RENATA KOBAYASI

**Qualidade de vida, resiliência, empatia, sonolência diurna e
desempenho acadêmico em residentes de clínica médica:
análise qualitativa e quantitativa**

Tese apresentada à Faculdade
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Ciências Médicas

Área de Concentração: Educação e
Saúde

Orientador: Prof. Dr. Milton de Arruda
Martins

**São Paulo
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Kobayasi, Renata
Qualidade de vida, resiliência, empatia,
sonolência diurna e desempenho acadêmico em
residentes de clínica médica : análise qualitativa e
quantitativa / Renata Kobayasi. -- São Paulo, 2018.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências Médicas.Área de
Concentração: Educação e Saúde.
Orientador: Milton de Arruda Martins.

Descritores: 1.Internato e residência
2.Qualidade de vida 3.Empatia 4.Resiliência
psicológica 5.Privação do sono 6.Educação médica

USP/FM/DBD-112/18

Responsável: Kátia Maria Bruno Ferreira - CRB-8/6008

*Dedico esta tese à minha mãe e a meu pai, que sempre me apoiaram, dos
primeiros passos às grandes jornadas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe e a meu pai, minhas fontes de admiração e respeito. Plantaram em mim a semente do amor à pesquisa e à profissão acadêmica, e regam ela todos os dias com seu profissionalismo, amor e orientações de vida.

Ao meu irmão, um grande apoiador dos meus estudos, sempre presente na ajuda com a logística da tese. Assistiu milhões de vezes às minhas aulas, e comprou até um projetor para dar realismo ao treinamento para qualificação e defesa.

Ao meu marido, minha fonte de bem-estar e qualidade de vida. Com toda a paciência, enfrentou ao meu lado minhas horas de estudo e desenvolvimento do projeto, sempre com palavras de conforto e incentivo.

À minha avó, que faleceu durante o decorrer do meu trabalho, mas foi uma inspiração de mulher forte com amor intenso à vida.

Aos meus orientadores Milton de Arruda Martins e Fernanda Magalhães Arantes Costa: vocês me acolheram e me aceitaram para iniciar um passo fundamental na minha vida de pesquisa. Suas orientações e seus acolhimentos sempre demonstrando calma e experiência me deram todo o suporte para que eu me desenvolvesse e me apaixonasse por fazer pesquisa. Professor Milton, muito obrigada pela oportunidade e todo apoio, o Sr. é um grande mentor. Dra. Fernanda muito obrigada por aceitar ser minha coorientadora, estar ao meu lado em todo o processo de aprendizado, me ensinar todos os passos, cuidar do meu lado emocional e, acima de tudo, muito obrigada pela amizade.

À Patricia Tempski, meu enorme agradecimento por sua contribuição com conhecimento e seu jeito doce. Você fez minha tese ter um olhar especial sobre a qualidade de vida dos residentes.

Aos meus amigos Christian, Glauco e Maria Cecília, que me apoiaram nos meus desabafos, com orientações encorajadoras e coberturas nas visitas clínicas.

À minha amiga Fernanda, que também me ouviu em grandes desabafos e me deu apoio logístico na qualificação.

À Rosana, secretária do Professor Milton, que me ajudou na organização da impressão do projeto e dos questionários e, cuidou de mim com todo o carinho, me acolhendo e aconselhando.

À Profa. Dra. Maria do Patrocínio e ao Dr. Chin An Lin, que me apoiaram desenvolvendo o programa de residência, que é fantástico, e no desenvolvimento das avaliações em modelo OSCE dos residentes.

Aos residentes, que, nesse período de formação tão intenso, colaboraram com o desenvolvimento da minha pesquisa e participaram do grupo focal, contribuindo para a riqueza dos meus dados.

A Deus, por colocar todas essas pessoas em minha vida e deixá-la tão mais fácil de ser vivida.

*“Não precisamos de magia para mudar o mundo; todos
já temos dentro de nós o poder de que precisamos:
o poder de imaginar melhor”.*

J.K Rowling

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	3
1.1 Residência médica	3
1.2 Avaliação de competências clínicas pelo exame objetivo estruturado modelo OSCE	5
1.3 Resiliência - aspectos conceituais e questionários	6
1.4 Empatia – aspectos conceituais e questionários	8
1.5 Privação de sono.....	10
1.6 Influência do gênero	12
1.7 Qualidade de vida – aspectos conceituais e questionários	14
1.8 Impacto da qualidade de vida, sonolência, empatia e resiliência no desempenho acadêmico.....	17
2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 MATERIAL E MÉTODOS	25
3.1 Delineamento do estudo	25
3.2 Descrição da rotação dos estágios do primeiro ano da residência da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo	26
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	27
3.4 Elaboração e aplicação das estações na avaliação OSCE	27
3.5 Análise estatística dos dados quantitativos	32
3.6 Realização e análise dos grupos focais	34
4 RESULTADOS.....	39
4.1 Análise dos dados quantitativos.....	39
4.1.1 Descrição geral da população estudada	39
4.1.2 Análise dos instrumentos aplicados: influência do gênero	39
4.1.3 Análise de correlação dos instrumentos aplicados	42

4.1.4 Avaliação de sonolência e número de horas de plantão fora do Programa de Residência.....	43
4.1.5 Avaliação de número de horas trabalhadas fora da Residência e gênero	44
4.1.6 Avaliação da distribuição das respostas por item do questionário Veras-Q.....	44
4.1.7 Avaliação da distribuição das respostas por item do questionário de Resiliência.....	48
4.1.8 Avaliação do desempenho na atividade OSCE.....	49
4.1.8.1 Avaliação do desempenho na atividade OSCE segundo categorias de Resiliência	49
4.1.8.2 Avaliação do desempenho na atividade OSCE segundo categorias de sonolência	50
4.1.8.3 Avaliação da qualidade de vida pelo Veras Q segundo desempenho na atividade OSCE	51
4.1.8.4 Avaliação da resiliência, sonolência e empatia segundo desempenho no OSCE.....	57
4.1.8.5 Análise de correlação entre os construtos avaliados e o desempenho acadêmico no OSCE	60
4.1.8.6 Análise de regressão linear múltipla entre desempenho no OSCE, e os construtos resiliência, empatia, sonolência e qualidade de vida	61
4.1.9 Análise dos dados quantitativos.....	65
5 DISCUSSÃO	73
6 CONCLUSÃO	91
7 ANEXOS	95
7.1 Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
7.2 Anexo B - Aprovação do estudo pela Comissão de Ética para Análises de Projetos de Pesquisas do Hospital das Clínicas da FMUSP (CAPPesq).....	98
7.3 Anexo C Questionário Sociodemográfico.....	99
7.4 Anexo D – Escala de Residência de Wagnild & Young	100
7.5 Anexo E - Escala Jefferson de Empatia Médica – Versão para Estudantes	101
7.6 Anexo F - Escala de sonolência Diurna de Epworth – versão brasileira	103
7.7 Anexo G - Questionário VERAS Q Residente	104
7.8 Anexo H - Análise qualitativa dos grupos focais.....	107
8 REFERÊNCIAS.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIM	<i>American Board of Internal Medicine</i>
ACGME	<i>Accreditation Council for Graduate Medical Education</i>
AMEE	<i>Association for Medical Education in Europe</i>
CGME	<i>Council on Graduate Medical Education</i>
FMUSP	Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo
IIQ	Intervalo Interquartil
IM-ITE	The Internal Medicine In-Training Examination
INCOR	Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP
JSE	<i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i>
LASA	<i>Linear Analogue Self-Assessment</i>
MINI-CEX	<i>Mini Clinical Examination</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
P 25	percentil 25
P 75	percentil 75
P25 – P75	entre o percentil 25 e 75
QOL	<i>Quality of Life</i>
RS-14	Escala de resiliência reduzida de Wagnild & Young
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Veras-Q	Questionário para avaliação da qualidade de vida específica da Residência médica
WHOQOL Group	<i>World Health Organization Quality of Life Group</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Resiliência, sonolência e empatia de acordo com o gênero.	40
Tabela 2 -	Distribuição dos <i>scores</i> dos domínios de qualidade de vida do Veras-Q em relação do gênero.	41
Tabela 3 -	Distribuição de <i>scores</i> do OSCE, em cada estação e média, em relação ao gênero.	42
Tabela 4 -	Coeficientes de correlação de Spearman entre sonolência, empatia, resiliência e domínios de qualidade de vida.	43
Tabela 5 -	Número de horas trabalhadas fora da residência por semana de acordo com as categorias patológicas ou não patológicas de sonolência.	44
Tabela 6 -	Número de horas trabalhadas fora da residência por semana de acordo com o gênero.	44
Tabela 7 -	Distribuições de frequências de resposta por questão do VERAS q por sexo. Comparações por teste de Fisher.....	46
Tabela 8 -	Distribuição de frequências simples de respostas por questão do questionário RS-14 por sexo. Comparação com teste de Fisher.	48
Tabela 9 -	Distribuição dos escores do OSCE por estação e média final da atividade, por categorização entre resilientes e não resilientes. Mann - Whitney teste	50
Tabela 10 -	Distribuição dos escores do OSCE por estação e média final da atividade, por categorização entre sonolência patológica e não patológica.....	51
Tabela 11 -	Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação ambulatório, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.....	52
Tabela 12 -	Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação emergências cardiológicas, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.....	53

Tabela 13 -	Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação enfermária, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.....	54
Tabela 14 -	Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação Emergências Clínicas, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.....	55
Tabela 15 –	Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, média final da prova, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.	56
Tabela 16 -	Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação ambulatorio, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.	57
Tabela 17 -	Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação emergências cardiológicas, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.	58
Tabela 18 -	Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação enfermária, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.	59
Tabela 19 -	Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação emergências clínicas, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.	59
Tabela 20 -	Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, média final da prova, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75.	60
Tabela 21 -	Coeficientes de correlação de Spearman entre qualidade de vida, sonolência, empatia e resiliência com desempenho acadêmico em prova modelo OSCE.	61
Tabela 22 -	Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota na estação emergências cardiológicas	62

Tabela 23 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota na estação da enfermaria.....	63
Tabela 24 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota na estação do ambulatório	63
Tabela 25 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota na estação de emergências clínicas	64
Tabela 26 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota média na prova OSCE	64

RESUMO

Kobayasi R. *Qualidade de vida, resiliência, empatia, sonolência diurna e desempenho acadêmico em residentes de clínica médica: análise qualitativa e quantitativa* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

INTRODUÇÃO: Na residência médica, inúmeros fatores favorecem o desgaste emocional, colocando em risco atitudes relevantes, como empatia, resiliência e percepção da qualidade de vida, o que pode comprometer o desempenho profissional. **OBJETIVO:** Avaliar o impacto do treinamento em Clínica Médica na percepção da qualidade de vida, empatia, resiliência e sonolência diurna, e suas correlações com o desempenho médico na avaliação de competências clínicas pelo método OSCE. A influência do gênero nesses construtos também foi investigada. **METODOLOGIA:** Estudo transversal com médicos residentes do primeiro ano de Clínica Médica, com questionários de autorrelato para avaliar a percepção de qualidade de vida específica para residência médica (Veras-Q), dados sociodemográficos, empatia (escala Jefferson), resiliência (escala Wagnild& Young RS-14) e sonolência diurna (escala de Epwoth). O desempenho acadêmico foi avaliado pelo método OSCE no final do primeiro ano da residência em Clínica Médica. Análise de grupos focais com residentes do sexo feminino foi feita para compreender as diferenças entre os gêneros nos construtos investigados. **RESULTADOS:** Cento e nove médicos residentes participaram do estudo: 31 (28,4%) do sexo feminino e 78 (71,6%) masculinos. As residentes do sexo feminino apresentaram escores de qualidade de vida significativamente menores do que os residentes masculinos nos domínios de uso do tempo (30,3, feminino vs 41,1, masculino $p < 0,001$), psicológico (48,1, feminino vs 56,7, masculino $p < 0,01$) e saúde física (42,8, feminino vs 53,6, masculino $p < 0,05$). Os escores de sonolência diurna foram significativamente maiores para as residentes do sexo feminino (13,0, feminino vs 9,0, masculino $p < 0,001$), com valores considerados patológicos ($p < 0,001$). Houve moderada correlação negativa entre sonolência diurna e o domínio manejo do tempo da qualidade de vida ($p < 0,01$). Houve forte correlação positiva entre resiliência e os domínios psicológico e saúde física da qualidade de vida (respectivamente, 0,48 e 0,50; $p < 0,01$). Os escores do desempenho acadêmico pelo método OSCE não diferiram entre os gêneros e não apresentaram correlação com os construtos investigados. A análise dos grupos focais destacou dificuldade de manejo do tempo, insegurança, sensação de perda, autocobrança, dificuldade de estabelecer laços afetivos, dificuldade de concentração e de aquisição do conhecimento como fatores relacionados à pior percepção da qualidade de vida para as residentes do sexo feminino. **CONCLUSÃO:** Ao final do primeiro ano da residência em Clínica Médica, os residentes apresentaram baixos escores na percepção da qualidade de vida e maior sonolência diurna. Houve diferenças significativas entre os gêneros na percepção da qualidade de vida e na sonolência diurna, com escores menores de qualidade de vida e escores maiores

de sonolência diurna nas residentes do sexo feminino. Não foram identificadas correlações entre qualidade de vida, empatia, resiliência, sonolência diurna e o desempenho acadêmico pelo método OSCE em residentes do primeiro ano de Clínica Médica.

Descritores: internato e residência; qualidade de vida; empatia; resiliência psicológica; privação do sono; educação médica.

ABSTRACT

Kobayasi R. *Quality of life, resilience, empathy, daytime sleepiness and academic performance in internal medicine residents: qualitative and quantitative analysis* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo"; 2018

INTRODUCTION: During medical residency, many factors may lead to emotional distress, putting at risk relevant attitudes such as empathy, resilience and perception of quality of life, which can compromise professional performance. **OBJECTIVE:** To evaluate the impact of training in internal medicine on quality of life, empathy, resilience, daytime sleepiness and their correlation with academic performance using the OSCE method. The influence of gender in these constructs was also investigated. **METHODOLOGY:** A cross-sectional study with first-year internal medicine residents was performed to evaluate self-reported quality of life specific for medical residency (Veras-Q), socio demographic data, empathy (Jefferson scale), resilience (Brief Resilience Scale from Wagnild and Young) and daytime sleepiness (Epworth scale). Academic performance was assessed by the OSCE method at the end of the first year of internal medicine residency. Differences between genders were investigated using focus groups analysis with female residents. **RESULTS:** One hundred and nine resident physicians participated in the study: 31 (28.4%) were female and 78 (71.6%) were male. Female residents presented significantly lower scores than those of male residents for quality of life in the domains of time management (30.3, females vs 41.1, males $p < 0.001$), psychological (48.1 females vs 56.7, males $p < 0.01$) and physical health (42.8, females vs 53.6, males $p < 0.05$). They also scored higher in daytime sleepiness (13.0, females vs 9.0, males $p < 0.001$) with pathological scores for daytime sleepiness. A moderate negative correlation between daytime sleepiness and time management domain of quality of life ($p < 0.01$) was observed. There was a strong positive correlation among resilience, psychological and physical health domains of quality of life (respectively 0.48 and 0.50, $p < 0.01$). Academic performance scores by the OSCE method did not differ between genders and did not correlate with empathy, resilience and daytime sleepiness scores. The focus group assessment revealed difficulty in concentration and knowledge acquisition, insecurity, feeling of loss, greater critical perception, self-doubt and difficulty in creating affective bonds to support the training period as the main factors involved in the lower perception of quality of life among the women. **CONCLUSION:** Female residents had lower scores of quality of life and higher scores on daytime sleepiness. No significant differences between genders were detected for academic performance scores and no relationship among quality of life, empathy, resilience, daytime sleepiness and academic performance by the OSCE method was observed in first-year internal medicine residents. Measures to improve quality of life among female residents during this critical period of medical training might include investing in mentoring

to help them better manage their time and encouraging activities that facilitate relationship development.

Descriptors: internship and residency; quality of life; empathy; resilience, psychological; sleep deprivation; education, medical.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Residência médica

O conceito de Residência Médica foi desenvolvido, na área cirúrgica, por William Stewart Halsted, na Universidade Johns Hopkins, Estados Unidos, em 1889 (Harvey, 1981; Kerr, O'Leary, 1999). O objetivo era desenvolver um sistema de treinamento de cirurgiões e estimular o desenvolvimento de professores e modelos acadêmicos (Cameron, 1997; Osborne, 2007).

No Brasil, a residência médica teve início em São Paulo e no Rio de Janeiro, na década de 40, inspirada no modelo americano (Souza, 1988). Em São Paulo, a residência médica foi introduzida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1944.

Os programas de residência médica são baseados em aprendizado em serviço, supervisionado por especialistas de cada área. Os médicos residentes desenvolvem atividades de treinamento em período integral, com acesso a equipamentos tecnológicos modernos e às atividades de pesquisa. O objetivo deste período de formação, em nível de especialização, é capacitar o médico para torná-lo um profissional apto a exercer sua função civil de cuidar da saúde da população (Brent, 1981; Nogueira-Martins, 2010).

Os programas de residência médica são considerados como atividades de pós-graduação. A residência médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que é a maior e mais concorrida do país, concede treinamento para 51 das 53 especialidades médicas reconhecidas em nosso país. As atividades de formação em nível de especialização são desenvolvidas preferencialmente em hospitais universitários ou em outros centros de atenção à saúde. No programa de residência médica de Clínica Geral da FMUSP, as atividades de ensino são desenvolvidas no maior complexo médico universitário da América Latina, que compreende o Hospital das Clínicas e o Hospital Universitário.

Apesar de ser considerada como o melhor método para capacitação profissional em Medicina, a residência médica é organizada com base em um modelo que tem sido questionado quanto a sua eficácia em ensinar ao médico em formação a respeito de questões relevantes para seu profissionalismo, tais como: resiliência, empatia e percepção da qualidade de vida (Nogueira-Martins, Jorge, 1998; Bellini *et al.*, 2002; West *et al.*, 2006; Neumann *et al.*, 2011).

Além disso, há críticas à metodologia atual quanto à sobrecarga de tarefas ao médico em treinamento (Tokarz *et al.*, 1979; Aach *et al.*, 1988; McCall, 1988). Em todos os centros de treinamento, a demanda é grande. Longas jornadas de trabalho, fadiga e privação de sono, grande número de informações a serem absorvidas para a construção do conhecimento, constante mudança de estágios, a pressão em lidar com os pacientes de forma eficiente e rápida, contato diário com sofrimento e morte, preocupação em cometer erros médicos, dificuldade de relacionamento com os pacientes, enfermagem e supervisores, e preocupação com os recursos financeiros são algumas das fontes de estresse para os residentes (Tokarz *et al.*, 1979; Aach *et al.*, 1988; Nogueira-Martins, Jorge, 1998; Serrano, 2007).

O sistema de saúde no Brasil não consegue atender à demanda social, culminando em grande número de horas dedicadas ao atendimento dos pacientes, com consequente privação de sono, menor qualidade do treinamento e do desempenho acadêmico do médico residente.

Estudos recentes a respeito da residência médica têm evidenciado que, simultaneamente ao desenvolvimento do profissional em competência, autoconfiança e segurança, a sobrecarga de tarefas tem efeitos adversos na sensibilidade dos médicos em relação aos pacientes, com repercussões nas atitudes de empatia, manutenção ética e percepção da qualidade de vida (Mangione *et al.*, 2002; Shanafelt *et al.*, 2005; West *et al.*, 2006; 2007; Neumann *et al.*, 2011).

Os desafios desse período de formação podem ser equilibrados pelos aspectos positivos do treinamento, que incluem o estímulo intelectual, o sentimento de utilidade ao cuidar dos pacientes e a sensação de missão cumprida na aquisição de conhecimentos e habilidades (Tedeschi, Calhoun, 1996; Macedo PCM *et al.*; Haglund *et al.*, 2009).

1.2 Avaliação de competências clínicas pelo exame objetivo estruturado modelo OSCE

A avaliação de competências clínicas na área médica pelo sistema de exame clínico objetivo e estruturado (*Objective Structured Clinical Examination* - OSCE) foi desenvolvida por Ronald Harden, na década de 70, na universidade de Dundee, Escócia (Harden *et al.*, 1975; Harden, Gleeson, 1979; Harden, 1988; 2015; 2016). Este método foi desenvolvido para superar as limitações dos exames clínicos tradicionais, nos diferentes cenários da Medicina.

Este método permite avaliar objetivamente as habilidades clínicas dos alunos pela observação direta de seu desempenho e da interação médico-paciente, ao longo de um conjunto de cenários clínicos pré-definidos, designados estações (Harden *et al.*, 1975 ; Harden, Gleeson; Cuschieri *et al.*, 1979; Harden, 2015; 2016).

Neste sistema de avaliação, os alunos passam por estações estruturadas em forma rotativa, em intervalos de tempo determinados, com cenários clínicos padronizados e respostas delimitadas (Harden *et al.*, 1975; Harden, Gleeson, 1979; Harden, 2015; 2016). Por exemplo, em uma estação, o aluno deve executar um procedimento, tal como tirar uma história clínica, executar determinado item do exame físico do paciente ou interpretar um exame laboratorial no contexto do problema clínico em análise. Em outra estação, o aluno deve responder perguntas sobre a interpretação dos resultados da estação anterior. Os alunos são observados e avaliados por examinadores com tabelas de critérios pré-definidos (Harden *et al.*, 1975; Harden, Gleeson, 1979; Harden, 2015).

A padronização dos cenários clínicos, com pacientes-atores, tem a vantagem de substituir o emprego de pacientes reais nas atividades de avaliação, que apresentavam problemas importantes, como a indisponibilidade de casos desejados no momento da avaliação e a variação do desempenho de pacientes reais durante a rotação dos residentes nos estágios dos programas de residência médica.

No exame clínico objetivo e estruturado, a complexidade da avaliação e as variáveis externas podem ser controladas com maior facilidade. As competências examinadas podem ser definidas com maior precisão e o

conhecimento do aluno pode ser avaliado com maior amplitude (Tibério *et al.*, 2012). O exame é mais objetivo e a estratégia de avaliação pode ser escolhida com antecedência.

Outras vantagens deste sistema de avaliação de habilidades clínicas incluem melhor *feedback* de informações aos alunos e professores sobre as competências clínicas alcançadas, bem como, sobre as aptidões não dominadas, além de possibilitar redução do estresse e da ansiedade na execução de determinados procedimentos em pacientes reais (Harden, 2016). Por outro lado, este método de avaliação requer maior tempo de preparo, quando comparado aos exames clínicos tradicionais, mas como muitos avanços em educação, os benefícios são conquistados com maior esforço e dedicação.

O método de avaliação de habilidades clínicas em modelo OSCE constitui uma das principais inovações na avaliação do desempenho acadêmico na área médica. Tem sido amplamente utilizado em diferentes países para avaliar competências clínicas em inúmeras disciplinas, em diferentes profissões na área da Saúde e em diferentes fases da educação médica (Harden, 2016).

1.3 Resiliência - aspectos conceituais e questionários

O termo resiliência origina-se da Física e significa “a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica” (Poletto, 2007). No contexto humano, a palavra resiliência tem sido utilizada para se referir à capacidade do indivíduo de resistir às situações adversas sem sofrer consequências negativas do ponto de vista físico, psicológico ou social (Luthar *et al.*, 2000; Atkinson *et al.*, 2009). Em Psicologia, o conceito de resiliência refere-se à habilidade do indivíduo de se recuperar ativamente de eventos estressores e se reequilibrar quando exposto a circunstâncias adversas, vendo-os como possibilidades de desenvolvimento e não apenas como situações negativas (Grotberg, 1997; Farias, Monteiro, 2006). Tem sido proposto que a resiliência pode ser o mediador entre a ocorrência de eventos estressores e o amadurecimento do indivíduo, resultando em um novo estado adaptativo (Winnicott, 1965). A capacidade de atribuir significado e valor positivo às

experiências da vida, mesmo às negativas, é destacada como principal característica do indivíduo resiliente (Winnicott, 1965; Jackson *et al.*, 2007).

As diretrizes de formação médica incluem a resiliência entre as principais características de personalidade associadas às atitudes bem-sucedidas no treinamento médico (Koenig *et al.*, 2013; *Association of American Medical College's Admission*, 2014).

Estudos sobre resiliência desenvolvidos com estudantes de Medicina indicam que esta habilidade pode influenciar o aprendizado e o profissionalismo médico (Jackson *et al.*, 2007; Howe *et al.*; Tempiski *et al.*, 2012; 2012a). Estes estudos demonstraram que a resiliência também está associada à percepção da qualidade de vida. Assim, alunos resilientes apresentam melhor percepção da qualidade de vida, tanto em ambientes educacionais positivos como negativos (Tempiski *et al.*, 2015).

A Residência Médica apresenta-se como período que favorece o desgaste emocional. Inúmeros fatores estressores do ambiente de treinamento médico, tais como aprender a lidar com a dor do paciente, dar más notícias, carga horária excessiva de trabalho, competitividade e alta pressão por bom desempenho acadêmico, contribuem para que este período da formação médica seja emocionalmente prejudicial (Tokarz *et al.*, 1979; Smith *et al.*, 1986; Aach *et al.*, 1988; Nogueira-Martins, Jorge, 1998; Shanafelt *et al.*, 2002). Estes desafios justificam a relevância de se investigar a resiliência como possível mecanismo de proteção e como fator importante para o desenvolvimento do médico nesta etapa crítica de sua formação profissional (Rodrigues, 2012; 2013).

Nesta perspectiva, estratégias educacionais devem ser delineadas para incluir, no currículo da Residência Médica, treinamento para que o médico residente possa aprender a desenvolver resiliência pessoal e profissional, para prevenir possíveis consequências adversas do estresse, que incluem piora do desempenho na prática clínica, diminuição da empatia, comprometimento da relação médico-paciente e redução dos valores profissionais altruísticos (Smith *et al.*, 1986; Shanafelt *et al.*, 2002; 2005; West *et al.*, 2006).

Considerando a necessidade de um instrumento adequado para avaliar a resiliência, Wagnild & Young desenvolveram, em 1993, uma escala para mensurar diferentes níveis de adaptação psicossocial em face de eventos

importantes de vida. Cinco componentes foram identificados como fatores para resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. A escala de resiliência foi adaptada para o Português brasileiro pelo grupo de estudos de Pesce *et al.* (2005), que realizaram estudos de confiabilidade e validade desse instrumento.

Wagnild desenvolveu, em 2009, uma versão reduzida da escala de resiliência composta por 14 itens, selecionados da escala original, para oferecer uma escala menor, visando reduzir o tempo de preenchimento dos participantes e diminuir a chance de perdas por falhas no preenchimento. As respostas são apresentadas em escala Likert de sete pontos e os escores variam de 14 (baixa resiliência) a 98 (alta resiliência) (Wagnild, 2010).

1.4 Empatia – aspectos conceituais e questionários

A palavra empatia origina-se do Grego, “*empáttheia*”, que significa apreciação do sentimento do outro. O conceito atual de empatia compreende um conjunto de construtos e características referentes às reações cognitivas e emocionais de um indivíduo frente às expectativas do outro (Davis, 1996; Paro, 2013). A empatia é uma habilidade multidimensional que permite perceber e entender os sentimentos e perspectivas do outro (Davis, 1996; Rocha, 2010; Schutte *et al.*, 2001; Paro, 2013). É considerada uma virtude, mas pode ser entendida como um processo intelectual a ser aprendido e aprimorado ao longo da vida (Paro, 2013).

A empatia constitui domínio central da inteligência emocional, das interações sociais e das habilidades de comunicação (Davis, 1996; Schutte *et al.*, 2001; Paro, 2013). Na área médica, a empatia é uma das habilidades humanísticas mais destacadas. Tem sido associada, no contexto clínico, a melhores resultados diagnósticos e terapêuticos (Hojat *et al.*, 2002; Stepien, Baernstein, 2006; Hojat, 2007).

A justificativa da neurociência que explica a relação da empatia com o aprendizado e o desempenho acadêmico se baseia na função do córtex pré-frontal ventromedial, que é responsável pela regulação das respostas emocionais e da tomada de decisão. Pessoas com danos nesta área tendem a

exibir comportamentos antissociais, deficiência de julgamento moral e, em alguns casos, uma capacidade reduzida de pensamento crítico e outros mecanismos de aprendizagem (Esperidião-Antonio *et al.*, 2008).

Além de estar associada à melhor desempenho final no resultado da relação médico-paciente, a empatia tem sido considerada como habilidade importante do profissionalismo médico (Stepien, Baernstein, 2006). O comportamento empático resulta da consciência de compaixão e respeito ao paciente, garantindo a prioridade pelo bem-estar do paciente (*American Board of Internal Medicine* - ABIM, 1983).

Durante o período de formação no curso de Medicina, o estudante é submetido a situações estressantes que podem diminuir seu comportamento empático, tais como longas horas de jornada, lidar com a dor e a morte do paciente, abuso moral e competitividade (Shanafelt *et al.*, 2002; 2005; West *et al.*, 2006; Neumann *et al.*, 2011). Por outro lado, considerando a empatia como processo intelectual, podemos avaliá-la e adotar medidas que ensinem e aprimorem o desenvolvimento desta habilidade, permitindo sua conservação, apesar das circunstâncias adversas do processo de formação na Medicina.

As diretrizes de formação médica consideram a importância das competências emocionais dos estudantes e estimulam a adoção de estratégias educacionais para seu desenvolvimento ao longo dos anos de formação do profissional médico (Koenig *et al.*, 2013; *Association of American Medical College's Admission*, 2014).

Há grande dificuldade na avaliação da empatia devido a suas múltiplas dimensões. Vários questionários foram desenvolvidos para este fim. Hemmerdinger *et al.* (2007), em revisão sistemática, ressaltaram oito questionários com validade e confiabilidade. Seis destes questionários são estruturados em escalas de autorrelato.

Nesta categoria, deve ser destacada a Escala Jefferson de Empatia, *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSE), que é específica para o contexto clínico (Hojat *et al.*, 2001). Esta escala é a mais utilizada mundialmente. É constituída por 20 itens, com respostas em escala likert de sete pontos, para avaliar o comportamento empático no ambiente médico (Hojat *et al.*, 2001). O questionário teve sua versão brasileira validada por Paro *et al.* (2012), durante

aplicação de prova prática modelo OSCE, a alunos do quinto e sexto ano do curso de graduação em Medicina. O escore da escala é calculado com base na soma dos escores dos itens. Um escore maior é indicador mais favorável para a empatia do residente (Paro *et al.*, 2012).

1.5 Privação de sono

A privação do sono é evento comum na área médica, tanto durante o curso de graduação como nas demais etapas da profissão médica (Asaiag *et al.*, 2010). Uma das repercussões mais frequentes da privação do sono na população jovem é a sonolência diurna (Aloé *et al.*, 1997; Paro *et al.*, 2010; Tempski, 2008).

Paro *et al.* (2010) observaram alta prevalência de sonolência diurna em estudantes de Medicina em todos os anos do curso de graduação. Este estudo identificou escores patológicos de sonolência diurna em 56% dos estudantes, sem diferenças significativas entre os diferentes anos do curso de Medicina.

Tempski (2008) também registrou altos índices de sonolência diurna em estudantes de Medicina, com predomínio no sexo feminino.

Na residência médica, os índices de sonolência diurna são mais altos do que os registrados durante o curso de graduação. Asaiag *et al.* (2010) observaram escores patológicos de sonolência diurna em 76% de um grupo de 136 médicos residentes do primeiro ano. Este estudo identificou correlação positiva entre sonolência diurna e carga horária de trabalho.

A privação do sono está relacionada à ansiedade, à depressão e ao estresse (Friedman *et al.*, 1971). Privação do sono e depressão são os dois problemas mais significativos da residência médica.

A privação do sono leva à dificuldade de comunicação, por diminuição na fluidez das ideias, e resulta em comprometimento das interações sociais e do desempenho das atividades médicas. (Rosal *et al.*, 1997; Harrison, Horne, 2000; Eller *et al.*, 2006).

O primeiro estudo que analisou a correlação entre privação do sono e desempenho médico foi desenvolvido por Friedman *et al.* (1971). Este estudo demonstrou que médicos residentes após jornada de trabalho maior que 24

horas cometeram o dobro de erros na interpretação de eletrocardiogramas, do que médicos residentes após uma noite de sono.

Considerando esses aspectos resultantes da privação de sono, podemos deduzir que sonolência excessiva durante a jornada de trabalho pode resultar em comprometimento do profissionalismo e do desempenho nas condutas médicas.

Acreditou-se, durante décadas, que longas horas dedicadas ao ensino em ambiente diretamente hospitalar, proporcionando contato máximo do médico com o paciente, fosse diretamente proporcional a melhores resultados no aprendizado. No entanto, estudos recentes demonstraram o potencial deletério de longas jornadas de trabalho, em detrimento do desenvolvimento humano e da eficiência do cuidado ao paciente (Cohen, 1999).

Seguindo essa demanda, o Conselho de Acreditação para Educação Médica na Graduação (ACGME: *Accreditation Council for Graduate Medical Education*) publicou, em 2003, uma série de planos envolvendo número de horas trabalhadas na residência, que resultou na padronização do período dedicado ao ensino no hospital, criando um ambiente mais propício ao aprendizado.

Após as recomendações da ACGME (2003) referentes aos limites da carga horária de trabalho na residência médica, alguns estudos demonstraram discreta redução da síndrome do esgotamento profissional, mas as evidências de correlação entre quantidade de horas de trabalho e esgotamento profissional não foram conclusivas (Fletcher *et al.*, 2005; Ripp *et al.*, 2011).

Em 2011, novas diretrizes da ACGME recomendaram o máximo de 16 horas de trabalho contínuo para residentes do primeiro ano. Reduções similares na carga horária de trabalho da residência médica também foram propostas na Europa (Moonesinghe *et al.*, 2011).

Apesar de todas as medidas para regulamentar o número de horas de trabalho na residência médica, ainda há programas em nosso país estruturados em jornadas com mais de 60 horas/semana. Além disso, muitos médicos residentes, visando a complementar a renda mensal, recorrem a horas extras de trabalho na forma de plantões extracurriculares, com repercussões importantes na privação do sono e no desempenho acadêmico.

Um estudo desenvolvido em nosso país demonstrou que a carga horária semanal excessiva, maior que 60 horas, comprometeu significativamente a qualidade do sono e do repouso, e a qualidade do aprendizado de um grupo de 62 médicos residentes de quatro especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesia e Pediatria do estado de Santa Catarina (Oliveira Filho *et al.*, 2005).

A Escala de Sonolência Diurna de Epworth, elaborada e validada por Johns Muray (1991;1992; 1994), é um instrumento autoaplicável, validado para uso no Brasil (Bertolazi *et al.*, 2009). A escala foi desenvolvida para avaliar a tendência à sonolência em situações cotidianas. Ela contém oito afirmações com respostas de 0 a 3 escores, que variam de 0 a 24. Escores maiores do que 10 indicam sonolência diurna excessiva e são designados escores patológicos; quando acima de 16, são considerados escores muito patológicos (Bertolazi *et al.*, 2009).

1.6 Influência do gênero

Desde metade dos anos 1970, observamos número crescente de mulheres no mercado de trabalho, resultando na emancipação feminina. Para aumentar cada vez mais sua participação no mercado de trabalho com melhores oportunidades, as mulheres passaram a investir no desenvolvimento educacional (Bruschini, 1994).

Por um lado, a intensidade e a constância do aumento da participação feminina no mercado de trabalho afirma a capacidade da mulher em trabalhar, produzir e gerar desenvolvimento, mas, de outro, permanecem as responsabilidades emocional e social, o que indica a continuidade de modelos tradicionais que sobrecarregam as mulheres (Bruschini, 1994).

O ingresso de mulheres na área médica tem sido crescente (Bowman *et al.*, 2002; Serrano, 2007; Adams, 2010). A feminilização da Medicina expressa uma mudança sociocultural recente, visto que, até o início do século XX, as mulheres exerciam papel de suporte, como enfermeiras ou assistentes na área da Saúde (Adams, 2010).

O processo de feminilização da Medicina vem ocorrendo desde 1972, quando o aceite de alunos, sem discriminação de gênero, tornou-se obrigatório

nas escolas médicas (*Education Amendments*, title IX, 1972). A proporção de mulheres nas escolas médicas do Brasil aumentou de 46,3% em 1965, para 55,6% em 2011 (*Medical Students and Physicians in Brazil*).

Como a Medicina tem sido, historicamente, uma profissão masculina, os modelos de treinamento em muitas escolas médicas ainda espelham o modelo histórico, quando havia poucas mulheres na profissão, gerando alto custo psicológico para a população feminina (Bowman *et al.*, 2002; Bleakley, 2013). Além do viés de gênero, as mulheres enfrentam inúmeros desafios na área médica, que incluem abuso sexual, escassez de mulheres em posições de liderança, e conflitos entre o tempo dedicado ao trabalho e à família (Bickel, 2001; Bowman *et al.*, 2002; Verlander, 2004; Serrano, 2007; Bleakley, 2013).

Com o aumento da população feminina na área médica, vários estudos têm analisado diferenças entre gêneros na percepção da qualidade de vida e suas importantes repercussões na saúde mental, tais como estados de ansiedade e depressão (Hendrie *et al.*, 1990; Peterlini *et al.*, 2002; Mayer *et al.*, 2016).

Mayer *et al.* (2016) observaram maior prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de Medicina do sexo feminino, quando comparados ao sexo masculino, em estudo multicêntrico desenvolvido no Brasil, sobre fatores associados à ansiedade e depressão durante o curso de Medicina.

Enns *et al.* (2016), em estudo multicêntrico sobre a qualidade de vida dos estudantes de Medicina, observaram que estudantes do sexo feminino apresentaram percepção mais negativa do ambiente educacional do que estudantes do sexo masculino e que tal percepção negativa ocorreu, principalmente, no terceiro e quarto ano do curso, no contexto da “crise do meio”.

Na residência médica, Peterlini *et al.* (2002) identificaram índices significativamente mais altos de ansiedade e depressão em mulheres do que em homens, em um grupo de 59 médicos residentes do primeiro ano de clínica médica. Este estudo graduou os sintomas de ansiedade e depressão, avaliou os fatores envolvidos em seu desenvolvimento e sugeriu estratégias educacionais de enfrentamento do estresse, que é inevitável durante o período de treinamento na residência médica.

Alguns estudos têm demonstrado que residentes do sexo feminino apresentam escores mais altos na avaliação do estresse diário e índices mais

baixos na avaliação de qualidade de vida (Toews *et al.*, 1997; Cohen, Patten, 2005). Há, também, estudos que relatam maior prevalência de sintomas reacionais ao estresse em residentes do sexo feminino em comparação à população geral (Hsu, Marshall, 1987). Por outro lado, há estudos que não identificaram diferenças significativas no desenvolvimento de depressão entre os gêneros (Tyssen *et al.*, 2000). As diferenças nos resultados dos estudos devem ser relacionadas à diferença nas ferramentas utilizadas para realizar as avaliações.

O impacto das diferenças de gênero na área médica tem repercussões na distribuição de mulheres e homens nas diversas especialidades. Alguns estudos demonstraram que a escolha da especialidade médica é influenciada pelo gênero, sendo que mulheres têm maior preferência pelas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, Dermatologia e Pediatria, enquanto homens têm preferência pelas carreiras cirúrgicas (Ng-Sueng *et al.*, 2016). A motivação para escolha da especialidade pelos homens é baseada no salário e nos planos de ascensão na carreira, enquanto mulheres encontram maior motivação na relação com os pacientes (Heiligers, 2012).

1.7 Qualidade de vida – aspectos conceituais e questionários

O conceito de qualidade de vida formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1995, considera qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*The WHOQOL Group*, 1995). Este conceito contempla a teoria da satisfação de desejos ou preferências, que propõe que uma boa qualidade de vida está relacionada ao equilíbrio entre expectativas e realizações individuais concretizadas (Sandoe, 1999; Moore *et al.*, 2005).

Observando-se esse conceito, verifica-se que ele propõe uma visão holística do ser humano, considera a subjetividade e o aspecto bipolar, positivo e negativo, das dimensões avaliadas (*The WHOQOL Group*, 1995).

A qualidade de vida tem sido investigada em educação médica, tendo em vista o caráter desafiador e estressante da formação dos estudantes de Medicina (Macedo PNAG *et al.*, 2009; Tempiski *et al.*, 2012; Enns *et al.*, 2016). Em nosso país, o Centro de Desenvolvimento em Educação Médica, liderado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, vem desenvolvendo com êxito estudos nesta área.

Tempiski *et al.* (2012) analisaram a percepção da qualidade de vida de estudantes de Medicina e os fatores relacionados a seu aumento ou diminuição durante a formação médica, em estudo qualitativo com grupos focais. Os autores observaram que a percepção dos alunos de sua qualidade de vida relacionada à formação médica foi pior do que da qualidade de vida geral em outros contextos. Os alunos relataram que as características do *currículo* e do ambiente de ensino eram os principais fatores relacionados à diminuição de sua qualidade de vida durante o curso de Medicina (Tempiski *et al.*, 2012).

Enns *et al.* (2016) avaliaram a influência do ambiente educacional na percepção da qualidade de vida dos estudantes de Medicina, em estudo multicêntrico com 1.350 alunos procedentes de 22 escolas médicas de diferentes regiões do Brasil. Os autores observaram que o ambiente educacional exerceu papel modulador importante na percepção dos alunos de sua qualidade de vida relacionada ao curso de Medicina, independentemente da idade, do gênero e do ano do treinamento médico. Comparando os alunos em diferentes fases do curso, verificaram que a percepção do ambiente educacional foi mais positiva entre os alunos do primeiro e segundo ano do que nos alunos dos últimos anos do curso de Medicina. Este estudo mostrou que os escores de qualidade de vida específica do estudante de Medicina foram significativamente menores do que os de qualidade de vida geral dos alunos, confirmando o impacto negativo do curso de Medicina na qualidade de vida geral do estudante (Enns *et al.*, 2016).

Na residência médica, o comprometimento da qualidade de vida torna-se mais intenso, tendo em vista o desgaste físico associado às longas jornadas de trabalho e o comprometimento psíquico inerente ao cuidado com a dor e o sofrimento humano (West *et al.*, 2009; 2011; Ripp *et al.*, 2011; Block *et al.*, 2013).

No Brasil, vários estudos analisaram a qualidade de vida e os aspectos a ela relacionados, em diferentes grupos de médicos residentes (Oliveira Filho *et al.*, 2005; Macedo PCM *et al.*, 2009; Asaiag *et al.*; Nogueira-Martins, 2010).

O primeiro estudo que avaliou a qualidade de vida dos médicos residentes em nosso país foi desenvolvido por Macedo (2004). Este estudo analisou a qualidade de vida de 128 médicos residentes durante os três anos de treinamento. Identificou que os residentes do primeiro ano apresentaram pior percepção da qualidade de vida, quando comparados aos residentes do segundo e terceiro ano, confirmando os maiores índices de estresse vivenciados no primeiro ano da residência médica (Macedo *et al.*, 2009).

Oliveira Filho *et al.* (2005) investigaram as repercussões da carga horária semanal e da supervisão nos programas de residência médica sobre a qualidade de vida de um grupo de 62 médicos residentes de quatro especialidades (Clínica Médica, Cirurgia geral, Anestesia e Pediatria). Observaram que a carga horária semanal excessiva (maior que 60 horas) comprometeu significativamente a qualidade de vida específica da residência médica e a qualidade de vida geral dos médicos residentes.

Asaiag *et al.* (2010) também observaram pior percepção da qualidade de vida na residência médica, quando comparada à qualidade de vida geral em um grupo de 136 médicos residentes de Curitiba. Este estudo analisou as correlações entre sonolência diurna, estresse profissional e qualidade de vida na residência médica.

A avaliação da qualidade de vida apresenta dificuldades relacionadas à subjetividade e a vários componentes que influenciam sua mensuração. Por exemplo, conforme observado no conceito da OMS, cultura, valores e experiências prévias do indivíduo podem influenciar a percepção da qualidade de vida, tornando-a, dessa forma, temporal e circunstancial, visto que sua percepção se modifica ao longo da vida, conforme as experiências vividas (Petrone, 1994; *The WHOQOL Group*, 1995; Tempski, 2008).

Apesar das dificuldades em avaliar a qualidade de vida, este construto tem sido mensurado por questionários baseados em autopercepção (Tempski *et al.*, 2009). Os questionários são construídos a partir de itens ou perguntas, agrupados em domínios correspondentes às áreas do comportamento ou às

experiências relacionadas ao quesito que se pretende avaliar (Guyatt *et al.*, 1993). Os questionários podem ser genéricos ou específicos. Os questionários específicos apresentam maior sensibilidade, visto que consideram aspectos relevantes para determinada população ou condição a ser analisada (Garraat *et al.*, 2002, Tempiski *et al.*, 2009).

Vários estudos foram desenvolvidos em educação médica para avaliar a qualidade de vida dos estudantes de Medicina e os impactos de sua alteração na prática médica (Enns *et al.*, 2016). Os estudos revelaram associação entre baixa qualidade de vida e maior risco de atividades antiéticas, com consequente prejuízo no profissionalismo e possível impacto no desempenho das condutas (Thomas *et al.*, 2007; Dyrbye *et al.*, 2010).

Tempiski *et al.* (2009) desenvolveram um questionário com a proposta de avaliar a qualidade de vida específica para os estudantes de Medicina. O questionário é constituído por 45 itens relevantes para esta amostra, distribuídos em quatro domínios: uso do tempo, psicológico, saúde física e ambiente de ensino (Tempiski *et al.*, 2009). É um instrumento robusto, com boa confiabilidade e validade (Tempiski *et al.*, 2009). As respostas são graduadas em escala Likert de cinco pontos e escores transformados em escala de zero (pior qualidade de vida) a 100 (melhor qualidade de vida).

No período da residência médica, há grande competitividade e demanda por bom desempenho nos diversos estágios, especialmente no período final da residência com a prova de especialidade. Esse contexto gera alta cobrança e grandes expectativas que nem sempre são alcançadas, podendo reduzir a percepção da qualidade de vida.

1.8 Impacto da qualidade de vida, sonolência, empatia e resiliência no desempenho acadêmico

Durante o processo de capacitação na residência, o médico residente enfrenta condições adversas, como longas jornadas de trabalho, sobrecarga no número de pacientes, contato com sofrimento e a morte, que resultam em sonolência, fadiga e estresse (Nogueira-Martins, 1998; Serrano, 2007).

Papp *et al.* observaram que residentes com sonolência apresentam impacto negativo na capacidade de aprendizado, no profissionalismo, no desempenho, no bem-estar e no desenvolvimento dos relacionamentos. Além disso, outros estudos mostram associação entre sonolência e erros médicos (West *et al.*, 2006; West *et al.*, 2009).

O prejuízo no desenvolvimento dos relacionamentos pode estar ligado à diminuição da empatia durante o período da residência (Neumann *et al.*, 2011). A redução da empatia, por sua vez, pode impactar no aprendizado, na formulação de pensamento crítico e no desempenho acadêmico, além de estar associada à menor capacidade na realização de diagnóstico pela interferência na habilidade de realizar anamnese adequada (Shanafelt *et al.*, 2005).

A resiliência como capacidade de adaptação às situações de estresse, sem alterar as capacidades do indivíduo, exerce papel protetor na perda da empatia e na redução da percepção de bem-estar e qualidade de vida. Alva (1999) descreveu, ainda, que estudantes resilientes são aqueles que se mantêm motivados e com alto desempenho, mesmo quando em situações estressantes.

Mitchell *et al.* (2005) levantaram a hipótese de que o bem-estar do médico contribui para aprendizagem e para competência na prestação de cuidados ao paciente. Por outro lado, alguns estudos não observaram correlação entre o bem-estar e desempenho acadêmico em provas escritas.

Conforme os diversos tópicos conceituais, durante a residência médica, os enormes desafios podem impactar negativamente nos construtos de empatia, resiliência, gerar sonolência diurna e pior percepção de qualidade de vida, levando à depressão e burnout, que podem impactar no aprendizado e desenvolvimento das habilidades humanas durante o treinamento médico.

Com base nos temas expostos, desenvolvemos o presente estudo para investigar as possíveis associações entre qualidade de vida, sonolência, empatia e resiliência com o desempenho acadêmico dos médicos residentes do primeiro ano de clínica médica. Nossa hipótese é que deve haver associação entre melhor percepção da qualidade de vida, menos sonolência diurna, maior resiliência e melhor disposição empática, com altos níveis de desempenho acadêmico de médicos residentes do primeiro ano de Clínica Médica, com possíveis diferenças entre os gêneros.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre qualidade de vida, sonolência, resiliência e empatia com o desempenho acadêmico dos residentes do primeiro ano de Clínica Médica na prova prática modelo OSCE.

2.2 Objetivos específicos

- a) Avaliar se há associação entre resiliência, empatia, sonolência e percepção do nível de qualidade de vida;
- b) Avaliar se há diferenças entre os gêneros em relação aos aspectos investigados de resiliência, empatia, sonolência, percepção do nível de qualidade de vida e desempenho acadêmico.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

O estudo foi realizado durante aplicação da prova prática na metodologia OSCE a médicos residentes do primeiro ano de Clínica Médica em 2016 e 2017.

A avaliação do desempenho com metodologia OSCE para os residentes do primeiro ano é realizada em fevereiro, último mês do primeiro ano de residência em Clínica Médica. Tem como objetivo avaliar a aquisição de habilidades e competências esperadas ao final desse período.

A avaliação do desempenho de habilidades clínicas foi composta por 4 (quatro) estações com objetivo de avaliar competências clínicas determinadas pela Preceptoría da Residência do Serviço de Clínica Médica da Faculdade Medicina da USP.

Antes da aplicação da prova, os residentes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, e assinaram requisição de consentimento livre e esclarecido.

No início da avaliação, foram entregues aos residentes questionários referentes à avaliação da qualidade de vida específica da Residência médica (Veras-Q), avaliação sociodemográfica, avaliação da sonolência diurna por meio da escala de Epworth, avaliação da resiliência pela escala de resiliência reduzida de Wagnild & Young (RS-14) e análise do comportamento empático com a JSE.

Os questionários foram identificados pelo número de matrícula dos residentes, para reduzir a influência do medo de identificação nas respostas e minimizar o padrão de respostas socialmente aceitas nos questionários.

Após as análises quantitativas, observando os resultados, optamos por realizar grupos focais com objetivo de encontrar entendimento e dar significado qualitativo aos achados.

3.2 Descrição da rotação dos estágios do primeiro ano da residência da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo

Após ingresso no processo seletivo da residência de Clínica Médica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os residentes são apresentados ao programa dos estágios e se organizam livremente em doze subgrupos denominados “Painelas”. Cada painela é constituída por residentes que ingressaram de outras Faculdades/Universidades e por residentes que são graduados na Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo.

O ano letivo tem início em março e termina em fevereiro do ano seguinte, totalizando doze meses. A rotação nos estágios ocorre a cada dois meses ou é mensal para alguns estágios. O estágio do ambulatório geral didático tem rotação a cada dois meses; compreende atendimento ambulatorial e plantões noturnos no pronto-socorro de Clínica Médica Geral. O estágio na enfermaria do Hospital Universitário tem duração de dois meses; compreende estágio na enfermaria de casos secundários, plantões noturnos na enfermaria, atendimento ambulatorial secundário e interconsultas. Os estágios no Pronto-Socorro de Clínica Médica do Hospital das Clínicas, na Unidade Crítica do Pronto-Socorro e na UTI tem duração de um mês e compreendem atendimento de emergência, dividido em plantões diurnos e noturnos.

Os estágios realizados no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP (INCOR) têm rotação interna mensal. Subdividem-se em Pronto-Socorro e Unidade Coronariana. As atividades no Pronto-Socorro são desenvolvidas com escala diurna e plantões noturnos, e, na Unidade Coronariana, com escala diurna na unidade, plantões até meia-noite no pronto-socorro e atendimento em ambulatório selecionado.

Os dois períodos determinados como estágios eletivos têm duração mensal e o residente tem a oportunidade de escolher uma subespecialidade clínica para acompanhar durante o período ou realizar estágio externo.

O período de férias de um mês é rodziado entre as painelas.

3.3 Sujeitos da pesquisa

O estudo teve como sujeitos todos os médicos residentes do departamento de Clínica Médica, da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo, que ingressaram nos anos de 2015 e 2016, totalizando cento e vinte residentes. Cento e dez médicos residentes participaram da avaliação em metodologia OSCE, desses, cento e nove aceitaram participar da pesquisa. Os dez residentes que não participaram da avaliação OSCE estavam em período de férias ou estágio eletivo externo. Essa amostra é considerada de conveniência por ser de um único serviço de Residência Médica e de uma única especialidade.

3.4 Elaboração e aplicação das estações na avaliação OSCE

A elaboração das estações na avaliação OSCE seguiu as recomendações da Association for *Medical Education in Europe* (AMEE) guide no. 81 Part I e *American Educational Research Association* (ACGME-1999). As questões foram desenvolvidas pelos preceptores do programa de Residência em Clínica Médica. Versaram sobre o conteúdo dos principais estágios do currículo do primeiro ano de residência em Clínica Geral. Para avaliação dos residentes, foram desenvolvidos gabaritos padronizados (*check-lists*) para uniformizar as avaliações. Os avaliadores e paciente-atores voluntários foram treinados previamente ao início das atividades para diminuir o viés interpessoal da avaliação e de atuação em cada estação. Para cumprir o objetivo educacional da avaliação, foi realizada correção devolutiva (*feedback*) com os residentes para demonstrar as atitudes esperadas em cada estação.

Foram elaboradas quatro estações com duração de dez 10 minutos cada. Na avaliação do primeiro grupo de residentes realizada em 2016, foram formuladas as seguintes questões: a primeira estação foi referente ao ambiente de pronto atendimento da Clínica Médica Geral. Envolveu a habilidade de identificar um caso de emergência oncológica em paciente-ator com leucemia aguda, com hipóteses diagnósticas de síndrome de lise tumoral e insuficiência renal aguda. O residente foi avaliado quanto à habilidade de solicitar exames

adequados para formulação da hipótese diagnóstica e adequação da conduta imediata para estabilização do paciente. Com base nas diretrizes das competências do ACGME, foi avaliada a competência de cuidado com o paciente, com formulação de diagnósticos diferenciais, tomada de decisão baseada nos resultados dos testes diagnósticos e proposta do plano terapêutico.

A segunda estação compreendeu o ambiente de emergência em Cardiologia, com um paciente-ator com dor torácica. O residente deveria complementar a avaliação da anamnese, solicitar os exames adequados, identificar o primeiro eletrocardiograma como síndrome coronariana sem supradesnívelamento de segmento ST, informar e esclarecer o paciente sobre o diagnóstico de forma adequada e adotar as medidas iniciais de tratamento. Na evolução do cenário, o paciente-ator recorre com dor, necessitando de nova avaliação com eletrocardiograma e o residente deveria solicitar novo exame, identificar alteração dinâmica do segmento ST, solicitar nitrato e identificar ausência de resposta na avaliação de sinais vitais, e solicitar cineangiocoronariografia de urgência. Com base nas diretrizes das competências do ACGME, foram avaliadas as competências de cuidado com o paciente, com formulação de diagnósticos diferenciais, tomada de decisão baseada nos resultados dos testes diagnósticos, reconhecimento da situação de emergência, reconhecimento de mudanças na evolução do quadro clínico e reformulação das hipóteses diagnósticas compatíveis. Como no início da tarefa o residente deveria solicitar exames custo efetivo para avaliar a hipótese diagnóstica, consideramos que a competência de adequar os custos do cuidado ao paciente também foi avaliada. A terceira competência solicitada é relacionada às habilidades interpessoais e de comunicação, quando o médico residente foi solicitado a informar o diagnóstico ao paciente e esclarecer as dúvidas.

A terceira estação foi referente a um cenário de enfermaria de hospital secundário com um paciente-ator internado por encefalopatia hepática e cirrose hepática por etilismo, que apresentou na internação rebaixamento do nível de consciência por hipovolemia, devido à hemorragia digestiva alta. Neste cenário, o residente deveria realizar avaliação inicial com solicitação dos sinais vitais, pedido de hemoglobina e hematócrito, expansão volêmica, identificação da escala de Glasgow, solicitação de material de intubação, pedido de

encaminhamento para unidade de terapia intensiva, e solicitação de endoscopia digestiva alta, pois o paciente apresentou hemorragia digestiva aguda. O paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória e óbito, sendo, neste momento, solicitado ao residente informar sobre o óbito à família, para avaliar a habilidade de comunicação de más notícias, acolhimento e esclarecimento das dúvidas dos familiares. Com base nas diretrizes das competências do ACGME, foram avaliadas as competências de cuidado com o paciente, formulação de diagnósticos diferenciais, tomada de decisão baseada nos resultados dos testes diagnósticos, reconhecimento da situação de emergência, reconhecimento de mudanças na evolução do quadro clínico e reformulação de hipóteses diagnósticas compatíveis. Ao inserirmos a situação do óbito com a tarefa de comunicação de más notícias, avaliamos as habilidades interpessoais, e de comunicação e o profissionalismo.

O quarto cenário compreendeu a avaliação do ambiente ambulatorial com o caso de um paciente-ator com quadro de asma. Nesta estação, o residente deveria completar a anamnese do paciente questionando dados relevantes ao quadro clínico para determinar se o paciente estava controlado da doença, tendo que perceber, durante a estação, que a asma estava descompensada, solicitar espirometria, que deveria ser identificada como tendo sido realizada com técnica inadequada. Como conduta final, o residente deveria identificar que o problema no descontrole da doença era um caso de má aderência ao tratamento por inabilidade em utilizar o dispositivo inalatório, tendo que demonstrar ao paciente a forma correta de aplicação. Com base nas diretrizes das competências do ACGME, foram avaliadas, neste cenário, as competências de cuidado com o paciente, com formulação de diagnósticos diferenciais, tomada de decisão baseada nos resultados dos testes diagnósticos e a competência que envolve habilidades interpessoais e de comunicação ao ter que explicar e demonstrar o uso correto do dispositivo ao paciente.

As questões formuladas na avaliação do segundo grupo de residentes, em 2017, foram: a primeira estação foi referente ao ambiente de pronto atendimento da Clínica Médica Geral. Compreendeu a habilidade de realizar atendimento de um paciente com quadro convulsivo e febre, com a necessidade de complementação da anamnese com perguntas que direcionariam para o

diagnóstico diferencial do exame físico com avaliações fundamentais na sala de emergência para o caso clínico, solicitação dos exames relevantes para diagnóstico de meningite bacteriana e conduta completa frente ao diagnóstico, com prescrição de tratamento com antibióticos, medicações complementares para controle de complicações e atenção com notificação e profilaxia para contactuantes do paciente. Com base nas diretrizes das competências do ACGME, foram avaliadas as competências de cuidado com o paciente, com síntese e complementação da anamnese, exame físico e exames subsidiários para formulação de diagnósticos diferenciais, tomada de decisão baseada nos resultados dos testes diagnósticos, reconhecimento da situação de emergência, proposição de conduta de caráter preventivo com conhecimento do sistema de saúde ao notificar e prescrever medicação profilática aos contactuantes.

Na segunda estação, foi abordado o ambiente de emergência em Cardiologia, com um paciente-ator com queixas de febre, desconforto ao urinar associado a sintomas de insuficiência cardíaca descompensada. O residente deveria solicitar os seis principais exames para auxiliar na formulação da hipótese diagnóstica, para avaliar a competência na solicitação de exames no ambiente de Saúde. Após a verificação dos exames, era solicitado que soubesse as hipóteses diagnósticas do caso para avaliar a habilidade de perceber os problemas relevantes a serem abordados. Na última tarefa, foi apresentada a monitorização cardiológica do paciente, que demonstrou valor baixo de índice cardíaco e aumento da resistência periférica, sendo requisitada a prescrição ao residente, que deveria abranger o diagnóstico final de choque cardiogênico com necessidade de iniciar, além de antibioticoterapia para a infecção urinária, dobutamina, nitroprussiato torácica e furosemida para compensação cardíaca adequada. Com base nas diretrizes das competências do ACGME, foram avaliadas as competências de cuidado ao paciente, com formulação de diagnósticos diferenciais, tomada de decisão baseada nos resultados dos testes diagnósticos, reconhecimento da situação de emergência, reconhecimento de mudanças na evolução do quadro clínico reformulação das hipóteses diagnósticas compatíveis. Como no início da tarefa o residente deveria solicitar exames custo efetivo para avaliar a hipótese diagnóstica, consideramos que a

competência de adequação dos custos do cuidado ao paciente também foi avaliada.

A terceira estação abordou um cenário de enfermaria de hospital secundário com um paciente-ator internado para investigação de um quadro de sintomas neurológicos com paresia em hemicorpo à direita, febre há um mês, com antecedente de uso de drogas injetáveis e sopro sistólico na ausculta cardíaca. Na primeira tarefa, foi solicitada a formulação das principais hipóteses diagnósticas do quadro e o residente deveria, além de levantar a hipótese de endocardite, perceber que a alteração neurológica era consequente à embolização séptica para o sistema nervoso central. Na segunda tarefa, o residente deveria solicitar os exames complementares adequados para investigação do quadro e, na última tarefa, prescrever o tratamento com antibióticos com a duração necessária. Com base nas diretrizes das competências do ACGME, foram avaliadas as competências de cuidado com o paciente, com formulação de diagnósticos diferenciais, tomada de decisão baseada nos resultados dos testes diagnósticos e adequação do plano terapêutico.

No quarto cenário, a abordagem foi ambulatorial com o caso de um paciente-ator com quadro de diabetes. Nesta estação, o residente deveria completar a anamnese do paciente questionando dados relevantes ao quadro para determinar se o paciente estava controlado da doença, tendo que perceber durante a estação que o paciente apresentava sintomas de descompensação do diabetes, com descontrole do tratamento da hipertensão arterial e hipercolesterolemia, apesar de já estar em uso de medicação via oral. Na segunda tarefa, foi solicitado ao residente prescrever a nova receita do paciente, tendo que perceber o momento de prescrever insulinização, ajustar os medicamentos do tratamento da hipertensão arterial e hipercolesterolemia, fazendo as orientações ao paciente de mudança de estilo de vida. Na última tarefa, o residente deveria explicar ao paciente como fazer uso adequado de insulina subcutânea. Com base nas diretrizes das competências do ACGME, foram avaliadas as competências de cuidado com o paciente, com formulação de diagnósticos diferenciais, tomada de decisão baseada nos resultados dos testes diagnósticos, e a competência que envolve habilidades interpessoais e de

comunicação ao ter que orientar mudança de estilo de vida e explicar o uso correto da insulina.

3.5 Análise estatística dos dados quantitativos

Foi utilizada análise estatística descritiva para determinar a distribuição dos escores das respostas dos estudantes nos diversos questionários (mediana, intervalo interquartil, percentis 25 e 75) e a distribuição dos escores nos domínios de cada questionário (frequência). O programa de estatística utilizado foi SPSS, versão 22.

Para comparar medidas de tendência central dos domínios dos questionários analisados de acordo com o gênero, foi utilizado o teste para duas amostras independentes, Mann-Whitney U-teste, visto que a maioria dos domínios apresentou distribuição não normal. Os domínios com distribuição normal foram parte do Veras-Q, que analisou outros domínios com distribuição desviada.

A análise da distribuição de respostas por item do questionário Veras-Q pelo gênero foi avaliada do seguinte modo: as respostas foram classificadas em percepção positiva da qualidade de vida, a distribuição foi comparada por teste de Fisher. A seguir, foi calculada a razão entre as porcentagens da percepção positiva dos residentes do sexo masculino sobre o sexo feminino e a diferença absoluta entre os percentuais. Os itens do questionário foram apresentados na ordem decrescente da diferença absoluta entre os percentuais de percepção positiva entre sexo masculino e sexo feminino.

A distribuição de respostas por item do questionário RS-14, de acordo com o gênero, foi avaliada do seguinte modo: as respostas “concorda totalmente” e “concordo” foram categorizadas como “Concordo” e as demais alternativas, indiferente, discordo e discordo totalmente como “Discorda + Indiferente”, polarizando alternativas positivas *versus* negativas. A seguir, a distribuição de respostas por item nos questionários foi comparada entre os gêneros com o teste de Fisher.

Para comparar os escores da avaliação OSCE entre os residentes do sexo masculino e feminino, foi utilizado teste para múltiplas amostras independentes, Kruskal-Wallis. As notas em cada estação foram calculadas com base na soma dos acertos no gabarito. A seguir, foram transformadas para uma escala de zero a dez. A média na avaliação OSCE foi calculada com base na soma das notas em cada uma das estações, dividido por quatro (número total de estações).

As correlações entre os domínios dos questionários foram determinadas pelo coeficiente de correlação de Spearman. Os valores 0,1; 0,3 e 0,5 foram considerados para interpretação das correlações como fracas, moderadas e fortes, respectivamente (Cohen, 1988).

Para avaliar a influência da resiliência no desempenho dos residentes na avaliação OSCE, o construto resiliência foi categorizado como “Resilientes”, residentes com escores acima de 81 no questionário RS-14 e “Não Resilientes”, residentes com escore 81 ou abaixo deste valor. A seguir, as medianas das notas dos residentes na avaliação OSCE por cenário foram comparadas com as categorias de resiliência. Para analisar os efeitos da sonolência no desempenho dos residentes no OSCE, a sonolência foi considerada “Patológica”, quando os escores no questionário Epworth foram acima de 10, e “Não patológica” com escores abaixo de 10, inclusive 10. A seguir, as medianas das notas dos residentes na atividade do OSCE por cenário foram comparadas com as categorias de sonolência.

Para avaliar a distribuição da qualidade de vida avaliada pelo questionário do Veras-Q, com base nas notas obtidas na atividade do OSCE, foram consideradas as notas acima do percentil 75 (acima P75), entre o percentil 25-75 e abaixo do percentil 25 (abaixo P25). Avaliamos a distribuição das notas de cada estação do OSCE pelos diversos domínios do questionário Veras-Q e a somatória de cada um dos domínios, sendo classificado com escore total do questionário total.

As possíveis correlações entre empatia, sonolência, resiliência e qualidade de vida com o desempenho acadêmico no OSCE foram avaliadas por análise de regressão linear múltipla. Foram construídos modelos crus e ajustados para o gênero. O nível de significância estatística das comparações foi considerado como $p < 0,05$.

3.6 Realização e análise dos grupos focais

A opção de análise pelo método de grupo focal teve como objetivo buscar entendimento dos resultados quantitativos dos questionários, principalmente na avaliação das diferenças entre os gêneros nos construtos investigados. Buscou-se entender os fatores que influenciam positivamente ou negativamente a qualidade de vida das residentes do sexo feminino, bem como, os fatores que poderiam influenciar as diferenças entre os gêneros, na visão feminina. A metodologia de grupo focal foi escolhida pela sua característica de compartilhamento de ideias individuais com o grupo, levando à construção de novas opiniões acerca de tópicos específicos e diretivos da discussão.

Nessa metodologia, o pesquisador deve viabilizar o compartilhamento das diferentes visões sobre o assunto (Westphal *et al.*, 1996; Iervolino, Pelicioni, 2001). A metodologia adotada para realização do grupo focal foi baseada na literatura (Westphal *et al.*, 1996; Cotrim, 1996; Debus, 1997).

As residentes foram convidadas para participar do grupo focal por *e-mail*. Foram informadas do objetivo da realização da pesquisa e da metodologia adotada. O recrutamento não foi restritivo e a aceitação em participar foi voluntária. Os grupos focais foram constituídos por duas a três residentes. Ao final da realização de cada grupo focal, foi realizada uma confraternização e sorteio de um brinde “spa-day”, visando aumentar a aderência à metodologia, levando-se em consideração a relação do autocuidado com o aumento da qualidade de vida.

Na realização do grupo focal, buscamos manter a presença de um coordenador que atuou como facilitador e, pelo menos, um assistente relator. A coordenadora do grupo focal dirigiu o grupo sem expressar opinião própria a respeito dos assuntos discutidos e o assistente avaliou a dinâmica do grupo, anotou fatos relevantes e complementou as percepções.

Os temas diretivos foram divididos em sete tópicos sugeridos ao longo da realização do grupo focal pela coordenadora. O ambiente da realização do grupo focal foi neutro, confortável, silencioso, livre de interrupções, fora do ambiente hospitalar, mas de fácil acesso por ser próximo ao hospital e sem a participação de indivíduos do sexo masculino. O tempo de cada grupo focal variou de 120 a

180 minutos, computando encerramento final com devolutiva aos participantes das percepções compartilhadas. O registro do grupo focal foi gravado em áudio associado às anotações do observador. O roteiro do grupo focal iniciou com apresentação dos participantes e da equipe de condução, com boas-vindas, explicação dos objetivos e funcionamento da metodologia. A seguir, foi obtido o termo de consentimento livre e esclarecido, e iniciado o compartilhamento de ideias sobre os seguintes tópicos diretivos:

- a) concepção de qualidade de vida para a residente de Medicina;
- b) fatores que aumentam a qualidade de vida da residente de Medicina;
- c) fatores que diminuem a qualidade de vida da residente de Medicina;
- d) estratégias de enfrentamento;
- e) fatores que podem influenciar a diferença de qualidade de vida na residência médica, comparando homens *versus* mulheres;
- f) propostas para melhorar a qualidade de vida das próximas residentes de clínica médica.

A análise dos dados qualitativos seguiu as proposições de Bardin (1995) e Turato (2003): transcrições das entrevistas gravadas, leitura flutuante, destaque dos assuntos por relevância e repetição, discussão com o grupo de pesquisa, apresentação dos resultados de forma descritiva com as citações das falas das residentes. Os resultados foram divididos em categorias analíticas, itens e exemplos dos discursos.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Análise dos dados quantitativos

4.1.1 Descrição geral da população estudada

A população estudada compreendeu 109 médicos do 1º ano de residência em Clínica Médica da FMUSP que participaram da prova prática, modelo OSCE, compreendendo uma taxa de resposta de 90,83%, em relação ao número total de residentes (120). O estudo foi desenvolvido em duas etapas sendo, 57 residentes em 2016 e 52 residentes em 2017. A participação no preenchimento dos questionários foi voluntária. Um residente do sexo masculino, no grupo de 2016, optou por não participar da avaliação dos questionários.

A mediana da idade dos residentes participantes foi 26,00 anos (IIQ = 2), com intervalo de 23 a 33 anos, sendo, 15 residentes do sexo feminino (26,31%) e 42 do sexo masculino (73,68%) em 2016; e 16 residentes do sexo feminino (30,76%) e 36 do sexo masculino (69,23%) em 2017.

A mediana do número de horas semanais trabalhadas fora do Programa de Residência Médica foi de 6,13 horas (IIQ= 8). Vinte e cinco residentes (22,94%) não fazem plantões fora do programa de residência médica.

4.1.2 Análise dos instrumentos aplicados: influência do gênero

A Tabela 1 apresenta os resultados da influência do gênero nos construtos de resiliência, sonolência diurna e empatia. A avaliação da sonolência diurna de acordo com o gênero demonstrou que residentes do sexo feminino apresentaram escores significativamente maiores de sonolência diurna do que os residentes do sexo masculino ($p < 0,001$). Os valores obtidos para o sexo feminino podem ser classificados como sonolência patológica (Tabela 1). Considerando diferenças percentuais, 74,2% das residentes do sexo feminino

foram classificadas com sonolência patológica *versus* 37,2% dos residentes do sexo masculino.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre residentes do sexo feminino e masculino nos construtos de resiliência e empatia.

Tabela 1 Resiliência, sonolência e empatia de acordo com o gênero

Escala	Gênero		P*
	Masculino (n=78)	Feminino (n=31)	
Resiliência			
Mediana	81,00	77,00	0,114
IIQ	14	13	
P25-P75	72,00-86,00	68,99-81,00	
Sonolência			
Mediana	9,00	13,00	0,001
IIQ	6	8	
P25-P75	7,00-13,00	8,00-16,00	
Empatia			
Mediana	118,00	121,00	0,185
IIQ	16	12	
P25-P75	110,00-126,00	114,00-126,00	

*Mann - Whitney teste

A Tabela 2 demonstra os resultados obtidos na avaliação do questionário de qualidade de vida específica para a residência (Veras-Q) em relação ao gênero. Os residentes do sexo masculino apresentaram escores significativamente maiores nos domínios uso do tempo, psicológico e saúde física quando comparados aos residentes do sexo feminino ($p < 0,05$).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre residentes do sexo feminino e masculino quanto à percepção do ambiente de ensino (Tabela 2).

Tabela 2 Distribuição dos *scores* dos domínios de qualidade de vida do Veras-Q em relação do gênero

Domínios do Veras-Q	Gênero		P*
	Masculino (n=78)	Feminino (n=31)	
Uso do Tempo			
Mediana	41,07	30,35	0,000
IIQ	16,51	17,85	
P25-P75	32,26-51,78	25,00-42,85	
Psicológico			
Mediana	56,73	48,07	0,001
IIQ	19,71	15,38	
P25-P75	46,15-65,86	38,46-53,84	
Ambiente de ensino			
Mediana	57,35	54,41	0,067
IIQ	16,54	8,82	
P25-P75	51,47-68,01	50,00-58,82	
Saúde Física			
Mediana	53,57	42,85	0,013
IIQ	25,89	25,00	
P25-P75	42,85-68,75	35,71-60,71	

* Mann - Whitney teste

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise comparativa do desempenho na avaliação OSCE entre residentes masculinos e femininos.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros nos escores de desempenho obtidos em cada uma das estações avaliadas da prova modelo OSCE.

Tabela 3 - Distribuição de scores do OSCE, em cada estação e média, em relação ao gênero

OSCE	Gênero		P*
	Masculino (n=78)	Feminino (n=31)	
Ambulatório			
Mediana	7,50	7,50	0,798
IIQ	1,26	1,70	
P25-P75	6,95-8,21	6,80-8,50	
Emergência Cardiológica			
Mediana	6,68	6,60	0,754
IIQ	2,07	1,59	
P25-P75	5,35-7,42	5,70-7,29	
Enfermaria			
Mediana	7,20	6,81	0,920
IIQ	1,64	1,59	
P25-P75	6,36-8,00	6,36-7,95	
Emergência Clínica			
Mediana	6,00	6,62	0,842
IIQ	2,50	2,50	
P25-P75	5,00-7,50	5,00-7,50	
Média			
Mediana	6,80	6,66	0,689
IIQ	1,02	1,02	
P25-P75	6,29-7,32	6,25-7,27	

Mann - Whitney teste

4.1.3 Análise de correlação dos instrumentos aplicados

A Tabela 4 demonstra as correlações entre sonolência diurna, empatia, resiliência e domínios de qualidade de vida. Verificou-se moderada correlação negativa entre sonolência e os domínios uso do tempo, ambiente de ensino e psicológico do Veras-Q, respectivamente, coeficientes -0,40; ($p < 0,01$), - 0,32 ($p < 0,01$), -0,38 ($p < 0,01$). Houve fraca correlação negativa entre sonolência e o domínio saúde física do Veras-Q, coeficiente -0,21 ($p < 0,05$).

Não foram identificadas correlações significativas entre sonolência e resiliência ou entre sonolência e empatia.

Verificou-se correlação significativa, positiva e forte entre resiliência e os domínios saúde física e psicológico (respectivamente, 0,48 e 0,50; $p < 0,01$).

Houve correlação significativa, positiva e fraca entre resiliência e os domínios de uso do tempo, ambiente de ensino do Veras-Q e empatia, (respectivamente, coeficientes 0,24 , 0,27 e 0,23 $p < 0,05$).

Tabela 4 - Coeficientes de correlação de Spearman entre sonolência, empatia, resiliência e domínios de qualidade de vida.

	Sonolência	Uso do Tempo	Ambiente de Ensino	Saúde Física	Psicológico	Resiliência	Empatia
Sonolência	1						
Uso do Tempo	-0,403**	1					
Ambiente de ensino	-0,325*	0,529**	1				
Saúde Física	-0,214*	0,537**	0,520**	1			
Psicológico	-0,380**	0,579**	0,484*	0,521**	1		
Resiliência	-0,154	0,240*	0,270**	0,481**	0,500**	1	
Empatia	-0,032	0,150	0,095	0,079	-0,036	0,230*	1

* $P < 0,05$ ** $p < 0,01$

4.1.4 Avaliação de sonolência e número de horas de plantão fora do Programa de Residência

A Tabela 5 apresenta a relação entre o número de horas semanais de plantões realizados fora do Programa de Residência Médica, e os escores de sonolência patológica e não patológica.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores de sonolência patológica e não patológica, quanto ao número de horas semanais de plantões realizados fora do Programa de Residência Médica.

Tabela 5 - Número de horas trabalhadas fora da residência por semana de acordo com as categorias patológicas ou não patológicas de sonolência

Horas por semana	Sonolência		P*
	Patológico (n=52)	Não Patológico (n=57)	
Mediana	7,50	6,00	0,352
IIQ	6	12	
P25-P75	6,00-12,00	0,00-12,00	

Mann - Whitney teste

4.1.5 Avaliação de número de horas trabalhadas fora da Residência e gênero

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise comparativa do número de horas semanais trabalhadas fora do Programa de Residência Médica entre residentes masculinos e femininos.

O número de horas semanais trabalhadas fora do Programa de Residência foi significativamente maior para os residentes do sexo masculino quando comparados às residentes do sexo feminino ($p < 0,05$).

Tabela 6 - Número de horas trabalhadas fora da residência por semana de acordo com o gênero

Horas por semana	Gênero		P*
	Masculino (n=78)	Feminino (n=31)	
Mediana	12,00	6,00	0,013
IIQ	6,00	12,00	
P25-P75	6,00-12,00	0,00-12,00	

Mann - Whitney teste

4.1.6 Avaliação da distribuição das respostas por item do questionário Veras-Q

Houve diferenças significativas entre os gêneros na percepção positiva da Qualidade de Vida nos itens do questionário Veras-Q (Tabela 7). Em algumas

das afirmações, os residentes do sexo masculino tiveram uma percepção mais positiva do que as residentes do sexo feminino. No domínio relacionado ao uso do tempo: "Consigo gerenciar bem o meu tempo" e "As atividades do meu programa de residência são excessivas para mim". No domínio ambiente de ensino: "Minha qualidade de vida no programa residência é boa" e "Sinto-me valorizado pelo meu trabalho no programa de residência". No domínio psicológico: "Sinto-me seguro para desempenhar minhas atividades no programa e residência", "Tenho dificuldade para assimilar novos conhecimentos", "Não tenho conseguido me concentrar direito ultimamente", "O meu programa de residência me deixa estressado (a)" e "Tenho vitalidade para desempenhar minhas atividades como residente".

Em outras declarações, as residentes do sexo feminino tiveram percepção mais positiva do que os residentes do sexo masculino na qualidade de vida, embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. No domínio do ambiente de ensino, as residentes do sexo feminino tiveram percepção mais positiva nas seguintes afirmações: "Meu relacionamento com meus preceptores/supervisores é bom", "Tenho uma boa relação com os colegas dos outros anos do meu programa de residência" e "A hierarquia entre os residentes do meu programa de residência piora minha qualidade de vida". No domínio psicológico: "Ter outra atividade profissional além da residência médica melhora minha qualidade de vida" e "Minha fé melhora minha qualidade de vida". No domínio saúde física: "Minha saúde é boa".

Tabela 7 - Distribuições de frequências de resposta por questão do VERAS q por sexo. Comparações por teste de Fisher

	% com percepção positiva da qualidade de vida		Diferença entre residentes homens e mulheres	
	Masculino (n=78)	Feminino (n=31)	Razão	Diferença absoluta
50. Sinto-me seguro para desempenhar minhas atividades no programa e na residência. #	76,90	38,70	1,99	38,20
23. Consigo gerenciar bem o meu tempo. #	46,20	12,90	3,58	33,30
39. Tenho dificuldade para assimilar novos conhecimentos. #	70,50	41,90	1,68	28,60
42. Não tenho conseguido me concentrar direito ultimamente. #	43,60	16,10	2,71	27,50
25. Minha qualidade de vida no programa de residência é boa. *	48,70	22,60	2,15	26,10
43. O meu programa de residência me deixa estressado(a). #	32,10	6,50	4,94	25,60
38. Tenho vitalidade para desempenhar minhas atividades como residente. *	73,10	48,40	1,51	24,70
45. Eu me sinto pressionado(a) por não conseguir me manter financeiramente sozinho. *	46,20	22,60	2,04	23,60
48. Sinto-me valorizado pelo meu trabalho no programa de residência. *	33,30	9,70	3,43	23,60
18. As atividades do meu programa de residência são excessivas para mim. *	59,00	35,50	1,66	23,50
8. Tenho tempo para atividades fora do programa de residência.	47,40	25,80	1,84	21,60
32. Não consigo cuidar de minha aparência.	43,60	22,60	1,93	21,00
37. As expectativas que tenho de mim mesmo pioram minha qualidade de vida.	37,20	19,40	1,92	17,80
20. Tenho acesso adequado a atendimento médico.	42,30	25,80	1,64	16,50
6. O ambiente físico do meu programa de residência é saudável.	51,30	35,50	1,45	15,80
19. Tenho tempo suficiente para estudar.	21,80	6,50	3,35	15,30
4. Tenho tempo para minha família.	28,20	12,90	2,19	15,30
13. O contato que tenho com pacientes aumenta minha qualidade de vida.	69,20	54,80	1,26	14,40
51. Minha carga horária de trabalho no programa de residência diminui minha qualidade de vida.	20,50	6,50	3,15	14,00
1. Minha qualidade de vida é boa.	60,30	48,40	1,25	11,90
40. Consigo me alimentar adequadamente.	37,20	25,80	1,44	11,40
27. Tenho me sentido desanimado(a) ultimamente.	50,00	38,70	1,29	11,30
34. Tenho me sentido ansioso(a) ultimamente.	33,30	22,60	1,47	10,70
36. Estou satisfeito(a) com minha vida afetiva.	71,80	61,30	1,17	10,50
41. Pratico atividade física regularmente.	42,30	32,30	1,31	10,00
17. Tenho tempo para atividades culturais.	32,10	22,50	1,43	9,60

continua

	conclusão			
	% com percepção positiva da qualidade de vida		Diferença entre residentes homens e mulheres	
	Masculino (n=78)	Feminino (n=31)	Razão	Diferença absoluta
44. Estou satisfeito(a) com minhas condições de moradia.	83,30	74,20	1,12	9,10
30. Estou satisfeito(a) com o meu programa de residência.	66,70	58,10	1,15	8,60
3. Recebo supervisão adequada em minhas atividades práticas.	50,00	41,90	1,19	8,10
21. A maioria das atividades teóricas de meu programa de residência é ruim.	46,20	38,70	1,19	7,50
29. Tenho horas suficientes de sono.	19,20	12,90	1,49	6,30
31. Tenho tempo para meus amigos.	28,20	22,60	1,25	5,60
2. Não aproveito a vida como deveria.	33,30	29,00	1,15	4,30
35. O ambiente no meu programa de residência é competitivo.	26,90	22,60	1,19	4,30
7. Tenho uma boa relação com meus colegas do mesmo ano do programa de residência.	97,40	93,50	1,04	3,90
11. Minha vida tem sentido.	91,00	87,10	1,04	3,90
26. O meu programa de residência me priva de alguns compromissos pessoais.	3,80	0,00	----	3,80
16. Não cuido bem de minha saúde.	35,90	32,30	1,11	3,60
5. Em alguns momentos, sinto-me humilhado(a) em atividades do meu programa de residência.	67,90	64,50	1,05	3,40
49. Trabalhar em equipe interdisciplinar piora minha qualidade de vida.	83,30	80,60	1,03	2,70
14. Cobro-me em excesso no meu programa de residência.	21,80	19,40	1,12	2,40
28. Tenho acesso adequado a atendimento psicológico.	11,50	9,70	1,19	1,80
15. Sou cobrado(a) em excesso pelos preceptores/supervisores.	62,80	61,30	1,02	1,50
33. As expectativas que meus familiares têm quanto ao meu desempenho profissional diminuem minha qualidade de vida.	62,80	61,30	1,02	1,50
9. Não tenho tempo livre suficiente.	20,50	19,40	1,06	1,10
12. Meu relacionamento com os meus preceptores/supervisores é bom.	88,50	90,30	0,98	-1,80
22. Tenho uma boa relação com os colegas dos outros anos do meu programa de residência.	88,50	93,50	0,95	-5,00
46. Ter outra atividade profissional além da residência médica melhora minha qualidade de vida.	20,50	25,80	0,79	-5,30
10. O suporte espiritual que tenho melhora minha qualidade de vida.	46,20	51,60	0,90	-5,40
47. A hierarquia entre os residentes do meu programa de residência piora minha qualidade de vida.	78,20	90,30	0,87	-12,10
24. Minha saúde é boa.	61,50	74,20	0,83	-12,70

Fisher teste

* P<0,05 # P<0,01

4.1.7 Avaliação da distribuição das respostas por item do questionário de Resiliência

A análise da distribuição de respostas por item do questionário de resiliência quanto ao gênero é apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição de frequências simples de respostas por questão do questionário RS-14 por sexo. Comparação com teste de Fisher

Distribuições de frequências simples de respostas por questões do questionário de Resiliência por sexo				
A	Masculino		Feminino	
	Discorda + Indiferente	Concorda	Discorda + Indiferente	Concorda
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
1	8 (10,3%)	70 (89,7%)	3 (9,7%)	28 (90,3%)
2*	4 (5,1%)	74 (94,9%)	6 (19,5%)	25 (80,6%)
3*	14 (17,9%)	64 (82,1%)	12 (38,7%)	19 (61,3%)
4*	9 (11,5%)	69 (88,5%)	9 (29,0%)	22 (71,0%)
5	29 (37,2%)	49 (62,8%)	12 (38,7%)	19 (61,3%)
6	10 (12,8%)	68 (87,2%)	2 (6,5%)	29 (93,5%)
7	18 (23,1%)	60 (76,9%)	6 (19,4%)	25 (80,6%)
8	19 (24,4%)	59 (75,6%)	13 (41,9%)	18 (58,1%)
9	13 (16,7%)	65 (83,3%)	10 (32,3%)	21 (67,7%)
10	14 (17,9%)	64 (82,1%)	5 (26,3%)	26 (83,9%)
11	23 (29,5%)	55 (74,3%)	12 (38,7%)	19 (61,3%)
12	13 (16,7%)	65 (83,3%)	6 (19,4%)	25 (80,6%)
13	10 (12,8%)	68 (87,2%)	3 (9,7%)	28 (90,3%)
14	4 (5,1%)	74 (94,9%)	1 (3,2%)	30 (96,8%)

Fisher teste * $P < 0,05$

No domínio referente ao sentido da vida, houve diferenças estatisticamente significativas na afirmação “Sinto orgulho de ter realizado coisas na minha vida”, com 94% de concordância nos residentes do sexo masculino, enquanto 80,6% das residentes do sexo feminino expressaram a mesma percepção ($p < 0,05$).

No domínio serenidade, houve diferenças estatisticamente significativas na afirmação “Quando faço planos, eu os levo até o fim”, com 82,1% de concordância nos residentes do sexo masculino, enquanto 61,3% das residentes do sexo feminino apresentaram a mesma percepção ($p < 0,05$).

No domínio autossuficiência, houve diferenças estatisticamente significativas na afirmação “Eu sou amigo de mim mesmo”, com 88,5% de concordância nos residentes do sexo masculino, enquanto 71,0% das residentes do sexo feminino apresentaram a mesma percepção ($p < 0,05$).

4.1.8 Avaliação do desempenho na atividade OSCE

4.1.8.1 Avaliação do desempenho na atividade OSCE segundo categorias de Resiliência

A Tabela 9 apresenta os resultados da análise comparativa do desempenho na avaliação OSCE entre residentes resilientes e não resilientes.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre a categorização resilientes *versus* não resilientes nos escores de desempenho na atividade OSCE, obtidos em cada uma das estações avaliadas, bem como, na média final da avaliação.

Tabela 9 - Distribuição dos escores do OSCE por estação e média final da atividade, por categorização entre resilientes e não resilientes. Mann - Whitney teste

OSCE	Resiliência		P*
	Resilientes (n=40)	Não Resilientes (n=69)	
Ambulatório			
Mediana	7,30	7,70	0,163
IIQ	1,39	1,60	
P25-P75	6,81-8,20	6,90-8,50	
Emergência Cardiológica			
Mediana	6,68	6,66	0,935
IIQ	2,05	1,74	
P25-P75	5,25-7,30	5,66-7,40	
Enfermaria			
Mediana	7,20	7,20	0,945
IIQ	1,60	1,61	
P25-P75	6,40-8,00	6,36-7,97	
Emergência Clínica			
Mediana	6,50	6,50	0,501
IIQ	2,44	2,50	
P25-P75	5,00-7,43	5,00-7,50	
Média			
Mediana	6,63	7,01	0,466
IIQ	1,29	0,97	
P25-P75	6,17-7,47	6,30-7,27	

Mann - Whitney teste

4.1.8.2 Avaliação do desempenho na atividade OSCE segundo categorias de sonolência

A Tabela 10 apresenta os resultados da análise comparativa do desempenho na avaliação OSCE entre residentes classificados com sonolência diurna patológica e não patológica.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre residentes com sonolência patológica *versus* não patológica nos escores de desempenho na atividade OSCE obtidos em cada uma das estações avaliadas, bem como, na média final da avaliação.

Tabela 10 - Distribuição dos escores do OSCE por estação e média final da atividade, por categorização entre sonolência patológica e não patológica

OSCE	Sonolência		P*
	Patológico (n=52)	Não Patológicos (n=57)	
Ambulatório			
Mediana	7,50	7,50	0,831
IIQ	1,50	1,57	
P25-P75	7,00-8,50	6,62-8,20	
Emergência Cardiológica			
Mediana	6,87	6,50	0,230
IIQ	1,52	1,94	
P25-P75	5,88-7,40	5,20-7,14	
Enfermaria			
Mediana	7,20	7,20	0,468
IIQ	1,63	1,50	
P25-P75	6,37-8,00	6,36-7,86	
Emergência Clínica			
Mediana	6,25	6,75	0,891
IIQ	2,50	2,38	
P25-P75	5,00-7,50	5,12-7,50	
Média			
Mediana	6,957	6,65	0,382
IIQ	0,95	1,23	
P25-P75	6,31-7,26	6,19-7,43	

Mann - Whitney teste

4.1.8.3 Avaliação da qualidade de vida pelo Veras Q segundo desempenho na atividade OSCE

As Tabelas 11 a 15 apresentam os resultados obtidos na avaliação do questionário de qualidade de vida específica para Residência Médica (Veras-Q) em relação ao desempenho na avaliação OSCE categorizado em acima do percentil 75, entre o percentil 25-75, abaixo do percentil 25, em cada uma das estações ambulatório, emergência cardiológica, enfermaria e emergência clínica, e a média final na avaliação OSCE.

Na questão de enfermagem, observamos que os alunos com notas abaixo do percentil 25 obtiveram escores significativamente menores nos domínios uso do tempo ($p<0,01$), psicológico ($p<0,05$) e escore total do questionário de qualidade de vida em relação aos alunos com notas acima do percentil 75 e o percentil 25-75.

Na avaliação da média na atividade do OSCE, observamos que os alunos com notas abaixo do percentil 25 obtiveram escores significativamente menores nos domínios de uso do tempo, psicológico e escore total do questionário de qualidade de vida em relação aos alunos com notas acima do percentil 75 e do percentil 25-75 ($p<0,05$).

Tabela 11 - Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação ambulatorio, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

Veras-Q	Ambulatório			P*
	Abaixo P25 (n=27)	Entre P25-75 (n=55)	Acima P75 (n=27)	
Uso do Tempo				
Mediana	42,85	37,50	44,64	0,201
IIQ	25	14,28	21,42	
P25-P75	28,57-53,57	30,35-44,64	30,35-51,78	
Saúde Física				
Mediana	53,57	46,42	50,00	0,526
IIQ	25,00	25,00	32,14	
P25-P75	42,85-67,85	39,28-64,28	42,85-75,00	
Psicológico				
Mediana	57,69	51,92	55,76	0,140
IIQ	15	17,30	30,76	
P25-P75	50,00-65,38	42,30-59,61	42,30-73,07	
Ambiente de ensino				
Mediana	55,88	55,88	58,82	0,812
IIQ	16,17	11,76	19,11	
P25-P75	50,00-66,17	51,47-63,23	51,47-70,58	
Total				
Mediana	214,41	196,25	221,37	0,294
IIQ	48,25	54,82	87,74	
P25-P75	182,94-231,18	168,48-223,30	167,32-255,06	

Kruskal-Wallis teste

Tabela 12 - Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação emergências cardiológicas, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

Veras-Q	Emergências Cardiológicas			P*
	Abaixo P25 (n=28)	Entre P25-75 (n=53)	Acima P75 (n=28)	
Uso do Tempo				
Mediana	41,07	39,28	39,28	0,956
IIQ	21,42	18,75	22,32	
P25-P75	30,35-51,78	31,25-50,00	28,57-50,89	
Saúde Física				
Mediana	53,57	50,00	46,42	0,601
IIQ	27,67	23,21	20,53	
P25-P75	40,17-67,85	41,07-64,28	40,17-60,71	
Psicológico				
Mediana	50,00	55,76	53,84	0,403
IIQ	20,67	21,15	13,46	
P25-P75	42,30-62,90	45,19-66,34	46,15-59,61	
Ambiente de ensino				
Mediana	58,08	55,88	55,14	0,484
IIQ	18,75	13,23	17,64	
P25-P75	51,47-70,22	51,47-64,70	47,42-65,07	
Total				
Mediana	207,12	211,26	195,79	0,747
IIQ	81,98	57,24	61,00	
P25-P75	169,89-251,88	173,42-230,66	167,46-228,46	

Kruskal-Wallis teste

Tabela 13 - Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação enfermagem, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

Veras-Q	Enfermaria			P*
	Abaixo P25 (n=30)	Entre P25-75 (n=49)	Acima P75 (n=30)	
Uso do Tempo				
Mediana	33,92	41,07	41,96	0,014
IIQ	13,83	20,53	17,85	
P25-P75	26,33-40,17	31,25-51,78	33,92-51,78	
Saúde Física				
Mediana	44,64	53,57	55,35	0,075
IIQ	17,85	30,35	22,32	
P25-P75	35,71-53,57	41,07-71,42	42,85-65,17	
Psicológico				
Mediana	50,96	53,84	55,76	0,049
IIQ	17,78	20,19	20,67	
P25-P75	40,38-58,17	45,19-65,38	49,51-70,19	
Ambiente de ensino				
Mediana	53,67	58,82	56,61	0,198
IIQ	9,19	19,11	16,54	
P25-P75	51,10-60,29	51,47-70,58	49,63-66,17	
Total				
Mediana	193,21	208,96	215,26	0,027
IIQ	50,41	74,74	73,65	
P25-P75	163,11-213,51	172,87-247,60	176,22-249,87	

Kruskal-Wallis teste

Manejo do tempo	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25	-	-	-
Entre P25-75	0,014	-	-
Acima P75	0,007	0,792	-
<hr/>			
Físico	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25	-	-	-
Entre P25-75	0,055	-	-
Acima P75	0,036	0,781	-
<hr/>			
Psicológico	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25	-	-	-
Entre P25-75	0,094	-	-
Acima P75	0,018	0,259	-
<hr/>			
Total	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25	-	-	-
Entre P25-75	0,026	-	-
Acima P75	0,011	0,770	-

Tabela 14 - Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação Emergências Clínicas, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

Veras-Q	Emergências Clínicas			P*
	Abaixo P25 (n=30)	Entre P25-75 (n=48)	Acima P75 (n=31)	
Uso do Tempo				
Mediana	38,39	39,28	42,85	0,467
IIQ	20,08	20,53	21,42	
P25-P75	28,12-48,21	30,80-51,33	30,35-51,78	
Saúde Física				
Mediana	44,64	53,57	50,00	0,369
IIQ	32,14	21,42	32,14	
P25-P75	35,71-67,85	42,85-64,28	39,28-71,42	
Psicológico				
Mediana	50,00	54,80	51,92	0,759
IIQ	25,48	16,82	17,30	
P25-P75	41,82-67,30	46,63-63,46	46,15-63,46	
Ambiente de ensino				
Mediana	53,67	57,35	58,82	0,903
IIQ	18,75	14,33	13,23	
P25-P75	48,52-67,27	51,47-65,80	51,47-64,70	
Total				
Mediana	183,10	209,79	212,24	0,556
IIQ	70,32	51,72	66,19	
P25-P75	163,32-233,64	174,32-226,03	177,12-243,31	

Kruskal-Wallis teste

Tabela 15 - Distribuição dos escores dos domínios do questionário Veras-Q por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, média final da prova, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

Veras-Q	Média			P*
	Abaixo P25 (n=27)	Entre P25-75 (n=55)	Acima P75 (n=27)	
Uso do Tempo				
Mediana	32,14	39,28	51,75	0,021
IIQ	19,64	16,06	17,85	
P25-P75	23,21-42,85	32,14-48,21	33,92-51,78	
Saúde Física				
Mediana	46,42	46,42	60,71	0,115
IIQ	32,14	25	25,00	
P25-P75	35,71-67,85	39,28-64,28	46,42-71,42	
Psicológico				
Mediana	46,15	51,92	57,69	0,045
IIQ	21,15	15,38	21,15	
P25-P75	40,38-61,53	46,15-61,53	50,00-71,15	
Ambiente de ensino				
Mediana	52,94	57,32	58,82	0,117
IIQ	10,29	13,23	17,64	
P25-P75	50,00-60,29	51,47-64,70	51,47-69,11	
Total				
Mediana	177,39	201,21	226,35	0,022
IIQ	52,89	50,86	65,39	
P25-P75	165,95-218,84	174,20-225,07	186,02-251,41	

Kruskal-Wallis teste

Manejo do tempo	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25	-		
Entre P25-75	0,083	-	
Acima P75	0,013	0,070	-
Físico	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25	-		
Entre P25-75	0,878	-	
Acima P75	0,094	0,049	-
Psicológico	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25	-		
Entre P25-75	0,155	-	
Acima P75	0,019	0,116	-
Total	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25	-		
Entre P25-75	0,138	-	
Acima P75	0,017	0,041	-

4.1.8.4 Avaliação da resiliência, sonolência e empatia segundo desempenho no OSCE

As Tabelas 16 a 20 apresentam os resultados obtidos na avaliação dos questionários de resiliência, sonolência e empatia para Residência Médica em relação ao desempenho na avaliação OSCE categorizado em acima do percentil 75, entre o percentil 25-75, abaixo do percentil 25, em cada uma das estações ambulatório, emergência cardiológica, enfermaria e emergência clínica, e a média final da atividade do OSCE.

Na questão de emergência cardiológica, observamos que os alunos com nota abaixo do percentil 25 obtiveram escores menores de sonolência do que os residentes com notas entre percentil 25-75 e acima do percentil 75.

Tabela 16 - Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação ambulatório, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

	Ambulatório			P*
	Abaixo P25 (n=27)	Entre P25-75 (n=55)	Acima P75 (n=27)	
Resiliência				
Mediana	78,00	79,00	79,00	0,966
IIQ	18	16	9	
P25-P75	63,00-86,00	60,60-86,00	66,60-83,00	
Sonolência				
Mediana	10,00	10,00	11,00	0,778
IIQ	6,00	6	8	
P25-P75	4,00-13,00	4,00-14,00	3,80-15,00	
Empatia				
Mediana	118,00	118,00	120,00	0,430
IIQ	12	15	14	
P25-P75	100,80-122,00	105,60-126,00	109,80-128,00	

Kruskal-Wallis teste

Tabela 17 - Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação emergências cardiológicas, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

Emergências Cardiológicas				
	Abaixo P25 (n=28)	Entre P25-75 (n=53)	Acima P75 (n=28)	P*
Resiliência				
Mediana	79,00	79,00	77,00	0,757
IIQ	15,00	15,00	14,00	
P25-P75	71,25-86,25	71,50-86,00	69,25-83,00	
Sonolência				
Mediana	8,00	11,00	11,50	0,024
IIQ	7,00	7	7	
P25-P75	5,25-11,75	8,00-14,50	8,00-15,00	
Empatia				
Mediana	116,50	118,00	115,00	0,024
IIQ	18	12	12	
P25-P75	111,75-130,00	113,00-125,00	110,00-121,50	

Sonolência	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25		-	
Entre P25-75	0,014	-	
Acima P75	0,017	0,827	-

Empatia	Abaixo P25	Entre P 25-75	Acima P 75
Abaixo P25		-	
Entre P25-75	0,945	-	
Acima P75	0,577	0,468	-

Kruskal-Wallis teste

Tabela 18 - Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação enfermária, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

	Enfermária			P*
	Abaixo P25 (n=30)	Entre P25-75 (n=49)	Acima P75 (n=30)	
Resiliência				
Mediana	75,50	79,00	81,00	0,373
IIQ	16	12	12	
P25-P75	67,00-83,25	72,00-84,00	73,75-86,00	
Sonolência				
Mediana	9	10	11,50	0,080
IIQ	5	6	8	
P25-P75	7,00-12,25	7,50-13,50	8,75-16,25	
Empatia				
Mediana	121,00	118,00	116,00	0,383
IIQ	15	17	11	
P25-P75	111,00-126,25	111,00-128,00	110,75-122,00	

Kruskal-Wallis teste

Tabela 19 - Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, estação emergências clínicas, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

	Emergências Clínicas			P*
	Abaixo P25 (n=30)	Entre P25-75 (n=48)	Acima P75 (n=31)	
Resiliência				
Mediana	77,50	80,00	77,00	0,416
IIQ	17	14	15	
P25-P75	67,75-84,25	73,00-86,75	68,00-83,00	
Sonolência				
Mediana	11,00	10,00	8,00	0,751
IIQ	5	7	8	
P25-P75	8,75-13,25	7,00-14,00	7,00-15,00	
Empatia				
Mediana	116,00	120,00	119,00	0,165
IIQ	13	14	16	
P25-P75	110,00-123,25	114,00-127,50	111,00-127,00	

Kruskal-Wallis teste

Tabela 20 - Distribuição dos escores dos questionários de resiliência, sonolência e empatia por categorização dos escores obtidos na atividade OSCE, média final da prova, categorizados em abaixo do percentil 25, entre o percentil 25-75 e acima do percentil 75

	Média			P*
	Abaixo P25 (n=27)	Entre P25-75 (n=55)	Acima P75 (n=27)	
Resiliência				
Mediana	81,00	78	81,00	0,237
IIQ	19	16	11	
P25-P75	68,00-87,00	68,00-84,00	75,00-86,00	
Sonolência				
Mediana	10,00	11	8,00	0,161
IIQ	6	5	9	
P25-P75	7,00-13,00	9,00-14,00	6,00-15,00	
Empatia				
Mediana	119,00	119	118,00	0,663
IIQ	17	13	18	
P25-P75	111,00-128,00	111,00-124,00	111,00-129,00	

Kruskal-Wallis teste

4.1.8.5 Análise de correlação entre os construtos avaliados e o desempenho acadêmico no OSCE

A Tabela 21 apresenta os coeficientes de correlação de Spearman entre qualidade de vida, empatia, sonolência e resiliência com o desempenho acadêmico dos residentes na prova modelo OSCE.

Na questão de emergência cardiológica, observamos índice de correlação de -0,251 ($p < 0,001$) com o construto de empatia. Na questão de enfermagem, observamos índice de correlação de 0,247 com o domínio uso do tempo ($p < 0,001$), 0,196 com o domínio saúde física e 0,207 com o domínio psicológico ($p < 0,05$) do questionário de qualidade de vida Veras-Q. Na avaliação da média obtida na atividade OSCE, observamos correlação de 0,212 com o domínio de uso do tempo do questionário de qualidade de vida Veras-Q.

Tabela 21 - Coeficientes de correlação de Spearman entre qualidade de vida, sonolência, empatia e resiliência com desempenho acadêmico em prova modelo OSCE

	Ambulatório	Emergência Cardiológica	Enfermaria	Emergência Clínica	Média
Sonolência	0,027	0,168	0,183	-0,930	0,10
Uso do Tempo	0,030	0,066	0,247**	0,124	0,212*
Ambiente de ensino	0,104	-0,025	0,072	0,091	0,127
Saúde Física	0,037	-0,020	0,196*	0,069	0,112
Psicológico	-0,092	0,130	0,207*	0,064	0,137
Resiliência	-0,410	0,009	0,060	0,002	0,012
Empatia	0,135	-0,251**	-0,078	0,120	-0,054

* P <0,05 ** p <0,01

4.1.8.6 Análise de regressão linear múltipla entre desempenho no OSCE, e os construtos resiliência, empatia, sonolência e qualidade de vida

No primeiro modelo de regressão linear, consideramos o desempenho na questão de emergência cardiológica como variável dependente e os domínios do Veras-Q, empatia, sonolência e resiliência como variáveis independentes. Observamos significância estatística tanto no modelo cru quanto no modelo ajustado pelo gênero, em ambos os modelos, o R² ajustado não difere em demasia, ficando 0,084 e 0,075, respectivamente. Podemos afirmar que, de 8,4 a 7,5% da variabilidade da nota na estação de emergências cardiológicas, poderia ser explicada pelas variáveis independentes, sendo o restante da variabilidade explicada por fatores não incluídos no modelo (Tabela 22).

Tabela 22 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota na estação emergências cardiológicas

	Modelo cru		Modelo ajustado	
	β (IC 95%)	p	β (IC 95%)	p
Gênero			0,002 (-0,572 a 0,577)	0,994
Resiliência	0,003 (-0,025 a 0,032)	0,807	0,003 (-0,025 a 0,032)	0,808
Empatia	-0,032 (-0,055 a 0,008)	0,008	-0,032 (-0,056 a 0,008)	0,010
Sonolência	0,065 (0,011 a 0,159)	0,018	0,065 (0,009 a 0,121)	0,022
Saúde física	-0,006 (-0,025 a 0,013)	0,538	-0,006 (-0,025 a 0,013)	0,540
Uso do tempo	0,005 (-0,017 a 0,028)	0,637	0,005 (-0,017 a 0,028)	0,642
Psicológico	0,022 (-0,004 a 0,048)	0,095	0,022 (-0,004 a 0,048)	0,098
Ambiente de ensino	-0,004 (-0,034 a 0,027)	0,810	-0,004 (-0,034 a 0,027)	0,812

No segundo modelo, foi considerado o desempenho na questão de enfermagem como variável e os domínios do Veras-Q, empatia, sonolência e resiliência como variáveis independentes. Observamos significância estatística tanto no modelo cru quanto no modelo ajustado pelo gênero, em ambos os modelos, o R^2 ajustado não difere em demasia, ficando 0,119 e 0,111, respectivamente. Podemos afirmar que, de 11,9 a 11,1% da variabilidade da nota na estação de enfermagem, poderia ser explicada pelas variáveis independentes, sendo o restante da variabilidade explicada por fatores não incluídos no modelo (Tabela 23).

Os outros modelos de regressão linear logística não foram estatisticamente significativos (Tabela 24 a 26).

Tabela 23 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota na estação da enfermaria

	Modelo cru		Modelo ajustado	
	β (IC 95%)	p	β (IC 95%)	p
Gênero			-0,097 (-0,630 a 0,437)	0,720
Resiliência	-0,011 (-0,037 a 0,015)	0,400	-0,011 (-0,037 a 0,015)	0,406
Empatia	-0,007 (-0,029 a 0,015)	0,541	-0,007 (-0,030 a 0,015)	0,509
Sonolência	0,082 (0,031 a 0,132)	0,002	0,079 (0,027 a 0,131)	0,003
Saúde física	0,004 (-0,014 a 0,021)	0,695	0,004 (-0,014 a 0,022)	0,682
Uso do tempo	0,021 (0,000 a 0,041)	0,050	0,021 (0,000 a 0,042)	0,048
Psicológico	0,022 (-0,002 a 0,046)	0,074	0,022 (-0,002 a 0,047)	0,071
Ambiente de ensino	-0,007 (-0,035 a 0,022)	0,634	-0,007 (-0,036 a 0,021)	0,621

Tabela 24 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota na estação do ambulatório

	Modelo cru		Modelo ajustado	
	β (IC 95%)	p	β (IC 95%)	p
Gênero			0,0212 (-0,355 a 0,778)	0,460
Resiliência	0,004 (-0,024 a 0,032)	0,553	0,004 (-0,024 a 0,032)	0,795
Empatia	0,008 (-0,015 a 0,031)	0,491	0,010 (-0,014 a 0,033)	0,423
Sonolência	0,016 (-0,037 a 0,069)	0,453	0,021 (-0,034 a 0,076)	0,453
Saúde física	-0,005 (-0,024 a 0,014)	0,627	-0,005 (-0,024 a 0,014)	0,600
Uso do tempo	0,003 (-0,019 a 0,026)	0,754	0,002 (-0,020 a 0,025)	0,829
Psicológico	-0,015 (-0,041 a 0,011)	0,243	-0,016 (-0,042 a 0,010)	0,218
Ambiente de ensino	0,025 (-0,005 a 0,056)	0,098	0,026 (-0,004 a 0,056)	0,090

Tabela 25 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota na estação de emergências clínicas

	Modelo cru		Modelo ajustado	
	β (IC 95%)	p	β (IC 95%)	p
Gênero			-0,019 (-0,803 a 0,764)	0,961
Resiliência	0,001 (-0,038 a 0,039)	0,966	0,001 (-0,038 a 0,039)	0,966
Empatia	0,024 (-0,008 a 0,056)	0,142	0,024 (-0,009 a 0,056)	0,152
Sonolência	-0,018 (-0,091 a 0,056)	0,632	-0,018 (-0,094 a 0,058)	0,636
Saúde física	0,005 (-0,022 a 0,031)	0,731	0,005 (-0,022 a 0,031)	0,731
Uso do tempo	0,012 (-0,019 a 0,042)	0,442	0,012 (-0,019 a 0,043)	0,445
Psicológico	-0,009 (-0,044 a 0,027)	0,626	-0,009 (-0,045 a 0,027)	0,633
Ambiente de ensino	-0,006 (-0,048 a 0,035)	0,762	-0,006 (-0,048 a 0,035)	0,762

Tabela 26 - Beta coeficientes (intervalo de confiança de 95%, significância estatística do modelo) com variável dependente como nota média na prova OSCE

	Modelo cru		Modelo ajustado	
	β (IC 95%)	p	β (IC 95%)	p
Gênero			0,025 (-0,339 a 0,388)	0,894
Resiliência	-0,001 (-0,019 a 0,017)	0,934	-0,001 (-0,019 a 0,017)	0,932
Empatia	-0,002 (-0,0176 a 0,013)	0,827	-0,001 (-0,017 a 0,014)	0,847
Sonolência	0,036 (0,002 a 0,070)	0,038	0,037 (0,001 a 0,072)	0,041
Saúde física	-0,001 (-0,013 a 0,012)	0,917	-0,001 (-0,013 a 0,012)	0,912
Uso do tempo	0,010 (-0,004 a 0,024)	0,149	0,010 (-0,004 a 0,024)	0,159
Psicológico	0,005 (-0,011 a 0,022)	0,545	0,005 (-0,012 a 0,022)	0,558
Ambiente de ensino	0,002 (-0,017 a 0,021)	0,827	0,002 (-0,017 a 0,022)	0,822

4.1.9 Análise dos dados quantitativos

Durante a realização dos grupos focais, foram ouvidas 10 residentes. As discussões foram transcritas e analisadas, e, posteriormente, categorizadas, formando sete grades de grupos temáticos (ANEXO H):

- a) concepção de qualidade de vida para residente de Clínica Médica;
- b) fatores que aumentam a qualidade de vida da residente de Clínica médica;
- c) fatores que diminuem a qualidade de vida da residente de Clínica Médica;
- d) estratégias de enfrentamento;
- e) fatores que influenciam a diferença de qualidade de vida entre homens e mulheres;
- f) percepção da qualidade de vida da residente de Clínica Médica;
- g) propostas de melhora para a residência de Clínica Médica para aumentar a qualidade de vida das residentes.

Na análise do grupo temático sobre a concepção de qualidade de vida para a residente de Clínica Médica, observamos que o conceito de qualidade de vida é um aspecto multidimensional que envolve a satisfação com a realização dos objetivos, equilíbrio e inter-relação entre os diferentes aspectos da vida, como trabalho, lazer e vida pessoal, o cuidado adequado com a saúde e a sensação de felicidade.

“Qualidade de vida, no meu ver, é você conseguir fazer o que você gosta de fazer, o que você quer fazer, sei lá, conseguir fazer seu sonho”.

“É qualidade de vida, é você conseguir fazer suas obrigações, assim, como um cidadão que consegue construir sua vida financeira, mas, assim, ao mesmo tempo, você consegue ter o seu lazer, sem que uma coisa atrapalhe a outra, havendo sempre um equilíbrio entre os dois”.

Um fator presente na definição de qualidade de vida, em todos os grupos focais, foi o manejo do tempo, de ter tempo suficiente para estudar, mas, também, para lazer, autocuidados, e se dedicar aos relacionamentos amorosos, familiares e de amizade.

“Tempo livre, tempo para fazer as coisas que eu gosto, tempo para não fazer nada também. Isso, para mim, é qualidade de vida”.

Na análise do grupo temático sobre os fatores que aumentam a qualidade de vida das residentes de Clínica Médica, observamos que a formação de novos laços com os colegas do grupo de residência (panelas), o relacionamento com colegas de fora do programa e o suporte da família são fatores fundamentais que aumentam a qualidade de vida das residentes.

“Uma coisa boa de relacionamento é uma coisa que eu acho que, no nosso grupo, todo mundo se dá muito bem”.

Foram citados também como fatores que aumentam a qualidade de vida na residência o sentimento de utilidade e reconhecimento do paciente, os estágios bem estruturados, tanto na parte de supervisão adequada quanto na distribuição de tarefas, evitando a sobrecarga.

“As pessoas não gostam daquele estágio, nem que a gente é muito, muito é, assim que segura na mão e nem aquele que anda sozinho completamente. É a boa medida. É você poder, é saber que tem alguém para você ir lá discutir, conversar, ajudar, dá um alívio, dá uma tranquilidade importante”.

As residentes ressaltaram que um relacionamento adequado com a equipe multidisciplinar e o empoderamento conquistado durante o período da residência também aumentam a qualidade de vida na residência.

“Para mim, foi um alívio sair de casa e ter o meu tempo, o meu silêncio e fazer as coisas no meu ritmo, mesmo que ah, me faça ir no mercado e ficar cuidando assim, para mim, isso super melhorou minha qualidade de vida”.

Na análise do grupo temático sobre os fatores que diminuem a qualidade de vida das residentes de Clínica Médica, foram levantados os aspectos dos relacionamentos inadequados/abusivos com professores/médicos assistentes, equipe multidisciplinar, coordenadores e preceptores; o distanciamento nas relações com os colegas de residência; estágios com sobrecarga de trabalho, burocracia do hospital, ineficiência do trabalho da equipe multidisciplinar, e falta de infraestrutura que impacta negativamente no cuidado com a saúde nos quesitos de sono e alimentação.

“A gente recebe palavras grosseiras assim, sem motivo. Sim, às vezes, você tá lá, chegou em um lugar estranho, você não conhece o, aquele local.

Você não sabe o que precisa para um exame ou outro, aí você faz alguma coisa errada e aí a pessoa já vem com sete pedras para... Da mesma forma, os assistentes, tem assistentes muito bons, mas nossa, tem assistentes que te esculacham. E assim nem sabem o que você passou aquele dia”.

Quanto aos aspectos pessoais, as residentes falaram sobre as cobranças pessoais, externas e institucionais, sentimentos de culpa, solidão, dificuldade em lidar com o apego ao paciente e a insegurança com as decisões do futuro, algumas preocupações com autossuficiência dos recursos financeiros, dificuldade em lidar com mudanças, principalmente as relacionadas à cidade e à transição da responsabilidade da época de aluno para a época de residente.

“Então, diminui a qualidade do meu trabalho, e por eu me cobrar, por eu exigir de mim um trabalho de qualidade, isso diminui minha qualidade de vida na residência”.

“É, mas, assim, a mudança, para mim, de estudante para residente o que mais me... o que mais foi difícil foi a responsabilidade. Para mim, o mais difícil foi conseguir lidar com a impotência ou com a morte das pessoas, por mais que a gente faça tudo o que a gente consiga, morre muita gente”.

Outro aspecto que gerou desconforto nas residentes foi a atuação profissional durante o aprendizado, em alguns momentos, elas atuaram na prática sem ter o conhecimento consolidado.

Na análise do grupo temático dos fatores que influenciam a diferença de qualidade de vida entre homens e mulheres, as residentes levantaram aspectos como diferenças nas cobranças internas, sociais, mas não institucionais; maior percepção das mulheres em relação à própria saúde, qualidade de vida e ambiente externo com maior expressão e dificuldade em lidar com sentimentos, fatores biológicos e hormonais, diferentes funções familiares em relação ao cuidado com a casa, a família e o planejamento do futuro.

“Eu acho que a mulher sempre é mais exigente entendeu? Não sei se é uma coisa que a gente vê de antes assim, da gente ter que ser melhor. Não sei, da gente ter que mostrar serviço, sabe? Não sei, eu não me incomodo tanto assim, mas eu acho que a mulher, às vezes, sofre mais, é mais detalhista, ela consegue perceber melhor as coisas assim”.

“Ah ,arrumar a casa... Duvido que homem perca tempo limpando o chão e limpando o banheiro”.

“Eu acho que a mulher se importa mais, assim, se preocupa mais com a relação no sentido, assim, de construir uma família. Os meninos só se focam na carreira, mas a mulher tem a carreira, tem a família, tem os filhos, tem que planejar tudo, sabe”.

As residentes observaram que possuem mais dificuldade para formar amizades e grupos, em comparação aos residentes masculinos, e que os homens se divertem com maior facilidade que as mulheres.

No grupo temático das estratégias de enfrentamento, as residentes destacaram que entretenimento, viagens e organização do próprio espaço são atividades que ajudam a melhorar a qualidade de vida e trazem satisfação.

“Uma coisa terapêutica: comprar, nem que seja qualquer coisinha. Se eu to de saco cheio não quero estudar, vou comprar um caderno novo. Aí eu vou, compro um caderno e isso me deixa muito feliz. Comprinha, assim, básica, adoro! Gosto muito!”.

No grupo temático da percepção da qualidade de vida da residente de clínicas médica, os aspectos de ressignificação com a valorização de coisas simples do próprio cotidiano em comparação com os pacientes, do sofrimento pelo aprendizado, o sentimento de pertencimento a um grupo e satisfação com a concretização de projetos melhoram a percepção da qualidade de vida. Em contrapartida, o sofrimento do paciente impacta negativamente nessa percepção.

“O que eu acho da minha qualidade de vida, eu queria ter um pouco mais de tempo para me dedicar a minha saúde, assim, comer melhor, ter um tempo para fazer um exercício físico num horário normal, regularmente, em todos os meses, mas é como se as outras coisas que acontecem durante a residência retribuíssem, de uma certa forma, as experiências que você vive, as pessoas que você se depara tanto paciente, quanto profissional, quanto colega. Então, é uma troca tão gratificante que preenche, assim, dá sentido à vida, é como se não fosse assim uma qualidade física, mas como te retribuísse assim como ser humano”.

No grupo temático das propostas de mudança na residência para aumentar a qualidade de vida das residentes, foram destacadas a necessidade de supervisores e médicos assistentes melhores e mais motivados, aumento do número de profissionais das equipes multidisciplinares, programa de tutoria com temas trazidos pelos residentes sobre as dificuldades da residência, com participação voluntária e horário protegido na grade horária e melhora da infraestrutura para fornecer melhor espaço de repouso, higiene e área de convivência para os residentes e melhora dos sistemas de computação para diminuir a burocracia do hospital.

“Conforto médico adequado, nossa isso faz muita diferença assim”.

“Podia ter uma área que fosse meio de convivência e meio uma biblioteca”.

Algumas residentes levantaram a necessidade de aulas com discussão de temas de atualização como diretrizes, avaliando a autocobrança com a necessidade de se manter atualizado, percebemos que as residentes têm a visão de que a aula auxiliaria o estudo e facilitaria a organização do tempo de aprendizado.

“Uma aula importante, que explicasse as diretrizes novas. São coisas que a gente tem que se atualizar”.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

O presente estudo foi delineado para analisar as possíveis correlações entre qualidade de vida, sonolência, resiliência e empatia com o desempenho acadêmico dos residentes do primeiro ano de Clínica Médica na prova prática pelo método OSCE. Adicionalmente, a influência do gênero nesses construtos e sua razão foram investigadas.

O desenho do estudo foi apropriado para avaliação dos objetivos propostos. Os questionários de Epworth e Veras-Q, no enunciado, respectivamente, já elucidam, para análise de sonolência diurna e qualidade de vida, temporalmente, nas últimas semanas. Resiliência também tem sido abordada com temporalidade: “estou resiliente”, ao invés de “sou resiliente”. Devido a este caráter temporal, optamos por aplicar os questionários no momento que precedeu a avaliação do desempenho acadêmico pelo método OSCE.

A estratégia de aplicação dos questionários antecedendo a avaliação do desempenho acadêmico, associada à metodologia “papel e caneta”, favoreceu a aderência e participação dos residentes. A garantia do sigilo das respostas pela identificação do participante pelo número de matrícula teve como objetivo diminuir a incidência de respostas socialmente aceitáveis.

A amostra analisada compreendeu os questionários preenchidos por 109 médicos do primeiro ano de residência em Clínica Médica. Este tamanho amostral foi adequado para as análises estatísticas e a amostragem foi obtida em 2016 e 2017 com toda população de interesse do estudo. A taxa de resposta aos questionários foi alta, correspondeu a 90,83% dos médicos residentes do primeiro ano de Clínica Médica. Os residentes que não participaram do estudo não participaram da avaliação de habilidades clínicas pelo método OSCE. Somente um residente do sexo masculino optou por não participar da pesquisa. Desta forma, os resultados obtidos refletem a amostra de forma fidedigna.

Por ser um estudo transversal, não podemos inferir relação causal nos resultados com diferenças significativas do ponto de vista estatístico. A validade

interna dos resultados obtidos no estudo é adequada, mas a generalização das conclusões é restrita, pois a amostra de residentes investigada representa a análise de um único serviço e uma especialidade.

No dicionário Michaelis, desempenho é definido como modo de executar uma tarefa que terá, posteriormente, seu grau de eficiência submetido à análise e apreciação. Mitchell *et al.* (2005) definiram desempenho médico como as ações deste profissional durante o processo de cuidado do paciente. Com base nessa definição de desempenho, optamos por considerar o conhecimento médico como reflexo das habilidades do residente em cuidar do paciente. Alguns estudos demonstraram que a qualidade de vida do residente exerce influência na qualidade do cuidado com o paciente (Goitein *et al.*, 2005; West *et al.*, 2006). Outras pesquisas correlacionaram qualidade de vida com conhecimento médico (Girard *et al.*, 1991). West *et al.* (2011) avaliaram 16 mil médicos residentes de Clínica Médica, correspondentes a quase três quartos dos residentes de Clínica Médica dos Estados Unidos entre 2008 e 2009 em relação à qualidade de vida e ao conhecimento médico. Utilizaram a autoavaliação de um item (single-item linear analogue self-assessment – LASA) para análise da qualidade de vida e a prova de avaliação do conhecimento dos residentes de clínica médica (The Internal Medicine In-Training Examination – IM-ITE), que consiste em uma prova de 340 questões de múltipla escolha, aplicada anualmente em outubro para todos os residentes de clínica médica inscritos nos programas de residência médica americanos. Os resultados deste estudo demonstraram que baixos índices de qualidade de vida estavam associados a baixos escores no conhecimento médico, sendo que a relação foi estabelecida nos extremos negativos de qualidade de vida com os menores escores na prova de avaliação do conhecimento dos residentes de Clínica Médica.

Por outro lado, Beckman *et al.* (2011) não observaram associação entre qualidade de vida e o desempenho acadêmico dos residentes, em estudo com 202 residentes que completaram a avaliação de qualidade de vida com outro instrumento (linear analog self-assessment (LASA) e scale of QOL) e outra proposta de avaliação do desempenho acadêmico, que incluiu a combinação de outros instrumentos de avaliação não OSCE (mini-CEX/in-training examination).

Na análise dos nossos resultados quando avaliamos os extremos do desempenho acadêmico, principalmente na média final da avaliação pelo método OSCE, observamos diferenças estatisticamente significativas nos domínios de manejo do tempo e psicológico do questionário de qualidade de vida Veras-Q entre os residentes com notas abaixo do percentil 25 e acima do percentil 75 na questão referente à estação de enfermagem e na média final da avaliação OSCE. Ao construir o modelo de regressão linear, observamos que parte dos modelos não apresentaram significância estatística e, mesmo nos modelos estatisticamente relevantes, o R^2 ajustado foi baixo, indicando que a qualidade de vida nesses quesitos exerce influência nos extremos de desempenho acadêmico, mas não possui relação importante de causalidade com o desempenho acadêmico.

Uma das explicações para a ausência de associação entre esses fatores e o desempenho acadêmico é o número de residentes avaliados. Mesmo sendo possível desenvolver os modelos de regressão linear, é provável que efeitos de pequena magnitude não sejam captados pelo tamanho amostral relativamente pequeno de nosso estudo ($n=109$), quando comparado aos dados do estudo de West *et al.*, 2011, que compreendeu a análise de 16 mil médicos residentes, aproximadamente, três quartos dos residentes de Clínica Médica dos Estados Unidos. Por outro lado, o aumento do tamanho amostral poderia trazer significância estatística, que não representaria impacto real e prático. A escolha do método de regressão linear múltipla foi adequada considerando que os fatores independentes foram computados com escores, somatória dos pontos das escalas likert dos questionários, sendo variáveis contínuas e numéricas, além disso, todos os pressupostos foram avaliados.

Outra explicação possível para a ausência de associação dos construtos analisados com o desempenho acadêmico é que a avaliação de habilidades clínicas pelo método OSCE, aplicada no final do primeiro ano da residência em Clínica Médica, é uma avaliação de caráter formativo e não implica em reprovação. Girard e Hickam (1991), em estudo que identificou correlação entre distúrbios de humor em médicos residentes e o desempenho acadêmico, utilizaram como parâmetro de performance os escores da prova do Conselho Americano de Medicina Interna (American Board of Internal Medicine), que gera

certificação de qualidade aos médicos de clínica geral e suas especialidades. Por outro lado, devemos considerar que um dos fatores que podem influenciar os resultados do desempenho acadêmico é o fato de que nossa amostra de médicos residentes é selecionada pelo exame de acesso à residência médica, que é uma avaliação rigorosa. Portanto, avaliamos residentes que já possuem a característica de terem alto desempenho em provas e a capacidade de controlar a influência de fatores externos que possam diminuir seu desempenho.

A quarta provável explicação para os resultados negativos envolve o processo de aprendizado. Estresse crônico pode impactar na formação da memória e gerar perda da concentração diminuindo o aprendizado (Lipp, 1995; Eckelberry-Hunt *et al.*, 2009). Por outro lado, o estresse pode estimular o aprendizado quando o conteúdo está diretamente associado ao fator estressor (Selye, 1965; LeBlanc, 2009). Na residência médica, o método de aprendizado baseado na prática, no contexto estressante do cuidado ao paciente, pode favorecer a formação de memória, pois o conteúdo do aprendizado está associado ao fator de estresse (Selye, 1965; LeBlanc, 2009).

Embora o objetivo principal de nosso estudo tenha sido a avaliação do impacto do treinamento em Clínica Médica na percepção da qualidade de vida, empatia, resiliência, sonolência diurna e sua correlação com o desempenho acadêmico, nosso estudo proporcionou resultados importantes quanto às diferenças entre gêneros nos construtos avaliados. Os resultados dos dados quantitativos foram impressionantes e culminaram na investigação com grupos focais como metodologia para avaliar os motivos da disparidade entre os gêneros.

Na análise dos dados demográficos, observamos que as residentes do sexo feminino (n=31) compreenderam 28,4% da amostra dos residentes avaliados. Estes resultados documentam que o programa de residência em Clínica Médica permanece como ambiente predominantemente masculino, apesar da crescente participação feminina na profissão médica em nosso país.

Na avaliação dos dados quantitativos, observamos diferenças significativas entre os gêneros no padrão de respostas ao questionário de avaliação da qualidade de vida específico para a residência médica (Veras-Q). Os residentes do sexo masculino apresentaram escores significativamente maiores nos

domínios de uso do tempo, saúde física e psicológico, quando comparados às residentes do sexo feminino.

Nossos resultados foram similares aos de Cohen e Patten (2005) que avaliaram 415 residentes canadenses e observaram que 40% das residentes do sexo feminino reportaram níveis significativos de estresse, enquanto somente 27% dos residentes do sexo masculino apresentavam níveis semelhantes de estresse ($p < 0,02$). Peterlini *et al.* (2002), em estudo em nossa instituição, encontraram maior prevalência de depressão e ansiedade em residentes do sexo feminino, em relação aos residentes do sexo masculino no primeiro ano de residência em Clínica Médica.

Buscando entender os aspectos que levaram a essa disparidade de percepção entre os gêneros, realizamos, inicialmente, a análise por itens do questionário de qualidade de vida Veras-Q. A seguir, incentivados pelos resultados, prosseguimos na investigação qualitativa pelo método de grupos focais com residentes femininas.

Na avaliação por afirmação do questionário Veras-Q, no domínio do uso do tempo, observamos que as residentes do sexo feminino apresentaram percepção mais desfavorável em relação ao manejo do tempo, e consideraram que a carga horária do programa de residência médica diminuiu sua qualidade de vida. Cohen e Patten (2005) também identificaram o aspecto de manejo de tempo como fonte de estresse para as médicas residentes, sendo que 79% das residentes do sexo feminino relataram que o tempo no trabalho era uma fonte de estresse em comparação com 64% dos residentes masculinos. Em nosso estudo, na avaliação do grupo focal com as residentes femininas, percebemos a tradução desses achados no grupo temático, o que abordou os fatores que diminuem a qualidade de vida na residência:

“A gente ainda não sabe administrar nosso tempo e a gente vai aprender a fazer isso com a vida, hoje em dia, a gente não sabe falar “não” ainda, a gente começa a perceber, mas a gente não sabe falar “não” ainda, acho que a gente vai aprender com o tempo”.

Uma possível explicação para justificar a dificuldade das residentes do sexo feminino em adequar o manejo do tempo na residência de Clínica Médica pode ser a influência histórica da inserção feminina no mercado de trabalho.

Historicamente, as mulheres sempre foram responsáveis pelas obrigações do cuidado da casa e da família. A partir da década de 1970, motivadas pela necessidade social de produção de riquezas começaram a participar do mercado de trabalho e, desde então, houve aumento importante da participação feminina em diversas profissões (Bruschini, 1994) incluindo na Medicina (Scheffer *et al.*, 2013). A maioria das mulheres, ao ingressar no mercado de trabalho, não abriu mão de suas responsabilidades emocionais, e de caráter social e organizacional pelo lar e pela família.

Segundo Menda (2004), na definição de gerência da vida feminina, não é possível desassociar a vida profissional da vida pessoal. Assim, o desequilíbrio entre esses aspectos pode explicar a sobrecarga para as residentes do sexo feminino, que apresentam dificuldade de administrar o tempo na residência de Clínica Médica, gerando sofrimento e pior percepção da qualidade de vida.

Ainda na avaliação por itens do questionário Veras-Q, no domínio psicológico, as residentes do sexo feminino sentiram insegurança em desempenhar as atividades do programa de residência, dificuldades em absorver o conhecimento e em manter a concentração, perceberam que o programa de residência as deixava estressadas. Na análise do grupo focal, foi possível identificar a expressão da insegurança como um dos fatores que diminui a qualidade de vida das residentes:

“Eu me sinto muito insegura, me comparando com os outros sabe, de tudo. Me comparando com os outros eu me sentia é, não incapacitada, é... Mais insegura mesmo de atitude, de tudo”.

Apesar da percepção de dificuldade na aquisição de conhecimentos pelas residentes femininas, nosso estudo não identificou diferenças entre os gêneros nas notas obtidas na avaliação de habilidades pelo método OSCE.

Observamos, portanto, no presente estudo, o paradoxo de residentes femininas inseguras, mas que apresentaram desempenho acadêmico similar ao de seus colegas masculinos. Esses resultados reafirmam a questão da autopercepção negativa feminina em relação a suas habilidades e competências. Estudos de psicologia social observaram que mulheres, frequentemente, subestimam suas habilidades e sua performance, enquanto

homens superestimam ambas, apesar do desempenho similar em ambos os gêneros (Crocker *et al.*, 1998).

Kay e Shipman (2014) entrevistaram mulheres bem-sucedidas e identificaram traços de autopercepção negativa mesmo neste grupo de mulheres de sucesso. Este texto destaca que a autoconfiança feminina é menor do que a masculina e que, para ser bem-sucedido, autoconfiança é tão importante quanto competência.

Nomura e Fukui (2010) avaliaram em médicos residentes as diferenças entre os gêneros na autoconfiança na atuação clínica. Observaram que as residentes femininas apresentaram menos confiança ao desempenhar atividades clínicas, quando comparadas aos residentes masculinos. Na opinião destes autores, os menores índices de autoconfiança nas residentes femininas podem constituir uma barreira no desenvolvimento da carreira profissional, sendo importante, por meio de métodos qualitativos, entender os aspectos que impactam na menor autoconfiança feminina.

O perfeccionismo é uma característica de personalidade que se expressa pela autodemanda de padrões extremamente altos de desempenho, com preocupação excessiva pelas possibilidades de erro (Frost *et al.*, 1990; Lloyd *et al.*, 2015). É um construto multidimensional, que tem sido relacionado à menor autoconfiança e à maior vulnerabilidade à ansiedade, depressão e ao burnout (Sevlever e Rice, 2010; Lloyd *et al.*, 2015; JH *et al.*, 2016).

Estudos demonstram que o perfeccionismo é mais prevalente no sexo feminino e que contribui para reduzir a autoconfiança (Lloyd *et al.*, 2015; Tempski, 2008).

Na análise do nosso grupo focal, observamos que, no grupo temático sobre as diferenças entre homens e mulheres, as residentes do sexo feminino referiram sofrimento relacionado à autocobrança e relataram que não sentem essa autocobrança nos colegas do sexo masculino:

“Eu acho que os meninos... Eles pelo fato de não se cobrarem tanto, eles conseguem... Eles são mais leves assim”.

Estudos demonstram que o perfeccionismo é mais prevalente no sexo feminino e que contribui para reduzir a autoconfiança (Tempski, 2008, Lloyd *et al.*, 2015).

Outro aspecto destacado pelas residentes como uma diferença importante entre homens e mulheres, que contribui para diminuir a qualidade de vida e pode impactar negativamente na autoconfiança é a dificuldade em lidar com fatos negativos:

“Talvez o homem seja um pouco mais... Talvez... Assim, eu tô pensando nos homens que eu tenho mais convívio, assim de conhecer mais profundamente, mas eles são muito mais tranquilos, assim: ah chegou em casa, acabou o problema, ficou para trás e é isso aí”.

Essa observação da dificuldade das mulheres em lidar com fatos negativos tem fundamento neurobiológico. Estudos utilizando ressonância magnética demonstraram que as mulheres tendem a ativar a amígdala mais frequentemente que os homens em resposta a estímulos negativos (Stevens e Hamann, 2012). A amígdala é responsável pelo processamento da memória relacionada a aspectos emocionais, em resposta a situações de estresse. Assim, as mulheres apresentam tendência de formar memórias emocionais mais fortes a eventos negativos quando comparadas aos homens (Stevens and Hamann, 2012).

No domínio de avaliação do ambiente de ensino, observamos que as residentes do sexo feminino apresentaram percepção mais negativa da qualidade de vida, com sentimento de desvalia no programa de residência médica. A literatura considera o termo viés de gênero como comportamentos, políticas e outras atividades que afetam diferentemente homens e mulheres, tais como discrepâncias no tratamento, ou a criação de um ambiente hostil para as mulheres (Council on Graduate Medical Education, CGME, 1995). Em diversos cenários, residentes do sexo feminino relatam a influência do viés de gênero impactando negativamente na sua qualidade de vida (Cook *et al.*, 1996). Em nosso grupo focal, a influência do viés de gênero no programa de residência de clínica médica não foi considerada como ativa ou impactante:

“Eu tava até falando com as meninas, que eu não percebo, que, na nossa residência, tenha uma diferença clara, ou que eu consiga perceber, que, em noventa e nove por cento das coisas, tenha diferença no tratamento ou mesmo pelo chefe, ou nas situações que a gente saia na desvantagem, ou que a gente seja tratada de maneira diferente”.

A percepção mais negativa da qualidade de vida, com sentimento de desvalia no programa de residência médica pode ser atribuída à maior sensibilidade feminina, que, geralmente, possui percepção mais refinada da qualidade de vida, com maior chance de identificar aspectos negativos em relação ao sexo masculino (Hojat *et al.*, 1999; Verbrugge, 1985). No nosso grupo focal, os relatos de maior percepção de qualidade de vida nas residentes do sexo feminino são percebidos em:

“É mais subjetivo mesmo, eu acho que eles sofrem menos, porque essa é a ótica mesmo”.

Na análise por itens, do questionário Veras-Q, as residentes do sexo feminino apresentaram, em algumas afirmativas, maior percepção positiva da qualidade de vida do que os residentes masculinos, que, apesar de não haver significância estatística, contribuem com informações importantes. Para as residentes do sexo feminino, ter fé melhora a qualidade de vida. Alguns estudos observaram que maior bem-estar mental está associado a ter uma filosofia de vida que equilibra a vida pessoal com a profissional, ter uma religião ou outro aspecto espiritual (Shanafelt *et al.*, 2005; Yi *et al.*, 2007). Além disso, as mulheres percebem que sua saúde é boa em percentual maior que os homens. Essa observação pode estar associada ao fato de que as mulheres cuidam melhor de sua saúde em comparação com os homens (Verbrugge, 1985). Outros itens em que a percepção positiva da qualidade de vida foi maior nas mulheres em comparação com os homens foram os que versaram sobre o bom relacionamento com residentes dos outros anos, preceptores e supervisores. Apesar de a percepção feminina ser melhor nesses aspectos, o percentual da percepção positiva nos dois gêneros é alto, acima de 80%. Por outro lado, durante a execução do grupo focal, as residentes femininas destacaram que a relação com os supervisores e preceptores apresenta problemas no quesito de acolhimento e que a relação com residentes de outros anos é distante, pois, na grande maioria dos estágios, não há interação entre os diferentes anos de residência médica, o que impacta negativamente na percepção da qualidade de vida, pela menor interação social e porque os residentes do segundo ano poderiam atuar como supervisores mais próximos dos residentes do primeiro ano.

Na análise dos itens do questionário Veras-Q, uma das afirmativas que chamou atenção pelos baixos percentuais de percepção positiva em ambos os gêneros foi: “*O meu programa de residência me priva de alguns compromissos sociais*”. Os estudos destacam a perda da liberdade social como fonte importante de estresse (Karasek, 1979; Tempiski, 2008; Lebensohn *et al.*, 2013). Essa afirmação foi exemplificada em todos os grupos focais. A residência médica restringe a liberdade, que impacta nos relacionamentos dos residentes. Alguns estudos observaram que estar em um relacionamento amoroso está associado a maior bem-estar, e que o suporte familiar e de amigos está associado à menor exaustão emocional, à despersonalização e à maior realização pessoal (Manusov *et al.*, 1995; Lebensohn *et al.*, 2013).

Siedlecki *et al.* (2014) estudaram a relação entre suporte social e o bem-estar em diferentes grupos etários. Observaram que indivíduos que possuem relacionamentos satisfatórios relatam se sentirem felizes com maior frequência e referem ter maior satisfação com sua vida do que aqueles que não possuem relacionamentos satisfatórios.

Na análise do grupo focal, foi possível identificar a importância da construção e manutenção das relações humanas como componente importante da qualidade de vida. As relações humanas podem exercer influência positiva na qualidade de vida, quando construídas de forma adequada.

Ao avaliar a influência do suporte social no estresse psicológico, Flinch *et al.* (1999) observaram que os efeitos negativos de relações sociais inadequadas superam os efeitos do suporte social adequado na qualidade de vida e estresse psicológico. Na análise de nosso grupo focal, observamos que, quando as relações humanas, no ambiente da residência médica, são inadequadas ou inexistentes resultam em diminuição da qualidade de vida:

“Na residência de clínica do HC, as pessoas são muito cada um por si”.

A Enciclopédia das relações humanas aborda a questão das diferenças entre os gêneros nas relações de amizade e discute a observação de que homens adultos têm maior número de amigos do que mulheres adultas (Reis e Sprecher, 2009).

A importância das relações humanas na qualidade de vida foi identificada em nosso grupo focal nos relatos das residentes femininas que referiram que os

residentes masculinos têm maior facilidade para construir novas relações no ambiente da residência, gerando maior rede de apoio e sensação de pertencimento a um grupo:

“Eles têm mais facilidade de conviver, de lidar com as diferenças, com tudo. É algo intrínseco do homem mesmo, porque a gente, eles não escutam mesmo o que a gente fala”.

“Eles se dão melhor”.

Na realização do grupo focal, foi possível identificar outros fatores que influenciam a diferença na qualidade de vida entre os residentes do sexo masculino e as residentes do sexo feminino. As categorias analíticas que apresentaram maior peso no grupo focal na diferença de qualidade de vida entre os gêneros foram: expressão dos sentimentos, apego emocional aos pacientes, e questões culturais, sociais e biológicas.

Na questão da habilidade em lidar com sentimentos, observamos, nos relatos, que as residentes do sexo feminino apresentam mais aspectos de expressão negativa dos sentimentos e apego aos pacientes. Diversas evidências na literatura têm destacado diferenças entre os gêneros no domínio das emoções negativas (Brody e Hall, 2008; McLean e Anderson, 2009). As evidências mais convincentes de diferenças entre os gêneros no domínio das emoções negativas consideram que as mulheres expressam mais emoções negativas do que os homens (Burke *et al.*, 1976, Levenson *et al.*, 1994; Brody e Hall, 2008; McLean e Anderson, 2009).

Alguns estudos que avaliaram diferenças entre gêneros nas atitudes gerais documentaram que médicas e estudantes de Medicina do sexo feminino tendem a valorizar mais a afetividade e as relações interpessoais na prática médica, enquanto os médicos e estudantes do sexo masculino são mais reservados e orientados para ciência (Cartwright, 1972, 1977).

Em relação ao apego emocional das residentes do sexo feminino ao paciente, é importante ressaltar que a expressão de apego aos pacientes pode gerar impactos diferentes na percepção da qualidade de vida. O apego emocional pode piorar a percepção da qualidade de vida das residentes: *“Para minha qualidade de vida, no trabalho, me incomodava muito assim no pronto-*

socorro, ver os pacientes da forma que eles estavam isso para mim é muito ruim assim, me fere o meu...”

Ou o apego emocional pode refletir-se em reconhecimento da importância do próprio trabalho, que tem impacto na autoestima da residente: *“Mas, ao mesmo tempo, eu me gratifico muito dependendo do paciente, de poder um pouquinho que eu já consigo melhorar a qualidade de vida dele, para mim, já ajuda muito”*.

Na literatura, mulheres relatam conflito entre o trabalho e a vida pessoal (Bowman *et al.*, 2002). A maioria das mulheres pretende casar e ter filhos em algum momento da sua carreira profissional, e irá enfrentar o conflito entre o trabalho e a vida pessoal (Bowman *et al.*, 2002). Na análise de nosso grupo focal, foi possível identificar nos relatos das residentes femininas como este conflito de natureza cultural e biológica pode influenciar na diferença entre homens e mulheres na percepção da qualidade de vida:

“Eu acho que mudou bastante, mas eu acho que ainda tem um pouquinho de externo. Um pouquinho de externo no sentido de, às vezes, é difícil a sociedade aceitar não ser casada, ou não ter filhos, mas eu acho que se a pessoa está bem resolvida com isso”.

“Eu acho que complica mais para mulher no sentido de tipo, o homem ele não se apega tanto no tempo, ele pode até querer formar uma família, mas ele tem tempo. A mulher sente um pouco mais que, que não tem tanto tempo. E aí a mulher tem que resolver outras coisas”.

A análise das habilidades empáticas na população de médicos residentes de nosso estudo demonstrou que este construto humanístico não interferiu no desempenho acadêmico de nossos residentes na avaliação de habilidades práticas pelo método OSCE. Estes dados sugerem que as competências emocionais de empatia não exercem influência significativa no desempenho acadêmico cognitivo. Outra possibilidade é que o instrumento utilizado, questionário de autoavaliação, tenha sido pouco discriminativo para a população deste estudo.

Apesar das diferenças de gênero no padrão de respostas à avaliação da qualidade de vida identificadas em nosso estudo, nossos resultados não demonstraram diferenças entre os gêneros nas habilidades empáticas. Paro *et*

al. (2014), em estudo sobre as relações entre empatia e qualidade de vida em estudantes de Medicina, observaram que estudantes do sexo feminino apresentaram maior consideração empática do que estudantes do sexo masculino nas dimensões emocionais da empatia e que as diferenças foram mantidas ao longo do curso de graduação em Medicina. Entretanto, este estudo não identificou diferenças entre os gêneros na dimensão cognitiva da empatia, que envolve a disposição em adotar o ponto de vista do outro (Paro *et al.*, 2014). Outros estudos sugerem que mulheres médicas apresentam escores de empatia mais altos em comparação aos colegas masculinos devido a sua maior sensibilidade aos sinais emocionais (Eisenberg, Lennon 1983; Hojat *et al.*, 2002). A diferença entre os achados dos trabalhos pode estar associada ao uso de diferentes instrumentos para avaliar empatia. Além disso, a metodologia de autoavaliação de nosso estudo pode ter induzido respostas socialmente aceitas (Edwards, 1957), mesmo tendo tomado providências para diminuir esse tipo de viés, com a identificação dos questionários pelo número de matrícula dos residentes e não pelos nomes. Outra explicação possível é que a empatia das residentes do sexo feminino pode ter diminuído ao longo do primeiro ano de residência médica. Haar *et al.* (1975) enfatizaram que mulheres médicas podem evoluir com perda de empatia durante o treinamento em um ambiente predominantemente masculino para tentar provar que possuem capacidades similares às de seus colegas masculinos. Por outro lado, é possível que a empatia dos residentes masculinos tenha aumentado durante o primeiro ano de residência, devido à ênfase no treinamento das habilidades interpessoais no currículo de nosso programa de residência em Clínica Médica (Goldstein, Goedhart, 1973).

A avaliação da resiliência na população de médicos residentes de nosso estudo não demonstrou diferenças significativas entre os gêneros. Por outro lado, ao analisar as respostas por itens, encontramos diferenças entre gêneros, com piores escores no sexo feminino. Por exemplo, as residentes femininas apresentaram piores escores no domínio sentido da vida na questão *“Sinto orgulho de ter realizado coisas na minha vida”*, no domínio serenidade, em *“Quando faço planos, eu os levo até o fim”*, e, no domínio de autossuficiência, *“Eu sou amigo de mim mesmo”*, os escores foram mais baixos nas residentes do

sexo feminino. Esses resultados podem estar relacionados à maior percepção feminina e maior autocobrança que estimulam a valorização dos acontecimentos negativos, à menor habilidade em sublimar eventos negativos e à maior autocrítica que resultam em diminuição da autoestima e pior percepção da qualidade de vida (Verbrugge, 1985).

Outra diferença significativa entre os gêneros identificada em nosso estudo foi na avaliação da sonolência diurna. Asaiag *et al.* (2010) identificaram maiores escores de sonolência diurna em residentes femininas do primeiro ano, de modo similar a nosso estudo. Segundo Baldwin *et al.* (2004), a construção da escala de sonolência de Epworth está mais voltada para identificar sonolência no sexo masculino devido ao perfil das atividades avaliadas. Apesar do perfil masculino da escala, nossos resultados mostraram que as residentes do sexo feminino apresentaram escores significativamente maiores do que os residentes do sexo masculino, com valores considerados como sonolência patológica. A análise de correlação entre sonolência e o domínio de uso do tempo no questionário do Veras-Q permitiu identificar forte correlação negativa entre sonolência diurna e domínio do uso do tempo, com significância estatística.

Deve ser destacado que, mesmo observando forte correlação negativa entre sonolência diurna e o domínio do uso do tempo, não é possível estabelecer relação de causalidade, podemos sugerir somente a associação (Bewick *et al.*, 2003). Além disso, o caráter transversal deste estudo não permite avaliar a relação de temporalidade entre a habilidade de gerenciar o tempo e a sonolência diurna. Contudo, o raciocínio lógico da questão favorece a plausibilidade biológica da relação. Podemos sugerir a necessidade de outros estudos prospectivos, por exemplo, com intervenções que ensinem a aquisição de maior habilidade no manejo do tempo, com avaliação subsequente do impacto dessa intervenção na sonolência diurna.

Frente a estas observações, uma possível explicação para a diferença entre os gêneros na sonolência diurna seria o pior manejo do tempo identificado nas residentes do sexo feminino em relação aos residentes masculinos. Por outro lado, o relato de maior sonolência diurna pode estar relacionado à maior sensibilidade feminina na percepção dos sintomas físicos e psicológicos, em comparação com o gênero masculino (Verbrugge, 1985). É necessário destacar

que o desenho do estudo pode ter influência nos resultados obtidos em relação à sonolência, visto que os questionários foram aplicados no momento que antecedeu a avaliação do desempenho acadêmico pelo método OSCE, que constitui fator de estresse aos participantes (Eller *et al.*, 2006).

Na avaliação da sonolência diurna, ao categorizar a sonolência como patológica e não patológica, e comparar os grupos quanto à quantidade de horas de trabalho fora do programa de residência médica, observamos que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com sonolência patológica e não patológica. É provável que a quantidade de horas extras trabalhadas fora do programa de residência não tenha sido uma variável suficientemente forte para influenciar isoladamente a intensidade da sonolência diurna.

Alguns estudos que avaliaram a privação de sono em estudantes de Medicina observaram o impacto deste construto na capacidade de raciocínio em testes de memória, linguagem e matemática, com pior capacidade de retenção de informações, de resolução de problemas, de concentração e de interpretação de eletrocardiogramas (Friedman *et al.*, 1971). Em nosso estudo, ao avaliar o impacto da sonolência diurna no desempenho acadêmico, não observamos forte associação entre as variáveis investigadas.

Outra constatação relevante nas correlações com a qualidade de vida específica da residência médica foi a forte correlação entre resiliência, e os domínios psicológicos e de saúde física do questionário de avaliação da qualidade de vida Veras-Q. Esta observação pode ser entendida levando-se em consideração que indivíduos com maior resiliência possuem melhor percepção da qualidade de vida, por encararem os obstáculos como oportunidades para desenvolvimento de habilidades, não apenas como vicissitudes (Seligman, Czikszentmihaly, 2000; Tempiski *et al.*, 2015).

Na análise do grupo focal, no grupo temático sobre propostas para aumentar a qualidade de vida das residentes femininas, observamos que algumas das sugestões visam à melhora das condições de infraestrutura do ambiente, tais como banheiros e quartos adequados. Alguns estudos demonstram que médicos residentes apresentam dificuldades em lidar com condições de trabalho inadequadas (Lourenção *et al.*, 2010). Como, durante este

período de formação, o médico residente passa a maior parte do tempo no hospital e que os plantões noturnos estão associados a transtornos físicos e psicológicos (Nogueira Martins 1994; 2005), fica justificada a importância de um ambiente de trabalho adequado para a melhora da qualidade de vida.

Na revisão sistemática sobre o bem-estar dos médicos residentes, Raj (2016) observou que os principais fatores associados à melhor percepção de qualidade de vida do médico residente compreendem: autonomia, competência, ganho de conhecimento e laços sociais fortes. Nas sugestões de melhora do programa de residência médica, observamos que os aspectos discutidos entre as residentes versaram sobre estes fatores que incluíram: melhora da supervisão dos residentes, melhora da qualidade e quantidade de profissionais da enfermagem, diminuição da burocracia do hospital, e a criação de um espaço de convivência para os residentes.

Em síntese, vivenciamos uma era em que persistem a influência histórica da inserção feminina no mercado de trabalho, a menor valorização da mulher no meio profissional, e o grande esforço e dedicação empreendidos pelas mulheres para se estabelecerem na área médica. Além disso, a busca incessante do gênero feminino pelo equilíbrio entre a vida pessoal e profissional reflete-se em maior dificuldade para gerenciar o tempo em ambos os setores. Tais influências intrínsecas e históricas, combinadas, podem justificar a pior percepção de qualidade de vida na residência de Clínica Médica, identificada pelas residentes femininas de nosso estudo.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Frente às considerações apresentadas, podemos concluir que o treinamento em Clínica Médica comprometeu significativamente a percepção da qualidade de vida e a sonolência diurna dos médicos residentes avaliados no final do primeiro ano da residência em Clínica Médica. Nosso estudo demonstrou diferenças relevantes entre os gêneros na percepção da qualidade de vida e na sonolência diurna, com redução significativa dos domínios de manejo do tempo, psicológico e físico da qualidade de vida, e aumento significativo da sonolência diurna nas residentes do sexo feminino. Apesar do comprometimento destes construtos, não houve repercussões significativas no desempenho médico na avaliação de competências clínicas pelo método OSCE.

A análise de grupos focais com residentes do sexo feminino contribuiu para o entendimento das diferenças entre os gêneros na percepção da qualidade de vida. Esta análise qualitativa permitiu identificar aspectos relevantes, como a maior sensibilidade feminina na percepção de fatos negativos, maior autocobrança e falta de autoconfiança nas residentes do sexo feminino. A análise de grupos focais de nosso estudo possibilitou investigar estratégias de enfrentamento das dificuldades pelas médicas residentes e a elaboração de propostas para melhorar a qualidade de vida das residentes do sexo feminino na residência em Clínica Médica.

As diferenças de gênero na percepção da qualidade de vida e bem-estar na residência médica constituem assunto urgente, que requer intervenção do programa de treinamento em Clínica Médica.

7 ANEXOS

7 ANEXOS

7.1 Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE:..... SEXO : .M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO:..... Nº APTO:
 BAIRRO: CIDADE
 CEP:.....TELEFONE: DDD ().....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Relação entre resiliência, empatia, sonolência, qualidade de vida e desempenho médico: avaliação dos residentes de Clínica Médica do primeiro ano na prova prática modelo OSCE da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo.

PESQUISADOR : Milton de Arruda Martins

CARGO/FUNÇÃO: Professor Titular INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 32145

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Clínica Médica

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 3 anos

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Este projeto será desenvolvido junto aos residentes de medicina do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP e tem como objetivo avaliar a relação entre resiliência, empatia, sonolência, qualidade de vida e desempenho médico. A fim de alcançar esse objetivo o projeto se baseia na aplicação de questionários durante a realização da prova prática estilo OSCE.

Antes do início das estações será entregue aos residentes os questionários de avaliação de qualidade de vida específica na residência médica, questionário VERAS-q, avaliação sócio demográfica, avaliação de sonolência diurna através da escala de Epworth e resiliência através da escala de resiliência reduzida de Wagnild & Young (RS-14).

Durante uma das estações será avaliado o comportamento empático do residente com a aplicação de questionário em autorrelato e avaliação pelo paciente-padronizado.

Os questionários serão identificados pelo número de matrícula dos residentes.

Durante feedback do desempenho dos residentes na prova prática será realizada apresentação breve dos resultados preliminares da pesquisa.

Esta pesquisa será realizada pela pós-graduanda Renata Kobayasi, sob orientação do Professor Milton A. Martins e co-orientação pela Doutora Fernanda Magalhães Arantes Costa.

1. Este projeto não implicará na utilização de métodos invasivos assim haverá risco mínimo a integridade física e mental.
2. Fica garantido o direito de confidencialidade dos participantes. As informações obtidas serão analisadas e a identificação dos residentes não será divulgada.
3. Não haverá nenhuma forma de pagamento aos participantes.
4. O participante pode retirar seu consentimento e se abster de responder o questionário quando desejar sem prejuízo durante seu exame.
5. Fica garantido o acesso aos resultados do estudo, quando solicitado. O principal investigador é o Dr. Milton de Arruda Martins. Que pode ser encontrado no endereço Av. Doutor Arnaldo, 455 sl. 1210 – Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP: 01246903 – tel.: (11) 30617317 - fax: (11) 30850992. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): **Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP -21º andar – sala 36- CEP: 01246-000** Tel.: 3893-4401/4407 E-mail: cep.fm@usp.br
6. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Relação entre resiliência, empatia, sonolência, qualidade de vida e desempenho médico: avaliação dos residentes de Clínica Médica do primeiro ano na prova prática modelo OSCE da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do
participante/representante legal

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

7.2 Anexo B - Aprovação do estudo pela Comissão de Ética para Análises de Projetos de Pesquisas do Hospital das Clínicas da FMUSP (CAPPesq)

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23/03/2016, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 064/16 intitulado: "RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, EMPATIA, SONOLÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO MÉDICO: AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES DE CLÍNICA MÉDICA DO PRIMEIRO ANO NA PROVA PRÁTICA MODELO OSCE DA FACULDADE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO." apresentado pelo Departamento de CLÍNICA MÉDICA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Milton de Arruda Martins

Pesquisador (a) Executante: Renata Kobayasi

CEP-FMUSP, 24 de Março de 2016.

Prof. Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep.fm@usp.br

7.3 Anexo C – Questionário Sociodemográfico

1. Idade
2. Sexo (masculino/feminino)
3. Peso
4. Altura
5. Com quem você reside? (pais, outros parentes, amigos, sozinho, outros)
6. Quantas horas/semana você trabalha em plantão fora da residência?
7. Qual especialidade de clínica médica você pretende fazer?
8. Há quanto tempo você retornou de férias?
9. Gradue o quanto você achou difícil/fácil responder este questionário.

7.4 Anexo D – Escala de Residência de Wagnild & Young

Discordo fortemente	Concordo fortemente						
1. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
2. Sinto orgulho de ter realizado coisas na minha vida	1	2	3	4	5	6	7
3. Quando faço planos, eu os levo até o fim	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu mantenho interesse nas coisas	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu normalmente posso achar motivos para rir	1	2	3	4	5	6	7
11. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	1	2	3	4	5	6	7
12. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	1	2	3	4	5	6	7
13. Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Quando eu estou em uma situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7

11. As doenças dos pacientes só podem ser curadas por meio de tratamentos médicos ou cirúrgicos; assim, os laços emocionais estabelecidos entre médicos e seus pacientes não têm influência significativa no tratamento clínico ou cirúrgico. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12. Fazer perguntas aos pacientes sobre o que se passa na sua vida privada não ajuda na compreensão das suas queixas físicas. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
13. Os médicos deviam tentar compreender o que se passa na cabeça dos seus pacientes, prestando mais atenção aos sinais não verbais e à sua linguagem corporal. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
14. Eu acredito que as emoções não têm qualquer participação no tratamento das doenças. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
15. A empatia é uma habilidade terapêutica sem a qual o sucesso do médico é limitado. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
16. A compreensão dos médicos acerca do estado emocional dos seus pacientes e das famílias dos seus pacientes é um componente importante da relação médico-paciente. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
17. Os médicos deveriam tentar pensar como os seus pacientes para prestarem melhores cuidados. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
18. Os médicos não deveriam se deixar influenciar pela existência de fortes relações pessoais com os seus pacientes e as famílias. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
19. Não aprecio literatura não médica ou outras formas de arte. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
20. Eu acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Portuguese (Brazil) translation by Helena Paro, Iolanda Tibério and Renata Daud-Gallotti, University of São Paulo, Brazil

For permission to use the scale contact: Empathy.Scales@Jefferson.edu

7.6 Anexo F - Escala de sonolência Diurna de Epworth – versão brasileira

Qual a probabilidade de você “cochilar” ou adormecer nas situações apresentadas a seguir?

Procure separar da condição de se sentir simplesmente cansado (a).

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

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

0- Nenhuma chance de cochilar

1- Pequena chance de cochilar

2- Moderada chance de cochilar

3- Alta chance de cochilar

1. Sentado e lendo.	0	1	2	3
2. Vendo televisão.	0	1	2	3
3. Sentado em lugar público sem atividades (sala de espera, cinema, teatro, reunião).	0	1	2	3
4. Como passageiro de trem, carro ou ônibus, andando uma hora sem parar.	0	1	2	3
5. Deitado para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem.	0	1	2	3
6. Sentado e conversando com alguém.	0	1	2	3
7. Sentado calmamente, após o almoço, sem álcool.	0	1	2	3
8. Se estiver no carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso.	0	1	2	3

7.7 Anexo G - Questionário VERAS Q Residente

Responda considerando seus valores, aspirações, prazeres e preocupações, nas duas (2) últimas semanas. Em cada uma das afirmações abaixo assinale uma das seguintes alternativas: DT – discordo totalmente, D – discordo, I – indiferente, C – concordo e CT – concordo totalmente

01. Minha qualidade de vida é boa.	DT	D	I	C	CT
02. Não aproveito a vida como deveria.	DT	D	I	C	CT
03. Recebo supervisão adequada em minhas atividades práticas.	DT	D	I	C	CT
04. Tenho tempo para minha família.	DT	D	I	C	CT
05. Em alguns momentos, sinto-me humilhado(a) em atividades do meu programa de residência.	DT	D	I	C	CT
06. O ambiente físico do meu programa de residência é saudável.	DT	D	I	C	CT
07. Tenho uma boa relação com meus colegas do mesmo ano do programa de residência.	DT	D	I	C	CT
08. Tenho tempo para atividades fora do programa de residência.	DT	D	I	C	CT
09. Não tenho tempo livre suficiente.	DT	D	I	C	CT
10. O suporte espiritual que tenho melhora minha qualidade de vida.	DT	D	I	C	CT
11. Minha vida tem sentido.	DT	D	I	C	CT
12. Meu relacionamento com os meus preceptores/ supervisores é bom.	DT	D	I	C	CT
13. O contato que tenho com pacientes aumenta minha qualidade de vida.	DT	D	I	C	CT
14. Cobro-me em excesso no meu programa de residência.	DT	D	I	C	CT
15. Sou cobrado(a) em excesso pelos preceptores/ supervisores.	DT	D	I	C	CT
16. Não cuido bem de minha saúde.	DT	D	I	C	CT
17. Tenho tempo para atividades culturais.	DT	D	I	C	CT
18. As atividades do meu programa de residência são excessivas para mim.	DT	D	I	C	CT
19. Tenho tempo suficiente para estudar.	DT	D	I	C	CT

20.	Tenho acesso adequado a atendimento médico.	DT	D	I	C	CT
21.	A maioria das atividades teóricas de meu programa de residência é ruim.	DT	D	I	C	CT
22.	Tenho uma boa relação com os colegas dos outros anos do meu programa de residência.	DT	D	I	C	CT
23.	Consigo gerenciar bem o meu tempo.	DT	D	I	C	CT
24.	Minha saúde é boa.	DT	D	I	C	CT
25.	Minha qualidade de vida no programa de residência é boa.	DT	D	I	C	CT
26.	O meu programa de residência me priva de alguns compromissos pessoais.	DT	D	I	C	CT
27.	Tenho me sentido desanimado(a) ultimamente.	DT	D	I	C	CT
28.	Tenho acesso adequado a atendimento psicológico.	DT	D	I	C	CT
29.	Tenho horas suficientes de sono.	DT	D	I	C	CT
30.	Estou satisfeito(a) com o meu programa de residência.	DT	D	I	C	CT
31.	Tenho tempo para meus amigos.	DT	D	I	C	CT
32.	Não consigo cuidar da minha aparência.	DT	D	I	C	CT
33.	As expectativas que meus familiares têm quanto ao meu desempenho profissional diminuem minha qualidade de vida.	DT	D	I	C	CT
34.	Tenho me sentido ansioso(a) ultimamente.	DT	D	I	C	CT
35.	O ambiente no meu programa de residência é competitivo.	DT	D	I	C	CT
36.	Estou satisfeito(a) com minha vida afetiva.	DT	D	I	C	CT
37.	As expectativas que tenho de mim mesmo pioram minha qualidade de vida.	DT	D	I	C	CT
38.	Tenho vitalidade para desempenhar minhas atividades como residente.	DT	D	I	C	CT
39.	Tenho dificuldade para assimilar novos conhecimentos.	DT	D	I	C	CT
40.	Consigo me alimentar adequadamente.	DT	D	I	C	CT
41.	Pratico atividade física regularmente.	DT	D	I	C	CT

42.	Não tenho conseguido me concentrar direito ultimamente.	DT	D	I	C	CT
43.	O meu programa de residência me deixa estressado(a).	DT	D	I	C	CT
44.	Estou satisfeito(a) com minhas condições de moradia.	DT	D	I	C	CT
45.	Eu me sinto pressionado(a) por não conseguir me manter financeiramente sozinho.	DT	D	I	C	CT
46.	Ter outra atividade profissional além da residência médica melhora minha qualidade de vida.	DT	D	I	C	CT
47.	A hierarquia entre os residentes do meu programa de residência piora minha qualidade de vida.	DT	D	I	C	CT
48.	Sinto-me valorizado pelo meu trabalho no programa de residência.	DT	D	I	C	CT
49.	Trabalhar em equipe interdisciplinar piora minha qualidade de vida.	DT	D	I	C	CT
50.	Sinto-me seguro para desempenhar minhas atividades no programa e residência.	DT	D	I	C	CT
51.	Minha carga horária de trabalho no programa de residência diminui minha qualidade de vida.	DT	D	I	C	CT

7.8 Anexo H - Análise qualitativa dos grupos focais

1. Concepção de qualidade de vida para a residente de Clínica Médica

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Satisfação	Realização dos objetivos	<p>“Qualidade de vida no meu ver é você conseguir fazer o que você gosta de fazer, o que você quer fazer, sei lá, conseguir fazer seu sonho”.</p> <p>“Eu acho que entra o ser feliz, feliz e realizado com o que você está fazendo. No caso no seu trabalho, na sua residência. Acho que voltar para casa assim, sentindo que foi bom, sentindo que você teve apoio, sentindo que você conseguiu o que você queria. Chegar com seus objetivos lá e depois, além disso, ter tempo para fazer um hobby, ver uma série, ficar com seus amigos ou com a sua família”.</p>
Liberdade	Escolhas limitadas pelo tempo ocupado pela residência	<p>“Qualidade de vida para mim é fazer o que eu gostaria de fazer e que pelo, pelo tempo corrido da residência, plantões, estágio, e tal, estudo durante estagio, não tenho como fazer”.</p>
Equilíbrio/harmonia	Trabalho/lazer/vida pessoal em equilíbrio	<p>“Acho que seria a gente conseguir fazer, ser médico na intensidade que a gente acha que se exige e ter tempo de ser as outras coisas também”.</p> <p>“Ter tempo de ser mais alguma coisa além de ser medico e, principalmente residente”.</p> <p>“É qualidade de vida, é você conseguir fazer suas obrigações, assim, como um cidadão que consegue construir sua vida financeira, mas assim ao mesmo tempo você consegue ter o seu lazer, sem que uma coisa atrapalhe a outra, havendo sempre um equilíbrio entre os dois”.</p> <p>“Qualidade de vida é você conseguir fazer aquilo que você gosta e ao mesmo tempo ter tempo para poder cuidar de você”.</p>

Saúde	Sono Alimentação Exercícios	<p>“Qualidade de vida é assim conseguir dormir, ao invés de ter dormido porque eu capotei, mas dormir porque eu realmente agora vou dormir”.</p> <p>“Qualidade de vida é fazer residência sem ter que passar desconforto por conta disso”.</p> <p>“Para mim em ordem de prioridade é dormir depois comer”</p>
Tempo livre	Lazer Relacionamento Estudo Atividade física	<p>“Ter tempo para conseguir interagir mais com minha família, interagir mais com meus amigos, fazer coisas assim sei lá, tipo ir no Ibirapuera no final de semana, ir no shopping”.</p> <p>“Tempo livre, tempo para fazer as coisas que eu gosto, tempo para não fazer nada também. Isso para mim é qualidade de vida.”.</p> <p>“Para ter qualidade de vida você precisa ter tempo para fazer aquilo que você gosta”.</p> <p>“Acho que ter um tempo para fazer o que você gosta. Acho que isso é essencial. Claro que a gente gosta da medicina, gosta de estar trabalhando, mas uma coisa que seja só para você, prazeroso só para você”.</p>
Inter-relação dos vários aspectos da vida	Social, afetivo, de trabalho e saúde	<p>“Qualidade de vida é fazer as coisas que eu gosto, poder ter tempo para mim, ter tempo para fazer as coisas que eu gosto, para a família e também ter qualidade de vida no trabalho”.</p> <p>“Andar de Bicicleta. Ir num salão, eu não gosto disso, mas para quem gosta disso. Ler um livro, ver um seriado, passear e até a parte do trabalho, acho que aqui todos devem gostar da medicina, mas fazendo de uma forma de qualidade, sem pressão, sem todo aquele serviço gigantesco. Enfim, tendo um tempo para almoçar”.</p> <p>“É estar junto das pessoas que a gente gosta e ter momentos de alegria com quem eu gosto”.</p>

Felicidade	Ter uma visão positiva acerca da vida	<p>“A minha concepção de qualidade de vida: eu acho que é a gente ter bem estar. Muito vago né!? É a gente se sentir bem, basicamente, consigo. Conseguir fazer todas as atividades do dia. Enfrentar o dia de uma forma leve e bem e, no final do dia, estar feliz”.</p> <p>“É você buscar um pouquinho de felicidade no seu dia assim, você chegar em casa e se sentir bem e feliz. Para mim eu acho que é essa a concepção de qualidade de vida”.</p>
------------	---------------------------------------	--

2. Fatores que aumentam a qualidade de vida da residente de Clínica Médica

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Relacionamentos significativos/adequados	Formação de novos laços – amigos do grupo de trabalho (panela)	<p>“Uma coisa boa de relacionamento é uma coisa que eu acho que no nosso grupo, todo mundo se dá muito bem”.</p> <p>“Mas quando a gente vem para cá também ajuda os relacionamentos que a gente cria aqui, nosso grupo é bem, bem parceiro”.</p> <p>“Para falar a verdade, agora, eu gosto muito das pessoas com quem eu tô. Então eu até fico, tô bem, porque eu gosto muito das nossas panelas, as duas. Então eu fico feliz porque eu tô com aquelas pessoas e eu gosto daquelas pessoas. Então eu fico feliz. Acabo até esquecendo, não que eu esqueça dos outros, mas eu acabei esquecendo que eu tenho outras amigas e tal, que eu não tô tanto com elas. Então, eu tô feliz que eu to com essas pessoas que eu gosto agora. Mesmo que as outras pessoas que eu gosto, estando nesse momento, agora, em outro plano. Mas eu gosto de estar com essas pessoas que eu gosto”.</p>
	<p>Amigo de fora da faculdade</p> <p>Família</p>	<p>“Porque, eu lembro que a minha prioridade é sair com as pessoas que não trabalham comigo, porque para mim também faz parte diversificar os ares”.</p> <p>“Então quando eu vou sempre é muito bom, eu volto sempre renovada. Minha família é muito unida, então, sempre é bom quando eu vou”.</p>
Cuidado com a saúde	Sono	<p>“Dormir bem, para mim, dormir bem é fundamental, não acho que qualidade de vida exista sem dormir bem”.</p> <p>“E eu durmo sempre que possível, deu uma horinha de almoço, eu moro perto... eu durmo em qualquer lugar, eu to numa aula, eu penso que tem um espacinho para dormir aí eu já durmo também. Qualquer lugar. [risos]. E eu me sinto bem depois de dormir”.</p>

	<p>Alimentação</p> <p>Exercícios</p> <p>Aparência</p>	<p>“Comer, comer me deixa feliz. Não sei. Eu deveria ser mais saudável com meu tipo de alimentação, mas vezes, quando eu to muito cansada, eu tenho que me dar um presente, meu presente é me dar alguma coisa para comer”.</p> <p>“Até que aumenta a qualidade de vida às vezes ter uma comida gostosa no Palheta”.</p> <p>“Para mim é poder fazer as atividades físicas que eu gosto, conseguir ir treinar”.</p> <p>“Às vezes essa é a terapia da gente, um momento que a gente esta se cuidando, um momento que a gente deixa de lado na residência”.</p>
Lazer	Entretenimento	<p>“É poder encontrar com a minha família, com os meus amigos, viajar, sair, dançar”.</p>
Sentir-se útil	Reconhecimento do paciente	<p>“Mas ao mesmo tempo eu me gratifico muito dependendo do paciente, de poder um pouquinho que eu já consigo melhorar a qualidade de vida dele para mim já ajuda muito”.</p> <p>“É muito importante, assim tem uns que eu consigo sentir, consigo ver o agradecimento deles, todos os dias.”</p>
Estágio	<p>Supervisão adequada</p> <p>Distribuição de tempo adequado</p>	<p>“As pessoas não gostam daquele estagio, nem que a gente é muito, muito é, assim que segura na mão e nem aquele que anda sozinho completamente. É a boa medida. É você poder, é saber que tem alguém para você ir lá discuti, conversa ajudar, dá um alívio, dá uma tranquilidade importante”.</p> <p>“Na prática eu tinha falado do apoio, que eu acho que você sentiu também, em alguns estágios em que você tem uma supervisão, ou alguém que está lá para ensinar, para explicar e que você tem esse apoio e que mesmo sendo um pouco mais puxado e que algum caso mais, que nem na UTI. O ambiente já fica muito melhor que a maior parte dos estágios que a gente passa e que você acaba lá tomando a conduta e meio que...”.</p> <p>“Por mais pesado que seja você consegue ter um suporte emocional por trás e aí e isso estabilizaria um pouco a parte emocional”.</p> <p>“Eu acho que além da experiência quando os professores dão, quando os professores tão presentes, ajudam mais, dão opinião positiva, dão feedback negativo. Explicam os porquês”.</p> <p>“Ah você não trabalhar sobrecarregado, não ter que tocar muitos pacientes no ambulatório. Ter tempo para almoçar”.</p>

	Área verde no estágio do cuidados paliativos	“E olha, eu sonho com a minha área verde da semana, ah minha área verde, minha área verde”.
Ambiente de trabalho	Relação com equipe multidisciplinar adequada	“Mas com a equipe multi, eu faço de tudo para me dar bem. Porque quando eu me dou bem eu fico muito feliz. Mas muito feliz também. Você chega num ambiente você consegue cumprimentar todo mundo, quando as pessoas, o lugar é legal isso faz uma diferença tão grande”.
Empoderamento	Conquista do próprio espaço	“Para mim foi um alívio sair de casa e ter o meu tempo, o meu silêncio e fazer as coisas no meu ritmo, mesmo que ah, me faça ir no mercado e ficar cuidando assim, para mim isso super melhorou minha qualidade de vida”.
Liberdade	Manejo do próprio tempo	<p>“Acho importante, ter tempo para sair, eu gosto de sair, então ter tempo para sair com meus amigos é importante. E ter tempo para dedicar à família”.</p> <p>“Sair no meio da semana, não só no final de semana. Porque daí você sai na quarta feira e quebra, e vai no cinema. Isso eu acho legal... Não dá sempre. Mas quando dá, você esquece também e volta no dia seguinte melhor. Acho que isso é bom, parece que você não tá tão preso, não é um prisioneiro da sua rotina. Você é livre, parece. Você tem essa sensação de liberdade, de eu faço o que eu quero. É uma sensação boa. Acho bom. Só para você fazer alguma coisa no meio da semana diferente, só para você lembrar que você é um ser livre. Eu acho isso gostoso”.</p>

3. Fatores que diminuem a qualidade de vida da residência de Clínica Médica

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Relacionamentos inadequados	Professores/médicos assistentes	<p>“Acho que o que eu mais sinto mesmo além de bons discutidores, é pessoas que queiram estar ali para discutir, porque a sensação que eu tenho é que a maior parte não quer estar ali. E aí, eu sou mais um fardo para aparecer ali e discutir e atrapalhar o almoço”.</p> <p>“O problema mais é que parece que eles não vão acrescentar. A maior parte das vezes é melhor você resolver os casos por sua conta do que você ir atrás da supervisão. E acaba mexendo assim, porque pelo menos quando você sai de lá sentindo que “ah quem sabe eu poderia ter feito algo melhor, ou ter feito algo diferente”.</p> <p>“E a maioria deles quando você dá uma opinião diferente..., é já te corta, já faz uma cara feia para você”.</p>
	Coordenadores e preceptores	<p>“A gente não sente essa parceria da coordenação com os residentes”.</p> <p>“Eu me pergunto quantas vezes eu entrei na sala da preceptoria, zero, porque a porta tá sempre fechada, você nem é bem vindo”.</p>
	Colegas de residência	<p>“Na residência de clínica do HC as pessoas são muito cada um por si”.</p> <p>“Assim, chegar no ambiente de trabalho e estar todo mundo estressado, mal humorado. Na maior parte o hospital é gigante então é tudo muito indiferente, tem muita pouca relação. Você anda no corredor, você não encontra. Você vê aquele residente que tu pediu uma Interconsulta e ninguém se cumprimenta. Eu acho que isso impacta de uma forma negativa pela ação do dentro da residência”.</p> <p>“É porque são muitas panels e a gente não se cruza né, na residência quase. Pelo menos tá cada um num estágio, não tem contato”.</p> <p>“A gente também não roda com R2, aí fica muito segregado, eu não gosto muito disso, fica R1 e R2. O R1 meio independente. Querendo ou não às vezes é legal, você ter um R2, já que a gente tem esse déficit de assistente, aí tem o R2, alguém mais experiente para te dar um suporte”.</p>

Abuso moral	Assistentes Equipe multidisciplinar	<p>“É eu acho isso meio errado, só uma vez que eu fiquei meio desconfortável com isso. Eles estavam fazendo uma internação eletiva de um paciente na enfermaria da clínica médica, para fazer uma coleciste, uma totalmente eletiva, e de uma maneira que com certeza iam internar essa paciente, pelo PS, e ia ficar na enfermaria da clínica porque tinha sido acordado. E o assistente pediu, tinha um monte de ficha de paciente que realmente tinha que ser atendido, para eu fazer a internação daquele paciente, que era óbvio que não era para estar nem ali naquele lugar. Já que ele estava fazendo um negócio que era totalmente inadequado, ele poderia ter ido lá e feito ele mesmo. Mas eu acho que foi a única situação que eu achei que era mesmo mais desnecessária mesmo. Mas eu deixei bem escrito que a paciente não tinha necessidade de estar lá, que tal e tal pessoas tinham autorizado ela estar ali e estar internando daquela maneira”.</p> <p>“E de relacionamento também de você com a equipe. Às vezes a gente é muito maltratado pela equipe de enfermagem, pela equipe”.</p> <p>“A gente recebe palavras grosseiras assim, sem motivo. Sim às vezes você tá lá, chegou em um lugar estranho, você não conhece o, aquele local. Você não sabe o que precisa para um exame ou outro, aí você faz alguma coisa errada e aí a pessoa já vem com sete pedras para... Da mesma forma os assistentes, tem assistentes muito bons, mas nossa, tem assistentes que te esculacham. E assim nem sabem o que você passou aquele dia”.</p>
Cobrança	Pessoal	<p>“Eu me cobro um pouco disso de ser meio firme, eu me cobro até demais”.</p> <p>“Mas talvez seja a nossa própria cobrança né!? É porque o perfil das pessoas que tá aqui é o perfil das pessoas que mais se cobraram a vida inteira”.</p> <p>“Então diminui a qualidade do meu trabalho, e por eu me cobrar, por eu exigir de mim um trabalho de qualidade isso diminui minha qualidade de vida na residência”.</p> <p>“E eu acho que isso contribui muito para pressão que eu acho que existe na residência de clínica do HC. Porque eu</p>

		não vejo isso nos outros residentes, que eu tenho contato, o pessoal do M. Boi, o pessoal do servidor, do Santa Marcelina, eu não vejo essa pressão em cima deles, de ter que estar sempre lendo o último artigo, de ter que estar sempre vendo o que saiu no new england, estar sempre citando o up to date nas condutas”.
	Institucional	<p>“Aqui estão os melhores alunos das melhores faculdades do Brasil - isso já gera uma expectativa que talvez se você nem tivesse você já adquiri naquela hora. E isso é muito chato, você sempre ser tratado como o melhor do melhor, a gente vê muito isso na nossa residência”.</p> <p>“Eu acho que tem muita expectativa em cima da gente, então a gente precisa estar muito assim, atualizado, e acaba que a gente não tem mais muito tempo para as outras pessoas, e isso é muito chato, sabe. E as pessoas reclamam disso”.</p>
Recursos financeiros	Autossuficiência	<p>“Agora isso está me estressando, porque antes eu tinha o dinheiro que eu guardei do ano todo que eu fiquei na marinha. E daí o ano passado eu optei mesmo por não trabalhar e gastar todo o dinheiro que eu tinha. E aí agora ta acabando, e eu to tendo que voltar a dar plantão, e aí eu to tentando entrar nos lugares de volta”.</p> <p>“Meus pais até oferecem ajuda né, mas acho que você fica naquela noia: de a puta eu tenho vinte e cinco anos e eu sou ainda dependente”.</p> <p>“Porque às vezes, não que eu fique encanada com isso, mas às vezes eu penso, será que ta dando mesmo certinho o dinheiro? Será que eu to dando plantão de menos? Mas assim, nada demais. E se por acaso eu passar necessidade é óbvio que meus pais vão me ajudar. É só que eu não quero pedir para eles. É que é uma preocupação, mas nada demais. Não é que eu penso todo dia, não, eu penso uma vez a cada duas semanas. Peraí to gastando muito? To indo muito no cinema? Preciso diminuir? Assim, uma pessoa normal”.</p>

Falta de Tempo	Tempo livre escasso e associado à fadiga	<p>“Tempo eu acho que até a gente consegue achar. É que é uma questão de prioridades. Mas às vezes eu acho que eu chego tão cansada da residência que, eu acho que eu poderia ir malhar, mas aí “ah não vou” e aí eu não faço nada”.</p> <p>“Eu não sei, eu dançava até os dezessete anos, e eu parei de dançar quando eu entrei na faculdade, e é engraçado que todo ano, vai chegando assim agora final de ano. Esse ano eu vou voltar, vai, vou dar um jeito e eu vou voltar e eu... Não dá né, nunca dá né”.</p>
	Dificuldade de gerenciamento do tempo	<p>“A gente ainda não sabe administrar nosso tempo e a gente vai aprender a fazer isso com a vida, hoje em dia a gente não sabe falar “não” ainda, a gente começa a perceber, mas a gente não sabe falar “não” ainda, acho que a gente vai aprender com o tempo”.</p>
Liberdade diminuída	Relacionamentos (Amoroso/familiar/ amigos)	<p>“Assim acho que no fundo quando a gente escolhe fazer medicina a gente sabe que grande parte da nossa vida vai ser dedicada a fazer medicina, mas, a ser médico, mas volta e meia, qualidade de vida é uma coisa que faz a gente parar, refletir acho, que a gente vai perdendo, vai abrindo mão, e tem uma hora que a gente se pergunta o que a gente, onde que gente quer chegar com isso sabe... Por exemplo, acho que eu tô abrindo mão de estar com minha família em Salvador”.</p> <p>“Não, mas eu acho que assim relacionamento é fundamental. Com tudo assim, relacionamento com familiar, relacionamento com amigos, relacionamento amoroso qualquer, qualquer coisa, infelizmente eles não são muito ativos, mas da minha parte é justamente por causa da residência. Eu não sou daqui, ocupa a maior parte do tempo e na residência não tem interação”.</p> <p>“É, mas eu sofro às vezes de abrir mão de algumas coisas assim, de não poder estar em alguns momentos importantes, principalmente com a minha família”.</p> <p>“A gente abre mão, já abri mão de alguns relacionamentos, acho que pessoas, acho que principalmente para mulher namorar alguém que não seja médico é muito difícil”.</p>

		<p>“Eu sinto um pouco isso, de não poder dar tanto apoio assim, eu sou filha única e eu sou neta única por parte de pai. E assim é difícil você ter que abrir mão de algumas coisas que eu acho importantes sabe, mas isso eu já tinha visto na faculdade que a gente tem que abrir mão de algumas coisas”.</p> <p>“E aí eu senti um pouco isso de não poder dar atenção pros familiares, porque eu tinha que dar atenção para outras pessoas, pra outras pessoas doentes. Então isso, eu sofro um pouco com isso”.</p> <p>“A gente acaba se distanciando de amigos, e de outras pessoas que não sejam digamos médicos, talvez depois da residência a gente consiga ter esse contato feito novamente, mas porque os horários... Ah, uma viagem você não pode participar”.</p>
	<p>Liberdade diminuída devido papel profissional do médico</p>	<p>“É engraçado, a gente é um pouco, o médico é um pouco, não sei explicar, se é a cultura ou se a gente tem na cabeça que quando a gente vai fazer medicina, que a gente tem que sempre auxilia o paciente. O médico abre mão de tudo, abre mão de tudo, é engraçado, do horário do almoço dele, ele fica mais tempo extra”.</p> <p>“A gente abre mão de muitas coisas. Acho que na nossa profissão, na nossa escolha a gente acaba tendo que abrir mão de muitas coisas que eu acho importante”.</p>
	<p>Atividades obrigatórias da residência</p>	<p>“Tipo essa tutoria ser obrigatória. Gente, isso não entra na minha cabeça”.</p> <p>“Sei lá, é isso que o HC me estressa, essas coisas de tudo ser obrigado, de tudo você tem que ir...”.</p> <p>“Porque você vai porque você tem medo, medo do que vai te acontecer se você não for, que não era para ser assim”.</p>
<p>Sono</p>	<p>Sono pelos plantões noturnos e atividades</p>	<p>“Muito difícil dormir bem. No começo da residência, tinha que dormir dez da noite. Se não dormia dez da noite não era ninguém. Hoje aí eu fui aumentando, aí agora já é meia noite que eu vou dormir. Só que não é eficaz. Aí no outro dia eu fico irritada, até uma e dez da manhã, aí depois passa”.</p> <p>“Diminui minha qualidade de vida, não dá, diminui muito minha qualidade de vida ter que acordar muito cedo”.</p> <p>“O que me irrita é plantão noturno, é não dormir em casa.”</p>

		<p>“Eu não tenho essa habilidade de dormir. Eu durmo, mas eu durmo muito mal e eu não consigo desligar no hospital porque eu sempre acho que vão me chamar. Eu tenho sempre essa impressão. Na UTI, eu sou meio atrapalhada, na UTI da pneumo, a gente tem um quartinho que a gente divide com a UTI da clínica”.</p>
	Sono pela falta de estrutura para conforto	<p>“Para falar o único que a gente tem é o PS, que a gente tem. Que é um quarto, escuro, cheio de cama, você entra você não consegue enxergar nada, aí você vai topando com os beliches, aí você olha onde tem corpo, onde não tem corpo, aí nunca tem travesseiro, nunca tem cobertor, nunca tem lençol, extremamente gelado. Aí você tem que se cobrir com jaleco. Acorda cheio de dor porque se tremelicou de frio no pouco tempo que você dormiu e... Acho que é isso”.</p> <p>“Fica fazendo um mega barulho, porque é perto do elevador, mesmo quando não tem ninguém andando naquele elevador ele fica apitando a noite inteira. As rampas ficam ali do lado, né. Aí sempre fica subindo, descendo coisa. É bem barulhento assim, às vezes a gente não consegue dormir direito”.</p> <p>“Para mim o quarto é ruim, para mim é todo sujo, eu sou toda alérgica. Eu fico “Ai Meu Deus” Eu consigo dormir super fácil, eu durmo bastante, acho que até demais, a equipe de enfermagem tá lá, toca o alarme aí eu ah não deve ser nada aí eu desmaio. Mas aí é “ai to coçando, ai vou ficar toda alérgica” Porque tem aquele quarto sujo, fedorento, aquele BARULHO. Do lado tem, sei lá o que é aquele negócio que fica barulhento. No Incor, JESUS! Fica aquele barulho das macas: ti, ti, ti. São dez mil horas por dia aquele barulho”!</p>
Falta de cuidados com a saúde	Alimentação	<p>“É ter horário curto de almoço me irrita também, se eu não puder almoçar, pior ainda. Eu acho um desrespeito não ter horário de almoço, não existe”</p>

Sobrecarga de trabalho	Quantidade de pacientes	<p>“Porque parece que a gente tá lá atendendo sei lá, você tá no quinto paciente, sexto paciente, aí você começa a perder empatia. Aí você fala, - ah é o cansaço”.</p> <p>“Tocação de serviço só. Acho que é sempre estressante quando você vê que tem um milhão de pessoas, eu, os pacientes estão estressados”.</p> <p>“Volume sobrecarga de trabalho também eu acho que diminui muito a qualidade de vida. Porque eu sinto que eu não to sendo a melhor médica para aquele tipo de paciente. E eu não consigo, se eu estou sobrecarregada, não vai dar, na melhor das intenções para fazer o melhor, o melhor que você pode para aquela pessoa”.</p>
	Carga horária	<p>“Eu me sinto mal, cansada eu não consigo, porque eu tô mal. É outra pessoa que tá lá. Eu não gostaria que uma pessoa que está trabalhando 30 horas me atendesse. Porque eu sei que não é igual”.</p>
	Múltiplas tarefas	<p>“É os pacientes tão mal, a gente fica preocupado, eu tenho um milhão de coisas para atender, aí você tem que ver o paciente logo na sala de medicação. Mas aí tem o cara que tá gritando contigo porque você não atendeu ele. E você está tentando caçar os assistentes para discutir um caso, um caso que enfim você não sabe o que fazer. É uma dinâmica mais ou menos assim”.</p> <p>“É eu acho que fica mais a parte de uma tortura mental, caramba, eu to fazendo uma coisa, eu tenho que terminar de fazer aquilo e eu sei que eu não vou conseguir fazer aquilo, porque eu tenho que preencher esse papel e tenho que preencher o outro ao mesmo tempo, mas eu tenho só uma mão”.</p> <p>“Então são muitas coisas que na verdade você fica tendo que se preocupar muitas vezes, que não teria necessidade, e isso acaba sobrecarregando”.</p>

Eficiência do trabalho na residência	Burocracia	<p>“As pessoas não estarem a fim de fazer, tem que implorar para que uma medicação seja feita, para que uma sonda seja passada, para que o paciente faça um negócio. É um martírio. O médico é: eu peço as coisas para o meu paciente e eu consigo. NÃO, metade do tempo que a gente passa dentro do hospital ou é resolvendo burocracia, ou é preenchendo papel, ou é em cavando coisa que não seria nossa função. Ou é ir atrás para ter certeza que coisas que não é a gente que tem que fazer estão sendo feitas”.</p> <p>“É porque no pronto socorro parece que nada funciona... A enfermagem não colabora”.</p>
	Ineficiência equipe multidisciplinar	<p>“Se eu soubesse que eu deixei o pedido de eletro, eu pedi para realizar o soro eu prescrevi tal medicação e isso vai ser feito eu não preciso ficar me preocupando e ficar retornando naquele paciente para checar se essas coisas foram feitas eu posso continuar fazendo o que eu precisava. Mas a todo o momento eu preciso ficar retornando nos lugares para checar se o que eu tinha solicitado tinha sido feito”.</p>
Mudança	Mudança de cidade	<p>“O R1 foi muita mudança para mim. É, vim morar em outra cidade, vim morar sozinha, porque eu não morava. Morava com meus pais antes. É, as pessoas de São Paulo são muito diferentes das pessoas do Nordeste. Então isso... Não sei se tu sentiu isso também. É, a gente lá é muito mais acolhedor. Aqui o pessoal é mais frio. Então assim eu sofria. Eu sofria. Eu ligava para minha mãe. Eu chorava”.</p> <p>“Então, mas também tem a questão que eu ainda não me adaptei completamente a esta cidade, então talvez eu tenha influenciado negativamente o seu questionário”.</p>

	Perda da infraestrutura anterior	<p>“Acho que no começo é difícil, você tem que se virar, tem que fazer tudo sozinha. A gente normalmente não é acostumada a lavar, cozinhar, ter que fazer supermercado. Daí a gente tem que fazer tudo isso sozinha, no começo fica complicado”.</p> <p>“Aí você liga para mãe: pô mãe como é que eu faço para tirar mancha da roupa. Umas perguntas né! Mas, no começo é estressante! Você fala “Caraca as coisas na casa estragam”. Caraca eu achava que nada estragava. Nada, tipo sei lá meu pai e minha mãe consertavam tudo tão rápido que eu nem percebia. E aqui não, com a resistência, eu fiquei três semanas com a resistência do chuveiro queimada, tomando banho frio e aí putz né. Isso estressa um pouco né”</p>
	Mudança da responsabilidade	<p>“É, mas assim a mudança para mim de estudante para residente o que mais me, o que mais foi difícil foi a responsabilidade. Para mim o mais difícil, foi o mais difícil eu conseguir lidar com às vezes com a impotência ou com a morte das pessoas, por mais que a gente faça tudo o que a gente consiga morre muita gente”.</p>
Atuação Profissional	Atuar sem ter conhecimento técnico	<p>“E aí isso me consumiu muito: eu ter que conversar sobre palição, sem nunca ter visto palição e pacientes que não eram meu, que eram da NC, da vascular. Né? É muito, muito difícil. E eu lá sozinha sendo R1. Nossa foi péssimo!”.</p>
	Tomada de decisões	<p>“Ou você decidir quem tem tratamento, quem não tem, quem vai para UTI quem não vai. Isso é bem difícil, isso é bem difícil. Conversar com a família eu acho a parte mais difícil assim de tudo da residência”.</p>

Dificuldade em lidar com sentimento	Apego ao paciente	“Eu me apego muito, eu tenho esse problema. Eu me apego muito não só com a família, mas eu me apego muito com os pacientes. Aí eu sofro muito a cada perda”.
	Insegurança	<p>“Eu me sinto muito insegura, me comparando com os outros sabe de ter vindo de uma faculdade menor, tudo. Me comparando com os outros eu me sentia é, não incapacitada, é... Mais insegura mesmo de atitude, de tudo”.</p> <p>“Me ajuda? Eu to sofrendo um pouco, esse ano com isso. Porque eu não sei o que eu quero fazer”.</p>
	Culpa	<p>“Quando tinha paciente grave eu ficava mandando mensagem, porque dava, dava uma sensação de - nossa to aqui, meu paciente está lá, entendeu e outra pessoa que tava indo. Realmente dá uma sensação de culpa. Ainda mais que nesse estágio, é um estágio, que a gente ainda estava bem vulnerável que a gente acabou de fazer a prova, então até semana passada, o tempo livre que a gente tinha era pensar nisso aí, aí se tipo ahhh vou dormir mais cedo ou vou fazer qualquer outro tipo de coisa. Putz, podia estar estudando cara”.</p> <p>“Eu fui para um casamento e uma semana depois ela foi. E a gente comentou, - nossa, mas foi tão bom mas eu me senti tão culpada, de parar o final de semana na véspera da prova para poder ir para uma coisa que não seja residência”.</p>
	Solidão	<p>“E aí você fica, “putz não tem ninguém aqui livre e disponível” e aí família também não tá aqui e deve sentir isso, aí você liga assim, põe no viva voz e fala “e aí! Não sei o quê”, tem um milhão de vozes atrás, tá todo mundo junto e aí você não tá lá sabe. Acho que para quem é de fora, isso sente bastante”.</p> <p>“Aí você chega em casa a noite e não tem ninguém para compartilhar, eu sinto um pouco de falta disso”.</p>

4. Fatores que influenciam diferença de qualidade de vida entre homens e mulheres.

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Cobrança	Externa	<p>“Mulher assim ela sempre tá, ela é mais cobrada do que o homem, porque assim ela tem que estar bonita, ela tem que estar cheirosa, ela tem que estar bem arrumada, ela tem que estar simpática. É eu acho que isso existe e pro homem eu acho que isso é mais flexível”.</p> <p>“Eu acho que a residência em si não faz diferença, não faz distinção entre homens e mulheres, acho que é mais uma coisa nossa mesmo”.</p>
	Institucional	<p>“Eu tava até falando com as meninas, que eu não percebo, que na nossa residência tenha uma diferença clara, ou que eu consiga perceber, que em noventa e nove por cento das coisas tenha diferença no tratamento ou mesmo pelo chefe, ou nas situações que a gente saia na desvantagem, ou que a gente seja tratada de maneira diferente”.</p> <p>“Eu não vejo uma cobrança diferente na mulher e no homem. Eu nunca percebi isso, eu nunca me achei, por parte de ninguém, veio uma cobrança diferente. Mas eu acho que a gente acaba se cobrando mais”.</p> <p>“Eu nunca vi, tem alguns lugares, assim, eu acho que depende da residência que você faz. Na de clínica eu não vejo essa discriminação. De forma alguma. E olha que eu sou de um grupo só de meninos”.</p>
	Sociedade	<p>“Eu acho que mudou bastante, mas eu acho que ainda tem um pouquinho de externo. Um pouquinho de externo no sentido de, às vezes é difícil a sociedade aceitar é não ser casada, ou não ter filhos, mas eu acho que se a pessoa está bem resolvida com isso”.</p>
	Interna	<p>“Eu acho que os meninos... Eles, pelo fato de não se cobrarem tanto, eles conseguem... Eles são mais leves assim”.</p> <p>“Não só de infraestrutura, mas de tudo. Eu exijo muitas coisas para dizer que a coisa está boa. Então talvez a gente seja mais exigente”.</p>

Fatores biológicos	Período menstrual	<p>“Fatores biológicos, eu já fui pro plantão com cólica e tive que ficar lá entendeu de plantão, tive que ficar lá no plantão entendeu, faz parte também”.</p> <p>“Ah também eu acho que os hormônios são péssimos”!</p> <p>“Acho assim, da TPM, a qualidade de vida fica pior...”.</p>
Percepção	Mulher tem maior percepção	<p>“Na residência foi muito legal por que eu tive a chance de entender mais o universo masculino, e é mais simples, eles são mais simples às vezes eu acho que a mulher tem a percepção de muitas coisas ao mesmo tempo, e que às vezes o homem não tem e talvez por isso que a mulher sofra mais com muitas coisas”.</p> <p>“Eu acho que, eles se cobrem menos não, acho que a percepção é diferente”.</p> <p>“É mais subjetivo mesmo, eu acho que eles sofrem menos porque, essa é a ótica mesmo”.</p> <p>“Eles são indiferentes a muita coisa, a gente é indiferente a poucas coisas”.</p> <p>“Eu acho que a mulher sempre é mais exigente entendeu? Não sei se é uma coisa que a gente vem de antes assim, da gente ter que ser melhor. Não sei, da gente ter que mostrar serviço sabe? Não sei, eu não me incomodo tanto assim, mas eu acho que a mulher às vezes sofre mais, é mais detalhista, ela consegue perceber melhor as coisas assim”.</p>
Sentimentos	Mulher expressa mais sentimentos negativos	<p>“E mulher reclama sim, eu acho que a mulher exterioriza mais também”.</p> <p>“Homem, ele é mais descomplicado mesmo, ele não pensa várias coisas, homem, ele externaliza menos”.</p> <p>“Sei lá, às vezes eles reclamem menos. Não sei, não reclamar menos, mas talvez tem menos coisa que incomoda”.</p>
	Remoer sentimentos	<p>“Talvez, o homem seja um pouco mais talvez, assim eu to pensando nos homens que eu tenho mais convívio assim de conhecer mais profundamente, mas eles são muito mais tranquilos assim: ah chegou em casa acabou o problema, ficou para trás e é isso aí. E às vezes até nessa parte da própria residência que os homens eles desabafam mais, eles chegam já e ah não gostou, eles já falam já, eles peitam, respondem, mas em geral a gente guarda mais para gente e não sei se isso em certa parte talvez prejudique”.</p>

	Apego aos pacientes	<p>“Eu acho a mulher muito, muito mais sensível, eu acho que ela sofre mais, eu acho que ela se apega mais. O limiar é muito mais baixo, assim eu não vejo homem... poucos dos nossos residentes homens do nosso grupo eu vejo se importar, assim, não se importar, é, ficar abalado”.</p>
Autocuidado	Aparência	<p>“Talvez tenha um pouco... Ah, todo mundo quer ser bem visto, eu também quero ser bem vista, mas eu me incomodo mais, eu me sentir mal do que o que as outras pessoas estão pensando”.</p> <p>“Faz diferença. Ó eu to sem fazer (a unha), isso me incomoda”.</p>
Funções	Organizar a casa	<p>“Ah arrumar a casa... Duvido que homem perca tempo limpando o chão e limpando o banheiro”.</p> <p>“É porque homem geralmente é mais largado né. Eu vejo mais ou menos pelo meu namorado. Ele deixa o quarto dele uma zona. Não lava louça, deixa tudo para depois. E eu não, eu gosto de ter tudo certinho, não gosto de deixar desarrumado, ou bagunçado”.</p>
Relações	Formação de grupos	<p>“Eles têm mais facilidade de conviver, de lidar com as diferenças, com tudo. É algo intrínseco do homem mesmo, porque a gente, eles não escutam mesmo o que a gente fala”.</p> <p>“Eles se dão melhor”.</p> <p>“Outra coisa que tem, eu não sei se é só no nosso ano, mas os meninos são mais unidos do que as meninas. A gente tem relacionamento só nós três, das outras meninas a gente, ninguém se envolve. Os meninos não eles saem com outra panela, aí vai juntando, aí eles jogam futebol, aí eles vão para um bar. Então acho que assim isso sempre ajuda, obviamente”.</p>
Diversão	Mais fácil para homem	<p>“A gente não vai fazer o que os meninos postam, por exemplo, sair colocando todas as besteiras que eles postam. Não, por exemplo, é uma parte idiota que faz parte da mentalidade masculina. E eles se divertem com isso”.</p> <p>“É eu acho que tem uma imaturidade deles que eles conseguem. É igual criança, você faz um chocalho assim e ele ri”.</p>

Futuro	Planejamento vida pessoal	<p>“Eu acho que a mulher se importa mais, assim, se preocupa mais com a relação no sentido assim de construir uma família. Os meninos só se focam na carreira, mas a mulher tem a carreira, tem a família, tem os filhos, tem que planejar tudo sabe”.</p> <p>“Eu acho que complica mais para mulher no sentido de tipo, o homem ele não se apega tanto no tempo, ele pode até querer formar uma família, mas ele tem tempo. A mulher sente um pouco mais que, que não tem tanto tempo. E aí a mulher tem que resolver outras coisas”.</p> <p>“Porque a gente vai ter que ter filho, vai ter que dar de mamar e tal, e tal, e tal...”.</p>
--------	---------------------------	--

5. Estratégias de enfrentamento

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Entretenimento	Cinema Restaurante Computador Compras	<p>“Eu sou viciada em internet e jogos, então, eu tenho meus vícios”.</p> <p>“Quando eu tenho tempo livre, amigos, assim, livros, assim depende, não tem uma coisa assim, depende do que tá com vontade”.</p> <p>“Uma coisa terapêutica: comprar, nem que seja qualquer coisinha. Se eu to de saco cheio não quero estudar, vou comprar um caderno novo. Aí eu vou, compro um caderno e isso me deixa muito feliz. Comprinha, assim, básica, adoro! Gosto muito!”.</p> <p>“Não sei às vezes eu gosto de aproveitar, assim, sair para algum lugar, não sou muito de noite, de festa, essas coisas, mas eu gosto de sair para ir no cinema, ir comer...”.</p> <p>“Eu gosto de ficar em casa. Adoro! Aí eu gosto de ir no cinema. Aí, no final de semana, eu gosto de tomar café da manhã bem. Adoro tomar café da manhã, ir pro cinema, fazer algum trabalho manual, que eu pego na minha casa lá, até invento alguma coisa para pintar, sei lá, fazer alguma coisa diferente. Fazer roupinha para cachorro”.</p>
Atividade física	Natação Academia Corrida	<p>“Eu treino natação, e corrida, eu não treino, eu faço mais por conta, mas eu compito também, faço competição, travessia e triátlon. To tentando aprender treinamento de aventura e agora eu to fazendo aula de polo”.</p>
Aquisição de novos conhecimentos	Viajar	<p>“Eu gosto muito de viajar, como residente não é possível, mas como eu não sou daqui, e são Paulo é uma cidade muito interessante, eu me sinto até eternamente turista aqui”.</p> <p>“Eu vou viajar, porque eu gosto de viajar. Aí a gente emenda o final de semana justamente para isso, para poder... Eu, para poder ir viajar, para poder...”.</p>
Organizar	Organizar espaço próprio	<p>“Eu gosto de deixar a casa bonitinha. É uma coisa que me dá prazer. Me dá prazer deixar tudo bonitinho”.</p>

6. Percepção da qualidade de vida da residente de Clínica Médica

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Ressignificação	Valorização de coisas simples do cotidiano	“Qualidade de vida no meio da residência é conseguir, assim tomar meu café da manhã, eu consegui passar um plantão, num dia de chuva sem estar com o calçado molhado durante todo plantão”.
	Valorização do próprio em comparação com os pacientes	“Acho que muito que você está vivendo contribui para as respostas, nesse momento, que eu daria agora, eu acabei de sair do estágio do paliativos, eu rodei em novembro, então se você me perguntar se eu achei a minha qualidade de vida boa eu acho excelente, maravilhosa”.
	Ressignificação do sofrimento pelo aprendizado e pelo cuidado com o outro	<p>“O que eu acho da minha qualidade de vida, eu queria ter um pouco mais de tempo para me dedicar a minha saúde, assim comer melhor, ter um tempo para fazer um exercício físico num horário normal, regularmente, em todos os meses, mas é como se as outras coisas que acontecem durante a residência retribuísem, de uma certa forma, as experiências que você vive as pessoas que você se depara tanto paciente, quanto profissional, quanto colega. Então é uma troca tão gratificante que preenche, assim dá sentido à vida é como se não fosse assim uma qualidade física, mas como te retribuisse assim como ser humano”.</p> <p>“Mas como residente, em geral, a gente vê como isso é importante, a gente cresce também com a dificuldade, você não ter, a gente vê isso que aí, talvez os estágios que a gente mais amadureça, são os estágios que a gente tem menos supervisão... mas a dura penas”.</p> <p>“Acho que é uma balança de, uma balança de, de esferas, acho que nesse momento a gente está tendo um ganho muito grande com a residência, com a profissão”.</p> <p>“Quando o dia não é tão bom, mas você aprende, o dia é produtivo, eu tive ótimas discussões, beleza. Valeu”.</p> <p>“Mas eu me sinto bem! Por mais que eu não coma, eu tô ajudando ele! Isso não me incomoda”.</p> <p>“Às vezes eu gostaria de melhorar o conforto dos outros sabe? Do paciente. Porque daí ele ia ficar feliz, aí a gente ia ficar feliz”!</p> <p>“Você sempre acha: “aí nossa como minha vida ta difícil”, e começa a reclamar. Você vê que a maioria das pessoas, dos</p>

	Pertencimento a um grupo	colegas, tal, tão tendo as mesmas percepções que vocês estão tendo as mesmas coisas. Isso dá um conforto. Se a ... e a ... tão firmes eu também posso, eu tenho com que contar e acho que isso é bem legal mesmo”.
Resiliência	Capacidade de adaptação	“Minha qualidade de vida é excelente, porque, porque por mais que a gente reclame que não tem tempo, tudo o que eu falei, não dá para gente ver nossos amigos a família e tal, mas a gente se adapta, entendeu e a gente tem condições, a gente tem as condições para se adaptar e nem sempre todo mundo tem as condições, nem todo mundo consegue isso”.
Aspectos ruins	Sufrimento do paciente	“Para minha qualidade de vida, no trabalho, me incomodava muito assim no pronto socorro, ver os pacientes da forma que eles estavam isso para mim é muito ruim assim, me fere o meu...”.
Aspectos bons	Sentimento de satisfação e concretização de projetos	“Então se eu consegui fazer, <i>checklist</i> cumprido do dia. Acordei bem, consegui fazer as evoluções, consegui discutir alguma coisa com os internos. Ta, ta, ta. Esse daí eu fico super feliz. Tipo assim: consegui, missão cumprida. Acho que é meio que isso, porque tem vezes que eu não consigo”.

7. Propostas de melhoria para a Residência de Clínica Médica que aumentam a qualidade de vida das residentes

CATEGORIAS ANALÍTICAS	ITENS	EXEMPLOS
Infraestrutura	Conforto	<p>“Conforto médico adequado, nossa isso faz muita diferença assim”.</p> <p>“Eu acho aquele ambiente decadente. Eu acho muito ruim. Então os quartos, dar uma arrumada. Eu já levantei a cama e pedi “Por favor, moça da limpeza, tem como trazer o aspirador de pó? Tá cheio de pó aqui!” Ela falou que não podia que tinha que acionar não sabe o que. Tinha um negócio de pó gigante... por favor...me salva. Então, se pudesse deixar alguma coisa que é mais fácil de limpar, um quarto mais limpo. Uma janela que não fica entrando aquele som, aquela barulheira. Ter um conforto gostoso. Eu acho isso importante. Então, lá ter um conforto com um sofá bom para você sentar”.</p> <p>“Um espaço para cochilar depois do almoço se eu tivesse tempo”.</p> <p>“Um lugar para você guardar suas coisas, para você guardar sua toalha, não ficar se preocupando onde é que você vai deixar sua bolsa”.</p>
	Banheiros	<p>“Imagina... Um belo chuveiro, com um chão limpo, com um negocinho já de shampoo, sabonete e toalha que você pode pegar e não ter que levar”.</p> <p>“Um banheiro é incrível. Ter um banheiro, nossa. Sério. Muito bom”.</p>
	Ar condicionado	<p>“Banheiro, ar condicionado. Porque no PS quinto não dá né. Calor demais”.</p> <p>“Um sistema de ar condicionado que você regula a temperatura”.</p>
	Roupas de trabalho	<p>“É as roupinhas é bom, mas não pode usar sempre. Eu gostaria de sempre ter uma roupinha lá. Eu gostaria de cada lugar, eu tiro minha roupa, vou lá me sujo toda, depois eu tiro”.</p>
	Espaço de convivência	<p>“Mas algo que melhoraria a qualidade de vida seria criar algo interativo para os residentes. Ser mais amigo né”.</p> <p>“A gente da clínica não tem nada, a gente fica perambulando, a gente não tem nenhum conforto, a gente não tem nada. Aí um conforto. Seria muito bom também”.</p> <p>“Podia ter uma área que fosse meio de convivência e meio uma biblioteca”.</p> <p>“Mas podia ter uma coisinha assim. Talvez um espaço para... não precisa ser meditar, para relaxar...”.</p>

	Elevador	“Tinha que ter um elevador só para os médicos”.
	Sinalização hospital	“Ah é, precisa de uma sinalização, pessoas ou alguém, tipo um SOS espalhado no HC, para ajudar as pessoas, os pacientes. Eles ficam perdidos. Dá uma dó”!
	Alimentação	<p>“Cafeteira em todos os confortos”.</p> <p>“Ter uma maquininha de café. Uns mimos, às vezes um café é bom”.</p> <p>“Sempre melhora a minha qualidade de vida uma comidinha”.</p> <p>“Melhorar a alimentação! Ter uma alimentação melhor lá no palhetas”.</p> <p>“Acho que nem a alimentação, mas o ambiente do Palhetas, acho que se fosse bem mais bonitinho já era melhor, aquele lugar é muito feio”.</p> <p>“Mas o ambiente é ruim. Para mim o ambiente conta tanto. Você entra lá, aquele bafo... o vapor. Para mim o ambiente, a sensação do lugar conta muito. É um vapor... Se tivesse um ar condicionado que ficasse um ar seco e limpo”.</p>
	Sistema de informática	<p>“Acho que também ter um sistema só no hospital que funcionasse para tudo. Mesmo sistema que funcionasse pro atendimento da porta, do ambulatório, para checar exame, pra solicitar exame”.</p> <p>“O sistema. Arrumar os computadores. Gente o sistema cansa a nossa beleza. Sério, não dá. O sistema a gente perde muito. Uma coisa que a gente podia estar com o paciente a gente perde muito tempo no sistema sabe”.</p>
	Barreira física no pronto socorro	“Por alguém para segurar as pessoas no pronto socorro. Porque eles entram, a gente tá tentando atender, eles entram e puxam a gente pelos braços assim, no corredor. No R1, eles te puxam assim e brigam com você, nem é da gente o paciente, às vezes é da uro, mas eles pegam você”.
Tutoria	Adequação ao estágio	<p>“Eu gostava da tutoria, mas eu gostava quando eu tava lá, quando eu estava num estágio... Por exemplo, quando eu tava no HU. Aí era: o dia que eu tinha livre, eu tinha que ir para o HC”.</p> <p>“Talvez o R2 seja o que mais precisa de tutoria, mas é o que menos tem tempo de ir”.</p>

	Temas e objetivos	“Porque o objetivo da tutoria não é agregar qualidade de vida, te acolher, o objetivo da tutoria é discutir temas, que não couberam em algum estágio”.
	Tutores	“E tem que colocar gente que realmente estejam interessados em fazer aquilo, e não simplesmente pegar você e tal, e acha que dá para ser e jogar para ser tutor”.
Metodologia de ensino	Aulas teóricas	<p>“Uma aula importante, que explicasse as diretrizes novas. São coisas que a gente tem que se atualizar”.</p> <p>“Uma coisa que eu acho assim da residência: as aulas da terça feira serem de boa qualidade. Entendeu? Ter temas interessantes que acrescentem”.</p> <p>“Eu acho que até podia mudar o horário dessa aula. Talvez meio dia, não sei. Até na hora do almoço, se tivesse um lanchinho a gente ia feliz”.</p>
Equipe multidisciplinar	Aumentar número	“Contratar mais enfermeira”.
	Melhorar treinamento	“Se for para facilitar a funcionalidade acho que eu investiria num treinamento das técnicas de enfermagem”.
Supervisão	Interessada em ensinar/boa tecnicamente	“A parte do perrengue do PS, se tivesse alguém bom que discutisse os casos e me trouxesse informação relevante com conhecimento científico atual, beleza, ia tomar as condutas, eu ia ter que brigar para que tudo fosse feito, mas eu ia sair feliz porque eu ia estar aprendendo, ia estar resolvendo as coisas, cuidando do paciente da melhor maneira”.
Funcionamento do Hospital	Diminuição da burocracia	<p>“É muita burocracia para se resolver. Então se eu pudesse gastar dinheiro...”.</p> <p>“Um enfermeiro que ficasse, por exemplo, só para cavar exame, levar papel ou, por exemplo, a gente toda ora tem que cavar exame, aí a gente vai, desce, cava exame, sobe e na, na, na. Tem que duzentas vezes cavar exame. Para vários pacientes diferentes. Então eu acho que ajudaria”.</p>

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

Aach RD, Cooney TG, Girard DE, Grob JD, McCue MI, Page JD, *et al.* Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. *Ann Intern Med.* 1988;109(2):154-61.

Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, *et al.* Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. *Qual Life Res.* 2002;11(3):193-205.

Accreditation Council for Graduate Medical Education. Resident duty hours in the learning and working environment: comparison of 2003 and 2011 standards. [cited 2013 Apr 4]. Available from: [http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/dh-ComparisonTable2003v2011 .pdf](http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/dh-ComparisonTable2003v2011.pdf).

Adams T. Gender and feminization in health care professions. *Sociology Compass.* 2010;4(7):454-65.

Aloé F, Pedroso A, Tavares SM. Epworth sleepiness scale outcome in 616 Brazilian medical students. *Arq Neuropsiq.* 1997;55:220-6.

Alva S. A. Academic invulnerability among Mexican American students: the importance of protective resources and appraisals. *Hisp J Behav Sci.* 1991;(13):18-34.

American Board of Internal Medicine (ABIM). Subcommittee on Evaluation of humanistic qualities in the internist. Evaluation of humanistic qualities in the internist. *Ann Intern Med.* 1983;99(5):720-4.

American Council for Graduate Medical Education (ACGME). Professionalism: assessment approaches. In: *Outcome project.* (Chicago, ACGME). 2007. Available at: <http://www.acgme.org/outcome/assess/profIndex.asp>.

American Council for Graduate Medical Education (ACGME). Advancing education in medical professionalism: an educational resource from the ACGME Outcome Project; 2004.

American Educational Research Association. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association; 1999.

Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempsky P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. *Rev Bras Educ Med.* 2010;34(3):422-9.

Association of American Medical College's Admission. Available from: <http://www.aamc.org/initiatives/admissionsinitiative/competencies>.

Atkinson PA, Martin CR, Rankin J. Resilience revisited. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(2):137-45.

Babaria P, Abedin S, Nunez-Smith M. The effect of gender on the clinical clerkship experiences of female medical students: results from a qualitative study. *Acad Med*. 2009;84(7):859-66.

Baldwin CM, Kapur VK, Holberg CJ, Rosen C, Nieto FJ, Sleep Heart Health Study Group. Associations between gender and measures of daytime somnolence in the Sleep Heart Health Study. *Sleep*. 2004;27(2):305-11.

Bardin L. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.

Barry D, Cyran E, Anderson RJ. Common issues in medical professionalism: Room to grow. *Am J Med*. 2000;108:136-42.

Beckman TJ, Reed Darcy A, Shanafelt TD, West CP. Resident physician well-being and assessments of their knowledge and clinical performance. *J Gen Intern Med*. 2011;27(3):325-30.

Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*. 2002;287:3143-6.

Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Pedro VD, Menna Barreto SS, Johns MW. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(9):877-83.

Bewick V, Cheek L, Ball J. Statistics review 7: correlation and regression. *Crit Care*. 2003;7(6):451-59.

Bickel J. Gender equity in undergraduate medical education: a status report. *J Womens Health Gend Based Med*. 2001;10(3):261-70.

Bleakley A. Gender matters in medical education. *Med Educ*. 2013;(47):59-70.

Block L, Wu AW, Feldman L, Yeh HC, Desai SV. Residency schedule, burnout and patient care among first-year residents. *Postgrad Med J*. 2013;89(1055):495-500.

Bowman MA, Frank E, Allen DI. *Women in medicine: career and life management*. New York: Springer-Verlag; 2002.

Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PS, Mayer FB, Itaquí Lopes MH, Santos AR, *et al*. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):282.

Brent DA. The residency as a developmental process. *J Med Educ*. 1981;56(5):417-22.

Bruschini C. *O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes*. Portal de Periódicos da UFSC. Estudos Feministas. 1994. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16102/14646>.

Burgdorf J, Panksepp J. The neurobiology of positive emotions. *Neurosci Biobehav Rev*. 2006;30(2):173-87.

Cameron JL. William Stewart Halsted: our surgical heritage. *Annals of surgery*. 1997 225(5):445-58.

Cartwright L. K. Personality changes in a sample of women physicians. *J Med Educ*. 1977;52:467.

Cartwright LK. Personality differences in male and female medical students. *Psychol Med*. 1972;3:213.

Chandavarkar U, Azzam A, Mathews CA. Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depress Anxiety*. 2007;24(2):103-11.

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 2005;5:21:1-11.

Cohen MR. *Medication errors: causes, prevention, and risk management*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 1999.

Cook DJ, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD. Resident's experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *CMAJ*. 1996;154(11):1657-65.

Cotrim-Carlini B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev Saúde Pública*. 1996;30(3):285-93.

Council on Graduate Medical Education. Fifth report: women and medicine. Rockville, MD: Department of Health and Human Services; 1995.

Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert D, Fiske ST, Lindzey G, Editores. *Handbook of social psychology*. Boston: McGraw-Hill; 1998. p. 504-53.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.

Cumming G. *Understanding the new statistics: effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis*. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2012.

Cuschieri A, Gleeson FA, Harden RM, Wood RA. A new approach to a final examination in surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 1979;61:400-5.

Davis MH. *Empathy: a social psychological approach*. Madison: Brown & Benchmark Publishers; 1996. (Social Psychological Series).

Debus M. *Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales*. Washington: Avademy for education development; 1997.

Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, *et al*. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*. 2010;304(11):1173-80.

Eckleberry-Hunt J, Lick D, Boura J, Hunt R, Balasubramaniam M, Mulhem E, Fisher C. An exploratory study of resident burnout and wellness. *Acad Med*. 2009;84(2):269-77.

Education Amendments, title IX, (Title 20 U.S.C. Sections 1681-1688).

Edwards, Allen. *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: The Dryden Press; 1957.

Eisenberg N, Lennon R. Sex differences in empathy and related capacities. *Psychol Bull*. 1983;94:100-31.

Eller T, Aluoja A, Vasar V, Veldi M. Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depress Anxiety*. 2006;23(4):250-6.

Ellis PD. *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

Enns SC, Perotta B, Paro HB, Gannam S, Peleias M, Mayer FB, *et al*. Medical students' perception of their educational environment and quality of life: is there a positive association? *Acad Med*. 2016;91:409-17.

Epstein RM. Assessment in Medical Education. *N Eng J Med*. 2007;356:387-96.

Esperidião-Antonio V, Majeski-Colombo M, Toledo-Monteverde D, Moraes-Martins G, Fernandes JJ, Assis MB, *et al*. Neurobiology of the emotions. *Rev Psiq Clín*. 2008;35(2):55-65.

Farias M, Monteiro N. Reflexões sobre pró-socialidade, resiliência e psicologia positiva. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2006;2(2):39-46.

Finch JF, Okun MA, Pool GJ, Ruehlman LS. A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *J Pers*. 1999;67(4):581-621.

Fletcher KE, Underwood W, Davis SQ, Mangrulkar RS, McMahon LF, Sanjay S. Effects of work hour reduction on residents' lives. A systematic review. *JAMA*. 2005;294:1088-100.

Friedman RC, Bigger JT, Kornfeld DS. The intern and sleep loss. *N Engl J Med*. 1971;285(4):201-3.

Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *J Med Educ*. 1973;48(5):436-41.

Frost R, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990;14:449-68.

Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002;324(7351):1417.

Girard DE, Hickam DH. Predictors of clinical performance among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. 1991;6:150-4.

Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch Intern Med*. 2005;165(22):2601-6.

Goldstein AP, Goedhart A. The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. *J Community Psychol*. 1973;1:168-73.

Grotberg EH. The International Resilience Research Project. *Paper presented at the Annual Convention of the International Council of Psychologists*. Austria: 1997. p. 1-8.

Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118(8):622-9.

Haar E, Halitsky V, Stricker G. Factors related to the preference for a female gynecologist. *Med Care*. 1975;13:782-90.

Haglund ME, aan het Rot M, Cooper NS, Nestadt PS, Muller D, Southwick SM, *et al*. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Acad Med*. 2009;84(2):258-68.

Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ*. 1979;13(1):39-54.

Harden RM, Lilley P, Patricio M. *The definitive guide to the OSCE: the objective structured clinical examination as a performance assessment*. Edinburgh: Elsevier; 2015.

Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975;22;1:447-51.

Harden RM. Revisiting 'Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE)'. *Med Educ*. 2016;50(4):376-9.

Harden RM. 'What is an OSCE?'. *Med Teach*. 1988;10(1):19-22.

Harrison Y, Horne JA. The impact of sleep deprivation on decision making: a review. *J Exp Psychol Appl*. 2000;6(3):236-49.

Harvey AM. The influence of William Stewart Halsted's concepts of surgical training. *Johns Hopkins Med J*. 1981;148(5):215-36.

Heaton K, Anderson D. A psychometric analysis of the Epworth sleepiness scale. *J Nurs Meas*. 2007;15(3):177-88.

Heiligers PJM. Gender differences in medical students' motives and career choice. *BMC Med Educ*. 2012;12:82.

Hemmerdinger JM, Stoddart SDR, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 2007;7:24.

Hendrie HC, Clair DK, Brittain HM, Fadul PE. A study of anxiety/depressive symptoms of medical students, house staff, and their spouses/partners. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178:204-7.

Hojat M, Glaser K, Xu G, Veloski JJ, Christian EB Gender comparisons of medical students' psychosocial profiles. *Med Educ*. 1999;33(5):342-9.

Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, *et al*. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002;36(6):522-7.

Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, *et al*. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 2001;61(2):349-65.

Hojat M. *Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York: Springer; 2007.

Howe A, Smajdor A, Stockl A. Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Med Educ*. 2012;46(4):349-56.

Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*. 1987;144:1561-6.

Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal com metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf*. USP. 2001;35(2):115-21.

Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *J Adv Nurs*. 2007;60(1):1-9.

Yu JH, Chae SJ, Chang KH. The relationship among self-efficacy, perfectionism and academic burnout in medical school students. *Korean J Med Educ*. 2016;28(1):49-55.

Johns M. A New Method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-5.

Johns M. Reliability and factor analysis of the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1992;15(4):376-81.

Johns M. Sleepiness in different situations measures by the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1994;17(8):703-10.

Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. *Med Teach*. 2013;35(9):e1437-e1446.

Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24:285-30.

Kay K, Shipman C. *The confidence gap*. The Atlantic, may 2014, issue. Available from: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2014/05/the-confidence-gap/359815/>.

Kerr B, O'Leary JP. The training of the surgeon: Dr. Halsted's greatest legacy. *Am Surg*. 1999;65(11):1101-2.

Koenig TW, Parrish SK, Terregino CA, Williams JP, Dunleavy DM, Volsch JM. Core personal competencies important to entering students' success in medical school: what are they and how could they be assessed early in the admission process? *Acad Med*. 2013; 88(5):603-13.

Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, *et al*. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. *Fam Med*. 2013;45(8):541-9.

LeBlanc VR. The effects of acute stress on performance: implications for health professions education. *Acad Med*. 2009;84(10 suppl):S25-S33.

Lipp ME. *Inventário de sintomas de stress para adultos de LIPP*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Lloyd S, Schmidt U, Khondoker M, Tchanturia K. Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behav Cogn Psychother*. 2015;43(6):705-31.

Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZA. Health and quality of life of medical residents. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):81-91.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71(3):543-62.

Macedo PCM. *Avaliação da qualidade de vida em residentes de medicina da UNIFESP-EPM* [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2004.

Macedo PCM, Cítero VA, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Moraes MB, Nogueira-Martins LA. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(2):119-24.

Macedo PNAG, Nardotto LL, Dieckmann LHJ, Ferreira YD, Macedo BAG, Santos MAP, *et al.* Fatores associados a sintomas depressivos entre estudantes de Medicina da UNILUS. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(4):595-604.

Mangione S, Kane G, Caruso J, Gonnella J, Nasca T, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach.* 2002;24:370-3.

Manusov EG, Carr RJ, Rowane M, Beatty LA, Nadeau MT. Dimensions of happiness: a qualitative study of family practice residents. *J Am Board Fam Pract.* 1995;8(5):367-75.

McCall TB. The impact of long working hours on resident physicians. *N Engl J Med.* 1988;318:775-8.

Medical students and physicians in Brazil: current numbers and projections. Disponível em: http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf.

Menda PB. *Análise da dicotomia sofrimento e prazer na função gerencial feminina* [Dissertação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2004.

Mitchell M, Srinivasan M, West DC, Franks P, Keenan C, Henderson M, Wilkes M. Factors affecting resident performance: development of a theoretical model and a focused literature review. *Acad Med.* 2005;80(4):376-9.

Moonesinghe SR, Lowery J, Shahi N, Millen A, Beard JD. Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. *BMJ.* 2011;342:d1580.

Moore M, Hofer S, McGee H, Ring L. Can the concepts of depression and quality of life be integrated using a time perspective? *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:1.

Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, *et al.* Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996-1009.

Ng-Sueng LF, Vargas-Matos I, Mayta-Tristán P, Pereyra-Elías R, Montenegro-Idrogo JJ, *et al.* Gender associated with the intention to choose a medical specialty in medical students: a cross-sectional study in 11 countries in Latin America. *PLoS One.* 2016;12;11(8):e0161000.

Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na Residência Médica. *Rev Assoc Med Bras*. 1998;44(1):28-34.

Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. *Cadernos ABEM*. 2010;6:12-8.

Nogueira-Martins LA. *Residência Médica: estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

Nogueira-Martins L. *Residência Médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse* [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1994.

Nomura KYE. Gender differences in clinical. *Acad Med*. 2010;85(4):647-53.

Oliveira Filho GR, Sturm EJ, Sartorato AE. Compliance with common program requirements in Brazil: Its effects on resident's perceptions about quality of life and the educational environment. *Acad Med*. 2005;80:98-102.

Osborne MP. William Stewart Halsted: his life and contributions to surgery. *Lancet Oncol*. 2007;8:256-65.

Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A, *et al*. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi institutional, mixed-method study. *Acad Med*. 2004;79(5):394-406.

Paro HB, Daud-Gallotti RM, Pinto RM, Tiberio IF, Martins MA. Brazilian version of the Jefferson Scale of Empathy: psychometric properties and factor analysis. *BMC Med Educ*. 2012;12(1):73.

Paro HB, Morales NM, Silva CH, Rezende CH, Pinto RM, Morales RR, *et al*. Health-related quality of life of medical students. *Med Educ*. 2010;44(3):227-35.

Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RR, *et al*. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PloS One*. 2014;9(4):e94133.

Paro HBMS. *Empatia em estudantes de Medicina no Brasil: um estudo multicêntrico* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2013.

Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JC, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):436-48.

Peterlini M, Tibério IFLC, Saadeh A, Pereira JCR, Martins, MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ*. 2002;36:66-72.

Petrone L. *Qualidade de vida e doenças psicossomáticas*. São Paulo: Lemos; 1994.

Poletto M. *Resiliência de crianças em contextos de desenvolvimento diversos: família e instituição* [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Raj KS. Well-Being in Residency: a systematic review. *J Grad Med Educ*. 2016;(5):674-84.

Reis HT, Sprecher S. *Encyclopedia of human relationships*. SAGE Publications, Inc. 2009.

Ripp J, Babyatsky M, Fallar R, Bazari H, Bellini L, Kapadia C, et al. The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study. *Acad Med*. 2011;86:1304-10.

Risberg G, Johansson EE, Westman G, Hamberg K. Attitudes toward and experiences of gender issues among physician teachers: a survey study conducted at a university teaching hospital in Sweden. *BMC Med Educ*. 2008;8:10.

Rocha GVM. Empatia. In: Gomide PIC. *Comportamento moral: uma proposta para o desenvolvimento das virtudes*. Curitiba: Juruá Editora; 2010. p. 69-80.

Rodrigues RTS, Barbosa GS, Chiavone PA. Personalidade e resiliência como proteção contra o Burnout em médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(2):245-53.

Rodrigues RTS. *Resiliência e características de personalidade de médicos residentes como proteção para o Burnout e qualidade de vida* [Tese]. São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2012.

Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med*. 1997;72(6):542-6.

Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*. 2006;1094(1):1-12.

Sandøe P. Quality of life – three competing views. *Ethical Theory Moral Pract*. 1999;2(1):11-23.

Scheffer M. *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina; 2015.

Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, Coston TD, Greeson C, Jedlicka C, et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. *J Soc Psychol*. 2001;141(4):523-36.

Seligman M, Csikszentmihaly, M. Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *Am Psychol*. 2000; 55:5-183.

Serrano K: Women residents, women physicians and medicine's future. *Wisconsin Med JI*. 2007;106 (5):18-23.

Sevlever M, Rice KG. Perfectionism, depression, anxiety and academic performance in premedical students. *CMEJ*. 2010;1:e96–104.

Seyre H. *The stress of life*. New York: Mc Grawhill; 1965.

Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL: Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-67.

Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, Sloan J. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. 2005;20:559-64.

Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. *Soc Indic Res*. 2014 Jun 1;117(2):561-76.

Sloan JA, Dueck A. Issues for statisticians in conducting analyses and translating results for quality of life end points in clinical trials. *J Biopharm Stat*. 2004;14(1):73-96.

Smith DJ, Huntington J. Choosing the "correct" assessment tool. *Curr Probl Cancer*. 2006;30(6):272-82.

Smith JW, Denny WJ, Witzke DB. Emotional impairment in internal medicine house staff - results of a national survey. *JAMA*. 1986;255:1.155-8.

Souza EG. Considerações sobre a residência médica no Brasil. *Rev Bras Coloproct*. 1988;8(4):150-2.

Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524-30.

Stern DT, Editor. *Measuring medical professionalism*. New York, NY: Oxford Press; 2006.

Stevens JS, Hamann S. Sex differences in brain activation to emotional stimuli: a meta-analysis of neuroimaging studies. *Neuropsychologia*. 2012;50:1578-93.

Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med*. 2000;75:612-16.

Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9:455-71.

Tempski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2012;12(1):106.

Tempski P, Martins MA, Paro HB. Teaching and learning resilience: a new agenda in medical education. *Med Educ*. 2012a;46(4):345-6.

Tempski P, Perotta B, Pose RA, Vieira JE. A questionnaire on the quality of life of medical student. *Med Educ*. 2009;43(11):1107-8.

Tempski P, Santos IS, Mayer FB, Enns SC, Perotta B, Paro HBMS, *et al*. Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. *PLoS One*. 2015;10(6): e0131535.

Tempski-Fiedler P. *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, *et al*. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(2):177-83.

Tibério IFLC, Daud-Gallotti R, Troncon LEA, Martins MA. *Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina*. 1a. ed. São Paulo: Atheneu; 2012. v. 1. 315p.

Toews JA, Lockyer JM, Dobson DJ, Simpson E, Brownell AK, Brenneis F, others. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad Med*. 1997;72:997-1002.

Tokarz JP, Bremer W, Peters K. *Beyond survival: the challenge of the impaired student and resident physician*. Chicago: American Medical Association; 1979.

Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes; 2003.

Tyssen R, Vaglum P, Grenvold NT, Ekeberg O. The impact of job stress and working conditions of mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ*. 2000;34:374-84.

Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav*. 1985;26(3):156-82.

Verlander G. Female physicians: balancing career and family. *Acad Psych*. 2004;28(4):331-6.

Wagnild G. A review of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*. 2009;17(2):105-13.

Wagnild GM. *The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14)*. Worden, MT: The Resilience Center; 2010.

Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993;1(2):165-78.

West C, Huntington J, Huschka M, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, *et al.* A prospective study of the relationship between medical knowledge and professionalism among internal medicine residents. *Acad Med.* 2007;82:587-92.

West C, Huschka M, Novotny P, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, *et al.* Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. *JAMA.* 2006;296:1071-8.

West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA.* 2011;306(9):952-60.

West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.* 2009;302(12):1294-300.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1996;120(6):472-81.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.

Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2011;9:8.

Winnicott D. *The maturational process and facilitating environment studies in the Theory of Emotional Development.* London: Institute of Psycho-Analysis; 1965.

Yi MS, Mrus JM, Mueller CV, Luckhaupt SE, Peterman AH, Puchalski CM, Tsevat J. Self-rated health of primary care house officers and its relationship to psychological and spiritual well-being. *BMC Med Educ.* 2007;7:9.