões recebidas. Os autores ressaltam ainda que o acúmulo de tarefas e sobrecarga de trabalho contribui para a geração de tensão excessiva entre os profissionais, podendo aumentar a responsabilidade nas atividades executadas.

Couto, Vieira e Lima (2007) afirmam que os sintomas de nervosismo, irritabilidade, raiva, ansiedade, angústia, períodos de depressão, estão presentes em indivíduos com alto nível de estresse, devido à sobrecarga de trabalho entre outras fontes de tensão no contexto ocupacional.

Ainda em relação aos sintomas Mata e Ramos (2015) e Silva e Salles (2016) citam o desgaste mental e emocional decorrentes das relações intensas com o trabalho, como fatores significativos no surgimento de sintomas do estresse em residentes médicos. É o caso da depressão, da ansiedade, do pânico e fobias.

Para Hochberg *et al.* (2014) e Hoelle *et al.* (2018) algumas situações de tensão quando vivenciadas por muito tempo podem levar ao surgimento de diversos tipos de doenças, como, infarto prematuro do miocárdio, quadros psiquiátricos, colites, úlceras, manifestações psicológicas diversas e distúrbio do sistema imunológico.

Os indivíduos com maior fragilidade psíquica têm menor capacidade de enfrentamento ao estresse e acabam por sofrer com pressões de pequena intensidade. Já os indivíduos com menor vulnerabilidade possuem uma estrutura psíquica mais rígida e apresentam maiores resistências individuais às situações de pressão no trabalho. Assim, quando os limites individuais são ultrapassados, o desfecho é a tensão e os sintomas, que podem ser indutores de quadros de estresse (ZILLE *et al.*, 2011; MAFFIA, 2013; HOCHBERG *et al.*, 2014; GONÇALVES, M., 2017; HOELLE *et al.*, 2018).

2.2.3 Indicadores de impacto no trabalho

Quanto aos indicadores de impacto no trabalho, estes podem ser explicados mediante os seguintes comportamentos: fuga das responsabilidades relacionadas às atividades de trabalho; dificuldade nas tomadas de decisões que antes eram tomadas com naturalidade; dificuldades em lembrar fatos recentes; perda do controle relativo a eventos relacionados à vida do indivíduo; desejo frequente de trocar de emprego; dificuldade de concentração no trabalho; desgaste nos relacionamentos interpessoais; desmotivação; diminuição na eficácia no trabalho com conseqüente queda na produtividade (ZILLE, 2005).

Segundo Amaral *et al.* (2014) o estresse relaciona-se com a baixa produtividade causando impactos tanto para o indivíduo quanto para as organizações. Alguns indicadores estão presentes no dia a dia contribuindo para a geração de situações negativas tais como diminuição da disposição do trabalhador, afetando a sua

motivação no desempenho das funções; promove a falta de engajamento no trabalho e na organização; reduz a produtividade e competitividade, comprometendo os resultados individuais e da organização de uma forma geral.

Paiva *et al.* (2013), reforçam que alguns indicadores de impacto no trabalho relacionados ao estresse podem ser observados na falta de concentração do indivíduo na realização de suas tarefas, principalmente nas rotinas ou serviços repetitivos que demandam maior atenção; na desmotivação para atingir metas e objetivos; nos conflitos interpessoais que geram perdas para as organizações, afetando o ambiente de trabalho; baixa qualidade nos serviços prestados, entre outros de mesma natureza.

Na visão de Lipp (2005) as consequências do estresse para as organizações estão ligadas ao excesso de atrasos e de faltas ao trabalho; aumento de licenças médicas; alta rotatividade de pessoal; acidentes de trabalho; queda na produtividade; falta de criatividade nas ideias; desempenho irregular e dificuldades interpessoais nos relacionamentos. Todas essas consequências interferem direta ou indiretamente no desempenho dos trabalhadores e conseqüentemente nos resultados das organizações.

Para Levi (2008) o impacto que o trabalho exerce na vida do indivíduo está situado em dois níveis: no primeiro nível as tensões no trabalho podem afetar a saúde do indivíduo, alterando sua condição de vida e saúde, destruindo assim, de modo progressivo, sua saúde física e mental. No segundo pode afetar a sua produtividade e as relações sociais e familiares, levando a depressão e isolamento.

2.2.4 Estratégia de enfrentamento ao estresse (*coping*)

O indivíduo ao se deparar com os estressores, procura no ambiente de trabalho estabelecer estratégias defensivas que possam amenizar os níveis de tensão, tanto relacionados ao trabalho em si, como no que se refere às relações estabelecidas no ambiente ocupacional. Por conseguinte, essas estratégias tornar-se-ão mecanismos nos quais serão desenvolvidas situações de defesas ou estratégias de *coping*, que visam proporcionar aos indivíduos certo nível de equilíbrio emocional, possibilitando

assim, proteção em relação a sua saúde física e psíquica (BARROS; HONÓRIO, 2013).

Cooper e Payne (1980) definem estratégias de enfrentamento como um esforço individual para solução de problemas com demandas altamente relevantes para o bem-estar do indivíduo. As estratégias de enfrentamento são adaptações em que o indivíduo estabelece para a manutenção da homeostase.

O enfrentamento do estresse envolve uma variada gama de estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com situações ameaçadoras no ambiente de trabalho (SANTOS, L., 2017; SANTOS, S. *et al.*, 2017). De acordo com Lipp e Maligris (2008), constitui-se em orientar à pessoa formas de lidar melhor com ele e evitar que se torne excessivo e prejudique sua saúde, assim como sua vida em geral.

Portanto, as estratégias de enfrentamento podem ser compreendidas como as formas de enfrentar e lidar com os estressores. As estratégias são os recursos que se usa para tratar, amenizar, lidar ou ainda, lutar diariamente, com as causas do estresse. A psicologia cognitiva comportamental possui técnicas, tais como as operantes que têm como objetivo mudar o comportamento, consistindo em fornecer estímulos de forma ordenada para o indivíduo, com o objetivo de que estes estímulos facilitem a modificação do comportamento inadequado; técnicas de exposição que consistem em aproximar o indivíduo de forma sistemática e adaptada aos estímulos e medos que geram ansiedade, para que, desta forma, possa enfrentá-los, superando assim os medos; técnica de habilidades sociais e de enfrentamento, ou seja, são habilidades sociais de comportamentos aprendidos que podem ser modificados e melhorados por meio de técnicas de aprendizagem. Essas técnicas podem ser utilizadas a fim de promover e amenizar os sintomas e tratamento, evitando assim, que o estresse se agrave (LIPP; MALIGRIS, 2008; SANTOS, L., 2017).

Para Lipp e Maligris (2008) o enfrentamento do estresse é um processo dinâmico e pode ser adaptado à situação geradora. O processo permite a mudança de concepções para uma melhor forma de enfrentamento possível. No início de um evento estressante, pode-se contar com as estratégias focadas na emoção, dessa

forma é possível manter um equilíbrio emocional para então procurar soluções mais adequadas ao problema.

Hockenbury e Hockenbury (2002, p. 117) apontam a existência de quatro estratégias para administrar o estresse:

a) Fuga ou esquivar: tem por objetivo evitar o estressor. Isso acontece quando a pessoa conduz a sua atenção para outras atividades, como para o trabalho, lazer, exercício; b) Apoio social: é uma estratégia voltada ao apoio emocional oferecido pelos familiares e amigos com o objetivo de diminuir o impacto dos estressores. O apoio social de momentos bons proporcionados pela família e amigos é fonte de relaxamento, deixam-se os problemas em outro plano. O carinho e atenção de pessoas importantes ajudam a aumentar a autoestima. É uma influência, na maioria das vezes, positiva, que encoraja na administração dos problemas; c) Distanciamento: ocorre quando as pessoas tentam mudar o sentimento causado pela fonte estressora, ou seja, tentam diminuir o impacto emocional, muitas vezes afirmando que a situação não era tão importante assim; d) Reavaliação positiva: é quando as pessoas reavaliam a situação e criam significado positivo para o próprio crescimento. Essa estratégia tende a ser a mais construtiva.

Em termos complementares, Guido, Bianchi e Linch (2009) citam as estratégias de *coping* apontadas por Lazarus e Folkman (1984), como estratégias que facilitam o enfrentamento ao estresse diante de determinadas situações. Existem dois tipos de *coping*, um com enfoque no problema, no qual o indivíduo foca na solução do evento estressante, avaliando as variáveis e os recursos disponíveis para o enfrentamento e eliminação do problema. O outro tipo de *coping* é com enfoque na emoção, no qual o sujeito foca no alívio do impacto emocional ocasionado, ou mesmo quando percebe que não há nada que se possa fazer para alterar a situação. Para Souza *et al.* (2014) o processo de enfrentamento do estresse requer ainda apercepção do indivíduo quanto à sobrecarga excessiva gerada pelo agente estressor, podendo assim, dispender esforços que promovam sua adaptação à situação estressante.

2.3 Modelo teórico de explicação do estresse

O modelo teórico de explicação do estresse (MTEG) foi desenvolvido e validado por Zille (2005). O mesmo foi adaptado para este estudo e sua adaptação deu-se primeiramente em relação à abordagem quantitativa para a qualitativa. Outra adaptação refere-se ao constructo 'fonte de tensão do indivíduo', onde a variável

‘gerente’ foi excluída para esta pesquisa, como também em relação à situação do constructo de segunda ordem do modelo “aspectos específicos do trabalho do gerente.”

A teoria que embasou o desenvolvimento do modelo teórico de Zille (2005), no que se refere ao estresse ocupacional, foi fundamentada em Couto (1987); Cooper *et al.*, (1988); Cooper, Cooper e Eaker (1988); Chanlat (1990); Karasek; Torres (1996); Karasek (1998); Karasek *et al.* (2000); Levi (2003, 2005). Teve ainda como referência a abordagem psicológica do estresse de Friedman; Rosenman (1974); Lazarus (1974); Admas (1980); Kaplan; Sadock, (1993).

O MTEG está estruturado em cinco construtos de primeira ordem: fontes de tensão no trabalho (FTT), fontes de tensão do indivíduo (FTI), mecanismos de regulação (MECREGUL), sintomas de estresse (SINTOMAS) e indicadores de impactos no trabalho (IMPACTOS). Esses construtos de primeira ordem são explicados por construtos de segunda ordem, que, por sua vez, são explicados pelos indicadores correspondentes, sendo que a exceção se faz ao construto IMPACTO, que é explicado diretamente pelos seus indicadores (ZILLE, 2005). Esses fizeram parte do roteiro de entrevista utilizado para a coleta de dados (APÊNDICE C).

Os processos de trabalho, relações de trabalho, insegurança nas relações de trabalho e convivência com indivíduos de difícil relacionamento são construtos de segunda ordem, que explicam as FTT. Responsabilidades acima dos limites, estilo e qualidade de vida, aspectos específicos do trabalho e motivação são construtos de segunda ordem, que explicam as FTI. Já interação e prazos, descanso regular, experiência no trabalho e atividade física também são construtos de segunda ordem, que explicam os MECREGUL. Os construtos de segunda ordem que explicam os SINTOMAS são: hiperexcitabilidade e senso de humor; sintomas psíquicos, do sistema nervoso simpático e gástrico; sintomas de aumento dos tonsus; tontura/vertigem; falta ou excesso de apetite e relaxamento (ZILLE, 2005).

No caso do constructo IMPACTOS, o mesmo é explicado de forma direta por meio de seus respectivos indicadores: dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram lembrados com naturalidade; dificuldade de

concentração no trabalho; desgaste nos relacionamentos interpessoais no trabalho e fora dele; perda do controle em relação aos eventos da vida, como trabalho, família e contexto social; redução na eficácia do trabalho; dificuldades em relação à tomada de decisões; e fuga das responsabilidades relacionadas ao trabalho (ZILLE, 2005).

2.4 Manifestações de estresse em residentes da especialidade de urgência e emergência cirúrgica

A Residência Médica é um processo de desenvolvimento no qual o residente deve aprender a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, a fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o desejo de curar, a lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional, atuando nos setores de urgência e emergência, que em função da natureza do trabalho forma-se um ambiente tensionante (AACH *et al.*, 1998; NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998).

Para Ulhôa *et al.* (2011) e Dias e Scalabrini-Neto (2016) os profissionais médicos que trabalham na unidade hospitalar de urgência e emergência cirúrgica, sempre interagindo com pacientes críticos, é considerado muito desgastante, razão pela qual fazer parte deste cotidiano torna o profissional susceptível ao estresse.

Aach *et al.* (1998) classificou o estresse da residência médica em três categorias para os profissionais que atuam nos setores de urgência e emergência. Na primeira categoria é o estresse profissional que está associado aos processos de profissionalização e desenvolvimento do papel de médico na sociedade, está vinculado a administrar o peso da responsabilidade profissional, lidar com pacientes difíceis e situações problemáticas geradas pelos eventos, supervisionar estudantes e residentes mais jovens, acompanhar o crescente volume de conhecimentos médicos e planejar a carreira profissional. A segunda categoria é o estresse situacional, considerado o estresse decorrente de certas características do treinamento médico, tais como privação do sono; fadiga; excessiva carga assistencial; pacientes graves; excesso de trabalho administrativo; corpo auxiliar insuficiente; e problemas relativos à qualidade do ensino e ao ambiente educacional, que muitas vezes não se mostra suficiente na formação médica.

Como terceira categoria, tem-se o estresse pessoal que está relacionado às características pessoais como gênero, aspectos de personalidade, vulnerabilidades psicológicas, como, por exemplo, maior ou menor suscetibilidade à privação do sono, maior ou menor dificuldade em lidar com situações de urgência e emergência e com determinados tipos de pacientes e familiares, situação socioeconômica, problemas familiares, eventos da vida em geral, e também crises psicológicas durante as atividades exercidas na residência médica (AACH, 1998).

Uma das primeiras tentativas de identificar as crises psicológicas e psiquiátricas nos residentes médicos que atuam em urgência e emergência foi realizada por Small (1981), ao descrever um quadro crítico no qual o autor destaca uma síndrome gerada pelo estresse nos residentes médicos, denominada “*The house officer stress syndrome*”. Nessa síndrome sobressai a raiva crônica, o *deficit* referente ao comprometimento cognitivo, cinismo difuso e discórdia familiar. Poderá ocorrer também depressão grave, ideias suicidas e abusos em grande quantidade de substâncias tóxicas e ilícitas. A pesquisa aponta ainda a presença de alguns fatores que contribuem para o aumento do estresse, tais como a privação do sono, carga excessiva de trabalho, responsabilidade pelo atendimento aos pacientes, condições de trabalho precárias e em constante mudança, além da concorrência entre os pares para melhor posicionamento na área de trabalho.

Segundo Hochberg *et al.* (2014) e Dias e Scalabrini-Neto (2016, 2017) os residentes médicos que atuam em urgência e emergência cirúrgica estão propensos a desenvolver o estresse, uma vez que este é um componente significativo e muitas vezes negligenciado na vida de um cirurgião.

Como seus efeitos frequentemente não são reconhecidos, o estresse mostra-se permanentemente sem solução. Para evitar suas consequências associadas com depressão, abuso de substâncias, divórcio e suicídio, são cruciais o acompanhamento pelos preceptores que atuam junto aos residentes médicos, proporcionando-lhes ensinamentos e apoio. Os sintomas, as causas e o tratamento do estresse devem ser discutidos de maneira eficaz com os residentes, principalmente nos serviços de urgência e emergência (HOCHBERG *et al.*, 2014; DIAS; SCALABRINI-NETO, 2016, 2017).

Nesse sentido, Santos *et al.* (2017) apontam que o uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos hipnóticos, são consumidos e estão associados ao alto nível de estresse entre os residentes médicos.

Especialmente, no contexto do serviço de urgência e emergência cirúrgica, o exercício profissional, a carreira médica, o lidar com a morte e com o sofrimento podem ser estressantes a ponto de interferir na própria saúde e na vida do residente médico, com casos de depressão e uso abusivo de álcool, além da síndrome de *burnout*. Esta última caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal e é comum em residentes médicos expostos a um alto nível de estresse no trabalho, com impacto negativo no cuidado ao paciente e na qualidade de vida do profissional. O apoio psicológico seria uma das ações essenciais para resguardar a saúde desses profissionais e, como consequência, a qualidade da assistência ao usuário (SANTOS *et al.*, 2017; AREDES, GIACOMIN; FIRMO, 2018).

Em relação aos estudos nessa área, Nogueira-Martins e Jorge (1998) investigaram as situações que os residentes entendiam como geradoras de ansiedade e estresse, tendo como objetivo apresentar dados sobre os principais fatores estressantes da residência médica e os efeitos do estresse na qualidade da assistência prestada aos pacientes. A metodologia utilizada foi uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. Em relação aos objetivos foram descritos os principais distúrbios comportamentais e disfunções profissionais que comprometemos residentes médicos, uma vez que este conhecimento é fundamental para o bom planejamento e organização eficiente de programas de residência médica.

Os resultados apontam que os residentes médicos são constantemente submetidos à vários tipos de estresse durante o período de treinamento e estes fatores geradores do estresse produzem efeitos negativos na vida particular desses profissionais, gerando danos também na qualidade de atendimentos e assistência prestada aos pacientes do sistema público de saúde. Apontam que a realização de programas de ajuda psicológica aos residentes médicos produzirá melhorias tanto na vida privada quanto na carreira profissional, possibilitando assim, melhor relacionamento com os pacientes e eficácia nos atendimentos.

Os autores concluem que há suficientes dados na extensa literatura sobre residência médica, indicando que os diferentes tipos de estresse que ocorrem no treinamento merecem ser cuidadosamente avaliados e considerados no planejamento e organização de programas de residência (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998).

Em outro estudo, realizado com residentes médicos, Fagnani Neto *et al.* (2010), descreveram vários sintomas psicológicos encontrados nas etapas da residência médica. Observou-se que no primeiro mês de trabalho os residentes médicos apresentavam euforia, excitação, tensão excessiva sempre associada às expectativas de início da profissão. Em seguida, verificou-se um período de insegurança em relação à profissão, que se transformou em frustração decorrente das limitações e dificuldades encontradas em relação ao processo de trabalho e da remuneração. No terceiro mês, começaram a surgir os sintomas da depressão, ainda em virtude da sobrecarga de trabalho, associada às consequências da privação do sono. Por volta do quinto mês da residência, começaram a aparecer o sentimento de tédio e a rotina do dia a dia passou a tornar-se insuportável.

Ainda de acordo com os resultados da pesquisa, o residente começa, em momento posterior, a sair do estado depressivo para um estado mais ameno, conseguindo assim, reconhecer as conquistas e realizações que a profissão médica oferece. Já no final do primeiro ano de residência o residente começa a sentir mais seguro e o sentimento de competência profissional aumenta. Somente no quarto ano o residente médico sente-se mais tranquilo e adaptado, experimentando assim, a satisfação pela escolha da profissão. Porém, os autores ressaltam que muitos residentes buscam outras especialidades para uma rotina de trabalho mais equilibrada com desgaste físico e emocional menor (FAGNANI NETO *et al.*, 2010).

Estudos mais recentes, realizados por Souza *et al.* (2014), com um grupo de residentes médicos atendidos pelo Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, mostraram que a assistência psiquiátrica está associada ao gênero, a fatores ligados a crises adaptativas nos hospitais e atividades executadas.

Durante o período estudado houve um registro de 2.131 residentes, onde foi computado somente o primeiro atendimento, ou seja, apenas 104 residentes atendidos pelo GRAPAL. Os dados revelaram que a maior proporção de residentes atendidos apresentou as seguintes características: primeiro ano de residência, idade inferior a 26 anos, sexo feminino, egresso de outras escolas médicas que não da USP.

O objetivo do estudo foi identificar o perfil do médico residente atendido em um serviço de assistência à saúde mental a fim de contribuir para o conhecimento das necessidades deste grupo. Os dados foram obtidos por meio de revisão de prontuários de uma série de residentes atendidos pelo GRAPAL.

Os resultados apontaram a maior procura pelo sexo feminino, principalmente por quadros relacionados a distúrbios alimentares. Observou-se também que grande parte das procuras foram de residentes do primeiro ano de residência, devido à transição entre o último ano de graduação e a residência. Os residentes da especialidade clínica demonstraram maior dificuldade em controlar a ansiedade, devido às tarefas desenvolvidas por eles, gerando sentimentos de angústia e depressão. Constatou-se também, que a distância da família não apresenta uma preocupação maior.

Um estudo realizado por Rosado, Russo e Maia (2015) apontou índices mais elevados de adoecimento em residentes médicos que atuam em hospitais públicos na área de urgência e emergência em comparação com os hospitais privados. Uma das razões apontadas pelos autores seria a existência, no âmbito privado, de recursos mais eficazes para o profissional lidar com as adversidades com as quais ele se depara na prática profissional.

Pesquisa realizada por Riesenber *et al.* (2015), com vários profissionais da área médica que atuam no serviço de urgência e emergência cirúrgica, relata haver um maior grau de ansiedade e depressão resultante do estresse, devido a vários fatores estressantes encontrados por esses profissionais nessa área. Outro estudo realizado por Vanyo *et al.* (2017), demonstraram que a prevalência de transtornos relacionados ao estresse é aproximadamente duas vezes maior em médicos do que

na população em geral, com incidência para residentes médicos que atuam na área de urgência e emergência cirúrgica.

Dessa forma, a unidade de urgência e emergência cirúrgica merece atenção maior por parte das instituições públicas, pois elas se apresentam como a porta de entrada para o tratamento de casos de alta complexidade e alto grau de risco para a saúde e a vida do paciente (AREDES *et al.*, 2017; WEURLANDER *et al.*, 2018).

2.4.1 A unidade de urgência e emergência cirúrgica

O objetivo principal da atenção à saúde em situações de urgência e emergência cirúrgicas é muito mais do que a ampliação da rede de serviço, é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, visando o bem-estar do paciente e a cura das enfermidades e traumas graves (BRASIL, 2015).

O atendimento do setor de urgência e emergência cirúrgica deve levar em conta todas as condições momentâneas relativas ao estado geral do paciente. Assim, os residentes médicos que prestam esse tipo de serviço devem estar preparados para, entre outras atribuições inerentes à sua especialização, efetuar exames clínicos; diagnosticar e prescrever medicações; analisar e interpretar resultados laboratoriais e radiográficos; realizar intervenções cirúrgicas, entre outros que requer atendimento imediato (ANDRADE *et al.*, 2016; GOYAL *et al.*, 2018; JUNG *et al.*, 2018).

Ambas, urgência e emergência referem-se aos agravos à saúde que necessitam de atenção médica imediata. Assim, o fato de que na definição de urgência diga-se 'assistência médica imediata', e na de emergência em 'tratamento médico imediato', ao invés de ser motivo de distinção, aponta, muito mais, para a semelhança entre um significado e outro. Na definição de urgência diz-se que o agravo à saúde é de ocorrência imprevista e que pode surgir com ou sem risco potencial de vida; na definição de emergência diz-se que o agravo à saúde é de constatação médica, não se indicando que a ocorrência é imprevista, mas que ela implica em risco iminente

de vida ou sofrimento intenso do paciente (ANDRADE *et al.*, 2016; GOYAL *et al.*, 2018; JUNG *et al.*, 2018).

Muitas vezes, esse atendimento no setor de urgência e emergência cirúrgica é considerado essencial para a sobrevivência de vítimas de acidente e violência, especialmente pela rapidez e precocidade do atendimento. Ao mesmo tempo em que o hospital transforma-se em local de cuidados médicos, ele pretende transfigurar-se em um espaço cuja função é eliminar a dor e a morte. Contudo, a depender da gravidade das lesões, nem a agilidade e a eficiência do atendimento de urgência e emergência nem todo o aparato tecnológico, humano e terapêutico hospitalar revelam-se suficientes para impedir a morte ou prevenir sequelas crônicas incapacitantes, desfechos que desafiam a práxis e o cuidado realizados pelos profissionais da saúde médica, em especial os residentes médicos (NEVILLE *et al.*, 2015; AREDES *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017; JUNG *et al.*, 2018).

O perfil relacionado à urgência e emergência cirúrgica refere-se a tornar mais nítido o reconhecimento de que, em todos os níveis do atendimento esteja presente a presença do agravo à saúde, sendo indiscutível que o risco de vida é real e iminente e o portador necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos padronizados ou previamente definidos. Essa intervenção deve ser equipada mediante procedimentos que visem à proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais do paciente. O caráter de imprevisibilidade na urgência e emergência diz respeito a eventos externos, tais como trauma e internos, como os orgânicos, que poderão representar riscos à saúde. A necessidade de atenção imediata, necessariamente médica, que seja capaz de garantir a integridade das funções vitais básicas como a respiração, pulso e pressão arterial; a capacidade de prover as imobilizações necessárias, a fim de se evitar a piora das lesões, perdas sanguíneas ou deterioração das funções orgânicas; esclarecer, a partir de critérios técnicos padronizados, se há, ou não, agravos à saúde do paciente; a avaliação do risco existente de perda da vida, reunindo informações e conhecimento acerca da queixa ou evento desencadeante; e providenciar a assistência médica indicada para a ocorrência atendida são características do perfil esperado no setor de urgência e emergência cirúrgica (ANDRADE *et al.*, 2016).

Por fim, algumas estratégias são necessárias e destacam-se como prioritárias no serviço de urgência e emergência cirúrgica:

Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência em cirurgias; qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva; organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos; criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP); qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica [...] (BRASIL, 2015, p. 14-15).

Portanto, torna-se essencial que o setor de urgência e emergência cirúrgica mereça atenção maior por parte dos administradores da saúde pública, uma vez que é a porta de entrada para o tratamento de situações graves de saúde, ocorridas na população, que buscam no hospital público a cura e a recuperação para os mais variados casos de doenças graves ou tramas com auto risco de perda da vida (ANDRADE *et al.*, 2016).

3 METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia aplicada no desenvolvimento deste estudo, envolvendo o tipo, a abordagem e o método de pesquisa; unidade de análise, unidade de observação e os sujeitos da pesquisa; a estratégia de coleta e análise dos dados e, por fim, a síntese da metodologia.

3.1 Tipo, abordagem e método de pesquisa

O tipo de pesquisa é descritiva, que segundo Gil (2010) tem por finalidade descrever as características de determinado fenômeno. Segundo o autor busca descrever um fenômeno ou situação em detalhes, permitindo assim, analisar as características de um indivíduo ou grupo.

Para Andrade (2008), a pesquisa descritiva tem como meta principal observar os fatos, registrá-los, analisá-los e ainda classificá-los, sem que haja interferência do pesquisador.

Portanto, esta pesquisa buscou descrever as manifestações de estresse ocupacional em residentes médicos que atuam em serviços de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG.

Quanto à abordagem, caracteriza-se como qualitativa. A pesquisa qualitativa realiza uma função importante na busca dos dados e na análise dos seus resultados. O seu objetivo principal é esclarecer o fenômeno a partir do ponto de vista do entrevistado. Essa abordagem permite ao pesquisador um contato direto com a situação estudada, pois envolve acesso aos dados descritivos sobre os sujeitos pesquisados (GODOI; MELO; SILVA, 2010).

Este estudo, de abordagem qualitativa, buscou por meio de entrevista semiestruturada, compreender as percepções dos sujeitos pesquisados e estabelecer uma conexão entre o construto teórico, o método utilizado na pesquisa e os resultados encontrados. Segundo Takahashi (2014) a abordagem qualitativa analisa os dados buscando o seu significado, procurando entender por meio de

fundamentos a percepção do fenômeno dentro do seu contexto, portanto, a abordagem qualitativa tem por objetivo esclarecer aspectos relevantes da discussão que não são identificados em pesquisa quantitativa, ou seja, trabalha com universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes.

Em termos de estratégia de pesquisa utilizou-se o estudo de caso que segundo Yin (2014, p. 32) trata-se de “uma investigação empírica que procura estudar um fenômeno contemporâneo em seu contexto na vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Nesse sentido, o caso analisado constituiu-se dos residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica de um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG.

3.2 Unidade de análise, de observação e sujeitos da pesquisa

Conforme Cooper e Schindler (2016), para definir a unidade de análise é necessária uma definição quanto ao interesse do estudo, podendo ser uma organização, um grupo, vários subgrupos em um determinado contexto ou até mesmo, determinado indivíduo. Para Collis e Hussey (2005) a unidade de análise é aquilo a que se refere ao fenômeno a ser estudado, assim como ao respectivo problema de pesquisa. Portanto, é o tipo de caso a que se referem às variáveis ou os fenômenos em estudo, bem como o problema de pesquisa, e sobre os quais são coletados e analisados os dados. Portanto, a unidade analisada neste estudo foram os residentes médicos que atuam em unidade de urgência e emergência cirúrgica, de um hospital público.

Quanto à unidade de observação, esta se refere à unidade na qual são coletados os dados (CRESWELL, 2014). Para o autor, a unidade de observação é o local onde se obtém os dados a serem analisados. A unidade de observação desta pesquisa foi o serviço de urgência e emergência cirúrgica, do hospital público estudado.

No que se refere aos sujeitos da pesquisa, Flick (2009) aponta que são aqueles cujas informações proporcionam a solução do problema de pesquisa. Neste estudo, os sujeitos pesquisados foram os residentes médicos que atuam em unidade de

urgência e emergência cirúrgica do hospital estudado, coincidindo neste caso com a unidade de análise da pesquisa.

Foram entrevistados nove residentes, de um total de dez, que atuam no serviço de urgência e emergência cirúrgica, do hospital público em referência. A intenção inicial era entrevistar todos os residentes do serviço, no entanto, um dos residentes não se dispôs a participar, apesar dos diversos convites realizados.

3.3 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturada, que, segundo Triviños (2010), é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias que interessam à pesquisa, além de oferecer amplo aspecto de interrogativas e dúvidas que surgem à medida que as respostas dos sujeitos são compiladas. Minayo (2015) complementa que o pesquisador utiliza a entrevista visando identificar o que os sujeitos entrevistados pensam, sabem, representam, fazem e argumentam sobre o foco do estudo.

Portanto, optou-se por utilizar como instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, onde o roteiro foi elaborado com base no Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTEG), desenvolvido e validado por Zille (2005), adaptado para este estudo (APÊNDICE C).

Para a realização das entrevistas, primeiramente, foi realizado um contato com a Coordenação da Residência Médica (COREME), do hospital público, solicitando autorização para realização. Em seguida, foi realizado contato direto com os residentes para marcação das entrevistas.

3.4 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo que buscou a compreensão dos dados obtidos por meio do conteúdo das entrevistas que foram realizadas. A análise de conteúdo constitui-se “num conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição

do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 20). Em função da caracterização do estudo optou-se pela análise temática ou categorial.

Inicialmente, foram definidas as categorias de análise: características da urgência e emergência cirúrgica, fontes de tensão no trabalho, sintomas de estresse, impactos no trabalho e estratégias de enfrentamento do estresse (*coping*) (APÊNCIDE B). Com base nos dados coletados, as categorias foram desdobradas em subcategorias, (Quadro 4, p. 84), visando o aprofundamento das análises, confrontados com a teoria de suporte do estudo.

No caso desta pesquisa, seguindo as proposições de Bardin (2011), na fase da pré-análise foram realizadas a organização do material e a sistematização de ideias. Primeiramente, foi realizada uma leitura flutuante dos conteúdos das entrevistas como forma de aproximação das informações. Após as leituras, apropriou-se dos conteúdos, o que possibilitou os recortes nos textos obtidos. A partir de então, iniciou-se a exploração do material.

Na segunda fase, realizou-se a exploração do material, consistindo na codificação e subcategorização dos elementos, buscando semelhanças e dissonâncias contidas nos conteúdos, pois "durante a etapa da exploração do material, o investigador buscou encontrar subcategorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado" (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014, p.16).

A codificação consistiu no recorte ou na escolha de elementos ou palavras de registro mais significativas. Após essa seleção, procedeu-se à categorização final dos elementos e, em seguida, contagem da frequência dos conteúdos identificados para a obtenção das subcategorias que se mostraram mais significativas, para posterior análise.

Ainda de acordo com Bardin (2011), a fase da exploração do material é importante para a descrição analítica, na medida em que determina a qualidade das interpretações e das inferências. A partir daí o pesquisador propõe inferências e

realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico apontado pela literatura em referência (MINAYO, 2015).

Portanto, na terceira fase, após a obtenção dos dados na segunda fase, foram realizadas as inferências e interpretações dos resultados, com base na revisão da literatura. Na interpretação dos resultados, foram consideradas além da frequência das respostas, as subjetividades presentes nos discursos dos residentes, tendo em vista que a análise qualitativa permitiu esta aproximação com o significado das respostas.

3.4.1 Síntese da metodologia

Por meio do Quadro 2 a seguir, apresenta-se a síntese da metodologia.

Quadro 2 – Síntese da metodologia

Elementos da metodologia	Descrição	Autores
Tipo de pesquisa	Descritiva	Andrade (2008); Gil (2010).
Abordagem	Qualitativa	Godoi; Melo; Silva (2010); Yin (2014); Takahashi (2014).
Método	Estudo de Caso	Yin (2014).
Unidade de análise	Residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica	Collis; Hussey (2005).
Unidade de observação	Unidade de urgência e emergência cirúrgica	Creswell (2014); Flick (2009).
Sujeitos da pesquisa	Nove residentes médicos de um total de dez.	Cooper; Schindler (2016).
Coleta de dados	Entrevista semiestruturada	Triviños (2010); Minayo (2015)
Análise dos dados	Análise de conteúdo	Bardin (2011); Minayo (2015); Cavalcante; Calixto; Pinheiro (2014).

Fonte: Elaborado pelo autor (2018).

Por meio do capítulo quatro a seguir, apresenta-se a descrição do ambiente onde foi realizado o presente estudo.

4 AMBIÊNCIA DO ESTUDO E A RESIDÊNCIA MÉDICA

Em relação a este capítulo, os seguintes conteúdos foram tratados: a saúde pública no Brasil; Sistema Único de Saúde (SUS); o programa mais médico; hospitais públicos; os serviços de urgência e emergência nos hospitais públicos; o hospital público pesquisado; a unidade de urgência e emergência cirúrgica do hospital público pesquisado; a residência médica e, por fim, a residência na especialidade de urgência e emergência cirúrgica.

4.1 A saúde pública no Brasil

O modelo de administração da saúde pública no Brasil foi alterado com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, definindo-se diretrizes a serem seguidas, visando à criação de um sistema único e integrado de saúde entre todos os governos Federal, Estadual e Municipal, ficando assim, estruturada a responsabilidade de atendimento à população na área da saúde no território brasileiro (MARINHO; FAÇANHA, 2014; GONÇALVES, 2015; MARINHO, 2016; GONÇALVES, E., 2017).

Segundo estudos realizados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) intitulado "Demografia Médica no Brasil Vol. 1" faltam médicos, principalmente, em especialidades de atendimento a urgência e emergência nos hospitais públicos (MARINHO, 2016).

Esta falta é explicada no estudo "Demografia Médica 2018" realizada pela Faculdade de Medicina da USP para o Conselho Federal de Medicina. Os resultados apontam a grande concentração de médico (38,4%) em apenas quatro especialidades em um total de trinta e quatro: Clínica Médica (11,2%) com 42.728 titulados; Pediatria (10,3%) com 39.234 titulados; Cirurgia Geral (8,9%) com 34.065 médicos titulados; e Ginecologia e Obstetrícia (8,0%) com 30.415 titulados. As demais se concentram em várias especialidades, sendo que oito possuem menos de 1.000 médicos em todo o território brasileiro. Segundo o estudo há uma grande concentração de médico na região sudeste do Brasil com 54,1%, seguido pela região Nordeste com 17,8% e Sul

com 15,2%. Tais desigualdades refletem na falta de médicos em determinada região do país (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Quanto aos médicos, em atividade no Brasil, a pesquisa aponta que 62,5% têm um ou mais títulos de especialista, ante 37,5% não possuem nenhum, ou seja, 282.298 especialistas e 169.479 generalistas (médicos sem título de especialista) respectivamente. A pesquisa Demografia Médica 2018 afirma que o número de especialistas deve crescer nos próximos anos devido ao aumento do número de vagas para o programa de residência médica do Programa Mais Médico do Governo Federal (SCHEFFER *et al.*, 2018)

Em 1970, existiam no Brasil 58.994 mil médicos registrados para uma população de 94,5 milhões de habitantes, ou seja, um médico para cada 1.600 mil habitantes. Em 2010, eram 364.787 mil médicos para uma população de 190,5 milhões de habitantes, sendo, portanto, um médico para 522 habitantes. Em janeiro de 2018, essa relação estava um médico para 458 habitantes com um total de 452.801 médicos e 207,6 milhões de habitantes no Brasil. Na mesma data o número de registros de médicos nos Conselhos Regionais de Medicina chegava a 491.468. A diferença de 38.667 entre o número de médicos e o de registros refere-se às inscrições secundárias de profissionais registrados em mais de um estado da federação. Em 2017, eram 414.831 médicos e 451.777 registros de médicos (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Com o aumento acelerado da população a partir de 1950, o contingente de médicos cresceu rapidamente, a partir dos anos 1970, pode-se afirmar, portanto, que nos últimos 47 anos, o número de médicos cresceu 665,8%, ou 7,7 vezes o contingente inicial, enquanto a população aumentou 119,7%, ou 2,2 vezes. O ritmo mais lento de crescimento da população está relacionado a alterações significativas nos níveis e padrões dos eventos vitais de fecundidade e mortalidade. Já o ritmo mais acelerado do aumento da população de médicos ocorre em períodos subsequentes à abertura de novos cursos de Medicina e autorização de mais vagas de graduação (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Existe, portanto, uma má distribuição em função tanto do mercado de trabalho e concentração de renda, como pela negligência do governo federal em implantar planos de carreira e melhorar as condições de trabalho, que poderiam atrair e fixar médicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o estudo do Conselho Federal de Medicina, são autorizados novos cursos e mais vagas de Medicina sem a mínima qualidade da graduação e não são garantidas vagas na Residência Médica para todos os formados, embora o país disponha de grande área de saúde tanto privada quanto pública (GONÇALVES, E., 2017; SCHEFFER *et al.*, 2018).

Com uma população aproximada de 207,6 milhões de habitantes em 2017, o Brasil possui para atendimento na área de saúde, serviços de Unidade de Pronto Atendimento, Centros de Saúde, Consultórios Particulares, Ambulatórios de Hospitais, Pronto Socorro, Atendimento de Urgência e Emergência, Ambulatórios Privados, Clínicas Médicas e Farmácias. Portanto, o país possui uma estrutura que abrange todos os setores na área de saúde, desde consultas, atendimentos especializados e tratamentos de doenças complexas, formando assim uma rede pública e privada dedicada ao atendimento da população (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Inovador em alguns programas, o país já se tornou referência, até mesmo internacional, em determinados temas. Um exemplo foi à quebra da patente do coquetel da AIDS e a importação de remédios genéricos, não produzidos no país, para o tratamento a doentes graves atendidos pelo SUS (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Diante disso, o Brasil investe em iniciativas que viabilizem e facilitem o acesso da população a medicamentos para tratamento de doenças. Um exemplo é o programa Farmácia Popular do Brasil, que facilita a compra, e em muitos casos a entrega gratuita de medicamentos genéricos de uso constante pela população. Os medicamentos gratuitos são entregues nas farmácias dos Postos de Saúde e também nas redes de drogarias privadas (ALENCAR, 2016).

Embora outros países do mundo, como os Estados Unidos, tenham sido pioneiros na implantação dos medicamentos genéricos, a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, tem realizado atualizações frequentes na legislação brasileira, o que torna as regulamentações brasileiras equiparáveis às promulgadas por

renomadas agências internacionais, como a *Food and Drug Administration* (FDA) nos Estados Unidos, *European Medicines Agency* (EMA) no Canadá, e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dessa forma, o Brasil atingiu, em poucos anos, um patamar de produção e vendas de genéricos que outros países demoraram várias décadas para alcançar. O sucesso na implantação dessa política pode ser atribuído a vários fatores, destacando-se a contínua adequação da legislação, o que também está de acordo com as recomendações da OMS, quanto às condições de saúde mundial (ALENCAR, 2016; CAMARGO; GONZAGA, 2017).

Sobre o perfil das condições de saúde do povo brasileiro, uma constatação demonstra, apesar de muitos problemas, um progresso: o aumento na expectativa de vida em uma diminuição na mortalidade infantil. A expectativa de vida do brasileiro alcançou a maior média da história, com uma longevidade de 76 anos na segunda década desse século. Um salto de 22 anos em relação ao registrado na década de 1960, quando a média era de 54 anos. Com realidades distintas entre as regiões, o Brasil tem apresentado também uma redução na mortalidade infantil com 12,8 óbitos para cada 1.000 recém-nascidos em 2017, ante 26,1 no ano de 2000. Diante desse cenário o país tem apresentando mais programas de saúde dentro da rede pública de serviços de saúde, tais como postos de saúde e hospitais que atendem pelo SUS, visando assim, atender ao aumento na demanda pela procura dos serviços de atendimento público de saúde (CAMARGO; GONZAGA, 2017).

Em outra perspectiva, o país envelhece a passos largos, uma vez que a expectativa de vida na década de 1940 era em média de 54 anos e para a primeira década do século XXI é de 74 anos. Em 2010, existiam no país 20,5 milhões de idosos, aproximadamente 39 para cada grupo de 100 jovens. Estimam-se para 2040, mais que o dobro, representando 23,8% da população brasileira e uma proporção de quase 153 idosos para cada 100 jovens. Essa nova realidade demográfica com um número cada vez maior de idosos, exige também do sistema de saúde capacidade para responder às demandas atuais e futuras. Isso se deve às novas tecnologias e hábitos da população devido à facilidade na obtenção de informações e conhecimentos referentes à alimentação, atividades físicas e também no tratamento médico devido a novos medicamentos de última geração, possibilitando o tratamento precoce de doenças (MIRANDA; MENDES; DA SILVA, 2016).

Os serviços de saúde pública devem garantir aos usuários atendimento e assistência de qualidade. A falta de entendimento de qualidade no setor de urgência e emergência e a ausência de uma estrutura adequada somada a uma mão de obra eficiente e um quadro de pessoal especializado, pode prejudicar a continuidade da assistência prestada à população. Dessa forma, há um reflexo negativo no atendimento prestado, tornando-o sem qualidade, pois se espera que o mesmo seja adequado para sanar os problemas de saúde da população (SANTOS; ANDREOTI, 2014; GONÇALVES, E.,2017).

Ainda sobre a realidade da saúde pública no Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que no Sudeste ocorre o maior número de internações, 38% do total no país em 2017. No que diz respeito ao número de consultas médicas realizadas pelo SUS, o Sudeste apresenta a melhor situação, com 2,89 consultas por habitante em relação à média nacional que é de 2,50 por habitante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

4.1.1 Sistema único de saúde (SUS)

O Brasil é o único país do mundo que garante para mais de 200 milhões de habitantes um sistema de saúde pública com assistência integral e gratuita inclusive, para portadores de HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), câncer e outras doenças, inclusive epidêmicas (DIAS, 2015).

Os primeiros debates sobre a municipalização de um sistema de saúde universal iniciaram na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963. A mobilização continuou crescendo e atingiu seu ápice com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprovou a proposta de criação do SUS (Sistema Único de Saúde). No ano de 1988 o Sistema foi consagrado pela Constituição Federal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em outubro de 1988, o SUS foi criado constitucionalmente, sendo que a seção que trata da saúde na Constituição vai dos artigos 196 a 200, constando entre eles a universalização do acesso e a descentralização da gestão. Foi uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, pois a partir desse momento, a saúde não era

somente um direito da população, mas um dever do Estado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; GONÇALVES, 2015; GONÇALVES, E., 2017).

Até o início do século 20, a assistência médica brasileira era simplesmente a cura de doenças, realizada por médicos particulares ou instituições de caridade. A partir da década de 20, algumas empresas passaram a oferecer assistência médica e aposentadoria a seus empregados, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões ou CAPs. O Estado, até então, era responsável somente por medidas preventivas como vacinações, estando presente na saúde, apenas em meados do século 20, quando as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões ou IAPs, sendo estes unificados em 1966, formando o Instituto Nacional de Previdência Social, conhecido como INPS. A saúde, portanto, era serviço de quem pagava por ela, fosse o trabalhador formal por meio de descontos previdenciários em seu salário, fosse para quem tivesse condições de pagar no setor privado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; GONÇALVES, 2015; GONÇALVES, E., 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2018, p. 89):

A Rede Ambulatorial do SUS é constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Essa assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade inclusive cirurgias. No ano de 2017 foram realizadas aproximadamente 250 milhões de consultas, sendo 165 milhões em atenção básica (consultas de pré-natal, puericultura, etc.) e 85 milhões de consultas especializadas. Nesse mesmo ano foram realizados 200 milhões de exames laboratoriais, 6 milhões de exames ultrassonográficos, 79 milhões de atendimentos de alta complexidade, tais como: tomografias, exames hemodinâmicos, ressonância magnética, sessões de hemodiálise, de quimioterapia e radioterapia [...] e 1.652.260 cirurgias eletivas realizadas, com 904.000 pacientes, aguardando procedimentos cirúrgicos.

O SUS democratiza o acesso da população ao atendimento de saúde, devido à desigualdade social e o atendimento da rede privada ter valores incompatíveis para boa parte da população brasileira. Dessa forma, o SUS traz a possibilidade de um atendimento sem custo, porém necessita ainda de melhorias, uma vez que a demanda é maior que a estrutura de atendimento física e de pessoal (TABOSA; CORDEIRO, 2018).

O modelo de gestão do SUS é descentralizado, ou seja, Governo Federal (União), Estados e Municípios dividem a responsabilidade de forma integrada, garantindo o atendimento de saúde gratuito a qualquer cidadão através da parceria entre os três poderes. Em locais onde há falta de serviços públicos, o SUS realiza a contratação de serviços de hospitais ou laboratórios particulares para que não falte assistência às pessoas. Desse modo, estes locais também se integram à rede SUS, tendo que seguir seus princípios e diretrizes (MARTINS, 2017).

É importante frisar que Município, Estado e Governo Federal têm suas respectivas responsabilidades para a gestão da saúde pública brasileira. Os percentuais de investimento financeiro de cada um são definidos, atualmente, pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual (LOA) (MARTINS, 2017; PAIM, 2018).

A sua estrutura de atendimento, inicialmente dá-se pela porta de entrada da Unidade Básica de Saúde (UBS), popularmente conhecida como Posto de Saúde que integram a rede do SUS. A UBS é de responsabilidade de gerenciamento do município, ou seja, de cada Prefeitura brasileira. Para facilitar o acesso do usuário, o município mapeia a área de atuação de cada UBS por bairro ou região. Por isso, o cidadão deve procurar a unidade mais próxima da sua casa munida de documentos e de comprovante de residência para obtenção do Cartão de Atendimento do SUS (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018; PAIM, 2018).

Ao ir a uma UBS pela primeira vez, o usuário fará o Cartão Nacional de Saúde ou Cartão do SUS como é conhecido, e receberá um número e/ou uma cor que irá identificar de qual equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) ele fará parte. Regularmente, a ESF acompanha a saúde do usuário, sendo o elo de informação da população com os profissionais de saúde da unidade. É por meio da coleta de

informações das equipes de ESF que é possível pensar em ações de saúde pública de forma regional e personalizada (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018; PAIM, 2018).

Na UBS, o usuário do SUS irá receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para outras especialidades clínicas e fornecimento de medicação básica. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, estruturando e organizando a rede de urgência e emergência no país, para integrar a atenção às urgências (MARTINS, 2017; DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018; PAIM, 2018)

Ainda em relação à estrutura de atendimento do SUS, existe a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que são estruturas de complexidades intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as portas de urgência e emergências hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. Com isso ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA oferece estrutura simplificada, com raios-x, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Somente casos de urgência e emergência traumáticas e não traumáticas são prioridades na UPA, onde o usuário é encaminhado quando o pronto socorro hospitalar está com demanda além de sua capacidade. Além disso, é a opção de assistência de saúde nos feriados e finais de semana quando a UBS está fechada. Há também a situação em que o usuário pode ser encaminhado da UBS para UPA, dependendo da gravidade ou da necessidade de um pronto atendimento ou qualquer situação de emergência. A UPA tem consultórios de clínica médica, pediatria e odontologia, serviços de laboratório e raios-x. Também conta com leitos de observação para adultos e crianças, salas de medicação, nebulização, ortopedia e uma 'sala de emergência' para estabilizar os pacientes mais graves que, após o atendimento necessário para a estabilização do quadro clínico, o paciente possa ser removido para um hospital (MARTINS, 2017; DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018; PAIM, 2018).

E finalmente, o papel dos hospitais públicos é oferecer ao usuário do SUS atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade, como cirurgias eletivas (realizada em uma data adequada de acordo com a saúde do paciente) e tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade. Para chegar ao hospital, geralmente o usuário é encaminhado depois de ser atendido por uma UBS ou UPA, dependendo de cada caso. Tudo isso acontece devido ao processo de troca de informações entre as redes de atenção à saúde no SUS (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Diante disso, para proporcionar melhor atendimento à população, foi lançado em 2013 pelo Governo Federal o Programa Mais Médico, com o objetivo de atrair profissionais brasileiros e estrangeiros para atuar no interior do país. O programa estabeleceu que os cursos de formação em Medicina no Brasil tivessem dois anos a mais, passando a ter oito, tornando-se assim, obrigatória a prestação de serviços ao SUS nestes dois anos subsequentes, ou seja, após a graduação, o futuro médico deverá prestar serviços na área da saúde pública nas esferas Municipais, Estaduais e Federal, independente do programa de residência médica (GONÇALVES, E., 2017; DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

4.1.2 O programa mais médico

A distribuição geográfica de médicos e outros profissionais da saúde no Brasil possui uma forte concentração dos médicos nas regiões sul e sudeste do Brasil, bem como nas cidades maiores. A escolha do local pelo médico depende em grande parte do local de realização de sua residência médica, independente de mecanismos de mercado, como salários. Entretanto, o contingente de médicos no Brasil nunca foi tão numeroso, porém, a concentração destes profissionais em determinadas regiões, estruturas e especialidades não apresentam as mesmas atratividades e distribuições. Os desequilíbrios geográficos somados à concentração que favorece o setor privado de saúde mostram um país que convive com carência de médicos, não sendo este, um problema novo (RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017).

Diante disso, o Governo Federal lança o Programa Mais Médico “em meio a um clima de descontentamento por todo país, expresso nas manifestações de julho de

2013, pautadas pelo apelo da população por mais saúde, educação” (RIBEIRO; PELEGRINI; RODRIGUES, 2017, p. 12).

Mesmo havendo consenso a favor do Programa Mais Médico, a vinda de profissionais estrangeiros para atuar no programa, especialmente médicos cubanos, foi motivo de protestos de entidades médicas por todo o país desde que a Medida Provisória foi anunciada pelo governo federal. Outro ponto polêmico do debate foi à necessidade de revalidação de diplomas de médicos estrangeiros, em que ficou estabelecido que os médicos estrangeiros, principalmente de origem cubana, devido ao intercâmbio entre Brasil e Cuba, tivessem registro junto ao Ministério da Saúde sem a necessidade de revalidar o diploma em três anos de programa. Caberia aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização dos participantes do programa (ALESSIO; SOUZA, 2017).

Portanto, o Programa Mais Médico, foi instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de oito de julho de 2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, constitui-se em política pública do governo brasileiro com objetivo de suprir déficits do recurso humano médico no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nas regiões mais vulneráveis do Brasil, sendo uma estratégia para viabilizar a garantia mínima de pelo menos um profissional médico em cada município e a ampliação da cobertura de atendimento à saúde da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A Lei Federal nº 12.871/2013, que institui o Programa Mais Médico, determinou mudanças na residência médica (ANEXO A) e dentre as mudanças, a principal refere-se ao número de vagas disponíveis para a residência médica de acordo com o número de vagas nos cursos existentes no ano anterior (ALESSIO; SOUZA, 2017).

Além da graduação, um forte componente de fixação dos médicos nos municípios é a disponibilidade de programas de residência médica, reconhecida legalmente e tecnicamente como o padrão de formação de médicos especialistas no Brasil. Muitos formandos concluem a graduação e não conseguem vagas de residência, sendo obrigados a mudar para capitais e outras regiões, deixando para

trás a comunidade que poderiam beneficiar com o exercício de sua profissão (ALESSIO; SOUZA, 2017).

A oferta de programas e vagas de residência médica no Brasil mostra-se deficitária ao longo dos anos. Mesmo não havendo vagas disponíveis para todos os médicos, há uma nítida concentração de vagas na região sudeste nas grandes cidades. Para que o Governo Federal tivesse condições de dimensionar a necessidade de planejar a quantidade e a formação de médicos especialistas, foi criado dentro do Programa Mais Médico o Cadastro Nacional de Especialistas (CNE). Esse cadastro auxilia o Governo Federal na tarefa de identificar a necessidade de médicos especialistas por região de acordo com as necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Há uma grande adesão dos médicos brasileiros aos últimos editais para o Programa Mais Médico, devido ao bom andamento de implantações de uma dinâmica nova e favorável ao médico residente no Brasil, em especial a criação de novas vagas de medicina e de residência médica em Medicina Geral da Família e Comunidade. Atualmente cerca de 63 milhões de pessoas, que não estavam cobertas pelo atendimento médico, hoje são assistidas pelo Mais Médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Programa Mais Médico tem a finalidade de ampliar a formação de especialistas e adequá-la às necessidades da população, universalizando o acesso à residência médica. A Lei que criou o programa determina que, até o final de 2018, haja o mesmo número de vagas de residência médica de acesso direto que o número de egressos dos cursos de graduação do ano anterior. Essa resolução será aplicada no concurso que permitirá a entrada nas residências médicas que se iniciarão no primeiro trimestre de 2019. Para tanto, o programa tem a meta de criar 12,4 mil novas vagas de residência em diversas especialidades, tendo como prioridade a Medicina Geral de Família e Comunidade, sendo que, até 2017, já foram criadas 4.742 vagas, ou seja, a meta é triplicar o número de vagas em relação a 2017. Outro objetivo principal do programa é a universalização no concurso em 2018 para as formações que se iniciarão em 2019, ou seja, assim como fez com a graduação, o Mais Médico reformulará os critérios para definição das cidades e especialidades

nas quais serão abertas novas vagas de residência médica, independentemente do custeio Federal ou de outra instituição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Programa Mais Médico passará por mudanças significativas em 2019, no que se refere à contratação de profissionais da saúde, devido às vagas deixadas pelos médicos cubanos em atividade no país, ou seja, mais vagas deverão ser preenchidas por médicos brasileiros, e isso inclui também os residentes médicos. Com a eleição presidencial em 2018, o novo Governo Federal reformulou o contrato para a permanência dos médicos no país. Os cubanos atuavam, em sua maioria, em áreas pobres e remotas do país, onde médicos brasileiros não querem trabalhar. O governo agora trabalha para substituí-los em 8.332 posições deixadas pelos cubanos que retornam para casa. Os primeiros milhares de médicos cubanos começaram a deixar o Brasil em novembro de 2018 após o governo cubano romper o acordo de cooperação entre os países, deixando milhões de brasileiros sem essa opção de atendimento médico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Um exemplo da atuação dos cubanos no Brasil está no Estado de Goiás, onde 153 cidades possuem médicos contratados pelo Programa Mais Médico, sendo que em 94 há cubanos atendendo. Em 38 municípios, há apenas profissionais do país caribenho no programa do Governo Federal, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. A saída do Mais Médico foi anunciada no dia 14 de novembro de 2018 pelo governo cubano, sem informar até quando os médicos atuariam no programa. A previsão da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é de que todos voltem para Cuba até o final de dezembro de 2018. Cuba começou a enviar profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2013, quando o programa foi criado para atender regiões carentes sem cobertura médica (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Segundo a Confederação Nacional dos Municípios (2018), a saída dos médicos cubanos do Programa Mais Médico afetará mais de 28 milhões de pessoas que vivem em municípios onde o atendimento é feito somente por profissionais vindos de Cuba. Entre os 1.575 municípios que possuem somente médicos cubanos do programa, 1.260 possuem menos de 20 mil habitantes.

Dessa forma, a saída desses médicos sem a garantia de outros profissionais pode gerar a desassistência básica de saúde a mais de 28 milhões de pessoas, podendo assim, sobrecarregar o atendimento nos hospitais públicos nas capitais dos estados e também nas cidades metropolitanas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

4.2 Hospitais públicos

Para Duarte, Eble e Garcia (2018) a finalidade do hospital está direcionada para uma maior resolução da doença, agilizando o diagnóstico e tratamento para reduzir a permanência de pacientes internados, pois, à medida que o mesmo evolui tecnologicamente e recicla os recursos humanos, aumentam consideravelmente os custos, tornando assim, de difícil administração por parte dos entes públicos, neste caso os governos Federal, Estadual e Municipal.

Nos hospitais públicos existem classificações estabelecidas de acordo com o porte, especificidade, complexidade de ações e natureza administrativa. Quanto ao porte, os hospitais são classificados pelo número de leitos existentes: pequeno, até 50 leitos; médio, de 51 a 150 leitos; grande, de 151 a 500 leitos; extragrande, acima de 500 leitos. Essa classificação não incorpora aspectos relativos ao porte, como área de abrangência do hospital, perfil epidemiológico da população atendida e número de outras unidades hospitalares na área (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Quanto à especificidade, o hospital pode ser geral ou especializado. O hospital especializado é aquele que se destina ao atendimento de uma ou mais especialidades ou de um grupo específico de patologias, por exemplo, como ocorrem com as maternidades, os hospitais psiquiátricos e os hospitais ortopédicos. O hospital geral atende pacientes em todas as patologias, incluindo, necessariamente, as especialidades básicas de ginecologia e obstetrícia, de pediatria, de clínica médica e de cirurgia. O hospital geral pode atender grupos etários específicos, como os hospitais infantis, ou apenas uma determinada comunidade ou categoria, como o hospital militar. É desejável que o hospital geral possua serviços de apoio clínico, como análises clínicas, anatomia patológica,

radiologia, anestesia, banco de sangue, eletrocardiograma, eletroencefalograma, radioterapia, entre outras (PEDROSA, 2014).

A complexidade das ações de saúde está relacionada com os procedimentos, as tecnologias e a especialização dos recursos humanos do hospital. A classificação em baixa, média e alta complexidade de ações é bastante discutida, não havendo ainda um critério objetivo de inclusão dos hospitais nesta classificação. Quanto à natureza administrativa, os hospitais são classificados como públicos ou privados. Os públicos são mantidos exclusivamente pelo Estado, em qualquer nível de Governo (Federal, Estadual, Municipal) e os privados são mantidos por recursos oriundos dos pagamentos realizados pelos seus clientes diretamente, ou por meio de outras fontes provedoras, como seguradoras, cooperativas ou instituições filantrópicas (DIAS, 2015).

Verifica-se que hospitais filantrópicos estão com suas operações comprometidas e o encerramento de suas atividades aproximando-se, em face de dívidas impagáveis que se acumulam com o passar dos anos. Essas dificuldades financeiras são atribuídas ao fato de que os hospitais filantrópicos são obrigados a “vender” seus serviços, em grande parte, a um único financiador, ou seja, ao SUS – Sistema Único de Saúde, órgão do Ministério da Saúde, que tem repassado valores abaixo do orçado à essas instituições, nos últimos quatro anos (GONÇALVES, 2015; PAIM, 2018).

Para atingir suas finalidades, o hospital emprega pessoal de diferentes formações, com qualificações e habilidades diversas, que se agregam em núcleos de trabalho muito especializados e que precisam estar coordenados em suas atividades, uma vez que o trabalho no hospital apresenta uma variedade constante de atividades que exigem diferentes habilidades (PEDROSA, 2014).

A administração hospitalar apresenta em suas características, natureza complexa, pois influencia sobremaneira a ação dos atores nas diversas funções. A administração pública ainda mantém um caráter burocrático o que dificulta uma administração mais eficaz. Em muitos casos, o Conselho Diretivo dos hospitais públicos está vinculado à Secretaria de Saúde do nível de governo correspondente.

Nos municípios e estados, existem Conselhos de Saúde, com representantes da administração pública, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços, que deliberam sobre a política de saúde local (PEDROSA, 2014).

Os hospitais públicos estão diretamente submetidos às decisões dos Conselhos de Saúde. Nos hospitais privados pode não existir Conselho Diretivo ou, existindo, pode ser constituído pelos proprietários ou por pessoas indicadas por eles. É comum que esse conselho, nos hospitais filantrópicos, seja formado por pessoas da própria comunidade onde os hospitais estejam localizados, que se interessa em dar sua contribuição ao bom andamento das ações hospitalares (MARTINS, 2017; DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018; PAIM, 2018).

Nos hospitais universitários, o Conselho Diretivo está vinculado à instituição de ensino à qual pertence. Como consequência, a Diretoria de um hospital público é definida pelo Secretário de Saúde, ou pela autoridade correspondente, no nível de governo em que o hospital esteja vinculado. No hospital privado a Diretoria é eleita pelos seus proprietários; no hospital filantrópico, pelas pessoas que integram o Conselho Diretivo; nos universitários, pelo Reitor da instituição de ensino (MARTINS, 2017).

Nos hospitais públicos, os serviços de apoio, infraestrutura e serviços auxiliares de diagnose e terapia são realizados pelo próprio hospital ou por outras agências governamentais, começando por tanto, a aparecer experiências de terceirização de alguns desses serviços. Analisar o hospital unicamente sob o ponto de vista de sua estrutura administrativa não é suficiente para explicá-lo em todos os seus aspectos (DIAS, 2015; GONÇALVES, 2015).

4.2.1 Os serviços de urgência e emergência nos hospitais públicos

A urgência médica é um estado em que não há risco imediato à vida, à saúde, à propriedade ou ao ambiente, mas, se não for atendida num determinado período de tempo, a situação pode se transformar em uma emergência. Os padrões de urgência também são estabelecidos pelo governo e pelos órgãos que o regulamentam. A definição de urgência é diferente para profissionais de medicina, em relação a outros

profissionais em diversos ramos de atuação, seja na indústria ou no comércio (SANTOS, 2011; DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2016).

No contexto da saúde, a urgência são as ocorrências de caráter urgente, que necessitam de tratamento médico e muitas vezes de cirurgia, e possuem um caráter imediatista para atendimento. Deve esse setor, estar equipado para atender a população que o procuram devido aos imprevistos na saúde. As unidades de urgência precisam manter pessoal treinado e preparado com equipamentos em uma estrutura adequada no enfrentamento dos possíveis traumas ou acidente ocorridos na população e ainda manter um quantitativo de pessoal, evitando assim, aglomeramentos a espera de atendimento, que possam trazer transtornos no enfrentamento dos problemas dos pacientes. Exemplos de urgência: luxações, torções, fraturas (dependendo da gravidade), dengue, *etc* (SANTOS, 2011; DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2016).

Segundo Doniec, Dall'alba e King (2016), atualmente, observam-se o aumento na procura por este serviço de saúde, devido a vários fatores, entre eles o envelhecimento da população, novas doenças, entre elas o estresse, e também novos tratamentos e uma expectativa de vida maior da população sempre motivada por condições melhores de vida. Com isso fica evidente o aumento na procura por esse serviço, conforme afirmam Santos e Andreoti (2014, p. 22):

A assistência à saúde no setor de urgência e emergência tem sido utilizada de forma demasiada nos últimos anos, devido ao número de acidentes, a violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, ocasionando uma alta demanda neste setor, sendo este um importante componente no atendimento à saúde.

Nesse sentido, Ebrahimi e Kargar (2018) colocam que a subdivisão do serviço hospitalar por setores, de maneira diferenciada, evitando o aumento de atividades e cobranças constantes, pode interferir nas atividades e na visão dos profissionais face aos agentes estressores. Para os autores, a necessidade de conhecimento das situações geradoras de estresse em setores com maior demanda de pacientes em estado crítico, como as unidades de urgência e emergência, as cobranças devem ser amenizadas pelo planejamento, devido ao risco de se potencializar as tensões com atendimento graves. Embora a procura por atendimento nesse setor em

hospitais públicos tenha aumentado, é importante que a organização do trabalho não proporcione uma sobrecarga de atividades e com isso, cobranças em excesso.

No caso da emergência, esta é considerada uma situação em que a vida, a saúde, a propriedade ou o meio ambiente enfrentam uma ameaça imediata. Em situações de emergência, devem ser tomadas medidas imediatas, para evitar que a situação se agrave. Além disso, para trabalhar em uma unidade de emergência o profissional deve gostar de estar lá e também, dar atenção a família do paciente, que está do outro lado aflito, sem saber o que está ocorrendo. Muitas vezes a cobrança por resultados é grande, pois se tem a percepção que o profissional médico deve proporcionar resoluções do caso (EBRAHIMI; KARGAR, 2018).

No âmbito da medicina, a emergência é a circunstância que exige uma cirurgia ou intervenção médica de imediato, onde a vida do paciente corre risco de morte. Exemplos de emergência: hemorragias, parada respiratória, parada cardíaca, entre outras (GILBERT; CARDOSO; WUILLAUME, 2010; SANTOS, 2011).

O serviço de urgência e emergência é a porta de entrada para o sistema de saúde hospitalar, pois a população busca a solução de problemas complexos. Entretanto é necessária uma triagem quanto à gravidade do caso a ser atendido. Essas triagens são denominadas de protocolos. Os protocolos denominam de que forma as gravidades serão classificadas. De acordo com a situação de cada paciente são definidos parâmetros de tempo e prioridades, podendo sofrer alterações conforme critérios estabelecidos por cada instituição de saúde. É o protocolo que direciona a atuação do residente médico, sendo este profissional considerado o responsável pela classificação de risco (ROCALLI *et al.*, 2017). Os protocolos mais utilizados mundialmente são: *Australian Triage Scale*, *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*, *Emergency Severity Index* e *Manchester Triage Scale*. No Brasil, algumas instituições de saúde públicas desenvolvem os seus próprios protocolos, embasados em outros mundialmente conhecidos (HERMIDA *et al.*, 2018).

No setor de urgência e emergência do hospital público pesquisado, é utilizado um protocolo adaptado da *Manchester Triage Scale*. O Protocolo de Manchester, como

é conhecido, é um sistema de triagem que classifica os pacientes por meio de cores após uma avaliação que inclui verificação de seus sinais, sintomas e nível da dor, que representam, assim, a gravidade do quadro e o tempo de espera para atendimento de cada paciente no setor de urgência e emergência.

A classificação de risco sempre deve ser realizada por um profissional de nível superior, que geralmente é o residente médico. Após uma avaliação, os pacientes são identificados por níveis estabelecidos pelo sistema de protocolo de atendimento de risco. Esse sistema de classificação usa diversas cores para facilitar o entendimento quanto à gravidade ou não de cada paciente. A cor vermelha significa que há uma necessidade de atendimento imediato, ou seja, emergência, sem tempo de espera. A cor laranja significa que é um paciente em estado muito urgente, necessitando de atendimento praticamente imediato, sendo que o tempo de espera não pode ultrapassar dez minutos. Na cor amarela o quadro é de urgência, porém o paciente pode aguardar o atendimento, neste caso o tempo de espera é de até 60 minutos. A cor verde significa um caso pouco urgente e o paciente pode esperar atendimento por até duas horas, ou em muitos casos, ser encaminhado para outras instituições de saúde. Quanto à cor azul ela significa que se trata de caso não urgente e pode aguardar atendimento, ou ainda ser encaminhado também, para outros serviços ou instituições de saúde, neste caso o tempo de espera pode ser de até quatro horas (RONCALLI *et al.*, 2017; HERMIDA *et al.*, 2018).

Segundo Santos e Andreoti (2014) o serviço de urgência e emergência deve contar com uma estrutura que obedeça aos critérios mínimos apresentados pela Resolução RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Essa Resolução estabelece:

Uma área externa para desembarque de ambulâncias, uma sala de triagem médica e/ou de enfermagem, consultório médico, sala de serviço social, sala de higienização, sala de suturas / curativos, sala de hidratação por leito para o paciente que precisar permanecer em soroterapia, sala de inalação, sala de aplicação de medicamentos, sala de gesso e redução de fraturas, sala para exame indiferenciado, sala para exame diferenciado (oftalmologia, otorrino, entre outros) a depender do equipamento utilizado, sala de observação para pacientes que deverão permanecer no setor ou aguardar o resultado de exames, posto de enfermagem e serviços para realização de relatórios ou prescrições de enfermagem, sanitários para os pacientes, área para guardar macas e cadeiras de rodas e área de recepção de pacientes. [...] Para a realização de procedimentos cirúrgicos deve-se ter um local para

recepcionar e transferir pacientes urgentes; assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e procedimentos anestésicos no paciente; ambiente adequado para proceder à lavagem cirúrgica e antissepsia das mãos; ambiente para executar cirurgias e endoscopias em regime de rotina ou em situações de emergência; realizar endoscopias que requeiram supervisão de médico anestesista; local para retirar e manter órgãos para transplante [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 115).

O usuário ao dar entrada em uma unidade de urgência e emergência, encontra-se angustiado, muitas vezes com dor, e não quer ser submetido a desconfortos de uma estrutura física inadequada e ineficiente (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2014). Uma estrutura física do serviço de urgência e emergência deve ser adequada e planejada para proporcionar um atendimento de qualidade ao paciente, acolhendo-o de maneira eficaz e reduzindo o risco de danos associados a ações improvisadas (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

Um ambiente de trabalho desordenado e com recursos físicos e humanos impróprios gera diversas consequências, entre elas o cansaço, a sobrecarga de trabalho e o estresse ocupacional dos profissionais. O setor de urgência e emergência deve ser um local adequado para permitir o livre movimento das equipes de trabalho e assim proporcionar um atendimento eficaz, sempre voltado a proporcionar privacidade ao paciente e seus familiares (LIMA NETO *et al.*, 2014). Diante disso, Oliveira *et al.* (2011) afirmam que o estresse no ambiente de trabalho, resulta em insatisfação que pode manifestar-se na forma de contaminação do ambiente, gerando insatisfação nos indivíduos, refletindo assim, nas equipes de trabalho e na instituição como um todo.

Todo o atendimento de urgência e emergência é realizado pelo Pronto-Socorro do hospital, considerado uma porta de entrada para os serviços de saúde. Esse deve ter o seu funcionamento 24 horas do dia, e devidamente estruturado e equipado, para acolher pacientes em estado de urgência e emergência, não proporcionando assim, uma superlotação, o que poderá comprometer à qualidade da assistência prestada, principalmente em hospitais de atendimento do SUS (SANTOS; ANDREOTI, 2014).

Por fim, segundo Dias e Scalabrini-Neto (2016) e Ferreira *et al.* (2017), a assistência do serviço de urgência e emergência não se restringe apenas à população local,

mas a prestação de serviços públicos atendendo a usuários de várias localidades e especialidades, sejam eles doentes graves ou acidentados. Portanto, o setor de urgência e emergência é uma porta de entrada que deverá estar sempre aberta para a assistência médica nos hospitais públicos que atendem a esta especialidade.

4.3 O hospital público pesquisado

A rede de atendimento do SUS, na cidade de Belo Horizonte/MG, possui hospitais públicos, privados e filantrópicos. Atendem nas mais diversas áreas médicas, como pediatria, ortopedia, cardiologia, psiquiatria, maternidade, entre outras. O *locus* deste estudo foi um hospital público administrado pela Prefeitura Municipal da cidade de Belo Horizonte. Todas as informações, relativas ao hospital aqui apresentadas, foram coletadas em seu sítio institucional, que por questões de confidencialidade não será mencionado.

Portanto, o hospital público que foi objeto desta pesquisa, doravante denominado HP é referência para as urgências clínicas, politraumas, cirúrgicas, ortopédicas, neurológicas, vasculares, plásticas e maternidade de alto risco. Possui 402 leitos, sendo 135 na Unidade de Urgência e Emergência, 267 nas Unidades de Internação e 18 leitos de Hospital-Dia e um Ambulatório de Especialidades.

O HP é também um Centro de Educação e Pesquisa por proporcionar estágios nas áreas de fisioterapia, nutrição, enfermagem, informática, psicologia, fonoaudiologia e nutrição. Pela excelência alcançada, foi credenciado pelos Ministérios da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino. Tal fato possibilitou a contratação do Hospital junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte/MG.

Em sua estrutura o HP é formado por um hospital geral, com pronto-socorro, ambulatório, hospital-dia e dotado de amplos setores de internação com Centros de Tratamento Intensivo (CTI), pediatria, ginecologia e obstetrícia, blocos cirúrgicos, serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, farmácia, serviço de nutrição e dietética, banco de sangue, lavanderia, esterilização e fisioterapia. A maternidade do hospital é referência em gravidez de alto risco e responsável por 23% dos partos

deste tipo realizados, na cidade de Belo Horizonte. O berçário de alto risco oferece 40 leitos e a unidade de saúde possui 20 leitos de CTI infantil e neonatal.

O Programa de Atenção Domiciliar do HP foi o primeiro, em Minas Gerais, a receber o credenciamento para atendimento por meio do SUS. O programa atende em domicílio pacientes que demandam cuidados especiais, mas não necessitam ficar internados, liberando leitos, reduzindo o risco de infecção hospitalar e permitindo o retorno do paciente ao convívio familiar. Oferece assistência integral e universal à saúde da população de Belo Horizonte e regiões de referência, com excelência técnica, tratamento ético e humanizado, além de ações para o ensino e pesquisa. Constitui-se como uma referência para as urgências e emergências (pediatria, ginecológica e clínica médica), cirurgias (geral, ortopédicas, neurológicas, vasculares, plástica, ginecológica), com atendimento médio de 600 pacientes/dia em 2017.

O HP oferece assistência integral e universal à saúde da população de Belo Horizonte e regiões de referência, com excelência técnica, tratamento ético e humanizado, além de ações para ensino e pesquisa, promovendo a saúde e o saber. Constitui-se como uma referência para as urgências clínicas (pediatria, ginecologia e clínica médica), cirúrgicas (geral, ortopédicas, neurológicas, vasculares, plástica, ginecológicas), com atendimento médio de 600 pacientes/dia.

Sua Maternidade de Alto Risco realiza cerca de 160 partos/mês com atendimento exclusivo ao SUS. Assiste não só aos cidadãos da cidade de Belo Horizonte, mas também pacientes vindos de outras cidades do Estado. Como Centro de Ensino e Pesquisa foi reconhecido como Hospital Escola, proporcionando estágios em fisioterapia, nutrição, enfermagem, medicina, informática, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e residência médica em várias áreas.

4.3.1 A unidade de urgência e emergência cirúrgica do hospital público pesquisado

A estrutura física da unidade de urgência e emergência cirúrgica do HP, objeto deste estudo, ocupa o andar térreo. O planejamento físico da unidade atende alguns

propósitos básicos que são: espaços para abrigar equipamentos e permitir livre circulação da equipe de trabalho; busca a eficácia nos atendimentos por meio de recursos; redução de ações improvisadas; assistência completa aliada a recursos materiais e ambientes físicos adequados; atendimento com segurança e eficácia utilizando-se de pessoal e equipamentos adequados.

A sala de atendimento da urgência e emergência cirúrgica oferece recursos materiais e humanos para atender pacientes com risco de vida oriundos da capital mineira e de diversas cidades da região metropolitana de Belo Horizonte. A sala é ampla e tem equipamentos necessários para um atendimento de emergência como aparelho de pressão, bomba de infusão, desfibrilador, monitor cardíaco, dez carros de parada cardíaca, aparelho de ventilação mecânica, tábua para reanimação cardíaca com saída de oxigênio e vácuo, entre outros.

Conta ainda com uma equipe especializada de atendentes, enfermeiros, médicos residentes, plantonistas e médicos especialistas em trauma e também de outras áreas da medicina, prontos para o atendimento rápido de pacientes com risco de vida.

O HP possui ainda uma sala de politrauma, onde são atendidos pacientes que sofreram acidentes ou violências (causas externas) separada da sala de emergências, onde são tratados outros casos de gravidade. Ainda em sua parte física apresenta outros ambientes, que complementam as unidades de urgência e emergência tais como a Unidade Transfusional, onde é realizada a guarda e a distribuição de hemocomponentes, ou seja, produtos resultantes do sangue.

Há ainda rouparia, copa, local para a guarda de aparelho de RX transportável, área para guarda de pertences de pacientes, sanitários de funcionários, estar do plantão médico, estar do plantão de enfermagem e de pessoal de apoio, estacionamento de ambulâncias com estar e sanitário anexo para motoristas, salas administrativas, posto policial, cantina, sala de utilidades, depósito de material de limpeza (DML) e sala de armazenamento temporário de resíduos.

4.4 A residência médica

Instituída pelo Decreto nº 80.281, de cinco de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerado o “padrão ouro” da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM (BRASIL, 2014).

O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “residência médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (BRASIL, 2014).

A residência médica é uma pós-graduação para os médicos, que além do conhecimento prático adquirido, possui uma grande vantagem sobre qualquer outra carreira, ou seja, no lugar de pagar mensalidades pela extensão do ensino, os residentes recebem uma bolsa-auxílio durante o período da extensão. O valor da bolsa serve para repor os custos com transporte, alimentação e materiais médicos necessários para as atividades diárias. Existe a dificuldade de ingresso, por ser muito concorrida, onde os médicos se dedicam um ano após a formatura, estudando para as provas seletivas. O tempo de residência varia de acordo com a especialização escolhida, mas podem durar de dois a cinco anos (GILBERT; CARDOSO; WUILLAUME, 2010; RIBEIRO, 2012).

A residência médica, segundo Velho *et al.* (2012), é um curso de pós-graduação *lato sensu*, qualificado como uma aprendizagem e treinamento em teoria e habilidades práticas em saúde, no qual é dada ao médico a oportunidade de aprofundar conhecimentos e experiências em especialidades específicas. Embora a formação médica seja considerada concluída na graduação, a residência médica surge como uma forma respeitável de aperfeiçoamento profissional, sendo que boa parcela dos médicos recém-formados almeja cumpri-la, seja por tradição, necessidade de aprimoramento ou até mesmo deficiência da formação acadêmica.

Os residentes médicos situam-se nas diversas áreas como Clínica Médica, Urgência e Emergência, dentre outras especialidades. Durante o cumprimento da jornada, devem realizar atividades específicas do programa de residência médica onde são vinculados, ou seja, o atendimento a paciente e cirurgias em blocos cirúrgicos, entre outros. Qualquer outra atividade que fuja do programa descaracteriza o objetivo da residência médica que é a formação e treinamento em serviço embora a remuneração da bolsa recebida possa ser entrave para que muitos possam continuar o aprendizado, partindo assim para outras áreas da saúde onde a remuneração é maior (MARTINS, 2010; VELHO *et al.*, 2012).

O residente deve seguir uma escala de plantão onde a determinação de horários noturnos e finais de semana seja padronizada pela CEREM-MG – Conselho de Residência Médica de Minas Gerais, para todos os programas, enfatizando que às 24 horas de plantão devem estar incluídas nas 60 horas semanais de atividades. Essa padronização foi estabelecida por não haver determinação na Lei 6932 sobre que período ou atividades devem ser considerados em termos de plantão (MARTINS, 2010; VELHO *et al.*, 2012; DIAS; SCALABRINI-NETO, 2016, 2017).

Myers e Dickstein (2006) constataam que os residentes médicos realizam seus trabalhos sem pausa para descansar, com carga horária excessiva, convivendo com situações dolorosas, relacionadas à pacientes acidentados, às vezes mutilados e com quadro clínico instável, gerando estados de elevada tensão e estresse. Nesse sentido Stoesser e Cobb (2014) afirmam que o processo de enfrentamento ao estresse requer a percepção do indivíduo quanto à sobrecarga gerada pelo agente estressor, podendo assim, dispender esforços que promovam a adaptação ou mesmo a eliminação da situação estressante.

Os residentes médicos recebem valores de bolsa pouco significativos, pagos com recursos da União. Dessa forma, pouco sobra para estes profissionais em início de carreira, que possuem a vontade de dispor de uma vida social independente. Assim, surgem novas despesas que até a graduação não tinham, tais como, aluguel, transporte, vestuário, entre outros (FERREIRA, 2014).

Fabichak, Silva-Junior e Morrone (2014) destacam ainda, que o baixo valor da bolsa de estudos recebida pelos residentes leva muitos profissionais a buscarem outras atividades remuneradas, sobrecarregando ainda mais e prejudicando a qualidade de vida, comprometendo assim, o processo de aprendizagem e a qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde onde atuam.

No estudo de Samuelsson *et al.* (2014) realizado com residentes médicos existe referência à associação entre *burnout* e suicídio, sendo citado pelos residentes aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, como: tendência suicida, qualidade do trabalho, ambiente de trabalho negativo e *burnout*/depressão. O estudo foi realizado com residentes médicos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Para Asaiag *et al.* (2010) e Soares *et al.* (2012) a residência médica, devido a seus fatores de risco no ambiente de trabalho e também decorrentes do trabalho estressante, como a sobrecarga intensa, a privação do sono, contato com doenças graves, isolamento social, as constantes preocupações financeiras, a falta de condições de trabalho e de aprendizagem adequadas, acaba por se tornar altamente favorável ao desenvolvimento a Síndrome de *Burnout*. Para os autores, o próprio *burnout*, interfere na vida social e privada da pessoa, podem contribuir para a incidência de pensamentos suicidas ou de tentativas de suicídio.

Ainda em relação ao *burnout*, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) afirmam que nos casos onde os níveis de estresse não são controlados, os indivíduos podem desenvolver o *burnout*, uma vez que não conseguem adaptar-se ao trabalho, devido às cobranças excessivas e a alta tensão provocada pelas atividades de trabalho e as demandas que geram sobrecarga.

Tyssen *et al.* (2014), em um estudo com 5.522 estudantes de medicina e residentes em seu primeiro ano de residência na Noruega, revelaram que 14% da amostra apresentaram pensamentos suicidas, onde 8% planejaram o suicídio e 1,4% tentou o suicídio. Os preditores identificados nesta população foram a falta de controle sobre as situações de trabalho e de estudo; traços de personalidade; eventos

negativos na vida social decorrentes do estresse resultante de trabalho; e depressão e ansiedade caudados pelo elevado nível do quadro de estresse ocupacional.

Em outro estudo, realizado por Thompson *et al.* (2014), nos Estados Unidos com dois mil estudantes de medicina e residentes médicos, evidenciou que 6% do total pesquisado relataram ideias suicidas ou tentativa de suicídio. A pesquisa revelou ainda que as maiores taxas de imaginação suicida foram encontradas nos estudantes que apresentaram quadro grave de depressão causada pelo estresse na residência médica.

Kamsiki *et al.* (2014) em estudo realizado em uma Universidade austríaca, identificaram 14 suicídios em estudantes de medicina no último ano de graduação e início da residência médica, entre de janeiro de 2009 a agosto de 2013. Esses números refletem uma média de três suicídios por ano.

Pesquisa realizada por Santa e Cantilino (2016) no banco de dados do jornal *Pub Med Medline*, no período de 2000 a 2014, demonstra que os estudos relativos ao suicídio médico ainda despertam pouco interesse devido aos registros formais, uma vez que muitos casos de tentativa de suicídio ou o suicido cometido, não chegam ao conhecimento público, devido ao fato de expor uma imagem negativa destes profissionais. No período pesquisado, foram encontrados somente 17 artigos relacionados ao tema de suicídio na profissão médica.

Para Thompson *et al.* (2014) o risco de suicídio em residentes médicos com depressão ou estresse elevado, aumenta vinte vezes mais do que em indivíduos com outros transtornos psiquiátricos ou doenças clínicas. Para os autores a prevenção do suicídio em residentes médicos requer uma série de estratégias, incluindo melhor controle do transtorno psiquiátrico, medidas para reduzir o estresse ocupacional e restrição de acesso aos meios de suicídio quando os médicos estão deprimidos.

4.4.1 A residência na especialidade de urgência e emergência cirúrgica

Em relação às unidades de urgência e emergência o hospital possui 20 vagas para residentes, sendo 10 vagas para cirurgia geral e 10 vagas para clínica médica. Todas as especializações possuem escalas de horários com plantões de 12 horas, podendo inclusive, de acordo com as demandas de atendimento, estender este horário para proporcionar maior atendimento às demandas em urgência e emergência.

Nesse sentido quando se refere à importância do tema, Nogueira-Martins (2011, p. 45) afirma que "é importante que o egresso do curso médico tenha um conjunto de habilidades, competências que o tornem apto para um bom atendimento nos diferentes cenários da urgência e emergência, tanto traumáticas quanto não traumáticas".

A responsabilidade pelo atendimento em urgência e emergência cirúrgica dentro dos sistemas de saúde modernos levou a criação de programas de especialização em Medicina de Emergência em todo o mundo. Essa especialidade tem formação própria e específica, com médicos formados em residência médica, com duração de três a sete anos. O residente médico deve ter experiência técnica e científica, para atender pacientes de alta a baixa complexidade. Além disso, são estes profissionais que são responsáveis pela organização e dimensionamento da rede de atendimento em urgência e emergência (CARNEIRO; GOUVEIA, 2014; EBRAHIMI; KARGAR, 2018).

O trabalho do residente médico no serviço de urgência e emergência cirúrgica requer conhecimento e preparo para o trabalho a ser realizado, ter ainda competência e conhecer suas limitações legais e suas atribuições, pois muitas vezes o acúmulo de tarefas vai além do suportado por estes profissionais em início de carreira (CARRET, 2007; LIMA *et al.*, 2007).

Nesse sentido, o profissional deve estar apto a prestar cuidados aos pacientes, devendo oferecer respostas imediatas e adequadas a cada situação. Devem manter ações sempre ligadas aos demais serviços existentes no setor de urgência e

emergência, permitindo assim, o encaminhamento adequado do paciente para outros setores de atendimento quando necessário (EBRAHIMI; KARGAR, 2018; KEEMINK *et al.*, 2018).

Pai e Lautert (2008) enfatizam que a sobrecarga de trabalho é uma das características do ambiente em hospitais públicos do Brasil, principalmente nos serviços de atendimento de urgência e emergência, contribuindo para a geração de estresse nos residentes médicos. Ainda em relação à sobrecarga de trabalho exercida pelos residentes médicos, Bittencourt e Hortale (2009, p. 22) afirmam que “o local de trabalho é desafiante para aqueles que ali trabalham na área médica, por conviverem com a superlotação, a sobrecarga de trabalho e tensões constantes”.

Para Daskivich *et al.* (2015), a sobrecarga de trabalho em residentes médicos que atuam em cirurgias de urgência e emergência é muito grande. Esse agente estressor pode ser classificado em dois níveis: quantitativo e qualitativo. O quantitativo refere-se ao número em excesso de atividades executadas pelo residente no ambiente de trabalho, ou seja, as cirurgias realizadas. Em relação à sobrecarga qualitativa esta se refere às dificuldades encontradas na realização de suas tarefas, enfrentando demandas que estão além das competências do residente médico em fase inicial de aprendizado. Poletto *et al.* (2016) relatam que a sobrecarga no trabalho pode levar o residente médico à exaustão física e mental inclusive à baixa realização profissional. Em muitos casos pode desencadear o estresse e também ao *burnout*.

Para Hoggis, Scott-Smith e Okonie (2018) a percepção da importância do papel de médico, associado à estrutura estressante, na urgência e emergência cirúrgica, que a residência proporciona nessa área, resulta na falta de familiaridade com o programa. Para os autores, os residentes médicos sentem falta da qualidade no aprendizado em um curto espaço de tempo. Essa percepção, citada pelos autores, estando associada à relutância dos preceptores em treiná-los em habilidades produz uma incerteza sobre suas aspirações de carreira para o futuro.

O atendimento às urgências e emergências médicas cirúrgicas, mostra toda a lógica que uma boa organização deve ter na agilidade e eficiência de todo o sistema de

saúde, uma vez que esse serviço é a porta de entrada para o hospital público, mas, por outro lado, expõe toda a fragilidade desse sistema, denunciando o despreparo e descrença dos profissionais de saúde, a falta de ações políticas nos meios de transporte de pacientes e em ações sociais de impacto na qualidade de vida dos cidadãos, e todo o problema relativo ao baixo nível cultural da população (MOLLER; PONZER; SHOSHAN, 2017).

A sala de urgência e emergência cirúrgica, segundo Moller, Ponzer e Shoshan (2017), em qualquer lugar do mundo, acaba sendo a 'consciência do país'. Ali se visualizam e vivenciam todos os aspectos sociais da saúde das pessoas, o que, dentro de um sistema de saúde desorganizado, acaba trazendo problemas aos profissionais, principalmente os residentes médicos que nele trabalham, e que, apesar de conviverem, diariamente, com todo tipo de problema, sempre foram vistos pelas instituições e pelos colegas, profissionais de saúde, como pessoas despreparadas e de difícil trato.

O que ocorre, entretanto, é um sofrimento psíquico, que se apresenta pela perda de controle do residente médico sobre todos os aspectos do seu trabalho, dentro da urgência e emergência cirúrgica, já que a tomada de decisões muitas vezes são atribuições de terceiros, geralmente alheios, inclusive à dinâmica do processo de trabalho em si, tornando-o sem significado, levando a um isolamento social, e à falta de envolvimento com o ambiente de trabalho, o que é agravado pelas condições precárias do mesmo e a cobrança excessiva por resultados (ABDELAZIZ *et al.*, 2017; TACKETT *et al.*, 2017; WEURLANDER *et al.*, 2018).

Há um perfil característico da personalidade para que um profissional de saúde, nesse caso o residente médico, tenha sucesso no trabalho diário com casos de urgência e emergências médicas, principalmente o desenvolvimento de um processo de educação continuada e a capacidade de trabalhar em equipe, de um modo harmônico, sem com isso quebrar a hierarquia dos preceptores e a disciplina que o atendimento de tais casos demanda no serviço de urgência e emergência cirúrgica. Tal perfil tem que ser trabalhado, de um modo profissional, através de reuniões periódicas entre os vários profissionais que compõem as equipes de atendimento nesse serviço, visando à discussão dos conflitos e das dificuldades apresentadas. O

prognóstico final do paciente com uma urgência ou emergência médica, seja traumática ou não traumática para cirurgia, será altamente dependente de uma melhor eficiência e qualidade em todas as fases do sistema de saúde, desde o pré-atendimento hospitalar; o atendimento hospitalar, neste caso envolvendo a sala de urgência e emergências cirúrgica e sala de politraumatizados; centro cirúrgico; centro de terapia intensiva e enfermarias; e a reabilitação do paciente. Qualquer falha, em qualquer das fases, alterará, decisivamente, o prognóstico relativo ao paciente. Tais fatos ocorrem devido à pressão para obter resultados impostos pelos coordenadores e preceptores dos residentes médicos (TACKETT *et al.*, 2017).

Dessa forma, o trabalho dos residentes médicos na especialidade de urgência e emergência cirúrgica torna-os vulneráveis ao surgimento do estresse ocupacional, devido à inserção recente desses profissionais oriundos da graduação e sem experiência para atuar nesse setor, principalmente quando o tempo de permanência dentro do hospital ou mesmo a alta demanda de pacientes nesse setor contribuem para a sobrecarga imposta no serviço de urgência e emergência cirúrgica (ABDELAZIZ *et al.*, 2017; TACKETT *et al.*, 2017; WEURLANDER *et al.*, 2018).

5 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se o perfil dos participantes do estudo e a análise e discussão dos resultados das manifestações do estresse, envolvendo as categorias e subcategorias identificadas.

5.1 Perfil dos participantes

O Quadro 3 a seguir, apresenta o perfil demográfico e funcional dos participantes da pesquisa. Para a preservação da identidade, os entrevistados receberam as letras “RM” (residentes médicos) acrescido pelos números de 1 a 9, que corresponde ao quantitativo de entrevistados.

Quadro 3 – Perfil demográfico e funcional dos participantes da pesquisa

Entrevistado	Sexo	Estado civil	Idade	Categoria da residência	Tempo de residência	Tempo de formado	Horas de trabalho semanais contratadas	Horas de trabalho semanais realizadas
RM1	M	Solteiro	28	R3	3 anos	4 anos e 3 meses	60 horas	80 horas
RM2	M	Solteiro	29	R2	1 ano e 6 meses	3 anos	60 horas	96 horas
RM3	F	Solteira	30	R2	1 ano e 8 meses	2 anos e 6 meses	60 horas	96 horas
RM4	F	Solteira	30	R3	3 anos	5 anos	60 horas	80 horas
RM5	M	Solteiro	25	R1	7 meses	11 meses	60 horas	72 horas
RM6	M	Casado	28	R2	1 ano e 8 meses	3 anos	60 horas	+ 96 horas
RM7	M	Solteiro	26	R2	1 ano e 10 meses	2 anos	60 horas	+ 96 horas
RM8	F	Solteira	26	R1	8 meses	1 ano e 2 meses	60 horas	84 horas
RM9	M	Solteiro	29	R3	3 anos	4 anos e 6 meses	60 horas	80 horas

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Mais da metade dos entrevistados é do sexo masculino. Oito residentes são solteiros e apenas um é casado. A faixa etária varia entre 25 e 30 anos de idade. Quanto a categoria da residência, dois entrevistados são iniciantes, ou seja, R1;

quatro são da categoria intermediária denominada R2 e três são da categoria R3. O tempo de residência varia entre oito meses e três anos, sendo que a maioria atua há aproximadamente um ano e oito meses como residentes na especialidade de urgência e emergência cirúrgica. A variabilidade do tempo de residência dá-se em função do tempo de formado, ficando este entre 11 meses e cinco anos, onde é possível observar que os R3 estão acima dos quatro anos de formado. A função de todos os entrevistados é de residente médico admitido por meio de concurso com vínculo estabelecido pelo Ministério da Educação e Cultura, uma vez que se trata de estágio remunerado para a categoria de pós-graduação médica (especialização).

Em relação à carga horária, todos os entrevistados relataram que atuam acima das 60 horas semanais contratadas, embora seja estabelecida pelo Ministério da Educação e Cultura, a carga horária de 60 horas semanais, o que é constantemente ultrapassada segundo os relatos dos entrevistados, podendo ultrapassar 96 horas semanais. Isso se deve em função da alta demanda de pacientes no serviço de urgência e emergência cirúrgica do hospital pesquisado, associado ainda, ao número reduzido de pessoal para atendimento, ou seja, de residentes médicos e de médicos plantonistas.

5.2 Análise das manifestações de estresse: categorias e subcategorias

As categorias de análise para esta pesquisa foram definidas *a priori*, em consonância com o problema de pesquisa e os objetivos específicos propostos, tendo como referência o Modelo Teórico de Explicação do Estresse – MTEG, desenvolvido e validado por Zille (2005), adaptado para a abordagem qualitativa para atender os pressupostos desta pesquisa. Portanto, as categorias de análise foram: características da urgência e emergência cirúrgica; fontes de tensão no trabalho; sintomas de estresse; impactos no trabalho e estratégias de enfrentamento ao estresse (*coping*).

Em relação às subcategorias, estas emergiram do discurso dos residentes médicos entrevistados. As categorias e subcategorias são apresentadas por meio do Quadro 4, a seguir.

Quadro 4 – Categorias e subcategorias de análise

Categorias	Subcategorias
Características da urgência e emergência cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços realizados integralmente pelos residentes médicos; • Escola de aprendizado; • Qualidade no atendimento; • Sala de politraumatizados.
Fontes de tensão no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de trabalho; • Relações conflituosas no ambiente de trabalho; • Alto grau de responsabilidade; • Cobranças excessivas por resultados; • Baixa remuneração.
Sintomas de estresse	<p>Sintomas Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga; • Insônia; • Dores musculares; • Esgotamento físico; • Sonolência. <p>Sintomas Psíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Angústia; • Irritabilidade. <p>Manifestações orgânicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Queda de cabelo; perda de peso; rinite alérgica; dores de cabeça constante; infecção urinária; problemas gastrointestinais.
Impactos no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Relação médico/paciente e seus familiares; • Resultados do trabalho; • Desmotivação com a profissão.
Estratégias de enfrentamento ao estresse (<i>coping</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio social de amigos e familiares; • Técnicas de relaxamento; • Uso de medicação.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Com base na análise do conteúdo das entrevistas em relação às categorias, emergiram 24 subcategorias conforme mencionadas no Quadro 4. Foram consideradas para identificação das subcategorias as respostas que alcançaram a frequência igual ou superior a 50% dos relatos dos entrevistados, ou seja, considerou-se como subcategorias a partir de cinco repetições nas falas dos sujeitos pesquisados. As subcategorias que ao final da análise não atingiram a frequência de 50%, foram desconsideradas para a análise principal.

A seguir, apresentam-se os resultados obtidos nesta pesquisa, levando-se em consideração as categorias de análise e as respectivas subcategorias que emergiram diante da análise dos conteúdos realizadas com base nas entrevistas realizadas e transcritas com os residentes médicos que atuam no serviço de

urgência e emergência cirúrgica do hospital público pesquisado. Considerou-se as subcategorias que apresentaram maior frequência no discurso dos entrevistados.

5.2.1 Características da urgência e emergência cirúrgica

Esta categoria foi explicada mediante confirmação das subcategorias de análise definidas a partir das respostas que surgiram nos depoimentos dos residentes médicos. Tendo a análise qualitativa como método de abordagem, foi possível identificar as principais características do serviço de urgência e emergência cirúrgica presentes no hospital pesquisado, sendo elas: serviços realizados integralmente pelos residentes médicos; escola de aprendizado; qualidade no atendimento e sala de politraumatizados. A ordem em que as subcategorias são descritas, não representam no contexto geral, a frequência nas respostas analisadas.

O crescente aumento da população brasileira nas últimas décadas tem proporcionado também, um aumento na procura pelo atendimento médico de urgência e emergência cirúrgica. Novas formas de atendimento são implantadas, visando proporcionar rapidez no atendimento para os pacientes que buscam o SUS, os hospitais e as Unidades de Pronto Atendimento – UPA (SCHEFFER *et al.*, 2018).

Os serviços de atendimento dos hospitais públicos, segundo Santos (2011), devem estar preparados tanto em termos de recursos humanos, ou seja, residentes médicos, plantonistas, equipes de enfermagem, quanto de equipamentos e estrutura física adequada que possam proporcionar condições de trabalho aos residentes que atuam no serviço de urgência e emergência cirúrgicas. A estrutura e a forma de atendimento do serviço de urgência e emergência cirúrgicas do hospital público pesquisado são evidenciadas nos relatos dos residentes médicos entrevistados:

A porta de entrada do hospital principal é pela UPA, é uma unidade separada, é aquela lá em cima, e aqui embaixo a gente tem serviço de urgência também. Para alguns traumas graves, algumas coisas são trazidas pela secretaria ou pela coordenação do plantão [...] então somos duas vias de entrada principal [...] a maioria dos casos entram pela UPA e aqui em baixo é para alguns casos selecionados mais graves ou pacientes que buscam operar e já são vinculados ao HP (RM2).

[...] são duas entradas diferentes, os pacientes são trazidos ou por demanda espontânea ou são trazidos pelo SAMU. Alguns pacientes

também são trazidos via transferência pelo SAMU ou de serviços vinculados à rede municipal [...] (RM5).

[...] chega pacientes de todas as complexidades na sala vermelha (UPA), teoricamente a gente teria que fazer aquele primeiro atendimento, estabilizar, só que algumas vezes por falta de disponibilidade de vagas no CTI, acaba que os pacientes lá ficam mais tempo do que o preconizado para a sala de urgência da UPA, uma das portas de entrada do hospital (RM8).

A demanda é muito grande para poucos médicos, às vezes nós temos que decidir qual o caso mais gravíssimo a ser atendido e também operado [...] a gente tem que fazer tudo, a papelada e correr para atender [...] (RM9)

Os pacientes, muitas vezes, chegam ao hospital em casos extremamente graves, necessitando de atendimento imediato, desta forma uma estrutura adequada e pronta para um bom atendimento poderá impactar de forma positiva ou negativa, pois o mesmo não poderá ser submetido a desconfortos oriundos de uma estrutura física inadequada (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2014).

Existem características distintas entre vários hospitais, quanto ao setor de urgência e emergência cirúrgica, porém todos devem ter estrutura adequada para a demanda variada de atendimento aos pacientes, principalmente onde há a necessidade de intervenção médica imediata para cirurgias (SANTOS, 2011). O local de atendimento de urgência e emergência deve proporcionar o livre movimento da equipe de trabalho, com espaço físico adequado, eficácia no atendimento, proporcionando total privacidade aos pacientes e usuários (LIMA NETO *et al.*, 2014).

A seguir, apresentam-se as principais subcategorias que explicam as características da urgência e emergência cirúrgica encontradas nesta pesquisa.

5.2.1.1 Serviços realizados integralmente pelos residentes médicos

Essa subcategoria emergiu do discurso dos residentes médicos quando relataram as funções realizadas dentro do setor de urgência e emergência cirúrgica do hospital público. Foi mencionado que o acúmulo de tarefas é constante na prática dos atendimentos no dia a dia de trabalho dos residentes no hospital. Os relatos a seguir ilustram o contexto mencionado pelos residentes:

Muita correria, muita burocracia. O hospital público é um pouco caótico, tem uma causa de sobrevivência pela vida, a gente sente assim uma pressão, é independente do horário, do tempo, sobrecarrega o pessoal [...] a parte mais pesada acaba ficando no plantão, a gente faz umas quinze funções [...] quem estiver lá é que vai fazer [...] a gente faz tudo mesmo, prescreve, opera, faz plantão [...] no geral você está sempre fazendo alguma coisa ou atendendo, ou operando, ou avaliando (RM1).

O serviço é tocado todo pelo residente, basicamente, quando tem que operar a gente opera também [...] acho isso desagradável porque eu não sou cirurgiã ainda de fato, eu não tenho experiência [...] o chefe geralmente não entra com a gente, é sempre a mesma coisa, a gente faz tudo, a gente toca tudo e acumula muitas funções, é muito acúmulo de tarefas [...] a gente não consegue lidar com muita coisa que não está relacionada a nossa alçada e a gente tem que resolver (RM3).

O residente é uma mão de obra barata [...] acho que a gente não tem suporte, acho que às vezes acaba pecando nisso, eu acho que a gente corre muito o risco de errar nesse momento e isso me deixa muito incomodada e o acúmulo de tarefas é o que mais atrapalha (RM4).

Diante dos relatos mencionados pelos residentes, fica evidente o acúmulo de atividades e muitas vezes a inexperiência do residente para aquelas atividades que envolvem a cirurgia. De acordo com Pai e Lautert (2008) essa é uma das características dos hospitais públicos no Brasil, principalmente em relação aos serviços de urgência e emergência.

Sacadura-Leite e Souza (2014) enfatizam que às vezes é comum o acúmulo de tarefas dentro do serviço de urgência e emergência, porém ressalta que o profissional médico deve estar preparado para exercer várias atividades, ficando ao seu cargo toda a responsabilidade pelo melhor atendimento. Entretanto, esse acúmulo poderá levar a sobrecarga de trabalho devido às atividades em excesso, contribuindo para a geração de tensão excessiva entre os profissionais da área.

5.2.1.2 Escola de aprendizado

Apesar do volume e complexidade das tarefas executadas, o serviço de urgência e emergência cirúrgica proporciona grande aprendizado para os residentes médicos que iniciam na jornada da profissão em busca de uma especialização futura. Nesse sentido Velho *et al.* (2012) afirmam que esse serviço prestado é qualificado como uma aprendizagem, um treinamento da teoria estudada na graduação médica, possibilitando o desenvolvimento de habilidades práticas em saúde, no qual é dada

ao médico a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos adquiridos e experiência em especialidades específicas que venham a escolher para se profissionalizar no futuro. Alguns relatos obtidos vão nessa direção:

Você passa muito aperto, mas aprende colocando a mão na massa mesmo, muito mais prática, é um aprendizado, é uma escola de aprendizado [...] aqui você pega a evolução natural da doença no estágio mais avançado e o tipo de complexidade dos pacientes são maiores que em outros hospitais particulares (RM1).

É a oportunidade de ter na formação o contato com uma área que a gente eventualmente vai atuar depois que terminar o período de residência, é bastante desafiador [...] isso é um aprendizado, é para o resto da vida, eu acho uma oportunidade muito boa (RM2).

É enriquecedor para nós como residente, são oportunidades que nós temos e que não teríamos em outros serviços particulares [...] isso é muito importante para o nosso aprendizado [...] eu acho que os problemas aqui enfrentados fazem parte do nosso crescimento como médico [...] eu acho que é o ponto de partida para a construção de um profissional melhor (RM5).

Em relação ao aprendizado proporcionado pela residência Velho *et al.* (2012) afirmam que há um ganho muito grande para a carreira médica. Muitos vivenciam na prática as teorias aprendidas na graduação e sentem-se realizados apesar do sofrimento devido à falta de experiência. Segundo os autores, poder estudar na prática as doenças complexas e os casos graves de pacientes, traz ao residente a oportunidade para realizar a escolha definitiva da especialidade médica a ser seguida. Nesse sentido, Ribeiro (2012) constata que a residência é a melhor escola, dando assim, uma satisfação ainda maior ao médico formado, podendo contribuir na cura dos seus pacientes. Os relatos a seguir demonstram a satisfação, mesmo com o sofrimento, pela escolha da profissão:

Queria falar que apesar de tudo e de todo o sofrimento tem o lado positivo também, a gente aprende muito, tem muita coisa gratificante que a gente vê aqui, nós sofremos, mas no final isso te muda por dentro, tem um lado muito positivo, sei que é difícil de aguentar isso aqui, mas quando você sai tem experiência boa (RM6).

Eu vou aprender bastante, levar para sempre na minha vida, então, eu acho que valeu a pena isso é essencial, tem que passar, por isso, claro que poderia ser muito melhor do que está (RM7).

Em síntese, embora haja uma grande dificuldade devido ao trabalho estressante, os residentes médicos entendem que a residência em um hospital público pode

contribuir para o ganho de experiência e conhecimento devido ao grande volume de atendimentos com casos complexos, embora a remuneração seja entendida por eles como insuficiente, não permitindo reconhecimento e também pelo fato de estudarem por longos anos, exigindo uma responsabilidade muito grande pela vida dos pacientes.

5.2.1.3 Qualidade no atendimento

Outro aspecto ressaltado pelos discursos dos residentes médicos refere-se à qualidade do atendimento no serviço de urgência e emergência cirúrgica do hospital, definido como precário em função da complexidade e a dificuldade no atendimento em função de alguns aspectos como alta demanda de pacientes, equipe reduzida para o atendimento e a própria estrutura do hospital. Alguns relatos ilustram esta situação:

Serviço com muita demanda, a gente acaba que tem que agilizar ou deixar para um segundo momento algumas prioridades, porque ainda tem mais quinze pessoas na porta esperando atendimento, então você tem que agilizar algumas coisas e isso quem escolhe é você. É péssimo para o paciente (RM2).

O próprio sistema de saúde já é sobrecarregado por natureza, isso tem que mudar a partir lá de cima, dar um bom atendimento para a população, isso eu não vejo aqui (RM6).

Tenho a sensação de impotência também, de achar que as coisas poderiam funcionar melhor, porque faltam alguns recursos materiais e de atendimento (RM8).

Em decorrência do envelhecimento tardio da população, exige-se também do sistema de saúde capacidade maior para responder às demandas atuais e futuras. Com isso, a complexidade das ações de saúde está relacionada com os procedimentos executados no atendimento, nas tecnologias empregadas no ambiente de trabalho e nas especializações dos recursos humanos do hospital. Caso isso não ocorra, resultará em uma má qualidade no atendimento, seja ele na urgência e emergência ou mesmo em outras áreas específicas dos hospitais públicos, impactando assim, no atendimento de qualidade ao paciente (DIAS, 2015), conforme os relatos apresentados:

Em relação ao tempo de espera das pessoas aqui dentro, tem paciente que falou que ficaram 12 horas esperando um atendimento, não consigo imaginar uma pessoa esperar 12 horas por um atendimento (RM4).

A falta de um atendimento eficaz, no setor de urgência e emergência, é reflexo da ausência de uma estrutura adequada e de mão de obra eficiente para o atendimento, o que prejudica a continuidade da assistência prestada a população, refletindo em um atendimento sem qualidade (SANTOS; ANDREOTI, 2014). Os relatos a seguir apresentados, ilustram esta situação:

O risco de você às vezes tomar uma decisão que depois você reflete e acha que não foi a mais adequada é grande, você está exposto a esse risco em cometer erros, uma vez que é muito corrido, são muitos atendimentos ao mesmo tempo, são muitos pacientes o sistema de atendimento do hospital não ajuda, isso é algo estressante [...] foge do nosso controle é uma questão organizacional e de logística de funcionamento do hospital e isso aqui peca muitas vezes e a gente passa estresse por causa disso, um atendimento inadequado ao paciente (RM7).

A qualidade de atendimento, mesmo por ser muito cheio, por exemplo, na UPA às vezes não é o atendimento ideal, isso gera estresse tanto no médico quanto no paciente e o clima acaba pesando em vários plantões e também tem o material que muitas vezes falta, eu mesmo sinto falta de várias coisas, falta de disponibilidade de sala no bloco cirúrgico, por exemplo [...] você às vezes não consegue resolver uma coisa que é realmente tratável, isso é um drama para o médico, no hospital privado você tem recursos e materiais, no público as vezes falta muito material (RM4).

Portanto, de acordo com os relatos apresentados fica claro que o atendimento prestado pelo hospital público carece de melhorias, principalmente quando se refere ao serviço de urgência e emergência, conforme evidenciado em determinados pontos relatados como o volume de atendimento, falta de materiais e disponibilidade de sala no bloco cirúrgico, gerando reflexo na qualidade do atendimento prestado à população.

5.2.1.4 Sala de politraumatizados

Para a subcategoria referente à sala de politraumatizados, esta se encontra na sua capacidade limite, uma vez que a procura pelo hospital por pacientes em decorrência de trauma devido a acidentes, é muito alta. Na maioria dos casos, o paciente já é encaminhado para cirurgia, elevando assim a frequência da utilização da sala. Para os residentes isso é uma constante, pois muitas vezes os pacientes são atendidos no corredor, dependendo da cirurgia, aguardam fora da sala de trauma. O hospital recebe muita demanda de pacientes traumatizados, e os casos são ilustrados com os relatos apresentados a seguir:

Os casos mais graves já vão direto para a sala de politrauma que já vive lotada, então via de regra, a gente sempre tenta enviar para a cirurgia, a principal função da gente é essa (RM2).

Às vezes gera uma frustração por não conseguir fazer um bom atendimento e a gente sabe que às vezes não é o tipo de atendimento “padrão ouro”, a gente não consegue executar algumas demandas dentro do sistema devido a umas falhas por ser hospital público, onde às vezes falta material e também mão de obra qualificada. Por ser um hospital de nível grande, ainda faltam muitos profissionais para trabalhar com politraumatizados (RM5).

Todo o atendimento relacionado ao trauma deve ter prioridade de planejamento, com uma estrutura adequada de recursos físicos e humanos, visando um atendimento eficaz e imediato ao paciente (SANTOS; ANDREOTI, 2014). Porém isso não é observado nas falas dos entrevistados, confirmando as afirmações de Lima Neto *et al.* (2014), onde a alta demanda de pacientes associada a falta de recursos materiais, proporciona tensão elevada nos residentes médicos e consequentemente um atendimento de baixa qualidade, aumentando o risco para a população.

Na subseção seguinte, será apresentada a categoria relacionada às fontes de tensão no trabalho relatadas pelos residentes médicos.

5.2.2 Fontes de tensão no trabalho

A tensão é demonstrada como um estado de alerta onde o organismo do indivíduo é forçado a aperfeiçoar respostas para combatê-la. Um estado de tensão em alto grau produz alterações significativas no organismo humano, ocasionado por situações ocupacionais adversas do cotidiano, como por exemplo, responsabilidades excessivas, relações conflitantes, agressivas e exageradas entre as pessoas com a qual o indivíduo relaciona-se no seu dia a dia, somando-se a isto outros acontecimentos adversos, como a carga excessiva de trabalho e atividade de alta complexidade que o indivíduo não está preparado para realizá-las (COUTO, 2014).

Couto (2014) salienta que as situações de tensão se apresentam no ambiente de trabalho de forma contínua, obrigando os indivíduos a desenvolverem mecanismos de defesa eficazes, onde buscam preservar a integridade física e psíquica do seu organismo.

Nesta categoria, este estudo buscou por meio das entrevistas identificar as fontes de tensão no ambiente de trabalho dos residentes médicos que atuam na área de urgência e emergência cirúrgica no hospital público estudado.

Diante disso, nas análises dos conteúdos das entrevistas, foi possível identificar as seguintes subcategorias: sobrecarga de trabalho; relações conflituosas no ambiente de trabalho; alto grau de responsabilidade; cobranças excessivas por resultados e baixa remuneração.

Em algumas falas foi possível evidenciar o nervosismo quanto às tensões, na percepção dos residentes médicos:

A tensão é basicamente em tudo, eu acho assim, a sobrecarga, tipo de plantões, existe o acúmulo de responsabilidade para uma pessoa só (RM1).

Acho que existe sim uma sobrecarga de trabalho, onde existe essa cultura da residência de que o residente tem que ser maltratado, tem que ser esculachado, ser cobrado em excesso, isso para mim é o mais difícil na residência [...] a hierarquia muitas vezes massacrando o residente, tanto dos preceptores, quanto os outros residentes na hierarquia acima (RM4).

Como pode ser observado, existe, entretanto, uma grande preocupação dos residentes quanto às fontes de tensão no trabalho, uma vez que todos os entrevistados relataram o que estas fontes têm provocado na execução do trabalho em relação ao atendimento de urgência e emergência. Nessa categoria fica evidente que a maioria das fontes de tensões identificadas vão ao encontro do que preconiza Zille (2005); Barros e Honório (2013).

A seguir apresentam-se as subcategorias identificadas: sobrecarga de trabalho; relações conflituosas no ambiente de trabalho; alto grau de responsabilidade; cobranças excessivas por resultados; e baixa remuneração.

5.2.2.1 Sobrecarga de trabalho

A sobrecarga de trabalho é ressaltada pelos residentes como uma das fontes de maior tensão, uma vez que todas as atividades do serviço de urgência e emergência são desenvolvidas pelos residentes médicos. Existe com isso um acúmulo de

atividades, de carga horária e falta de estrutura como é evidenciado nas falas a seguir:

Não tem nada que não é feito pelo residente [...] a carga horária é exaustiva, extrapola muito às 60 horas semanais e tem que trabalhar quantas horas for necessário e colocam a gente para trabalhar em qualquer condição estrutural, boa ou ruim (RM1).

A sobrecarga das atividades é intensa durante o plantão de 12 horas e você não tem tempo de 10 minutos para comer, quando você consegue fazer “xixi” é exceção e a sobrecarga de emendar uma atividade na outra é desgastante (RM2).

Você tem que pensar em muito mais coisas do que simplesmente operou, atendeu e pronto, não é assim (RM7).

Dentre as fontes de tensão geradas no ambiente de trabalho, Daskivich *et al.* (2015), afirmam que a sobrecarga de trabalho, em residentes que atuam em cirurgias de emergência, é muito grande. Esse agente estressor subdivide-se em dois níveis: quantitativo e qualitativo. O quantitativo refere-se ao número em excesso de atividades executadas pelo indivíduo e em relação à sobrecarga qualitativa esta se refere às dificuldades encontradas pelo indivíduo na realização de suas tarefas, enfrentando demandas que estão além de suas competências. Os relatos a seguir são ilustrados nessa direção:

A gente faz várias coisas ao mesmo tempo, tem que dar conta de tudo e ainda fazer tudo de forma correta [...] há uma cobrança muito grande em cima da gente de coisas que a gente não vai dar conta mesmo [...] o R1 é a base da cadeia alimentar aqui, digamos assim, todos querem colocar de tudo para ele fazer, tudo mesmo, acaba sobrando sempre para o mais baixo na hierarquia, que no caso aí acaba sendo o residente R1. A gente não pode ficar empurrando tudo para ele, porque ele não tem experiência e competência para isso e acaba ficando sobrecarregado [...] eu chorava todos os dias quando chegava em casa, todos os dias mesmo, sabe a saúde mental é muito relevante, principalmente no meio cirúrgico, ela nunca é levada em consideração (RM3).

Geralmente os residentes é que fazem 80% de serviço de cirurgia, a gente faz tudo praticamente. A reclamação é unânime entre os residentes e a coisa vai perdurando, isso não muda, nos plantões diurnos praticamente sobrecarrega demais as cirurgias, a sobrecarga de trabalho é muito grande mesmo (RM4).

O fato de o residente médico estar desempenhando a tarefa de médicos mais experientes torna-os alvo para o acúmulo de atividades, sobrecarregando-os ao ponto de desencadear tensão elevada, desencadeando assim, o estresse

ocupacional nesta categoria médica conforme a percepção dos residentes médicos entrevistados para este estudo.

Para Lipp (2005) a quantidade de trabalhos ou projetos que o indivíduo realiza pode afetá-lo negativamente em relação ao estresse onde a sobrecarga muitas vezes pode levar o indivíduo a desenvolver outros fatores que contribuem para o aparecimento do estresse, como no relato a seguir:

Eu tive *burnout*, quase desisti da residência, é muito trabalho em cima do residente, a sobrecarga é grande (RM3).

Diante disso, Poletto *et al.* (2016) afirmam que a sobrecarga no trabalho pode levar o indivíduo à exaustão física e mental inclusive à baixa realização profissional. Em muitos casos pode desencadear a Síndrome de *Burnout* como também o estresse.

5.2.2.2 Relações conflituosas no ambiente de trabalho

O inter-relacionamento foi apontado pelos residentes médicos como uma importante fonte de tensão no ambiente de trabalho. As constantes rivalidades entre equipes da urgência e emergência, ou mesmo de outras especialidades médicas têm levado ao surgimento do estresse entre os residentes, na percepção dos entrevistados. O convívio com pessoas de difícil relacionamento e principalmente de ego exaltado, foram alguns fatores apontados, conforme relatos a seguir:

Sabe as relações com as pessoas no ambiente de trabalho aqui, não é saudável (RM8).

Acho também que no ambiente de trabalho às vezes tem algumas relações conflituosas que geram estresse desnecessário, isso é estressante em via de regra, mas na verdade você não percebe, mas está sempre lá [...] eu sinto falta do entendimento entre equipes, sempre há algum conflito, a integração para mim é ponto chave [...] vira e mexe a gente tem conflitos com outras equipes ou de outra clínica, cada grupo se fecha dentro da sua especialidade e acaba que vira uma zona de conflito, porque cada um quer fazer o seu melhor, para a sua equipe, para o seu trabalho e acaba que esquece um pouco dos outros, tem situações de conflito que é uma falta de educação, uma falta de visão ampla do que está fazendo [...] (RM2).

Tratam a gente como se fosse bicho, tem uma coisa que agrava é o ego, o ego é prejudicial para o outro e acaba ferindo, se você se posicionar de alguma forma diferente é massacrado [...] ter empatia um pelo outro isso aqui não existe principalmente na área médica, não ter empatia um pelo outro no ambiente de trabalho, vai virando uma bola de neve, eu acho que a

rivalidade entre equipes impacta nessa falta de empatia aqui no hospital (RM3).

Acho que a dificuldade de relacionamento também dificulta o trabalho da gente, esse negócio de equipe às vezes atrapalha, não devia ter equipe, acho que aqui deveríamos ser um só, às vezes há rivalidade pra certos serviços, “poxa”, somos médicos, as pessoas querem ver a gente atendendo bem, então temos que deixar a vaidade de lado (RM9).

Trimpop *et al.* (2000) e Cooper (2008), afirmam que o conflito entre colegas no ambiente de trabalho é um fator significativo para o surgimento do quadro de tensão excessiva e, conseqüentemente, de problemas de saúde. Para Zille, Pereira e Moraes (2017) o relacionamento com indivíduos de personalidade difícil, muitas vezes, com algum tipo de patologia comportamental, é importante indutor de fonte de tensão no trabalho, podendo contribuir para o surgimento do estresse ocupacional. Diante dos relatos dos entrevistados, fica evidente que o relacionamento entre equipes cria uma fonte de tensão no ambiente de trabalho. Na área médica é fundamental haver a integração entre várias especialidades para o bom atendimento no serviço de urgência e emergência.

5.2.2.3 Alto grau de responsabilidade

Nessa subcategoria foi possível identificar certa preocupação dos residentes médicos, pois a responsabilidade para um recém-formado e sem experiência é algo preocupante.

Para Jex (2010), ocorrem à incompatibilidade ou mesmo a inconsistência entre papéis, ou seja, há situações que exigem competência e comportamentos referentes a determinados papéis que por vezes, não são preenchidos pelo indivíduo e podem causar transtornos, podendo levar a um nível elevado de tensão e ao estresse.

Nas falas dos residentes é evidenciada a carga de responsabilidade e a delegação de autonomia acima da capacidade para resolver as situações do dia a dia:

Os preceptores estão ali para discutir os casos polêmicos, mas nós é que temos autonomia total, dependendo da gravidade do caso, a equipe interfere, mais ou menos, junto ao residente (RM1).

Às vezes você fica sozinho, a gente tem certa autonomia, a gente acaba entrando sozinho na cirurgia. Eu praticamente me sinto muito responsável

pelo paciente, um erro meu pode levar a morte do paciente, isso me deixa muito tenso e às vezes por pequenos erros a gente pode ser criticado pelo nosso chefe e massacrado às vezes, por falta de experiência ou as vezes por “bobeira” mesmo, porque a gente está cansada e a gente trabalha muito, a responsabilidade é toda nossa (RM3).

Couto (2014) salienta que a responsabilidade excessiva no trabalho gera um estado de tensão muito elevado, sendo capaz de produzir alterações significativas no organismo do indivíduo ocasionado por situações ocupacionais adversas do cotidiano relativo ao contexto do trabalho. Essa responsabilidade é destacada pelos entrevistados, uma vez que os residentes iniciantes se veem pressionados para assumir a autonomia nas tomadas de decisões referentes ao atendimento dos pacientes, conforme pode ser observado pelos relatos que seguem:

O hospital tem uma demanda muito grande, então você tem que tomar decisões rápidas, tanto no sentido de se vamos operar esse paciente ou então decidir que não vai operar, vamos liberar ele, corre o risco de tomar uma decisão errada [...] a gente tem bastante responsabilidade com os pacientes, às vezes está com muitos pacientes internados, isso é que gera mais estresse (RM7).

Esse negócio de autonomia que a gente tem dá certa segurança, mas se o cara não tiver um conhecimento bom, essa autonomia em excesso fica complicada (RM9).

Nos relatos dos residentes médicos, a autonomia e a responsabilidade são fontes de tensão, uma vez que Cooper (2008) enfatiza que um ambiente de trabalho onde funciona com tomadas de decisões centralizadas, ou seja, em uma única pessoa, é visto pelos indivíduos como locais onde o risco é maior, podendo ser, um local desorganizado, criando assim insatisfações pessoais. Porém, Tamayo, Lima e Da Silva (2002) enfatizam que a falta de liberdade e de autonomia do indivíduo em relação ao seu trabalho e em relação às decisões, pode ser um fator que leva a tensões e ao estresse ocupacional no ambiente de trabalho.

Com isso, as análises dos comentários dos residentes não vão nessa direção. Nesse ponto é conflitante o entendimento dado pelos entrevistados, pois muitas vezes a autonomia e a responsabilidade no ambiente de trabalho pode trazer satisfação, porém, não é o que preconiza os residentes médicos na sua área de atuação, ou seja, a autonomia passa a ser sinônimo de responsabilidade acima dos limites, muitas vezes gerando tensão e estresse.

5.2.2.4 Cobranças excessivas por resultados

As cobranças em excesso que visam trazer resultados a qualquer custo, podem ser um fator significativo na geração de tensão e conseqüentemente de estresse no residente médico, conforme as falas apresentadas a seguir:

O residente acaba tendo que trabalhar exaustivamente na residência e se vê pressionado para dar conta [...] você fica trabalhando e tem que aceitar desaforos e xingamentos [...] é péssimo para o residente, mas é ótimo para o “sistema”, é uma cultura isso, saber que o residente é que vai sofrer com as cobranças, então eles (o sistema) pensam assim: quando acabar ele vai explorar o próximo residente que chegar, então a esperança do residente hoje é acabar logo isso aqui (RM1).

Atrapalha um pouco a capacidade de concentração durante as atividades de trabalho, porque você está cansado, está no final de 36 ou 40 horas direto de trabalho, isso interfere na satisfação pessoal do serviço prestado, quando você começa a receber a sobrecarga de serviço devido às muitas cobranças em cima dos residentes (RM2).

Em relação às cobranças referentes ao atendimento hospitalar, Ebrahimi e Kargar (2018) ressaltam que o aumento de cobranças por resultados, pode interferir nas atividades e também na percepção do profissional de saúde, em face deste agente estressor. Para os autores, a necessidade de conhecimento das situações geradoras de estresse em setores com maior demanda de pacientes em estado crítico, como as unidades de urgência e de emergência, ajuda a diminuir o risco de se cometer erros graves, porém, de acordo com o relato a seguir, isto não tem ocorrido como pode ser observado na fala do entrevistado:

O ambiente aqui sempre foi muito estressante, existe muita cobrança de serviços em cima do residente, cobram um desempenho que as vezes você não tem [...] agora tem chefe que fala assim “vai seu burro, está errado assim seu retardado, imbecil” e batem na gente, eu já apanhei numa cirurgia mais de uma vez, apanhei de verdade, apanhei mesmo, achei extremamente desagradável, fiquei completamente desnorreada, isso desestabiliza a gente, a gente desestabilizado principalmente no campo cirúrgico, a gente pode cometer um erro ali e levar a perda de uma vida (RM3).

Percebe-se, portanto, haver um excesso de cobrança em relação aos residentes médicos que atuam no hospital público pesquisado. A exposição contínua as cobranças relatadas pelos entrevistados desencadeiam um desgaste mental ainda maior, que evolui para o surgimento do estresse. Santos (2011) afirma que a cobrança por bons resultados é uma constante, pois se tem a percepção que o

profissional de saúde deve solucionar o problema de saúde no paciente. Porém, como visto na análise das entrevistas, a cobrança junto ao residente médico extrapola a ética, principalmente quando se trata de seus superiores que ali deveriam estar para orientá-los e guiá-los na melhor prática médica, sendo assim, contrário ao que foi apontado no relato anterior (RM3).

5.2.2.5 Baixa remuneração

A baixa remuneração é outra fonte de tensão relatada pelos residentes médicos, emergindo como subcategoria na análise das entrevistas. Os entrevistados destacaram que o trabalho no âmbito geral não é compatível com a remuneração recebida, em média é R\$ 2.900,00. Em relação a essa situação, apontam a sua insuficiência e que juntamente com outros fatores relatados, contribui para o desinteresse na atividade de residência, como também na profissão de futuro médico. Os relatos a seguir ilustram essa situação:

Tem o negócio do salário (bolsa), acho isso incrível eles pagarem um valor irrisório para um médico formado que ficou seis anos estudando, tem muito conhecimento e chega aqui e recebe aproximadamente dois salários mínimos, tem outras profissões que não exigem tanto estudo e ganham muito mais que a gente [...] somos uma mão de obra muito barata (RM9).

O salário (bolsa) é uma hipocrisia, tem gente que tem condições dos pais para se manter, o cara que vem do interior para se manter na cidade grande é muito difícil, tudo isso prejudica, aumenta o nível de estresse, se fosse pelo menos um valor razoável para poder se dedicar tranquilamente a sua residência, daria para colher bons frutos, mas isso é uma coisa que é difícil de mudar (RM6).

O residente é forma de mão de obra barata da entidade pública de manter um serviço público de saúde (RM3).

E a parte financeira também, o valor é pequeno, insuficiente, você sai da faculdade, você não está produzindo, gera gastos, então você quer produzir [...] tem que fazer plantões para completar a renda, aí vem o cansaço adicional (RM4).

Conforme relato do entrevistado (RM4), a baixa remuneração faz com que o residente tenha necessidade de fazer outros plantões. Somando a carga horária da residência (80 horas ou mais, Quadro 3) com os plantões relacionados, essa carga horária eleva-se significativamente. Dessa forma contribui muito mais para desgastar a condição de trabalho do residente médico, induzindo os quadros de estresse.

Ferreira (2014) aponta que os médicos residentes recebem pouco mais de R\$ 10,00/hora trabalhada. Para o autor, esses profissionais que buscam uma melhor qualificação e conseqüentemente uma remuneração melhor para ter uma vida social independente, ou seja, estruturar uma família, pagar aluguel, transporte, vestuário, entre outros, encontram dificuldades, justamente, devido ao baixo valor da bolsa de residente paga pela União. Os relatos a seguir apresentados ilustram este contexto:

A gente trabalha uma carga horária hipotética de 60 horas semanais o que é preconizado pelo MEC, e já tínhamos feito à conta é R\$ 12,00 a hora, então assim acaba que é desproporcional pelo tanto que você trabalha e pelo tanto que você recebe, temos desproporção muito grande, porque pra você conseguir ganhar mais não dá porque a gente passa o tempo todo no hospital, infelizmente você não consegue fazer outras coisas fora e isso em uma cidade grande é muito difícil você conseguir sustentar uma casa sozinho, a gente acaba dependendo de outros trabalhos nas nossas horas de descanso (RM8).

Quanto à remuneração acabo que eu tenho que sair e fazer plantões fora, eu antes de entrar na residência comecei a trabalhar e a acostumar a manter um padrão de vida melhor, agora não ganho bem, acaba que você tem que dar plantões fora, muitos plantões (RM6).

Deveria ser mais bem remunerada a residência médica, uma vez que exige dedicação exclusiva e o residente muitas vezes vem de fora e ele não consegue se manter, a bolsa é “ridícula” não dá para pagar as contas numa cidade grande (RM1).

Portanto, esse contexto vai ao encontro dos estudos de Fabichak, Silva-Junior e Morrone (2014) que destacam o baixo valor da bolsa de estudo recebida pelos residentes médicos, como um dos grandes motivos que levam esses profissionais a buscarem outras atividades remuneradas, sobrecarregando-os no dia a dia e, conseqüentemente, comprometendo a qualidade do serviço prestado aos usuários dos serviços de saúde, contribuindo também como outra causa do estresse identificado neste estudo.

Por fim, quando perguntado aos entrevistados como as fontes de tensão relatadas no ambiente de trabalho poderiam ser classificadas de acordo com sua intensidade, em uma escala variando de “Ausentes”, “Algumas vezes”, “Frequente” e “Muito frequente”, oito dos nove entrevistados responderam como “Muito frequente”, e um dos entrevistados respondeu como “Frequente”. Diante disso, conclui-se que as fontes de tensão no ambiente de trabalho no serviço de urgência e emergência cirúrgica do hospital público pesquisado, podem estar contribuindo de forma

importante como indutor de quadro de estresse nos residentes médicos pesquisados.

Os relatos apresentados confirmam o que preconiza Zille (2005) onde as fontes de tensão no trabalho que estão relacionadas aos processos de trabalho, relações de trabalho, a convivência com indivíduos de difícil relacionamento, são fatores que podem contribuir para a geração do estresse ocupacional no ambiente de trabalho.

Aprofundando a análise, e quando os residentes foram perguntados o que as situações tensionantes no ambiente de trabalho têm provocado, os mesmos responderam:

Resulta na baixa qualidade de vida que a gente leva, falta de perspectiva no mercado, não saber se vai colher os frutos esperados, ansiedade em saber que o futuro que você terá é isso que estamos vivendo hoje [...] um desânimo na gente, acha que vai ficar depressivo (RM1).

Interfere no rendimento do nosso trabalho, acho que atrapalha um pouco a capacidade de concentração durante as atividades, interfere na satisfação pessoal em relação ao serviço prestado (RM2).

Às vezes você vai para casa e não consegue relaxar, você não consegue parar de pensar no trabalho mesmo em casa e isso gera uma tensão em ficar lá em casa preocupado com o paciente e com o serviço daqui (RM5).

Nas análises das falas dos entrevistados é perceptível a preocupação relativa aos fatores de tensão que têm provocado nos residentes médicos. Essas fontes de tensão estão presentes na forma estrutural e cultural do hospital público pesquisado, como apontado nos relatos a seguir:

Olha, tem muitas coisas que estão enraizadas aqui, nunca tive a pretensão de que iria mudar isso aqui, muitas coisas que não estão legais, erradas... (RM4).

Temos problemas estruturais e culturais no hospital que extrapola o nosso entendimento, aqui tem a cultura do sofrimento do residente (RM1).

Lidar com muitas limitações físicas e técnicas do hospital, o próprio sistema já é assim, dificulta a gente desenvolver mais [...] a estruturação do serviço no hospital dificulta o nosso trabalho, isso estressa [...] eu acredito que é uma coisa institucional mesmo (RM2).

Carneiro e Gouveia (2014) salientam que os preceptores e a direção das instituições são os profissionais responsáveis pelo dimensionamento e organização do serviço de urgência e emergência, uma vez que estão em contato direto com todas as

situações que ocorrem no dia a dia. Portanto, podem contribuir para uma melhor condição para realização dos serviços hospitalares.

Diante disso, os residentes entrevistados relatam as limitações que a estrutura e a cultura do hospital interferem na execução dos trabalhos, uma vez que os mesmos não conseguem mudar o sistema que perdura por muitos anos no hospital, uma cultura enraizada na instituição.

Para alguns entrevistados, essa cultura gera insegurança no trabalho e traz uma grande preocupação, principalmente, em relação ao futuro profissional. O relato a seguir, ilustra esta situação:

É uma insegurança em relação ao trabalho do residente, é um investimento muito grande de tempo e dinheiro, de saúde física e mental e você não tem garantia nenhuma. Você termina a residência e não viu a sua especialidade, você não consegue planejar porque o estresse no trabalho é tanto que você começa a pensar em outras coisas e acaba deixando a própria vida de lado (RM4).

A insegurança no trabalho é tratada por Ferreira e Assmar (2008) como um dos fatores que desencadeiam o surgimento do estresse ocupacional no indivíduo, podendo levar a depressão. Santos (2017), afirma que a falta de oportunidade, de perspectivas e de progresso na carreira, pode levar a determinados sintomas característicos do estresse ocupacional.

Na subseção seguinte, será apresentada a categoria “sintomas de estresse”.

5.2.3 Sintomas de estresse

Para análise das manifestações dos sintomas de estresse, mencionados pelos residentes médicos, será avaliada a ocorrência e intensidade dos mesmos, no que se refere aos contextos físico e psíquico.

Os principais sintomas físicos relatados pelos residentes médicos foram: fadiga, insônia, dores musculares, esgotamento físico e sonolência, conforme relatos a seguir apresentados:

No meu caso a fadiga, o cansaço físico, eu chego em casa e não tenho vontade de fazer mais nada, estou esgotado e quero ficar só deitado no sofá e descansar, tenho insônia e tudo é muito frequente, muito frequente mesmo (RM7).

Tenho esgotamento físico, insônia, muitas dores nas pernas, num aplicativo no celular cheguei a ver que andei 13 km num dia só dentro do hospital, fora as horas em pé, daí então ocorre com muita frequência (RM6).

Eu tenho distúrbio do sono, eu não consigo dormir quando chego em casa, tenho fadiga, dores tenho direto, uso muitos medicamentos principalmente para dormir, a intensidade desses sintomas é muito frequente, uns mais outros menos (RM3).

Para Couto (1987, 2014) os principais sintomas físicos relacionados ao estresse são a fadiga, as dores musculares e a insônia. Com base na pesquisa, os residentes médicos entrevistados associam tais sintomas às atividades por eles realizadas, a cultura do sofrimento de residente e, principalmente, a pressão por eles recebida no dia a dia do serviço de urgência e emergência. As falas a seguir ilustram essa situação:

A causa para isso é a cultura da residência aqui, as dificuldades e inseguranças financeiras, você não sabe se isso aqui vai te gerar o retorno que você espera futuramente (RM4).

Eu atribuo ao tempo que eu fico dentro do hospital, eu passo a maior parte da minha vida aqui dentro (RM8).

Atribuo à pressão que fazem na gente é uma pressão muito grande no residente para ele fazer tudo (RM1).

Ainda em relação aos sintomas físicos, alguns entrevistados relatam problemas orgânicos graves que podem ser decorrentes, interferindo no rendimento das atividades e também na autoestima além de outras manifestações, como queda de cabelo, perda de peso e problemas alérgicos:

Tive queda de cabelo localizada, para mulher isso é muito complicado, mexe com a autoestima, tive também uma contração gastrointestinal, eu não consegui comer e nem dormir, fiz tudo quanto é exame e não tinha nada, o R2 foi o meu período de mais estresse (RM4).

Perdi uns oito kg por estar nessa correria, eu me alimento muito pior do que antes, acho que é essa falta de se alimentar bem que gerou essa situação (RM7).

Nunca fui uma pessoa de ficar doente, já tenho rinite alérgica, nunca tinha com tanta frequência quanto agora, acho que minha imunidade está baixa, eu estou me alimentando mal agora (RM3).

Nesse sentido Couto (1987, 2014) relata a falta de apetite e as indisposições gástricas como sintomas do estresse ocupacional. Em alguns casos os sintomas de estresse podem estar relacionados às fontes de tensão no ambiente de trabalho. Segundo Cooper, Sloan e Williams (1988) alguns indivíduos desenvolvem o estresse devido aos agentes estressores presentes no ambiente de trabalho, sendo que os sintomas podem aparecer em maior ou menor intensidade em alguns indivíduos.

Quanto aos sintomas psíquicos, os principais relatados pelos residentes médicos foram: ansiedade, angústia e a irritabilidade, demonstrados nas falas a seguir:

Eu fico nervosa, a ansiedade é 100%, irritabilidade é constante, a gente tenta não se irritar, mas a gente passa muita raiva toda hora com o serviço e com os chefes perde a paciência (RM3).

A ansiedade às vezes de resolver as coisas rápidas, e você está em casa, mas aí tem alguém de plantão e fica te mandando mensagens no celular, sempre fui muito tranquilo, pouco ansioso, eu percebo o que nos últimos tempos tenho ficado ansioso e angustiado por causa da residência e isso é muito frequente (RM7).

Mata e Ramos (2015) cita o desgaste mental e emocional devido às relações intensas com o trabalho, como fatores significativos na determinação de transtornos relacionados ao estresse em residentes médicos. É o caso da depressão, da ansiedade, do pânico, fobias entre outras. Os sintomas de nervosismo, irritabilidade, raiva, ansiedade, angústia, períodos de depressão, segundo Couto, Vieira e Lima (2007) são evidenciados em indivíduos com alto nível de estresse.

O sentimento de angústia está mais frequente e também de ficar irritada com pequenas coisas que antes eu não ficava, é um esgotamento mental, é uma depressão (RM8).

Até com os pacientes a gente perde a paciência e isso você pode somar a raiva (RM9).

A irritabilidade e a falta de paciência, segundo Sacadura-Leite e Souza (2014), são consideradas manifestações que podem ocorrer quando o indivíduo já apresenta um quadro de estresse muito elevado. A ansiedade esteve presente nos relatos de todos os entrevistados, bem como a irritabilidade, a raiva e o nervosismo. Essas são as principais características apresentadas pelos residentes médicos quanto aos sintomas de estresse. Nesse sentido fica evidente que o ambiente de trabalho no serviço de urgência e emergência cirúrgica do hospital público deve sofrer

alterações para proporcionar melhores condições de trabalho para os residentes médicos, conforme evidenciado na fala a seguir:

A gente tem que buscar evolução, evoluir, esquecer o passado e sempre buscar o melhor atendimento para o paciente e a melhor qualidade de trabalho para o médico (RM2).

Verifica-se, ainda, a ocorrência de manifestações orgânicas entre os residentes médicos em decorrência dos sintomas psíquicos. Os relatos confirmaram a manifestação de doenças como dores de cabeça constante, infecção urinária e problemas gastrointestinais, que podem estar associadas ao estresse no trabalho (COUTO, 2014). Outras manifestações também foram relatadas, como, queda de cabelo, perda de peso e rinite alérgica. Os relatos a seguir evidenciam essa situação:

Tenho dor de cabeça, a cefaleia, percebo que isso é uma realidade nova para mim, e tende a ser pior (RM2).

Eu acabei com infecção urinária, porque eu muitas vezes esquecia de beber água, por você estar pensando em outras coisas, ansiosa (RM8).

Problemas intestinais são diretos, tenho até hoje, como sou muito ansioso isso acaba prejudicando meu estômago, a gente se alimenta mal (RM9).

Quando perguntado aos entrevistados se tinham o hábito de fazer *check-up* médico ou se haviam consultado algum especialista, devido aos sintomas de estresse, a maioria afirma não fazer *check-up*, porém alguns relatam visita em uma especialidade médica para tratamento de doença surgida durante a residência:

Faço terapia, comecei no finalzinho do ano passado, quando eu estava na minha etapa final do R1, que é o pior, eu descrevo como o pior ano da minha vida [...] perdi um ano da minha vida para dedicar a residência, parei e falei agora vou dar valor para mim, mas eu percebo que a gente continua estressada do mesmo jeito (RM3).

Fui ao dermatologista por causa da queda de cabelo, agora tentei ir no Psicólogo, eu até planejei várias vezes, mas devido as condições financeiras não deu, acho que todos os residentes deveriam fazer terapia (RM4).

Para Karasek (1998) e Cooper (2008), algumas situações de tensão quando vivenciadas por muito tempo podem levar ao surgimento de diversos tipos de doenças, como, infarto prematuro do miocárdio, quadros psiquiátricos, colites, úlceras, manifestações psicológicas diversas, distúrbio do sistema imunológico. Os

residentes médicos desenvolveram alguns sintomas de estresse que levaram ao surgimento de doenças que podem trazer consequências para a profissão.

O problema da queda de cabelo ainda não consegui resolver. Já tem mais de um ano, isso para a mulher é terrível. A ansiedade que eu tinha controlado voltou mais intensa e isso reflete na minha saúde e na queda de cabelo, ou seja, a minha ansiedade piorou e isso me trouxe a apatia e a falta de entusiasmo. [...]. Atualmente eu penso em fazer outra coisa, talvez clínica médica, por não ter que passar por tudo isso de novo, [...] porque isso é todo dia, parece uma rotina de estresse, penso em reavaliar ao fim da residência. [...]. Eu sou mulher e estou com 30 anos, eu quero ter filhos, mas essas doenças psíquicas do estresse me deixam com medo de não ter uma gestação saudável, preciso reavaliar a minha carreira médica (RM4).

Os entrevistados foram questionados sobre como percebem os sintomas em relação ao estresse, ou seja, qual o nível de estresse com base em uma escala de gradação de “Ausente”, “Moderado”, “Intenso” ou “Muito intenso”. A maioria respondeu que se percebe em um nível de estresse Muito Intenso. Dois residentes relataram que se percebem em nível de estresse Intenso e apenas um em nível Moderado. Os relatos a seguir, ilustram essa preocupação:

Nossa eu nem imaginava que passaria por isso eu considero muito intenso (RM4).

Intenso, porque pode levar ao estresse, isso é mesmo um caminho para o estresse (RM1)

Tem relacionamento sim com o estresse, eu percebo de forma moderada, isso varia de acordo com a complexidade com os pacientes, varia, mais grave e outros não, tem hora que é intenso, muito intenso, mas no geral é moderado (RM5).

Para Rossi, Perrewé e Meurs (2015), as frequentes pressões e condições de trabalho inadequadas vividas durante a rotina diária vivenciada pelo indivíduo, geram um nível de estresse intenso e constante, o que fica evidente na percepção da maioria dos residentes médicos quando avaliam o nível de intensidade das manifestações de estresse percebidas no serviço de urgência e emergência cirúrgica no hospital.

Diante dos questionamentos para entender a percepção dos residentes quanto ao surgimento do estresse e o aparecimento constante dos sintomas relacionados, um dos entrevistados relatou a tentativa de suicídio, decorrente da alta pressão vivida por ele durante o segundo ano de residência:

Hoje eu faço terapia, eu não dou conta da cobrança, porque no ano passado eu tive *burnout* e quase desisti da residência médica e eu quase tentei o suicídio, essas tensões levam a gente ao limite, na maneira como a gente é tratado, às vezes levam a um limite extremo de estresse, a questão do suicídio dói, tentei mais de uma vez, isso foi passado para os meus chefes no hospital, mas não trataram com muita atenção [...] a gente toma conhecimento quando está lá no fundo do poço [...] eu chorava muito quando chegava em casa, todos os dias mesmo, as vezes não conseguia dormir, a saúde mental é muito relevante, principalmente no meio cirúrgico, mas ela nunca é levada em consideração (RM3).

Destaca-se a relevância do relato apresentado com comportamento de forma recorrente. A literatura aponta estudos nessa situação.

Asaiag *et al.* (2010) e Soares *et al.* (2012) destacam que há uma forte tendência a pensamentos suicidas entre residentes médicos em seus primeiros anos de residência. A incidência é maior no sexo feminino e em alguns casos precedidos pela Síndrome de *Burnout*, o que ocorreu com RM3. Para os autores isso é devido a fortes fatores de risco presentes no ambiente de trabalho dos residentes médicos que resultam em estresse, tais como, carga intensa de trabalho, privação do sono, doenças graves, baixa remuneração, condições inadequadas de trabalho, além de outros fatores como vida social privada, que podem contribuir para o aumento de pensamentos suicidas e de tentativas de suicídio.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) afirmam que nos casos onde os níveis de estresse não são controlados, os indivíduos podem desenvolver a Síndrome de *Burnout*, uma vez que eles não conseguem adaptar-se ao trabalho, devido à sobrecarga, as cobranças excessivas e a alta tensão provocada pelas atividades de trabalho o que foi identificado neste estudo.

Nesse sentido Samuelsson *et al.* (2014) afirmam que o estresse é uma referência para o suicídio. O ambiente de trabalho inadequado, a qualidade ruim do trabalho, que induz a depressão, são fatores que levam o residente ao estresse, podendo assim desenvolver pensamentos suicidas e em alguns casos consumir o suicídio. Fato também mencionado por Small (1981), que já afirma existir forte tendência de ideias suicidas em residentes médicos.

A questão do suicídio entre residentes médicos é uma preocupação constante, pois segundo Thompson *et al.* (2014), esta prática aumenta vinte vezes mais do que em

indivíduos não residente médico com algum transtorno psíquico grave. Para esses autores isso se deve ao aumento da depressão e do estresse decorrentes do trabalho médico, principalmente em iniciantes após a graduação. Ressaltam ainda, que a prevenção do suicídio em residentes médicos requer uma série de estratégias, incluindo melhor controle do transtorno psiquiátrico, medidas para reduzir o estresse ocupacional e restrição de acesso aos meios de suicídio quando os médicos estão deprimidos.

Hochberg *et al.* (2014) afirmam ser crucial o acompanhamento pelos preceptores que atuam junto aos residentes médicos, proporcionando um entendimento entre a unidade de saúde e o residente quanto ao tema de suicídio. Entretanto pesquisas realizadas por Tyssen *et al.* (2014), Thompson *et al.* (2014), Kamsiki *et al.* (2014) e Santa e Cantilino (2016) com foco no suicídio e na tentativa de suicídio, revelam a importância de se realizar novos estudos relacionados ao suicídio na área médica, uma vez que a literatura apresenta poucos dados nesta direção.

Finalmente, em relação à percepção dos residentes médicos quanto ao próprio nível de estresse no trabalho, a maioria afirmou estar vivenciando este quadro em níveis muito intenso, demonstrando assim o alto grau de estresse vivenciado pela categoria.

5.2.4 Impactos no trabalho

Em relação à categoria de “impactos no trabalho”, as subcategorias que emergiram foram: relação médico/paciente e seus familiares; resultados do trabalho e desmotivação com a profissão.

Zille (2005) explica que alguns indicadores de impacto no trabalho estão ligados a comportamentos desenvolvidos pelo indivíduo em relação ao seu trabalho, tais como: desejo frequente de trocar de emprego; queda na produtividade, diminuição na eficácia no trabalho, dificuldades nas tomadas de decisões.

Para os residentes médicos vários fatores tencionantes impactam diretamente no desempenho e na realização de tarefas dentro do serviço de urgência e emergência cirúrgica. Os relatos a seguir ilustram essa situação:

O meu rendimento cai, mas tenho sempre que levantar a bola, você não conseguiu fazer as coisas com calma, é muita pressão em cima da gente, e acaba descontando no trabalho (RM9).

Esse fluxo intenso de serviço, essa carga estressante afeta a qualidade e o desempenho no meu trabalho (RM2).

O cansaço psicológico mexe com a gente, tende a me deixar um pouco depressivo, por exemplo, com raciocínio lento para tomar decisões (RM6).

Oliveira *et al.* (2011) afirmam que o estresse no ambiente de trabalho, resulta em insatisfação que pode se manifestar na forma de contaminação do ambiente organizacional, gerando insatisfação nos indivíduos, refletindo assim, nas equipes de trabalho e na instituição como um todo.

A afirmação desse autor aplica-se ao ambiente em estudo, onde foi possível verificar a insatisfação dos residentes em relação ao processo de gestão realizado pela instituição, em especial, junto às equipes de residência médica na área estudada.

A seguir, apresentam-se as subcategorias que explicam a categoria “impactos no trabalho”, identificadas na análise das entrevistas realizadas com os residentes médicos.

5.2.4.1 Relação médico/paciente e seus familiares

A relação entre médico e pacientes deve ser tratada de forma ética e muitas vezes no setor de urgência e emergência ela fica fora do controle. É necessário haver uma boa relação entre médico e paciente, pois isso deixa o paciente mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura os seus problemas. A familiaridade, a confiança e a colaboração do paciente têm importância fundamental para um bom diagnóstico, pois isso é indispensável para que o médico alcance resultados satisfatórios de tratamento. Nesse âmbito os familiares também devem receber um tratamento adequado, uma vez que serão eles os responsáveis pelo contato direto do paciente com o médico.

Nos relatos a seguir fica evidente a preocupação dos residentes médicos quanto ao relacionamento com pacientes e seus familiares, devido a sobrecargas e as tensões geradas no dia a dia do trabalho:

A minha saúde impacta na relação médico/paciente e seus familiares, porque muitas vezes a gente está estressada e não tem paciência em explicar ao paciente ou familiar. O paciente acaba prejudicado não só nas explicações como também no tratamento dele [...] a gente fica muito estressada e acaba atrapalhando nas relações interpessoais com os familiares também (RM3).

Estou muito cansado, eu já fui bem mais paciente com os pacientes, estou meio sem paciência agora, as vezes pelo cansaço, você quer resolver mais rápido, conversar mais rápido, acho isso muito ruim (RM7).

Os relatos apresentados confirmam a visão de Lipp (2005) quanto às consequências do estresse para as organizações e também em relação ao trabalho dos residentes. Para a autora as dificuldades nos relacionamentos interpessoais impactam direta e indiretamente nos resultados dos trabalhos, e no caso específico deste estudo. O estresse é uma das causas que está influenciando a baixa capacidade no atendimento aos pacientes que procuram o serviço de urgência e emergência no hospital.

Algumas vezes o próprio residente e/ou a estrutura de atendimento do hospital gera tensão excessiva no relacionamento com os pacientes e familiares de pacientes, os relatos a seguir ilustram esta situação:

Os acompanhantes de pacientes, não são orientados para vir ao hospital em um determinado horário para receber notícias. Então eles chegam a toda hora, vem um te procurar para saber notícia do parente, porque você passou notícia para um e o outro também quer, isso te prejudica, você tem que levantar e ir lá conversar, isso tira a atenção da gente, isso gera um estresse grande para mim (RM8).

Segundo Amaral *et al.* (2014) alguns aspectos tensionantes no trabalho estão presentes no dia a dia contribuindo para a geração de situações estressantes e negativas, tais como diminuição da disposição do trabalhador, desmotivação, falta de engajamento no trabalho e na organização e ainda como consequência a redução da produtividade, comprometendo os resultados de uma forma geral, podendo assim levar ao quadro de estresse.

5.2.4.2 Resultados do trabalho

A fim de buscarem superar as dificuldades no trabalho, os residentes médicos têm a preocupação de realizar um bom atendimento, mesmo diante de tantas limitações e também do surgimento do estresse. Sempre em busca de conhecimentos que possam contribuir para um trabalho adequado e eficaz para o atendimento aos pacientes do setor de urgência e emergência.

Os residentes médicos relatam que alguns problemas e dificuldades gerados pelo estresse impactam negativamente no serviço por eles prestado, conforme evidenciam as falas a seguir:

Você acaba produzindo menos, você já sabe que vai ser pesado, você dorme pouco, a sobrecarga é muita, não existe uma coisa harmônica (RM1).

Discutir mais o tema, ir a fundo ao caso, ter um pouco mais de tempo para raciocinar [...] a gente não consegue realizar um bom atendimento, poder aprofundar em alguma informação melhor, isso acaba refletindo no serviço e nos resultados porque você tem que entrar logo em outro atendimento ou em outra cirurgia, o resultado bom que você busca acaba indo por água abaixo [...] tem mais outros 10, 20 pacientes para atender [...] às vezes eu tenho dúvida na prescrição e tenho que fazer cirurgia, isso é complicado, tem muito o lado da pressão para você entrar no próximo caso no bloco cirúrgico. Não vejo como a gente pode ter resultados bons e satisfatórios assim (RM2).

Para Myers e Dickstein (2006) os médicos desenvolvem seu trabalho sem pausa, sem tempo para descanso, pois em vários casos convivem com situações de demanda elevada onde ocorre atendimento que necessitam de resultados imediatos, uma vez que são casos relacionados a pacientes fisicamente lesados, mutilados ou ainda com quadro clínico instável, gerando assim, uma carga elevada de tensão e consequentemente de estresse.

5.2.4.3 Desmotivação com a profissão

O residente médico após o término da graduação, busca na residência médica o conhecimento necessário para a especialização em determinada área da saúde, porém quando se deparam com os problemas e as dificuldades encontradas no ambiente da residência, muitos pensam em reavaliar a continuidade da profissão ou

mesmo à formação em alguma especialidade médica. Diante disso, a desmotivação com a profissão começa a preocupar esses profissionais.

Diante disso, fica evidente nos relatos, que a preocupação com o alto nível de estresse gerado pela residência é um dos fatores que levam os residentes a reavaliarem sua carreira. Pensam em estudar outras possibilidades na área médica em função da experiência negativa na residência em curso. Os relatos a seguir apontam nessa direção:

Esse é um ritmo que eu não conseguiria manter por muito tempo, isso se aproxima do meu limite [...] talvez no próximo ano tirar um ano mais tranquilo, ter uma carga horária menor para reestruturar e repensar a carreira [...] trabalhar em alguma coisa não tão intensa como a residência (RM2).

Está totalmente desmotivada, é tanto trabalho jogado nas nossas costas, é tanto estresse, tanta cobrança em cima da gente, não tenho vontade de vir para o hospital (RM3).

A preocupação com a carreira devido ao estresse causado pela residência é outro fator relevante para o residente médico, conforme relatado pelos entrevistados. O ambiente de trabalho não proporciona o esperado pelos residentes, pois muitos quando chegam à residência, ainda não estão habituados com o volume de serviços e a responsabilidade pelos atendimentos, pois o aprendido na graduação, muitas vezes, não condiz com a realidade no caso do serviço de urgência e emergência cirúrgica.

Eu amo medicina, mas não sei se vou continuar na área cirúrgica. Atualmente eu penso em outra coisa, mais leve, sabe isso é pelo custo de passar por isso aqui na residência, não sei se vou continuar, penso em reavaliar ao término da residência, isso aqui é um desestímulo muito grande para mim (RM4).

Ferreira e Assmar (2008) ressaltam que o fator estressor referente ao desenvolvimento na carreira diz respeito às frustrações relativas às expectativas do indivíduo em relação a sua trajetória na instituição, onde muitas vezes o leva a reavaliar suas funções ou mesmo, a continuidade profissional. O caso estudado retrata bem essa situação, estando de acordo com as afirmações de Hoggis, Scott-Smith e Okonie (2018) na qual os residentes se sentem desmotivados quanto à carreira devido aos vários fatores do estresse no ambiente de trabalho, incluindo a falta de perspectiva da profissão no mercado.

A seguir apresenta-se a categoria “estratégias de enfrentamento ao estresse” e as respectivas subcategorias que emergiram em decorrência das entrevistas.

5.2.5 Estratégias de enfrentamento ao estresse

Nesta categoria, serão abordadas as estratégias e situações que os residentes médicos utilizam para amenizar o estresse ocupacional decorrentes do trabalho no serviço de urgência e emergência cirúrgica. Em relação a essa categoria, ao realizar a análise do conteúdo com base nas entrevistas, emergiram as seguintes subcategorias: apoio social de amigos e familiares; técnicas de relaxamento; e uso de medicação.

Para Stoesser e Cobb (2014) o processo de enfrentamento ao estresse requer a percepção do indivíduo quanto à sobrecarga excessiva gerada pelo agente estressor, podendo assim, dispende esforços que promovam a adaptação ou mesmo a eliminação das situações estressantes.

5.2.5.1 Apoio social de amigos e familiares

A ajuda de amigos e familiares tem sido uma constante no pouco tempo livre que os residentes médicos têm entre as suas atividades no hospital e o descanso. São muitas as estratégias utilizadas. Muitos buscam o convívio com amigos e familiares, como relatado a seguir:

Eu sinto um impacto na minha saúde mental, isso é pela residência sabe, então tem as saídas com amigos, baladas e álcool (RM4).

Sair com os amigos, tomar uma cerveja, namorar (RM5).

Eu converso com a minha esposa, meus pais (RM6).

O convívio social ajuda bastante, eu tento priorizar porque se não a gente acaba deixando para depois e é ruim isso (RM8).

Lipp e Maligris (2008) ressaltam que as formas de enfrentamento são fatores determinantes para lidar melhor com o estresse e assim evitar que se torne excessivo e prejudique a saúde e a vida em geral do indivíduo. Apoio social segundo Hockenbury e Hockenbury (2002), é uma estratégia de apoio emocional oferecida

pelos familiares e amigos com o objetivo de diminuir o impacto dos estressores. Esse apoio social constitui-se em fonte de relaxamento, onde os problemas são colocados em segundo plano.

O carinho e atenção de pessoas próximas, principalmente amigos e familiares, ajuda a aumentar a autoestima, pois é uma influência positiva, que encoraja na administração dos problemas causados pelo estresse decorrente do trabalho. Portanto, isso demonstra que o apoio familiar e de amigos é muito importante para os residentes médicos, pois muitas vezes buscam desabafar, ou mesmo, buscam orientações que possam melhorar a saúde mental, e assim, o enfrentamento ao estresse causado no ambiente do serviço de urgência e emergência do hospital público pesquisado.

5.2.5.2. Técnicas de relaxamento

As técnicas de relaxamento foram apontadas pelos residentes médicos como a segunda opção para o enfrentamento do estresse causado pelo trabalho no atendimento de urgência e emergência. Entre elas estão à meditação e leituras de autoajuda.

Eu tento meditar, tenho meus aplicativos no celular, eu tento, mas o tempo é escasso, a gente chega em casa morto (RM3).

Eu leio muito, principalmente autoajuda, isso quando não estou de plantão, o que é quase sempre (RM6).

Nesse ponto, os residentes deixam claro que procuram alguma técnica de relaxamento, mas muitas o limitador é o tempo, pois a maior parte do tempo é passada dentro do hospital, ou realizando plantão em outra instituição para complementar a renda. Os relatos a seguir ilustram este contexto:

Tenho feito muito pouco, estou de cabeça dentro do hospital e esqueço que tenho uma vida lá fora (RM9).

É uma vida de 24 horas envolvida no hospital (RM7).

Ultimamente tenho feito pouca coisa em temo de relaxamento. É preocupante, porque nem descanso e o tempo é escasso, a gente acaba tendo que fazer plantão extra para complementar à renda (RM1).

Nogueira-Martins (2011) afirma que um dos principais estressores para os residentes é a falta de tempo para lazer, família, amigos e também para as necessidades pessoais, levando-os ao isolamento social. Tais acontecimentos fazem com que o profissional se afaste do ambiente não médico, dificultando a utilização de técnicas que possam ser usadas para enfrentar o estresse.

Devido a maior parte do tempo estar no hospital, isso tem dificultado aos residentes médicos a busca por técnicas de relaxamento ou outras atividades de enfrentamento ao estresse.

Foi perceptível que o trabalho executado na área de urgência e emergência cirúrgica do hospital estudado demanda horas extras que vão além das preconizadas no contrato inicial, decorrentes do grande volume de atendimento a pacientes no setor de urgência e emergência.

5.2.5.3 Uso de medicação

Esta subcategoria foi relatada pelos residentes médicos como uma das estratégias de enfrentamento ao estresse, devido à sobrecarga de trabalho por eles enfrentada, principalmente para os sintomas ou doenças orgânicas surgidas em decorrência do alto nível de tensão vivenciado, tendo como decorrência as manifestações de estresse. Os relatos a seguir enfatizam o uso de medicação:

Uso medicamento para aliviar a dor. Aqui a gente usa medicamento para dormir, porque às vezes tem insônia e a gente acaba usando medicamento para ficar acordado também, porque a gente está muito cansada (RM3).

A gente poderia até render um pouco melhor como médico residente se esse nível de estresse fosse um pouco menor [...] tem estresse que é inevitável, vai ter com certeza, mas às vezes excede e isso prejudica a nossa atuação como residente e como médico, e por isso a automedicação é necessária (RM7).

Já tomei medicamentos para acalmar um pouco, eles ajudam, mas não é tudo (RM9).

O uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos hipnóticos estão associados ao alto nível de estresse entre os residentes médicos (SANTOS *et al.* 2017). Nesse sentido Hochberg, *et al.* (2014) afirmam que o uso abusivo de substâncias

medicamentosas em residente médicos é uma forma de amenizar os sintomas do estresse.

Em síntese, os residentes buscam uma maneira para aliviar as tensões causadas pelo estresse, principalmente quando necessitam de diminuir as dores e também quanto às questões relativas à insônia e sonolência. Observou-se, nas respostas dos entrevistados, que o uso de medicação é considerado normal e constante entre a categoria de residentes médicos estudados.

A seguir, por meio do capítulo seis, apresentam-se as considerações finais em relação ao estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de descrever e analisar as manifestações de estresse ocupacional em residentes médicos que atuam em serviços de urgência e emergência cirúrgica, em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG, foi atingido, tendo como base teórica de análise o Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTEG), desenvolvido e validado por Zille (2005), adaptado para este estudo. Em termos metodológicos a pesquisa foi de natureza descritiva com abordagem qualitativa, por meio de estudo de caso.

Os sujeitos de pesquisa abrangeram nove residentes médicos de um total de dez, que atuam no serviço de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público, na cidade de Belo Horizonte/MG. Os dados foram todos coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro teve como referência o MTEG. As categorias de análise foram definidas *a priori*, sendo as seguintes: características da urgência e emergência cirúrgica; fontes de tensão no trabalho; sintomas de estresse; impactos no trabalho e estratégias de enfrentamento ao estresse (*coping*). As subcategorias analisadas emergiram da análise de conteúdo realizada.

As observações realizadas durante a coleta de dados permitiram constatar a dificuldade de acesso aos entrevistados devido à alta carga de trabalho no setor de urgência e emergência cirúrgica. Em um caso específico, um dos residentes não se dispôs a participar da pesquisa, depois de algumas tentativas por parte do pesquisador, devido à sobrecarga de trabalho.

O primeiro objetivo específico deste estudo procurou “identificar e descrever as características do trabalho do residente na especialidade de urgência e emergência cirúrgica”. As principais subcategorias identificadas foram as seguintes: serviços realizados integralmente pelos residentes médicos; escola de aprendizado; qualidade no atendimento e; sala de politraumatizados.

Quanto à subcategoria de “serviços realizados integralmente pelos residentes médicos”, todos os entrevistados foram unânimes em responder que os serviços realizados na urgência e emergência cirúrgica do hospital ficam a cargo dos

residentes. Relatam também que a maioria das vezes atuam sozinhos no atendimento de urgência e emergência cirúrgica, sentindo a falta de preceptores e coordenadores para orientá-los em determinados momentos críticos.

O acúmulo de funções e de tarefas foi apontado como constante, onde o residente é considerado “mão de obra barata” e com isto, deve realizar grande volume de atendimentos. Os entrevistados têm a noção desses acúmulos que muitas vezes extrapola a capacidade de atuação e de conhecimento do residente, o que dificulta determinadas decisões e condutas.

A responsabilidade dada aos residentes é outro fator importante para a sobrecarga de serviços. Nesse ponto, todos foram unânimes em afirmar que essa responsabilidade gera muita tensão, pois além do acúmulo de atividades vem o medo em cometer erros, uma vez que não possuem experiência suficiente em determinados atos cirúrgicos e no tratamento de doenças complexas.

Os atendimentos, em grande parte dos pacientes, deixam os residentes médicos estressados, pois a cobrança é muito grande e os mesmos se veem obrigados a realizarem atendimentos rápidos e concomitantes com o cansaço, devido a plantões realizados em noite anterior. A alta demanda de pacientes leva os residentes a atenderem na enfermaria pois, além dos procedimentos necessários na urgência e emergência cirúrgica, os residentes médicos acompanham os pacientes pós cirúrgicos na enfermaria até o momento da alta médica.

Os entrevistados ao referirem-se à residência como uma “escola de aprendizado” enfatiza que o lado positivo é a possibilidade de aprenderem com as situações graves de pacientes que chegam ao hospital, devido à centralização de urgência e emergência dar-se em grande parte neste hospital público onde trabalham. Consideram ser impossível o aprofundamento em cirurgias de risco, ou mesmo de doenças graves em hospitais privados. Para os residentes médicos o trabalho executado embora de grande sofrimento e de grande tensão, proporciona grande crescimento profissional e pessoal, devido à complexidade dos casos que atendem no serviço de urgência e emergência. Para a maioria dos entrevistados o serviço é muito cansativo e às vezes até desmotivador, mas eles possuem uma visão de que

consideram necessário este sofrimento para o crescimento profissional, principalmente, para aqueles que buscam formação nesta especialidade médica.

Os residentes médicos também evidenciam que o “padrão de qualidade” no atendimento poderia ser melhor. Devido à alta demanda, precisam “agilizar” os atendimentos para que outros pacientes possam ser atendidos, embora haja relatos de pacientes que aguardaram mais de 12 horas para o atendimento. Muitas vezes, a internação para cirurgias é demorada devido à falta de leitos no hospital, obrigando os pacientes a aguardarem em macas na UPA, anexa ao hospital. Para os residentes, isso gera certa frustração por não poder realizar um atendimento com maior agilidade para a população. A demora em realizar o atendimento, muitas vezes, cria tensão no residente em função de um atendimento precário, podendo dispensar um paciente que por vezes deveria ter maior atenção em relação a outro caso. Outro aspecto a ser considerado é a falta de material, deixando o residente muitas vezes inseguro, pois cria ansiedade e gera maior pressão para solucionar as ocorrências apresentadas pelos pacientes.

Para a subcategoria referente à “sala de politraumatizados” que está em sua capacidade limite, foi relatado que a procura pelo hospital por pacientes em trauma é muito alta. Na maioria dos casos, o paciente já é encaminhado diretamente para cirurgia, elevando assim, o limite da sala. Para os residentes, isso é uma constante, onde muitas vezes os pacientes são atendidos no corredor e, dependendo da cirurgia, aguardam fora da sala de trauma. O hospital recebe muita demanda de pacientes traumatizados, oriundos da região metropolitana da cidade de Belo Horizonte.

Em termos gerais, em relação à categoria “características da urgência e emergência cirúrgica” foi possível identificar as principais características deste serviço, que no entendimento dos residentes médicos está sobrecarregado, tornando o serviço tensionante para o residente e muitas vezes prestando um atendimento à comunidade que poderia ser melhor realizado, em relação ao que se pratica hoje.

O segundo objetivo específico identificou e descreveu as “fontes de tensão no trabalho” indutoras do quadro de estresse. As principais fontes de tensão

identificadas foram: sobrecarga de trabalho; relações conflituosas no ambiente de trabalho; alto grau de responsabilidade; cobranças excessivas por resultados e; baixa remuneração.

A “sobrecarga de trabalho” foi uma das principais fontes de tensão relatada pelos residentes médicos. A quantidade reduzida de residentes que atendem a uma alta demanda de pacientes é um dos fatores preocupantes relatado pelos entrevistados. Outro aspecto diz respeito a cultura da hierarquia, que segundo os residentes o mais baixo (R1), acaba acumulando várias funções, pois segundo os mesmos a cada ano um novo residente virá para assumir esta função. Dessa forma, são comuns os preceptores e residentes mais antigos sobrecarregarem os novatos, situação que se repete a cada ano e assim, a cultura vai se perpetuando ao longo dos anos, onde se percebe a “exploração na hierarquia”.

Para os residentes, a carga horária contratada no início da residência (60 horas semanais) não é seguida devido à sobrecarga de tarefas, obrigando assim o residente a ficar mais horas no hospital, sendo que em alguns casos trabalham acima de 36 horas ininterruptamente. Mais de 80% das atividades no serviço de urgência e emergência, segundo os residentes médicos, são realizadas por eles, gerando assim, tensão acima do normal, quando comparada a outras áreas no hospital. Os residentes atribuem a essa fonte de tensão, o surgimento do estresse, inclusive já nos primeiros momentos de residência no hospital.

Quanto às “relações conflituosas no ambiente de trabalho”, o inter-relacionamento entre os colegas de trabalho e equipes, foi apontado pelos residentes médicos como outra fonte importante de tensão geradora de estresse. As constantes rivalidades entre equipes ou mesmo de outras especialidades médicas têm levado a ocorrência de estresse entre os residentes entrevistados. O convívio com pessoas de difícil relacionamento e principalmente de ego exaltado, foram alguns fatores apontados. Essa dificuldade de relacionamento dá-se em virtude de os residentes necessitarem de ajuda de outras áreas do hospital, tais como enfermagem, sala de cirurgia, almoxarifado, entre outras, que também recebem sobrecarga de trabalho e, muitas vezes, precisam também priorizar os atendimentos, gerando conflitos de interesses para no atendimento aos residentes médicos.

Egos inflados também são relatados em relação a pessoas que querem estar acima dos preceptores e coordenadores, muitas vezes chamados pelos residentes de pessoas que procuram “ganhar em cima de colegas”. As relações conflitantes, segundo os residentes, não deveriam existir, pois isto reflete no atendimento ao paciente. Muitas vezes o atendimento é carregado de nervosismo decorrente de uma “conversa atravessada” com outro colega de profissão. Essa fonte de tensão gera ainda mais estresse nos residentes, pois os mesmos têm que lidar com essas pessoas todos os dias, e acreditam que estruturas podem mudar, mas a essência das pessoas é difícil de ser mudada, portanto, acreditam que isso é institucional na residência e difícil de ser mudado.

Para o “alto grau de responsabilidade”, o excesso de autonomia dada aos residentes, segundo os entrevistados, é determinante para o surgimento do estresse, pois ainda não possuem experiência suficiente e muitas vezes necessitam da orientação dos preceptores para a realização de uma cirurgia ou prescrição de tratamento. Na visão dos residentes médicos, uma divisão mais racional de atividades seria ideal, pois além de minimizar a sobrecarga, dividiria as responsabilidades na execução das tarefas. A responsabilidade dada aos residentes muitas vezes gera conflito com os preceptores, pois são obrigados a submeterem aos “maus tratos” desses profissionais ao atuarem na urgência e emergência, principalmente, em cirurgias. Há relatos de “xingamentos e outras agressões”, devido à falta de experiência dos residentes que não é entendida pelos preceptores e plantonistas, obrigando o residente a ter todo o conhecimento necessário para a função, o que na realidade não ocorre, em função da formação insuficiente na graduação e a necessidade de aprendizado no programa de residência médica.

A “cobrança excessiva por resultados” está ligada ao alto grau de responsabilidade dado aos residentes médicos no programa de residência. Os residentes têm a preocupação em não cometer erros que podem tirar a vida de um paciente. Portanto, o ambiente de trabalho é entendido como muito estressante, devido ao alto grau de cobrança para a realização dos procedimentos. As cobranças também advêm dos pacientes e de seus familiares, que muitas vezes querem um atendimento imediato e urgente, o que em muitos casos não ocorre. Porém os residentes médicos afirmam que as cobranças por um bom trabalho vêm

principalmente dos preceptores da residência médica do hospital público. Embora as chefias de setores dentro do hospital saibam das limitações dos médicos iniciantes, mesmo assim, entendem que os mesmos devem proporcionar o melhor de si nos atendimentos.

Quanto a subcategoria “baixa remuneração”, todos foram categóricos em afirmar que o residente médico é uma “mão de obra barata” para a instituição pública, pois realizam trabalhos de profissionais já formados a mais tempo e com experiência. Devido ao valor baixo da bolsa recebida, os residentes se veem obrigados a fazerem trabalhos externos à residência, muitas vezes realizando plantões em outros serviços o que acarreta sobrecarga de trabalho, induzindo a mais estresse decorrente da residência, e ainda são obrigados a complementarem a renda, pois muitos têm uma vida particular onde ocorrem demandas financeiras e estas deverão ser assumidas. Identificou-se também que quando estão de férias, muitos trabalham para complementar a renda e com isso não consegue um descanso necessário.

Em relação ao terceiro objetivo específico, este buscou identificar os “sintomas físicos e psíquicos prevalentes relacionados às manifestações de estresse”. Foram identificados sintomas físicos e psíquicos e também as manifestações orgânicas decorrentes. Os principais sintomas físicos identificados foram: fadiga; insônia; dores musculares; esgotamento físico e; sonolência. Quanto aos sintomas psíquicos foram apontados: ansiedade; angústia e irritabilidade. As manifestações orgânicas decorrentes dos sintomas que podem estar relacionadas ao estresse foram a queda de cabelo; perda de peso; problemas alérgicos; dor de cabeça constante; infecção urinária; e problemas gastrointestinais. Quanto à percepção dos residentes médicos, em relação ao nível de estresse no trabalho, a maioria declarou estar vivenciando este quadro, em nível ‘muito intenso’, demonstrando assim, o alto grau de estresse vivenciado por estes residentes, considerando a frequência e a intensidade dos sintomas relatados.

O quarto objetivo específico foi “identificar os impactos causados pelas manifestações do estresse no trabalho dos residentes médicos pesquisados”. Os principais impactos relatados pelos residentes médicos no trabalho foram: relação médico/paciente e seus familiares; resultados do trabalho e; desmotivação com a

profissão. Pôde-se observar que a “relação entre médico e paciente” fica comprometida devido ao estresse vivenciado pelos residentes. Devido a alguns sintomas do estresse, como irritabilidade e nervosismo, muitas vezes dificultam um atendimento adequado dos pacientes, gerando conflitos, até mesmo com os familiares dos pacientes atendidos. Alguns residentes médicos tem a noção do impacto negativo que essa relação conflituosa pode gerar, mas devido à tensão gerada pelo excesso de trabalho e também pelas condições inadequadas para o atendimento, acreditam ser inevitável os comportamentos conflitantes.

Para os “resultados de trabalho” os residentes atribuem o alto grau de cobrança pelos coordenadores e preceptores. Devido à sobrecarga de trabalho, a chefia espera sempre o melhor do residente, mesmo sabendo das limitações relacionadas à falta de experiência. Os residentes desenvolvem o trabalho sem pausa, portanto, sem tempo para descanso, pois em vários casos estão convivendo com situações de demanda elevada onde ocorrem atendimentos imediatos de emergência, uma vez que são casos relacionados a pacientes fisicamente lesados, mutilados ou ainda com quadro clínico instável, gerando assim, uma carga elevada de tensão e conseqüentemente de estresse.

Quanto à “desmotivação com a profissão” isto está relacionado com a continuação na especialidade ou mesmo na medicina. A maioria dos residentes sente-se desmotivados devido à tensão e ao estresse causado pela residência no serviço de urgência e emergência. Embora alguns acreditem que isso faz parte do aprendizado, a maioria ainda afirma que tais situações levam a repensar na continuidade do trabalho. Entendem que é necessário reavaliar o ano seguinte na residência, buscando outras atividades que não exerçam pressão maior no trabalho e que contenham uma carga horária que possa ser adaptada a sua vida particular. Essa desmotivação decorre de fatores específicos relacionados ao trabalho e ao desenvolvimento na carreira, gerando frustrações em relação às expectativas anteriormente almejadas.

Por fim, no quinto objetivo específico buscou-se “identificar os principais mecanismos de regulação utilizados pelos residentes médicos no enfrentamento das situações estressantes no trabalho”. Foram relatadas as seguintes estratégias de

enfrentamento ao estresse pelos residentes médicos: apoio social de amigos e familiares; técnicas de relaxamento e uso de medicação. Os residentes médicos reconhecem as estratégias de enfrentamento utilizadas como importantes no controle do estresse. Nos relatos, pôde ser observado que os participantes descrevem à utilização de mecanismos que amenizam as tensões como meios para “esquecer” o trabalho e não pensar nas tensões vivenciadas no dia a dia. Em alguns casos, a consciência para a utilização dessas estratégias foi despertada somente após o enfrentamento de situações que se constituíram em ameaças ao equilíbrio físico e psíquico dos residentes.

A conversa constante com “familiares e a saída com amigos” foi considerada importante pelos residentes, no entanto, vem ocorrendo em raros momentos, pois quando estão de folga muitos estão de plantão em outros serviços ou estão descansando devido à intensa sonolência causada pelos plantões seguidos. Essa estratégia que envolve apoio social oferecido pelos familiares e amigos busca diminuir o impacto dos estressores.

Em relação às “técnicas de relaxamentos”, os residentes afirmam que o tempo é limitado e às vezes escasso, pois passam boa parte do tempo no hospital, porém alguns buscam a leitura de autoajuda. Portanto, a maioria tem realizado poucas técnicas de relaxamento uma vez que o serviço de urgência e emergência cirúrgica possui demanda muito grande de pacientes. Os residentes médicos isolam-se do convívio social devido ao cansaço gerado pelo estresse, pois quando não estão trabalhando no hospital, estão em suas casas repousando, devido a sonolência gerada pela carga excessiva de horas trabalhadas.

Quanto ao “uso de medicação” os residentes afirmam utilizar medicamentos para amenizar o esgotamento físico causado pela carga excessiva de trabalho, pela insônia ou sonolência devida a vários plantões e também para as dores causadas pelo estresse. Tendo em vista os sintomas apresentados, muitos residentes utilizam a medicação também para as questões psíquicas que envolvem a ansiedade e a depressão.

Em síntese, os resultados desta pesquisa demonstram que os residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica, estão conscientes do contato diário e contínuo com importantes fontes de tensão no ambiente de trabalho, sendo estas fontes entendidas por todos como causa para o surgimento das manifestações de estresse.

Os residentes médicos demonstraram satisfação pela profissão, porém eles entendem que a residência no serviço de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público é um fator preponderante para o surgimento do estresse, devido à falta de conhecimento, pouca experiência e de preparo na graduação. Para os residentes, o alto grau de responsabilidade e as fortes cobranças por resultados além de extrapolarem os conhecimentos aprendidos na graduação médica, o aprendizado na residência não é totalmente suficiente para entender todos os procedimentos exigidos pela área. Embora utilizem estratégias de enfrentamento para as tensões causadas pelo trabalho, os residentes são acometidos pelo estresse, pois não é suficiente apenas o residente buscar soluções para a redução das tensões, cabe ao hospital praticar ações que visem à diminuição dos estressores no ambiente de trabalho.

A cultura da residência, ou seja, o sofrimento a que o médico iniciante passa nos primeiros anos de residência é entendido pelos entrevistados como fator que nunca irá mudar, ou seja, não há uma preocupação com a parte psíquica e física dos residentes médicos e está enraizada na cultura da residência médica.

Os residentes médicos do hospital público pesquisado ressaltaram o “você resolve isso”, “você faz tudo”, como exemplo de sobrecarga para a função. Diante disso, a falta de organização do trabalho, incluindo a divisão de tarefas e as consequentes divergências nos relacionamentos interpessoais entre equipes é algo que na visão dos entrevistados é difícil de mudar no hospital público. Embora, os residentes acreditem em mudança, na postura dos preceptores, coordenadores e chefias, pois deveriam planejar melhor os serviços de atendimento à população, não sobrecarregando os residentes, haja vista o número reduzido destes profissionais na área de urgência e emergência cirúrgica.

A partir das considerações descritas, conclui-se que o trabalho no serviço de urgência e emergência cirúrgica do hospital público é propício para o surgimento do estresse ocupacional em residentes médicos. O sofrimento e o aumento do estresse dão-se na medida em que o residente médico vai ampliando as suas responsabilidades de trabalho, desenvolvendo assim, ansiedade, angústia e a falta de motivação para continuar. Entende-se que a estrutura de atendimento, associada à alta demanda de pacientes e as fortes cobranças decorrentes do acúmulo de tarefas, geram tensões excessivas e, conseqüentemente, o surgimento de quadro de estresse. A isso se acrescenta a baixa remuneração (bolsa) e as condições conflitantes nos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho.

Conclui-se, portanto, que o estresse ocupacional merece maior atenção por parte do hospital público, principalmente no que se refere aos profissionais médicos que atuam nos serviços de urgência e emergência cirúrgica. Quanto aos residentes médicos é necessário que tenham um maior conhecimento sobre as conseqüências que o estresse poderá acarretar, tanto na vida profissional, quanto pessoal. É importante que entendam as conseqüências que o estresse traz e assim efetivar a busca por mecanismos de prevenção que resultem em melhor qualidade de vida, sem deixar que o mesmo interfira nas necessidades vitais para uma vida saudável. Por fim, em relação a instituição, que possa proporcionar um ambiente mais equilibrado e saudável para os residentes médicos atuarem, respeitando sua formação e proporcionando uma estrutura adequada para que os mesmos desenvolvam seu trabalho sem o desgaste relacionado ao estresse, resultando em atendimento de qualidade para a população.

A contribuição no âmbito acadêmico para esta pesquisa está em proporcionar o estudo sobre o tema “Estresse em residentes médicos que atuam no serviço de urgência e emergência cirúrgica”, ampliando o conhecimento na temática do estresse ocupacional. Observa-se que existem várias pesquisas na área de saúde, com profissionais da residência médica, que abordam o estresse, principalmente estudos em publicações de periódicos internacionais. Entretanto, pesquisas que abordam a área de urgência e emergência cirúrgica, utilizando abordagem qualitativa, podem avançar, o que possibilita desta forma, um campo a ser explorado, constituindo assim, a contribuição deste estudo.

Quanto ao âmbito institucional, esta pesquisa poderá contribuir na medida em que o hospital público possa conhecer com maior profundidade a percepção dos residentes médicos em relação ao trabalho realizado e as dificuldades enfrentadas por estes profissionais, em relação aos transtornos físicos e psíquicos gerados pelo trabalho na área de urgência e emergência cirúrgica. Com base nos resultados apresentados, a instituição pode adotar ações que resultem na melhoria das condições de trabalho, e tenha como consequência a diminuição das causas do estresse. Como consequência, os residentes médicos possam realizar seus trabalhos de maneira mais equilibrada, com impactos positivos nos procedimentos realizados e, com reflexos nos atendimentos e satisfação da sociedade.

Por fim, no âmbito social, possibilita a instituição seguir uma linha de atuação desejável no que se refere aos objetivos e aos valores da sociedade na qual está inserida. O estudo pode contribuir para a adoção de uma postura de responsabilidade social da instituição que resulte na melhoria não apenas da qualidade de vida dos trabalhadores na área médica, mas também na qualidade assistencial e do atendimento dos serviços prestados no setor de urgência e emergência cirúrgica à sociedade, com eficácia, é o que se espera de uma instituição pública na área de saúde hospitalar.

No entanto, esta pesquisa limitou-se a estudar apenas os residentes médicos de uma única área, ou seja, os serviços de urgência e emergência cirúrgica, não permitindo assim, uma visão completa de todas as áreas de atuação dos residentes médicos no hospital público estudado. As observações realizadas durante a coleta de dados permitiram constatar a dificuldade de acesso aos entrevistados devido à alta carga de trabalho no setor de urgência e emergência cirúrgica.

Mediante a limitação da pesquisa apresentada, recomenda-se que seja ampliado o estudo para contemplar outras categorias de residentes médicos no hospital público pesquisado, visando permitir um olhar mais amplo do estresse em relação a estes profissionais. Recomenda-se ainda que possa haver estudos comparativos com outros hospitais públicos e privados. Outra recomendação é no sentido de aprofundar a questão relacionada às tentativas de suicídios e os suicídios nesta categoria profissional.

REFERÊNCIAS

AACH, R. D. *et al.* Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. **Ann Intern Med**, [S.l.], v. 109, n.4, p. 154–161, 1998.

ABDELAZIZ, A. M. *et al.* The association between physical symptoms and depression among medical students in Bahrain. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 423-427, set. 2017.

ADMAS, J. D. **Understanding and managing stress**: a book of readings. San Diego: University Associates, 1980. 287 p.

ALBRECHT, K. **O gerente e o estresse**: faça o estresse trabalhar para você. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. 291p.

ALENCAR, A. R. Adesão ao tratamento com medicamentos genéricos no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 3, n. 1, p. 46-65, jan./jun. 2016.

ALESSIO, M. M.; SOUZA, M. F. Programa mais médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Comunicação, Saúde e Educação**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 25-43, 2017.

AMARAL, M. A. *et al.* Estresse ocupacional: um estudo das relações de trabalho do centro municipal de saúde de Iúna/Es. In: SEGeT- SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO DE TECNOLOGIA, 11., 2014, Resende. **Anais...** Rio de Janeiro: SEGeT, 2014, p. 16-24.

ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.156 p.

ANDRADE, C. R.; GUIMARÃES, L. V. M.; ASSIS, L. B. Análise crítica das pesquisas em estresse ocupacional da Anpad: afinal, cadê o sujeito? In: EnANPAD, 34., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2010.

ANDRADE, A. C. M. *et al.* Atuação da residência multiprofissional em urgência e emergência em bloco cirúrgico de hospital de ensino. **Caderno SANARE**, Sobral, v.15, n.1, p.105-111, jan./jun. 2016.

ARAI, K. *et al.* What Japanese residents learn from treating dying patients? The implications for training in end-of-life care. **BioMed Central e Medical Education**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017.

AREDES, J. S.; MODESTO, A. L. Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas: um estudo sobre a prática médica hospitalar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 435-453, 2016.

AREDES, J. S. *et al.* Reflexões sobre um fazer etnográfico no pronto socorro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 271-287, 2017.

AREDES, J. S.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. A práxis médica no pronto atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1177-1199, set./dez. 2018.

ASAIAG, P. E. *et al.* Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. **Rev Bras Educ Med**, [S.l.], v.34, n. 3, p. 422-429, 2010.

BALASSIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R. C. Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes? **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 45, n.3, p. 11–22, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed., São Paulo: Editora Almedina, 2011.280 p.

BARROS, N. M. G. C.; HONÓRIO, L. C. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional Mato-Grossense. **Revista REGE**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 95-113, jan./mar. 2013.

BITTERNCOURT, R. J; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BOLLER, E. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 336-345, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretária de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução nº 5 de 7 de novembro de 2014. **Diário Oficial da União**, 10 de novembro de 2014 Disponível em:< <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>> Acesso em 25 maio 2018.

BRASIL. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde (SUS)**. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde, 2015. 86 p.

CAMARGO, I. B.; CONTEL, J. O. B. Residência médica: estresse e crescimento. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 45–56, 2006.

CAMARGO, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1460-1472, jul. 2017.

CARNEIRO, V. F. **Qualidade de vida no trabalho e o estresse ocupacional: percepção dos auditores internos e externos da região sudeste**. 2014, 185 fls. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, Pedro Leopoldo, 2014.

CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V. **O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2014. 114 p.

CARRET, M. L. V. **Demanda do serviço de saúde de emergência: características e fatores de risco para o uso inadequado**, 2007, 258 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

CAVALCANTE, R. B; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CHANLAT, J. F. *Travail e santé mentale: théories du stress et psychopathologie du travail*. **Prevenir France**: Université Grenoble II, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, n. 20, premier semestre, 1990.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 397 p.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Saída de cubanos deixa unidades de saúde sem médicos e pacientes enfrentam filas e dificuldade para consultas**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/11/21/saida-de-cubanos-deixa-unidades-de-saude-sem-medicos-pacientes-enfrentam-filas-e-dificuldade-para-marcas-consultas.ghtml>> Acesso em: 28 de dezembro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Futuro ministro da saúde e entidades médicas discutem os desafios da saúde no país**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28010%3A2018-12-20-16-21-15&catid=3%3Aportal&Itemid=1> Acesso em: 28 de dezembro de 2018.

COOPER, C. L. PAYNE, R. **Current concerns in occupational stress**. New York: John Wiley e Sons Ltd, 1980.177 p.

COOPER, C. L. *et al.* **Occupational stress indicator: test sources of pressure in job**. England: Windsor, 1988. 289 p.

COOPER, C. L.; COOPER, R. D.; EAKER, L. H. **Living with stress**. London: Penguin Books, 1988. 204 p.

COOPER, C. L.; SLOAN, S. J.; WILLIAMS, J. **Occupational stress indicator management guide**. Windsor: NFER Nelson, 1988. 209 p.

COOPER, C. L. A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2008. 289 p.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. 12. ed. São Paulo: Artmed, 2016. 712 p.

COUTO, H. A. **Stress e qualidade de vida dos executivos**. Rio de Janeiro: Ed. COP, 1987. 186 p.

COUTO, H. A. **Ergonomia do corpo e do cérebro no trabalho**: os princípios e a aplicação prática. Belo Horizonte: Ergo, 2014. 241 p.

COUTO, H. A.; VIEIRA, F. L. H.; LIMA, E. G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.112-115, abr./jun. 2007.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre as cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Editora Penso, 2014. 342 p.

DASKIVICH, T. J. *et al.* Promotion of health and wellness awareness among physicians in training: perspective of a national panel of residents and fellows. **Journal of Graduate Medical Education**, [S.I.], v. 7, n. 1, p.143-147, mar. 2015.

DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a associação nacional de medicina do trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.17-25, 2015.

DIAS, R. D.; SCALABRINI-NETO, A. Stress levels during emergency care: a comparison between reality and simulated scenarios. **Journal of Critical Care**, [S.I.], v. 10, n. 2, p. 101-118, 2016.

DIAS, R. D.; SCALABRINI-NETO, A. Acute stress in residents during emergency care: a study of personal and situational factors. **The International Journal on the Biology of Stress**, [S.I.], v. 15, n. 1, p. 1-9, 2017.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **Lancet**, [S.I.], v. 388, n. 10.047, p. 867-878, aug. 2016.

DUARTE, E; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do sistema único de saúde. **Caderno de Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 27, n.1, mar. 2018.

EBRAHIMI, S.; KARGAR, Z. Occupational stress among medical residents in educational hospitals. **Annals of Occupational and Environmental Medicine**, [S.I.], v. 30, n. 5, p. 2-6, 2018.

ESQUIVEL, D. A. **Residência médica e saúde mental**: um estudo prospectivo com residentes do primeiro ano do programa de residência em ortopedia e traumatologia da UNIFESP. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). USP, São Paulo, 2008.

FABICHAK, C.; SILVA-JUNIOR, J. S.; MORRONE, L. C. Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores da organização do trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 79-84, jan. 2014.

FAGNANI NETO, A. R. *et al.* Perfil clínico e demográfico dos usuários de um serviço de saúde mental para médicos residentes e outros profissionais da saúde em treinamento na Universidade Federal de São Paulo. **São Paulo Medical Journal/ Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 122, n. 4, p.152-157, 2010.

FERREIRA, M. C.; ASSMAR, E. M. L. Fontes ambientais de estresse ocupacional e burnout: tendências tradicionais e recentes de investigação. In: TAMAYO, A. (Org.). **Estresse e cultura organizacional**. São Paulo: [s.n.], 2008. p. 21-73.

FERREIRA, F. R. Residência médica: visão de um exresidente. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.I.], v. 32, n. 1, p. 62-69, 2014.

FERREIRA, C. A. A. *et al.* O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, jul./dez. 2017.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed., Porto Alegre: Editora Penso, 2009. 408 p.

FRASQUILHO, M. A. Medicina, médicos e pessoas: compreender o estresse para prevenir o burnout. **Acta Médica Portuguesa**, [S.I.], v. 18, n. 1, p. 433-444, 2005.

FRAZEE, E. N. *et al.* Intensive care nurses knowl edge about use of neuromuscular blocking agents in patients with respiratory failure. **American Journal of Critical Care**, v. 24, n. 5, p. 431-439, 2015.

FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. H. **Type a behavior and your heart**. New York: Alfred A. Knopf, 1974. 266 p.

GAVIN, R. S. *et al.* Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, [S.I.], v. 11, n. 1, p. 13–24, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 178 p.

GILBERT, A. C. B.; CARDOSO, M. H. C. A.; WUILLAUME, S. M. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. **Interface Comunidade e Saúde Educacional**, São Paulo, v. 10, n. 6, p.103-116, 2010.

GLOWINKOWSKI, S. P.; COOPER, C. L. Managers and professionals in business/industrial settings: the research evidence. In: IVANCEVICH, J. M.; GANGSTER, D. C. (Orgs.), **Job stress: from theory to suggestion**. Nova York: Haworth, 1987.

GODOI, C. K.; MELLO, R. B.; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. 2. ed.. São Paulo: Saraiva, 2010. 440 p.

GOMES, M. S.; ZILLE, L. P.; LIMA, P. F. A. Estresse ocupacional: estudo com servidores técnico administrativos em uma instituição federal de ensino. In: SEMINÁRIO EM ADMINISTRAÇÃO (USP) 21., 2018, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SemeAD, 2018.

GONÇALVES, A. S. **Estresse ocupacional**: estudo com gestores de um hospital público universitário do estado de Minas Gerais integrado ao sistema único de saúde. 2015, 108 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Administração). Centro Universitário Unihorizontes – Belo Horizonte, 2015.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 2017. 343p.

GONÇALVES, M. P. C. **Estresse no trabalho**: estudo da equipe de enfermagem da unidade de pronto atendimento localizada no município de Brumadinho/MG. 2017, 114 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Administração). Centro Universitário Unihorizontes – Belo Horizonte, 2017.

GONCALVES, V.; ZILLE, L. P. Estresse ocupacional: estudo com profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar localizada no estado de Minas Gerais. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL – SITRE, 7, Belo Horizonte, 2018. **Anais...Belo Horizonte: VII SITRE**, 2018.

GOYAL, N. *et al.* Assessment methods and resource requirements for mile stoner reporting by an emergency medicine clinical competency committee. **Medical Education Online**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 1-6, 2018.

GRACE, M. K. Depressive symptoms, burnout, and declining medical career interest among undergraduate premedical students. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 9, n. 1, p.302-308, 2018.

GUIDO, L. A.; BIANCHI, E. R. F.; LINCH, G. F. C. Coping among nurses of the operating room and recovery room. **Rev Enferm UFPE on Line**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 35-37, 2009.

HERMIDA, P. M. V. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade pronto atendimento: estudo avaliativo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, n. 2, p.118-133, 2018.

HOCHBERG, M.S. *et al.* The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. **Am J Surg**, [S.l.], v. 205, n. 2, p.141-146, 2014.

HOCKENBURY, D. H.; HOCKENBURY, S. E. **Descobrimos psicologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002. 396 p.

HOELLE, R. M. *et al.* Emergency medicine residency programs: the changing face of graduate medical education. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 9-10, 2018.

HOGGIS, R.; SCOTT-SMITH, W.; OKONIE, M. UK physician associate primary care placements: staff and student experiences and perceptions. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 286–292, 2018.

IVERSEN, A.; RUSHFORTH, B.; FORREST, K. How to handle stress and look after your mental health. **British Medical Journal**, [S.l.], v. 338, n. 2, p. 1139-1142, 2009.

ITO, M. *et al.* Relationship between depression and stress coping ability among residents in japan: a two-year longitudinal study. **Journal of Clinical Medicine Research**, [S.l.], v. 10, n. 9, p. 117–132, sept. 2018.

JAMES, B. O. *et al.* Psychosocial correlates of perceived stress among undergraduate medical students in Nigeria. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 8, n. 1, p.382-388, 2017.

JEX, S. M. Stress e eficácia dos funcionários. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**. Tradução de Marcos Antônio Guirado Domingues. São Paulo: Atlas, 2010. p.104-122.

JOSEPH, J. W. *et al.* Experience with in the emergency department and improved productivity for first-year residents in emergency medicine and other specialties. **Western Journal of Emergency Medicine**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 128-133, jan. 2018.

JUNG, J. *et al.* The national clinical assessment tool for medical students in the emergency department (NCAT-EM). **Western Journal of Emergency Medicine**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 66-74, jan. 2018.

KAMSIKI, L. *et al.* Suicide in medical students: case series. **Journal of Anaesthetist**, [S.l.], v. 61, n. 11, p. 984-988, 2014.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais/psiquiatria clínicas**. 6. ed. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993. 360 p.

KARASEK, R.; TORRES, T. Current issues relating top sychosocial jobs trainand cardiovascular. **Journal of Occupational Health Psychology**, [S.l.], v.1, n.1, p. 9-26, 1996.

KARASEK, R. The job content questionarie (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Educational Publishing Foundation. **Journal of Occupational Health Psychology**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.

KARASEK, R. *et al.* Psychosocial factores: review of the empirical data among men. Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc. **Occupaational Medicine**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 34–45, jan./mar. 2000.

KEEMINK, Y. Illness script development in pre-clinical education through case-based clinical reasoning training. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 35-41, 2018.

LAZARUS, R. S. **Personalidade e adaptação**. 3. ed. Álvaro Cabral (trad). Rio de Janeiro: Zahar, 1974. 255 p.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984. 219 p.

LEVI, L. Sociedade, stress e doença. Investimentos para a saúde e desenvolvimento: causas, mecanismos, consequências, prevenção e promoção. In: CONGRESSO DE STRESS DA ISMA-BR (INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION) V FÓRUM INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, 3., 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ISMA-BR, 2003.

LEVI, L. Sociedade, stress e doença. Investimentos para a saúde e desenvolvimento: causas, mecanismos, consequências, prevenção e promoção. In: CONGRESSO DE STRESS DA ISMA-BR (INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION)VII FÓRUM INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, 5., 2005, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ISMA-BR, 2005.

LEVI, L. O guia da comissão europeia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2008. 210 p.

LIMA, F. D. *et al.* Síndrome de burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007.

LIMA NETO, A. V. *et al.* Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 519-528, 2014.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 189 p.

LIPP, M. E. N. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. São Paulo: Papirus, 2004. 178 p.

LIPP, M. E. N. **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 196 p.

LIPP, M. E. N.; MALIGRIS, L. E. N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 475-490.

MAFFIA, L. N. **Estresse ocupacional em gestores: estudo nas secretarias de estado de Minas Gerais**. 2013, 160 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L.O. Hospitais universitários: avaliação comparativa da eficiência técnica. **Economia Aplicada**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 316-349, 2014.

MARINHO, A. **Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde dos municípios do estado do Rio de Janeiro**. Brasília: IPEA, 2016. 842 p.

MARTINS, L. A. N. Residência médica: história, crises e vicissitudes. In: MARTINS, L. A. N. (Ed.). **Residência médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 279-295.

MARTINS, M. H. **O sistema único de saúde e as finanças públicas**: uma análise comparada entre os municípios de Campinas e Morungaba. 2017, 81 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas) – Fundação Perseu Abramo e à Fundação Latino Americana de Ciências Sociais, 2017.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual review of psychology**, [S.l.], v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MATA, D. A.; RAMOS, M. A. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. **Journal of Family and Medicine**, [S.l.], v. 47, n. 6, p. 487-498, June 2015.

MATA, D. A. *et al.* Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American College of Emergency Physicians**, [S.l.], v. 314, n. 22, p. 2373-2383, Dec. 2015.

MILKOVICH, G.T.; BOUDREAU, J.W. **Administração de recursos humanos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2016. 237 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2015. 357 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Biblioteca virtual em saúde**. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Brasília, 2018.

MIRANDA, S. C.; MENDES, L.; DA SILVA, P. O. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria-Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOLLER, R.; PONZER, S.; SHOSHAN, M. Medical students' perceptions of the learning environment during a mandatory research project. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 375-378, set. 2017.

MORAES, A. F. M. *et al.* Estresse ocupacional: um estudo com mulheres gestoras. In: CONGRESSO DE GESTÃO DA AMAZÔNIA, 1., 2018, Manaus. **Anais...** Manaus: I Congresso de Gestão da Amazônia, 2018.

MORAES FILHO, I. M. DE; ALMEIDA, R. J.; SILVA, A. M. T. C. Avaliação do estresse ocupacional de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 335-343, set. 2018.

MYERS, M. F.; DICKSTEIN, L. J. **Treating medical students and physicians**. Toronto: American Psychiatric Association, 2006. 187 p.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. *et al.* Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006.

NEVILLE, T. H. *et al.* Concordance of nurses and physician son where the critical care patients are receiving futile treatment. **American Journal of Critical Care**, Los Angeles, v. 24, n. 5, p. 403-410, 2015.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; JORGE, M. R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 28-34, mar. 1998.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Residência médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 194 p.

OLIVEIRA, A. V. *et al.* Estresse nas organizações e sua influência na produtividade. **Revista Conexão Eletrônica**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 23-39, 2011.

PAI, D. D.; LAUTERT. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais médicas. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 03, p. 26-41, 2008.

PAIM, J. S. O sistema único de saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIVA, K. C. M. *et al.* Estresse ocupacional e burnout de jovens trabalhadores. In: ENANPAD, 37., 2013, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2013.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

PAPANAGNOU, D. *et al.* An assessment of emotional intelligence in emergency medicine resident physicians. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 439-445, 2017.

PEDROSA, T. M. G. Gestão hospitalar com foco na segurança do paciente e nos resultados operacionais. In: SEMINÁRIO GOVERNANÇA E GESTÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS NO BRASIL. **Anais...** Rio de Janeiro, SGGHPB, 2014.

PEREIRA JUNIOR, G. A. *et al.* O ensino de urgência e emergência de acordo com as novas diretrizes curriculares nacionais e a lei do mais médicos. **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-47, out. 2016.

PLÁCIDO, I. P.; AGUIAR, C. V. N. Estresse ocupacional em mulheres trabalhadoras: estudo de correlatos individuais, familiares e ocupacionais. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 7, n. 3, p. 433-441, 2018.

POLETTTO, N. A. *et al.* Síndrome de burnout em gestores municipais da saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, jun. 2016.

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paul Enferm**, [S.l.], v. 21, v.3, p. 509-514, 2008.

RIBEIRO, R. P. **Prevalência da síndrome metabólica entre trabalhadores das equipes médica e de enfermagem de um hospital do Paraná e sua associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão**. 2012. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

RIBEIRO, D. D.; PELEGRINI, T.; RODRIGUES, C. T. Implementação e prospecções do programa mais médicos no Brasil sob o enfoque do modelo de múltiplos fluxos de Kingdon. Havana, **Revista Espacios**, Havana, v. 38, n. 38, p. 17-32, 2017.

RIESENBERG, L. A. *et al.* Resident and attending physician perception of maladaptive response to stress in residentes. **Medical Education Online**, [S.l.], v. 19, n.1, p. 176-181, 2015.

RONCALLI, A. A. *et al.* Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 2, p.169-189, 2017.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, 2015.

ROSSI, A.; PERREWÉ, P.; MEURS, J. **Stress e qualidade de vida no trabalho: stress social – enfrentamento e prevenção**. 2. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2015. 179 p.

SÁ, S. C. A. *et al.* Estresse em docentes universitários da área de saúde de uma faculdade privada do entorno do Distrito Federal. **Revista Científica Sena Aires**, Valparaíso de Goiás, v. 7, n.3, p. 200-207, out./dez. 2018.

SACADURA-LEITE, E.; SOUSA, A. U. Fatores indutores de estresse em profissionais de saúde. **Revista Saúde e Trabalho**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 7-21, 2014.

SAMUELSSON, M. *et al.* Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. **Soc Psychiatric Epidemiol**, [S.l.], v. 31, n. 1, p. 391-397, 2014.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 772-780, 2016.

SANTOS, N. C. M. **Urgência e emergência na medicina**. 8. ed., São Paulo: Editora Látia, 2011. 177 p.

SANTOS, F. L.; ANDREOTI, M. T. Caracterização da demanda do setor de urgência e emergência sob a ótica dos usuários e profissionais de enfermagem. **Revista Contexto**, Florianópolis, v. 25, n.12, p. 281-298, 2014.

SANTOS, C. C. **Estresse ocupacional**: estudo com profissionais de enfermagem de um hospital universitário no estado de Minas Gerais. 2015, 133 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Administração). Centro Universitário Unihorizontes – Belo Horizonte, 2015.

SANTOS, C. C.; ZILLE, L. P. Estresse ocupacional: estudo com técnicos de enfermagem em um hospital público federal de Minas Gerais. In: ENANPAD, 37., 2015, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2015.

SANTOS, L. A. A. **Estresse ocupacional**: estudo com gestores de um hospital filantrópico localizado na região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais. 2017, 137 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro Universitário Unihorizontes, Belo Horizonte, 2017.

SANTOS, S. C. R.; *et al.* Prevalência de burnout em médicos residentes de medicina geral e familiar em Portugal. **Ver Bras Med Fam Com.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1-9, jan./dez. 2017.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

SCHMIT, J. M. *et al.* Perspectives on death and dying: a study of resident comfort with end-of-life care. **BioMed Central and Medical Education**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 2-6, 2016.

SCHWELLER, M. *et al.* Nurturing virtues of the medical profession: does it enhance medical students' empathy? **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 8, n.1, p. 262-267, 2017.

SELYE, H. **Stress**: a tensão da vida. São Paulo: IBRASA, 1956. 263 p.

SELYE, H. **Stress without distress**. Filadélfia: Lippincott, 1974. 256 p.

SERVADIO, A. D.; ZILLE, L. P.; HONORIO, L. C. Fatores de propensão ao estresse ocupacional: estudo com servidores do ministério público federal do estado de Minas Gerais. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL – SITRE 7., 2018, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: VII SITRE, 2018.

SILVA, L. G. DA; MATSUDA, L. M.; WAIDMAN, M. A. P. A estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. **Revista Contexto**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 320-328, 2014.

SILVA, N. R.; MENEZES, R. A. Se parar parou: categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 265-285, 2015.

SILVA, L. C.; SALLES, T. L. A. O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. **ReCaPe – Revista de Carreiras e Pessoas**, São Paulo, v. 7, n. 2, p.105-118, maio/jun./jul./ago. 2016.

SMALL, G. W. House officer stress syndrome. **Psychosomatics**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 860-869, 1981.

SOARES, A. P. *et al.* Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 77-82, 2012.

SOUZA, E. N. *et al.* Perfil do médico residente atendido no grupo de assistência psicológica ao aluno (grupal) da faculdade de medicina da universidade de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, v. 55, n. 6, p. 684-691, 2014.

SOUZA, A. S. *et al.* Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, 2017.

STOESSER, K.; COBB, N. M. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. **FarmMedJournal**, [S.l.], v. 46, n. 10, p. 797-801, nov./dec. 2014.

TABOSA, M. P. O.; CORDEIRO, A. T. Estresse ocupacional: análise do ambiente laboral de uma cooperativa de médicos de Pernambuco. **Revista de Carreira & Pessoas**, [S.l.], v.8, n. 2, p. 282-303, 2018.

TACKETT, S. *et al.* Associations between learning community engagement and burnout, quality life, and empathy among medical students. **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 326-322, set. 2017.

TAKAHASHI, A. R. W. **Pesquisa qualitativa em administração: fundamentos, métodos e uso no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2014. 392 p.

TAMAYO, A.; LIMA, D.; DA SILVA, A. Impacto no clima organizacional sobre o estresse no trabalho. In: ENANPAD, 26., 2002, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2002.

TAMAYO, A. Impactos dos valores da organização sobre o estresse ocupacional. **RAC Eletrônica**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 20-33, 2007.

THOMPSON, D. *et al.* Depressive symptoms in medical students and residentes. **Multischool Study**, [S.l.], v. 84, n. 2, p. 236-241, 2014.

TRIMPOP, R. *et al.* Individual differences in working hours, work perceptions and accident rates in veterinary surgeries. **Work and Stress**, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 181-188, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 284 p.

TYSSEN, R. *et al.* The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. **Journal Affect Disord**, [S.l.], v. 80, n. 3, p. 191-198, jul. 2014.

ULHÔA, M. L. *et al.* Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. **REGE - Revista de Gestão**, São Paulo, v. 18, n.3, p. 409-426, set. 2011.

VANYO, L. *et al.* Posttraumatic stress disorder in emergency Medicine residentes. In: Annals of emergency medicine. **Journal of the American College of Emergency Physicians**, [S.l.], v. 70, n. 6, p. 898–903, 2017.

VELHO M. T. A. C. *et al.* Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 351-367, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014. 320 p.

ZANELLI, L. C. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 230 p.

ZILLE, L. P. **Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional para gerentes: estudos em organizações brasileiras de setores diversos**. 2005, 307 f. (Tese de Doutorado). CEPEAD/FACE/UFMG, Belo Horizonte, 2005.

ZILLE, L. P. *et al.* Tensões excessivas no trabalho e o estresse ocupacional: estudo com gestores que atuam em empresas privadas de setores diversos. In: ENCONTRO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DE TRABALHO, 2., 2011, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: EnGPR, 2011.

ZILLE, L. P.; PEREIRA, G. F. P. S.; MORAES, K. Estresse ocupacional: estudo com profissionais técnico-administrativos de um hospital universitário mineiro. In: ENANPAD, 41., 2017, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2017.

ZILLE, L. P.; OLIVEIRA, L. A.; LIMA, P. F. A. Estresse ocupacional: estudo com gestores públicos federais da educação no Brasil. In: TMS ALGARVE 2018, 2018, Faro/Portugal. **Anais...** Faro/Portugal: TMS ALGARVE 2018, 2018.

ZILLE, L. P. *et al.* Occupational stress: a study in a brazilian public university hospital. In: ISSWOV INTERNATIONAL SOCIETY – WORK & ORGANIZATIONAL VALUES, 2018, Trieste. **Anais...** Bruxelas: ISSWOV, 2018.

WEURLANDER, M. *et al.* How do medical and nursing students experience emotional challenges during clinical placements? **International Journal of Medical Education**, [S.l.], v. 9, n. 1, p.74-82, 2018.

ANEXO

Lei Federal nº 12.871/2013, que institui o Programa Mais Médico

Art. 5º Os Programas de Residência Médica de que trata a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, ofertarão anualmente vagas equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior.

Parágrafo único. A regra de que trata o caput é meta a ser implantada progressivamente até 31 de dezembro de 2018.

Art. 6º Para fins de cumprimento da meta de que trata o art. 5º, será considerada a oferta de vagas de Programas de Residência Médica nas seguintes modalidades:

I – Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e II – Programas de Residência Médica de acesso direto, nas seguintes especialidades: a) Genética Médica; b) Medicina do Tráfego; c) Medicina do Trabalho; d) Medicina Esportiva; e) Medicina Física e Reabilitação; f) Medicina Legal; g) Medicina Nuclear; h) Patologia; e i) Radioterapia.

Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.

§ 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:

I – Medicina Interna (Clínica Médica); II – Pediatria; III – Ginecologia e Obstetrícia; IV – Cirurgia Geral; V – Psiquiatria; VI – Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas Residência Médica de acesso direto.

§ 3º O pré-requisito de que trata este artigo apenas será exigido quando for alcançada a meta prevista no parágrafo único do art. 5º, na forma do regulamento.

§ 4º Os Programas de Residência Médica estabelecerão processos de transição para implementação, integração e consolidação das mudanças curriculares, com o objetivo de viabilizar a carga horária e os conteúdos oferecidos no currículo novo e

permitir o fluxo na formação de especialistas, evitando atrasos curriculares, repetições desnecessárias e dispersão de recursos.

§ 5º O processo de transição previsto no § 4º deverá ser registrado por meio de avaliação do currículo novo, envolvendo discentes de diversas turmas e docentes.

§ 6º Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do SUS, como as atuações na área de Urgência e Emergência, Atenção Domiciliar, Saúde Mental, Educação Popular em Saúde, Saúde Coletiva e Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida.

§ 7º O Ministério da Saúde coordenará as atividades da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade no âmbito da rede saúde-escola.

Art. 8º As bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade poderão receber complementação financeira a ser estabelecida e custeada pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	145
APÊNDICE B – Matriz de relação: objetivos, categorias de análise e questões de pesquisa	147
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista.....	149

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu _____ sexo _____, idade _____, residente no Hospital _____ na cidade de _____ em _____ profissão _____, carteira de identidade número _____, declaro ter sido informado(a) detalhadamente sobre a pesquisa intitulada "**ESTRESSE OCUPACIONAL: estudo com residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG**" que tem como objetivo descrever e analisar as possíveis manifestações de estresse ocupacional em médicos residentes que atuam em serviços de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG.

Declaro também ter sido devidamente esclarecido (a) sobre as questões da pesquisa, bem como da minha participação nela. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo a qualquer momento, sem perda de benefício ou qualquer outra penalidade que possa vir a comprometer meu trabalho nesse hospital público. Sei que durante o estudo não serei submetido a nenhum tipo de procedimento e que minha participação na pesquisa consistirá em fornecer informações necessárias por meio da pesquisa gravada. Fui informado (a) que o meu nome não será identificado nos resultados da pesquisa.

O risco de minha participação neste estudo está relacionado a algum desconforto ao responder alguma questão que poderá trazer à minha memória situações que me causam algum tipo de sofrimento psíquico, como também certo receio ao falar de algumas situações particulares. Contudo, serão adotadas as seguintes medidas de prevenção/minimização destes riscos: as entrevistas serão realizadas apenas pelo entrevistador, individualmente, em lugar reservado e os dados serão mantidos em total sigilo. Caso haja algum desconforto ao responder as questões, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, ou encerrada.

Recebi garantias de total sigilo e de poder obter esclarecimentos sempre que desejar. Concordo em participar voluntariamente desde estudo, sabendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de benefício.

Estou ciente que meus dados serão tratados com absoluta segurança para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato em todas as etapas do estudo, e de que o pesquisador manterá estes dados arquivados durante um período mínimo de dois anos, a contar da data de realização desta entrevista. Fui informado (a) também, que os resultados do estudo poderão ser divulgados em congressos, publicações científicas ou outros meios de apresentação que porventura se fizerem necessários sem a minha identificação.

Após ter sido suficiente e devidamente esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a realização desta pesquisa, conforme descrito neste documento, declaro que consinto em participar do estudo por livre vontade não tendo sofrido nenhuma forma de pressão ou influencia indevida quanto a minha participação e na elaboração das respostas oriundas do questionário da pesquisa a mim aplicado.

Assinatura:

Data: _____

Pesquisador responsável: Eu, Aparecido Donizete Servadio, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "Estresse ocupacional: estudo com residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG" declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Contado do pesquisador: Av. Barão Homem de Melo, 1.572 – Jardim América – Belo Horizonte/MG.

Fone (31) 98899-1002 / E-mail: aparecidodonizeteservadio@unihorizontes.br

Agradecimento:

Caro participante,

Agradeço imensamente pela sua valiosa participação. Suas informações serão muito importantes para o desenvolvimento desta pesquisa.

Atenciosamente,

Aparecido Donizete Servadio
Pesquisador responsável
Centro Universitário Unihorizontes

Prof. Dr. Luciano Zille Pereira
Orientador
Centro Universitário Unihorizontes

Nota: Este termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o (a) participante.

Fonte: Elaborado pelo autor (2018). Adaptado de Santos (2017).

APÊNDICE B – Matriz de relação: objetivos, categorias de análise e questões de pesquisa

Quadro 5 – Matriz de relação: objetivos, categorias de análise e questões de pesquisa

(Continua...)

Objetivos específicos	Categorias de análise	Questões de pesquisa
Identificar e descrever as características do trabalho do residente médico na especialidade de urgência e emergência cirúrgica.	Características da urgência e emergência cirúrgica	<p>1. Como se dá o funcionamento do serviço de urgência e emergência cirúrgica neste hospital público?</p> <p>2. Como residente médico quais as atividades realizadas por você na área de urgência e emergência cirúrgica?</p> <p>3. O que é ser um residente médico que atua nas áreas de urgência e emergência cirúrgica neste hospital público que atende pelo Sistema Único de Saúde?</p> <p>4. Na sua percepção, das atividades relacionadas ao trabalho, quais as que geram maior dificuldade para serem realizadas na urgência e emergência cirúrgica deste hospital público? Por quê?</p>
Identificar e descrever as fontes de tensão no trabalho indutoras de possíveis quadros de estresse.	Fontes de tensão no trabalho	<p>5. Na sua percepção, quais os fatores mais tencionaste no seu trabalho? Por quê?</p> <p>6. Como as questões relacionadas à tensão excessiva em seu trabalho podem ser classificadas em relação as suas atividades exercidas, neste hospital público, de acordo com a seguinte escala:</p> <p>() Ausentes</p> <p>() Algumas vezes</p> <p>() Frequentes</p> <p>() Muito Frequente</p> <p>7. Em relação ao trabalho, o que essas situações de tensão têm proporcionado em você?</p>
Identificar os sintomas físicos e psíquicos prevalentes relacionados às possíveis manifestações do estresse.	Sintomas de estresse	<p>8. Em decorrência do trabalho algumas manifestações podem ocorrer com as pessoas como: nervosismo, ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, sentimento de raiva, angústia, período de depressão, dor nos músculos do pescoço e ombros, palpitações, entre outras. Na sua percepção, alguns desses sintomas vêm ocorrendo com você? Analise um a um, se há presença do mesmo e a intensidade, considerando a seguinte escala:</p> <p>() Ausente</p> <p>() Algumas vezes</p> <p>() Frequente</p> <p>() Muito frequente</p> <p>9. A partir de quando você tem percebido a ocorrência desses sintomas? Ainda na sua percepção, a que você atribui as suas causas?</p> <p>10. Os sintomas que você relatou como frequentes ou muito frequentes tem levado ou levou a alguma manifestação psíquica ou orgânica? Se sim, quais?</p>

Objetivos específicos	Categorias de análise	Questões de pesquisa
		11. Apesar de médico, você tem o hábito de realizar <i>check-up</i> ? Você tem visitado o médico em alguma especialidade nos últimos seis meses? Quais foram as queixas que o levaram a esta visita? 12. Tendo em vista os sintomas relatados e a sua frequência, como você percebe a relação como o estresse? Avalie o grau de intensidade. <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Muito intenso
Identificar os impactos causados por possíveis manifestações do estresse no trabalho dos residentes médicos pesquisados.	Impactos no trabalho	13. Tendo em vista as situações relatadas e o que você vem sentindo em termos psíquicos e orgânicos, o que você percebe em relação aos impactos no seu trabalho?
Identificar os principais mecanismos de regulação utilizados pelos residentes médicos no enfrentamento das situações estressantes no trabalho.	Estratégias de enfrentamento em relação ao estresse (<i>coping</i>)	14. Na sua percepção, o que você faz para amenizar as situações tencionastes no seu trabalho? 15. De acordo com sua percepção, quais são as estratégias mais importantes, em termos de trabalho que podem ser adotadas para minimizar ou eliminar as situações tensionantes/estressantes? 16. Ainda na sua percepção, quais as estratégias são mais difíceis de serem adotadas? Por quê?

Fonte: Elaborado pelo autor (2018). Adaptado de Santos (2017).

(...Conclusão)

APÊNDICE C – Roteiro da entrevista

Centro Universitário Unihorizontes

Mestrado Acadêmico em Administração

A entrevista tem por finalidade obter dados para possibilitar a realização de uma pesquisa com residentes médicos que atuam em serviço de urgência e emergência cirúrgica, no que se refere às manifestações de estresse ocupacional.

Função/Cargo: () R1; () R2; () R3; () R4.

Tempo na residência: _____ Sexo: F () M ()

Idade: _____ Tempo de formado: _____

Estado Civil: _____

Possui filhos: () Não () Sim Quantos _____

1. Como se dá o funcionamento do serviço de urgência e emergência cirúrgica neste hospital público?

2. Como residente médico quais as atividades que você realiza no serviço de urgência e emergência cirúrgica?

3. O que é ser um residente médico que atua nas áreas de urgência e emergência cirúrgica neste hospital público que atende pelo Sistema Único de Saúde?

4. Na sua percepção, das atividades realizadas, quais as que geram maior dificuldade? Por quê?

5. Na sua percepção, quais são os fatores mais tencionante no seu trabalho? Por quê?

6. Como as questões relacionadas à tensão excessivas em seu trabalho podem ser classificadas, de acordo com a seguinte escala:

- () Ausentes
- () Algumas vezes
- () Frequentes
- () Muito Frequente

7. Em relação ao trabalho, o que essas situações tensionante têm provocado em você?

8. Em decorrência do trabalho algumas manifestações podem ocorrer com as pessoas como: nervosismo, ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, sentimento de raiva, angústia, período de depressão, dor no estomago, dor nos músculos do pescoço e ombros, palpitações, entre outras. Na sua percepção, alguns desses sintomas vêm ocorrendo com você?

Analise uma a uma, se há a presença da mesma e qual a sua intensidade considerando a seguinte escala:

- () Ausente
- () Algumas vezes
- () Frequente
- () Muito frequente

9. A partir de quando você tem percebido a ocorrência desses sintomas? Ainda na sua percepção, a que você atribui suas causas?

10. Os sintomas que você relatou como frequentes ou muito frequentes tem levado ou levou a alguma manifestação psíquicas ou orgânicas? Se sim, quais?

11. Apesar de médico, você tem o hábito de realizar *check-up*? Você tem visitado o médico em alguma especialidade nos últimos seis meses? Quais foram às queixas que o levaram a esta visita?

12. Tendo em vista os sintomas relatados e a sua frequência, como você se percebe com relação ao estresse? Avalie o grau de intensidade.

- () Ausente
- () Moderado
- () Intenso
- () Muito Intenso

13. Tendo em vista as situações relatadas e o que você vem sentindo em termos psíquicos e orgânicos, o que você percebe em relação aos impactos no seu trabalho?

14. Na sua percepção, o que você faz para amenizar as situações tensionantes no seu trabalho?

15. De acordo com sua percepção, quais são as estratégias mais importantes que o hospital pode adotar para minimizar as situações tensionantes/estressantes?

16. Ainda na sua percepção, quais as estratégias que são mais difíceis de serem adotadas? Por quê?

17. Além do que conversamos, existe algum outro aspecto que você gostaria de mencionar?

Obrigado!

Outubro/2018.