

Luciano Garcia Lourenção

**Qualidade de vida de médicos residentes,
aprimorandos e aperfeiçoandos da Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto/SP**

São José do Rio Preto

2009

Luciano Garcia Lourenção

**Qualidade de vida de médicos residentes,
aprimorandos e aperfeiçoandos da Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto/SP**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Doutor no Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Airton Camacho Moscardini

Coorientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli
Geraldine Soler

São José do Rio Preto

2009

Lourenção, Luciano Garcia

Qualidade de vida de médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP / Luciano Garcia Lourenção. São José do Rio Preto, 2009.

116 p.; 30 cm

Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Airton Camacho Moscardini

Coorientadora: Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler

1. Qualidade de Vida; 2. Internato e Residência; 3. Estresse; 4. Internato não Médico; 5. Avaliação em Saúde.

Luciano Garcia Lourenção

Qualidade de vida de médicos residentes, aprimorandos
e aperfeiçoandos da Faculdade de Medicina de São José
do Rio Preto/SP

BANCA EXAMINADORA

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente e orientador: Prof. Dr. Airton Camacho
Moscardini

2º Examinador: Prof. Dr. Edmo Atique Gabriel

3º Examinador: Profa. Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz
Robazzi

4º Examinador: Profa. Dra. Neide Aparecida Micelli
Domingos

5º Examinador: Prof. Dr. Moacir Fernandes de Godoy

Suplentes: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Junior

Profa. Dra. Maria Rita Rodrigues Vieira

São José do Rio Preto, 05/06/2009.

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Agradecimento Especial	v
Epígrafe	vi
Lista de Tabelas	vii
Lista de Quadros	x
Lista de Abreviaturas	xi
Resumo	xii
Abstract	xiv
1. Introdução	1
1.1. A formação profissional em programas de residência médica e aprimoramento/aperfeiçoamento profissional	2
1.2. Conceito de qualidade de vida	7
1.3. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	9
1.4. Saúde e qualidade de vida de residentes da área da saúde	13
1.5. Objetivos	21
2. Casuística e Método	22
2.1. Tipo de estudo	23
2.2. Local do estudo	23
2.3. População do estudo	26
2.4. Instrumento de coleta dos dados	27

2.5. Questões éticas	29
2.6. Procedimento de coleta dos dados	29
2.7. Análise e apresentação dos dados	30
3. Resultados	33
3.1. Características sociodemográficas	34
3.2. Avaliação da qualidade de vida	39
3.3. Qualidade de vida geral	41
3.4. Domínios	44
3.5. Domínio físico	46
3.6. Domínio psicológico	47
3.7. Domínio nível de independência	49
3.8. Domínio relações sociais	50
3.9. Domínio ambiente	51
3.10. Domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais	53
4. Discussão	57
4.1. Características sociodemográficas	59
4.2. Avaliação da qualidade de vida	61
4.3. Qualidade de vida geral	62
4.4. Domínios	64
4.5. Domínio físico	65
4.6. Domínio psicológico	67
4.7. Domínio nível de independência	70
4.8. Domínio relações sociais	71
4.9. Domínio ambiente	72
4.10. Domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais	74

5.	Conclusões	75
6.	Referências Bibliográficas	78
7.	Anexos	92
8.	Apêndices	110

Dedicatória

Aos meus pais, Maria e Narciso, por todo apoio e incentivo à minha formação profissional; pela formação moral recebida, alicerce das lutas e conquistas alcançadas. Sem o apoio e a confiança de vocês, nada seria possível. Orgulho-me de tê-los como pais...

Aos profissionais médicos e não médicos dos programas de residência, aprimoramento e aperfeiçoamento da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Foi por vocês que este trabalho adquiriu tamanha importância!

Agradecimentos

A DEUS, pela vida abençoada e repleta de conquistas que me proporcionou; pela sua presença constante, por todas as bênçãos e conquistas e por todas as vezes que me acolheu “num abraço de Pai”.

Aos meus pais, Maria e Narciso, pelo carinho, respeito e confiança depositados em mim ao longo desses anos.

Aos meus irmãos, Lucimar e Lucas, pelo carinho e compreensão. Apesar das discussões, amo vocês.

Ao meu sobrinho Luis Gustavo, por toda a alegria que irradia entre nós. Você é uma jóia com a qual Deus nos presenteou.

Ao Luis Fernando, por sua amizade e companheirismo. Sua presença em minha vida é um verdadeiro presente de Deus. Obrigado pela paciência e apoio constantes. Sem dúvida, nossos caminhos não se cruzaram por acaso...

Ao Sr. Antônio, Ana Maria e Nice, minha segunda família. Obrigado por todo carinho e respeito.

À Terezinha Pachá, mais que amiga, um anjo que Deus colocou em meu caminho. De uma sabedoria admirável e carisma incontestável está sempre me dando força e me apoiando a vencer os desafios. Sua presença é sempre enriquecedora...

À Analúcia, outro anjo enviado por Deus no meu caminho. Sua amizade é uma grande prova de amor, respeito, carinho e admiração. Obrigado pela sua presença...

À amiga Juliana Ribeiro, por todo apoio ao longo dessa trajetória e pelo apoio na coleta dos dados do estudo. Você é um grande exemplo de determinação, provando-

-nos que *há homens que lutam um dia e são bons; há homens que lutam por um ano e são melhores; há homens que lutam por vários anos e são muito bons; há outros que lutam por toda a vida, esses são imprescindíveis.* (Bertold Brecht)

Aos amigos Márcio, Matheus, Andréia, Edvandro e Luiz que, embora distantes, sempre me apoiaram ao longo do caminho. Jamais esquecerei a paciência e o apoio recebidos nos momentos difíceis.

À amiga Claudia Jaqueline, companheira de caminhada, de lutas, de sonhos, de conquistas, por todo apoio e confiança. Que Deus sempre ilumine seu caminho.

Às docentes do Curso de Enfermagem da FAMERP, pela formação sólida e de qualidade que me proporcionaram durante a graduação; pelo carinho, respeito e apoio ao longo da vida profissional.

À Cláudia Eli, “ontem” professora, “hoje” amiga. Acima de tudo, exemplo profissional a seguir...

À Silvia Vendramini, antes de professora, amiga. Obrigado pela confiança e pelas oportunidades.

À amiga Lurdinha por todo esforço dispendido para me ajudar na elaboração da aula do exame de qualificação e da defesa deste trabalho. Sua bondade é prova concreta da presença Divina entre os homens...

À amiga Gisele Martins pelo apoio e incentivo nos momentos de dificuldade.

Aos funcionários da pós-graduação da FAMERP: Rose, José Antônio, Fabiana e Guilherme, pela atenção com que sempre me atenderam. Paciência, dedicação, competência e prontidão são qualidades que sempre serão lembradas.

Aos professores Dr. Edmo Atique Gabriel e Dr. Moacir Fernandes de Godoy, pelas contribuições durante o exame de qualificação.

À Profa. Maria Cristina Pascutti pela imprescindível correção gramatical deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Reinaldo Azoubel pela leitura do trabalho e importantes sugestões.

À Dra. Eliana Cristina de Toledo, pela leitura do trabalho e sugestões enriquecedoras.

Aos colegas do grupo de pesquisa NEMOREGES por todo apoio, pelas experiências e conquistas compartilhadas. Lembrem-se que *nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.* (Autor desconhecido)

À coordenação da COREME e da COAPRIMO pela permissão e apoio para que este estudo fosse realizado.

Aos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pela seriedade e comprometimento com que participaram deste estudo. Esta conquista não seria possível sem a presença e a dedicação de vocês.

A todos aqueles que fizeram parte desta etapa de minha vida e, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste sonho. A presença de pessoas especiais em nossa vida facilita a concretização dos nossos ideais. Acreditem sempre que *o destino não é uma questão de sorte; é uma questão de escolha. Não é algo pelo que se espera, mas algo a alcançar.* (William Jennings Bryan)

A todos, meu eterno ***OBRIGADO...***

Agradecimento Especial

Ao Prof. Dr. Airton Camacho Moscardini, por toda a confiança e autonomia durante a realização deste trabalho. Sua postura como orientador me proporcionou um crescimento singular, me transmitiu segurança e coragem para seguir em frente, na concretização deste ideal.

À Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, muito mais que coorientadora deste trabalho: mãe, amiga, que com paciência, segurança, incentivo e competência que lhe são peculiares, acreditou e investiu em meu potencial, permitindo todo crescimento profissional vivenciado durante este processo.

Tive sorte por viver esta experiência ao lado de vocês.

Vossa presença, confiança e o apoio ao longo desta caminhada foram de primordial importância na minha formação pessoal e profissional. Que Deus ilumine vossos caminhos, cobrindo-os de bênçãos, sempre...

QUASE ACREDITEI

Quase acreditei que não era nada ao me tratarem como nada.

Quase acreditei que não seria capaz quando não me chamavam, por acharem que eu não era capaz.

Quase acreditei que não sabia quando não me perguntavam, por acharem que eu não sabia.

Quase acreditei ser diferente entre tantos iguais, entre tantos capazes e sabidos, entre tantos que eram chamados e escolhidos.

Quase acreditei estar de fora quando me deixavam de fora, por que... que falta fazia?

E de quase acreditar adoeci; busquei ajuda com doutores, mestres, magos e querubins.

Procurei a cura em toda a parte e ela estava tão perto de mim.

Ensinarão-me a olhar para dentro de mim mesmo e perceber que sou exatamente como os iguais que me faziam diferente.

E acreditei profundamente em mim.

E tenho como dívida com a vida fazer com que cada ser humano se perceba, se ame, se admire de si mesmo, como verdadeira fonte de riqueza.

Foi assim que cresci: acreditando.

Sou exatamente do tamanho de todo ser humano.

E por acreditar perdi o medo de dizer, de falar, de participar e até de cometer enganos.

E se errar?

Paciência! Continuo vivendo e, por isso, aprendendo...

Allah Akbar

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos profissionais segundo a especialidade. São José do Rio Preto, 2009.....	35
Tabela 2: Distribuição dos profissionais segundo o ano de residência/aprimoramento/aperfeiçoamento. São José do Rio Preto, 2009.....	37
Tabela 3: Distribuição da faixa etária dos profissionais segundo o programa de formação. São José do Rio Preto, 2009.....	37
Tabela 4: Distribuição do número de profissionais segundo sexo e programa de formação. São José do Rio Preto, 2009.....	38
Tabela 5: Distribuição dos profissionais segundo estado civil. São José do Rio Preto, 2009.....	38
Tabela 6: Distribuição dos profissionais segundo a renda familiar. São José do Rio Preto, 2009.....	39

Tabela 7: Valores obtidos para o Coeficiente Alfa de Cronbach para o WHOQOL-100 aplicado aos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos. São José do Rio Preto, 2009.....	40
Tabela 8: Distribuição das frequências de respostas e os escores médios para as questões gerais de qualidade de vida. São José do Rio Preto, 2009.....	42
Tabela 9: Distribuição dos escores médios de qualidade de vida geral (faceta 25) e os desvios-padrão segundo sexo. São José do Rio Preto, 2009.....	43
Tabela 10: Distribuição dos escores médios de qualidade de vida geral (faceta 25) e os desvios-padrão segundo renda familiar. São José do Rio Preto, 2009.....	44
Tabela 11: Distribuição dos escores médios e desvios-padrão dos domínios do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009.....	45
Tabela12: Escores médios e desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio físico do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009.....	47

Tabela13: Escores médios e desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio psicológico do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009..... 48

Tabela14: Escores médios e desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio nível de independência do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009..... 50

Tabela15: Escores médios e desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio relações sociais do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009..... 51

Tabela16: Escores médios e desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio ambiente do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009..... 53

Tabela17: Escores médios e desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a faceta e o escore médio do domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009..... 54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-100 27

Quadro 2: Domínios e facetas que apresentaram os maiores e menores escores médios e desvios-padrão segundo o programa de formação. São José do Rio Preto, 2009..... 56

LISTA DE ABREVIATURAS

FAMERP: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

OMS: Organização Mundial da Saúde

WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life*

FUNFARME: Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto

FUNDAP: Fundação de Desenvolvimento Administrativo

AIDS: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SPSS: *Statistical Package for Social Sciences*

QV: Qualidade de vida

DP: Desvio-padrão

r: Coeficiente de correlação de Pearson

UNIFESP-EPM: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

Resumo

Introdução: No Brasil, muitos profissionais de saúde buscam inserção em programas de pós-graduação como residência/aprimoramento profissional. Para concluir tal processo de formação, passam por grandes dificuldades com elevados índices de problemas de saúde que interferem na sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos de um hospital escola. **Casuística e Método:** A população deste estudo foi composta por 269 médicos residentes, 55 aprimorandos e 34 aperfeiçoandos. Para a coleta dos dados utilizou-se o WHOQOL-100, instrumento da Organização Mundial de Saúde para avaliar qualidade de vida. Os dados foram coletados no período de novembro de 2008 a janeiro de 2009. A consistência interna do WHOQOL-100 foi avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach, cujos valores iguais ou maiores a 0,70 são considerados satisfatórios. **Resultados:** Havia 358 profissionais matriculados nos programas, dos quais 196 participaram do estudo, sendo 120 (44,61%) médicos residentes, 52 (96,30%) aprimorandos e 24 (70,59%) aperfeiçoandos. Houve baixa consistência interna no domínio nível de independência ($\alpha = 0,54 / 0,48$ e $0,54$ para residência, aprimoramento e aperfeiçoamento, respectivamente) e no domínio relações sociais para os aprimorandos ($\alpha = 0,68$). Considerando respectivamente residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos, os domínios que apresentaram maiores escores médios foram: nível de independência (77,18 / 75,03 / 82,29); aspectos espirituais/religiosos (74,01 / 77,76 / 83,59) e relações sociais (68,80 / 69,79 / 71,18); os menores escores foram para os domínios psicológico (63,38 / 61,37 / 66,87), ambiente (62,46 / 59,15 / 58,93) e físico (57,36 / 55,73 / 61,72). As facetas com maiores escores foram: dependência de medicação ou de tratamentos (88,54 / 82,57 / 93,94), relações pessoais (70,31 / 74,27 / 76,30) e sono e repouso (63,59 / 64,40 / 68,23) para todos os profissionais; autoestima (67,65 / 65,38) para residentes e aprimorandos; imagem corporal e aparência (73,17) para aperfeiçoandos; transporte (80,26) para residentes; ambiente no lar para aprimorandos e ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima (69,19) para aperfeiçoandos. Os profissionais apresentaram ótimos escores na faceta de espiritualidade, religião e crenças pessoais. As facetas com menores escores foram: atividade da vida cotidiana (67,13 / 67,30 / 76,30) e sentimentos negativos (57,60 /

51,80 / 59,11) para todos os profissionais; atividade sexual (66,77 / 63,10) e energia e fadiga (50,20 / 51,32) para residentes e aprimorandos; suporte social (67,70) e dor e desconforto (54,17) para aperfeiçoandos; participação em/e oportunidades de recreação/lazer (49,21) para residentes e recursos financeiros (45,55 / 50,52) para aprimorandos e aperfeiçoandos. **Conclusões:** A avaliação da qualidade de vida mostrou que os profissionais estudados apresentam-se satisfeitos com a qualidade de vida, a vida e a saúde; apresentam bom nível de independência e boa estrutura espiritual/religiosa. Há um comprometimento da vida sexual e das atividades da vida cotidiana, além de dificuldades de enfrentamento das situações estressantes.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Residência Médica; Residência não médica.

Abstract

Introduction: In Brazil, a lot of health professionals search insertion in graduate degree programs such as professional residency/improvement. To finish such training process, they can pass through great difficulties with high levels of health problems that interfere in their life quality. **Objective:** To evaluate the quality of life of resident physicians and non-medical resident professionals of a school hospital. **Casuistic and Method:** The population of this study comprised 269 resident physicians, 89 non-medical resident professionals (55 *aprimorandos* and 34 *aperfeiçoandos*). To collect data WHOQOL-100 was used an instrument of World Health Organization to evaluate the life quality. Data was collected in the period from November 2008 to January 2009. The intern consistence of the WHOQOL-100 was evaluated by the Cronbach Coefficient Alpha, in which the values equal or superior to 0.70 are considered satisfactory.

Results: There were 358 enrolled in vocational programs, of which 196 participated in the study, and 120 (44.61%) resident physicians, and 76 non-medical resident physicians (52 (96.30%) *aprimorandos* and 24 (70.59%) *aperfeiçoandos*) participated in the study. There was a low intern consistence in the domain level of independence ($\alpha = 0.54 / 0.48$ and 0.54 for residence, non-medical resident professionals (*aprimorandos* and *aperfeiçoandos*), respectively and in the social relationship domain for the non-medical resident professionals ($\alpha = 0.68$). Considering respectively residents and non-medical resident professionals (*aprimorandos* and *aperfeiçoandos*), presented higher average scores were: independence level (77.18 / 75.03 / 82.29); spiritual/religion aspects (74.01 / 77.76 / 83.59) and social relationship (68.80 / 69.79 / 71.18) domains; the lower scores were for the psychological (63.38 / 61.37 / 66.87), environmental (62.46 / 59.15 / 58.93) and physical (57.36 / 55.73 / 61.72) domains. The characteristics with higher scores were: dependence on medication or treatments (88.54 / 82.57 / 93.94), personal relationship (70.31 / 74.27 / 76.30) and sleep and rest (63.59 / 64.40 / 68.23) for all professionals; self (67.65 / 65.38) for residents and non-medical resident professionals (*aprimorandos*), body image and appearance (73.17) for non-medical resident professionals (*aperfeiçoandos*); transportation (80.26) for residents, home environment for non-medical resident professionals (*aprimorandos*) and physical environment (69.19) for non-medical resident professionals (*aperfeiçoandos*). The

professionals presented great scores in the spirituality, religion and personal beliefs characteristic. The characteristics with lower scores were: daily life activities (67.13 / 67.30 / 76.30) and negative feelings (57.60 / 51.80 / 59.11) for all the professionals; sexual activity (66.77 / 63.10) and energy and fatigue (50.20 / 51.32) for residents and non-medical resident professionals (aprimorandos); social support (67.70) and pain and discomfort (54.17) for non-medical resident professionals (aperfeiçoandos); participation in recreation/leisure opportunities (49.21) for residents and financial resources (45.55 / 50.52) for non-medical resident professionals (aprimorandos and aperfeiçoandos respectively). **Conclusions:** The evaluation of life quality showed that the studied professionals are satisfied with their life quality; life and health; presented an adequate level of independence and good spiritual/religious structure. There is a commitment of sexual life and daily life activities, furthermore on coping with difficulties of stressful situations.

Key-words: Quality of Life; Medical Residency; Non-Medical Residency.

Introdução

INTRODUÇÃO

1. Introdução

1.1. A formação profissional em programas de residência médica e aprimoramento/aperfeiçoamento profissional

Embora do ponto de vista legal, o diploma de graduação seja suficiente para o exercício das profissões da área da saúde, nos dias atuais muitos profissionais apresentam uma imperiosa necessidade de cursar um programa de residência, aprimoramento/aperfeiçoamento ou especialização, em diferentes especialidades.

Existe uma grande preocupação com as escolas da área médica que não formam profissionais com conhecimentos e habilidades suficientes para atender os desafios da área da saúde. Diante disso, todos os anos, inúmeros profissionais da saúde participam de concursos de residência médica e/ou aprimoramento profissional nas diversas regiões do Brasil.

De acordo com Pessoa e Constantino,⁽¹⁾ esse processo faz emergir discussões sobre uma série de questões, como: o aumento indiscriminado de escolas médicas, a qualidade do ensino oferecido e a necessidade de aumento do número de vagas nos programas de residência médica. Segundo os autores, 25% dos médicos recém-formados não conseguem se inserir em programas de residência médica.

Por outro lado, os profissionais que se inserem nos programas de residência/aprimoramento profissional, passam por grandes dificuldades para concluírem o processo de formação.

As dificuldades do exercício profissional durante a residência médica refletem algumas das características inerentes às atividades profissionais do médico. Isoladamente ou em seu conjunto, essas dificuldades definem um ambiente profissional formado por intensos estímulos emocionais e físicos que acompanham o adoecer, como: o contato frequente com a dor e o sofrimento; o lidar com a intimidade corporal e emocional; o atendimento de pacientes terminais; a atuação junto a pacientes difíceis/queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, auto-destrutivos e/ou cronicamente deprimidos, além da convivência com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial, as quais se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias.⁽²⁻⁴⁾

Desse modo, a formação do médico deve prepará-lo para compreender a complexidade de certos problemas e ser capaz de reconhecer a necessidade de trabalhar em equipe, o que não o levará a deixar de ser médico nem o transformará em um super profissional.⁽⁵⁾

Considerando a semelhança na formação e atuação das diversas áreas profissionais da saúde, essa reflexão serve para todas as áreas profissionais/especialidades do setor.

Embora o treinamento prático dos estudantes da área da saúde se inicie durante os estágios curriculares obrigatórios, é no processo de especialização na residência médica/aprimoramento profissional que se propicia a verdadeira iniciação do profissional na prática.⁽⁵⁾

Para Ceccim e Armani,⁽⁶⁾ o constante contato dos profissionais da saúde com os usuários das ações e serviços de saúde, permite o cruzamento de saberes e o

desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a cada pessoa conforme sua necessidade, também considerando as necessidades epidemiológicas e sociais das populações sob atendimento. Dessa forma, a educação em serviço busca desenvolver o aperfeiçoamento profissional por meio da aprendizagem prática, permitindo a troca, tanto com os usuários, como com a equipe profissional.

Segundo Brent,⁽⁷⁾ a residência médica é um processo de desenvolvimento no qual o residente deve fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o desejo de curar, lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional.

Para Feuerwerker,⁽⁵⁾ o perfil e a tendência de formação dos médicos e certamente dos demais profissionais da área da saúde sofrem grande influência das práticas sanitárias, da organização do sistema de saúde e do mercado de trabalho.

Assim, é importante compreender o papel que atualmente a residência médica e o aprimoramento profissional têm na formação dos profissionais no Brasil. É comum observamos uma dupla concepção dos programas de residência/aprimoramento na formação dos profissionais. Por um lado, a concepção de complementação do processo de graduação diante das deficiências desse processo; por outro, o oferecimento da especialização como possibilidade de favorecer a inserção do profissional no mercado de trabalho, fato que precisa ser revisto, pois grande parte dos residentes egressos acabam exercendo atividades em áreas distintas às de sua especialização, desqualificando esse privilégio de inserção no mercado de trabalho.⁽⁵⁾

Entre os assuntos que têm suscitado o interesse de pesquisadores de várias áreas, em âmbito nacional e internacional, estão as questões referentes ao mundo do

trabalho e suas repercussões na saúde dos indivíduos, especialmente os aspectos referentes à saúde dos trabalhadores na área da saúde.

Matos e Pires⁽⁸⁾ referem que nos últimos anos tem-se observado uma intensificação no debate sobre as mudanças necessárias na gestão e organização do trabalho em saúde. Tal discussão ganha espaço no bojo das transformações que afetam o mundo do trabalho, as organizações em geral e as organizações de saúde.

Considerando que os programas de residência médica e aprimoramento profissional são modalidades de ensino caracterizadas por treinamento em serviço sob supervisão, em tempo integral, é certo que estes constituem a melhor maneira de aperfeiçoamento e especialização na área da saúde. Entretanto, é preciso considerar que durante a formação nos programas de residência médica e aprimoramento profissional ocorrem muitos problemas físicos e emocionais entre os profissionais incluídos nos programas.

Para Tokarz *et al.*,⁽⁹⁾ o período de transição aluno-médico, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, o pavor de cometer erros e outros fatores inerentes ao treinamento estão associados a diversas expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais, que incluem: estados depressivos com ideação suicida, consumo excessivo de álcool, adição a drogas, raiva crônica e o desenvolvimento de um amargo ceticismo e um irônico humor negro, tornando os médicos residentes um grupo de risco para distúrbios emocionais.

Franco *et al.*⁽¹⁰⁾ referem que a residência em enfermagem segue o modelo da residência médica e, portanto, aspectos inerentes ao treinamento médico podem ser incorporados à rotina dos enfermeiros residentes (e certamente de outros profissionais

de saúde), como a natureza estressante do processo de treinamento que produz distúrbios físicos e emocionais, podendo interferir na qualidade de vida. Os autores referem que conversas informais com enfermeiros residentes permitiram perceber fatores que geravam sentimentos de desilusão, ansiedade, depressão, medo e sentimento de incertezas que dificultam a adaptação e a atuação profissional desses profissionais.⁽¹⁰⁾

Sabe-se que os residentes são submetidos a diversos fatores estressantes durante o treinamento, que podem repercutir em agravos à saúde, além de afetar a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Alguns estudos têm demonstrado que a implementação de programas de assistência aos residentes produz uma melhoria, tanto na qualidade da capacitação profissional em termos de lidar com o estresse do treinamento, como também na qualidade de vida pessoal, com um melhor relacionamento com os pacientes.⁽¹¹⁻²⁵⁾

Embora aspectos como os efeitos sobre o humor, o sofrimento psíquico e a Síndrome de Burnout entre os residentes venham sendo estudados, estudos que avaliam a qualidade de vida dos residentes têm recebido pouca atenção.

Nesse contexto, avaliar a qualidade de vida de médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos permite conhecer a real situação e, se necessário, subsidiar ações para melhorar a qualidade de vida pessoal e profissional destes profissionais, promovendo uma melhoria na qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

1.2. Conceito de qualidade de vida

Para avaliar qualidade de vida é importante, antes de tudo, entender sua conceituação. Relatos apontam que o termo foi empregado pela primeira vez na literatura médica na década de 1930.⁽²⁶⁾

Na década de 1970 Campbel (1976, *apud* Awad e Voruganti, p.558)⁽²⁷⁾ afirmou que *qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é*, tentando elucidar as dificuldades na conceituação desse termo.

Para Seidl *et al.*,⁽²⁶⁾ a utilização do conceito de qualidade de vida apresenta dois aspectos: um cotidiano, empregado pela população em geral; e outro científico, usado pelos profissionais das diferentes áreas da saúde.

O interesse por esse conceito na área da saúde é recente, originado das transformações nos paradigmas que influenciaram mudanças nas políticas e nas práticas do setor saúde nos últimos anos. Ter qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim, há uma conotação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo, que é decorrente de sua inserção na sociedade. Portanto, não é possível padronizar qualidade de vida, pois ela tem conotação individual, dependendo dos objetivos, das metas traçadas e das pretensões individuais.⁽²⁶⁾

Ao se pronunciar, durante a abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, Rufino Netto⁽²⁸⁾ considerou

como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o

máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes. (p.12)

No mesmo discurso, o autor afirmou ainda que *falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo*. (p.12)

Em 1994, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reuniu diversos especialistas de vários países com o objetivo de conceituar qualidade de vida. Definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, a qualidade de vida é cercada de multidimensionalidade e subjetividade que dificultam sua conceituação.⁽²⁹⁾ Não deve ser medida apenas pelo prolongamento da existência, pois nela influem diversos fatores como saúde, moradia, trabalho, lazer e satisfação, entre outros.⁽³⁰⁾

Minayo *et al.*,⁽³⁰⁾ referem que qualidade de vida consiste numa noção humana relacionada ao grau de satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à estética existencial. Pressupõe a capacidade de sintetizar os elementos que uma sociedade considera como padrões de conforto e bem-estar. Para os autores, o termo é muito abrangente e reflete conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos que variam de acordo com o momento histórico, o espaço e a situação que o(s) indivíduo(s) vivencia(m), sendo uma construção social influenciada pela relatividade cultural.

Para Matos,⁽³¹⁾ *quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais*. (p.3)

Segundo Seidl *et al.*,⁽²⁶⁾ a subjetividade que envolve o conceito de qualidade de vida está relacionada à percepção que cada indivíduo tem sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida, e a multidimensionalidade se refere à concepção de que a qualidade de vida depende de vários aspectos/dimensões.

Diante disso, a qualidade de vida se torna algo pessoal, podendo ser avaliada apenas pelo indivíduo e não por cientistas ou profissionais de saúde. Qualidade de vida é, portanto, uma importante variável na prática clínica e na produção de conhecimentos na área da saúde. Nesse aspecto, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor, nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças.⁽³²⁾

Para a avaliação de qualidade de vida têm sido propostos e validados inúmeros instrumentos, como se apresenta a seguir.

1.3. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

Em virtude das dificuldades encontradas em definir o conceito de qualidade de vida, a elaboração de instrumentos psicometricamente confiáveis para a sua mensuração torna-se um grande desafio.⁽³³⁾

Duarte *et al.*⁽³⁴⁾ referem que atualmente existem na literatura mais de 300 instrumentos de avaliação de qualidade de vida geral ou relacionada à saúde de populações específicas.

Segundo Fleck *et al.*,⁽³⁵⁾ a maioria dos instrumentos foi elaborada nos Estados Unidos e, embora tenha-se tentado traduzi-los para outras línguas, existem divergências

sobre a aplicabilidade transcultural desses instrumentos. Essas divergências são oriundas da falta de consenso sobre a influência cultural no construto qualidade de vida, gerando questionamentos sobre a confiabilidade da aplicação de um instrumento traduzido em diferentes culturas.

Para Tamaki,⁽³⁶⁾ qualquer método empregado na avaliação de qualidade de vida

vai ser reducionista, pois é um objeto permeado por múltiplas facetas, em que não existe ou não é possível criar um modelo agregador que as reúna, todas, em uma construção coerente, lógica, consensual e com uma capacidade explicativa do fenômeno da vida, da qualidade de vida. (p.21)

Ao longo do tempo, além de parâmetros objetivos (densidade populacional, índice de desemprego, condições de moradia, renda, entre outros), os instrumentos incorporaram parâmetros subjetivos de percepção das pessoas que não podem ser considerados isoladamente.⁽³⁷⁻³⁹⁾

Embora sejam de difícil mensuração, os indicadores subjetivos permitem uma melhor avaliação da qualidade de vida, pois consideram a percepção pessoal relacionada à cultura, valores, necessidades e perspectivas de bem-estar do indivíduo.^(37,38) Entretanto, selecionar quais os fatores que deveriam ser considerados na avaliação de qualidade de vida representa outra grande dificuldade, frente à grande diversidade cultural, diferentes crenças e prioridades encontradas na sociedade atual.⁽⁴⁰⁻⁴³⁾

Segundo Seidl *et al.*,⁽²⁶⁾ os instrumentos que normalmente são utilizados para avaliar qualidade de vida são os questionários autoaplicáveis e a entrevista. A elaboração de questionários globais ou específicos para avaliar qualidade de vida revelam grande variação em seus modelos de aplicação, nos tipos de instrumento utilizado, na ênfase, na extensão e duração de aplicação, no local de estudo, no tipo de

indivíduo que será estudado (saudável ou doente) e no enfoque geral de avaliação.^(38,43,44)

Velarde-Jurado e Ávila-Figueroa,⁽⁴⁵⁾ ao realizarem um estudo de revisão sobre qualidade de vida, observaram que, devido à subjetividade do tema, existem dificuldades metodológicas para avaliar qualidade de vida que, no entanto, podem ser resolvidas com um bom número de instrumentos validados. Nesse estudo, apresentaram 126 instrumentos para mensurar qualidade de vida em diferentes populações e/ou enfermidades. Os autores destacam os seguintes instrumentos genéricos: o The MOS-36-Form Health Survey: SF-36; o The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL Instrument; e o Quality of Life: QOL. Dentre os instrumentos específicos, os autores citam o The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ; o The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE-89; e o The Medical Outcomes Study HIV Health Survey: MOS-HIV-30.

Com o objetivo de avaliar qualidade de vida numa perspectiva internacional, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu, por meio de um projeto multicêntrico, um instrumento de avaliação denominado WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life*).^(35,46,47) O WHOQOL-100 é um instrumento para avaliação da qualidade de vida que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e/ou doenças crônicas.^(42,48)

O WHOQOL-100 possui 100 questões distribuídas em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais e crenças. Cada domínio do WHOQOL-100 aborda situações cotidianas, as chamadas facetadas que, agrupadas, formam os domínios. O domínio físico engloba as facetadas de dor

e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso; o psicológico, as facetas de sentimentos positivos, pensar/aprender/memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos; o domínio nível de independência é composto pelas facetas de mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; o domínio relações sociais engloba as facetas de relações pessoais, suporte social e atividade sexual; o domínio ambiente é formado pelas facetas de segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em/e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima, e transporte; e o domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais é composto pela faceta de espiritualidade, religião, crenças pessoais.^(29,35)

As questões do WHOQOL-100 são respondidas numa escala do tipo Likert, estabelecendo-se parâmetros de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom).^(29,33)

No Brasil, a versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. O estudo mostrou desempenho psicométrico, consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste satisfatórios para critérios exigidos.⁽²⁹⁾

Para Novo (*apud* Fiedler),⁽⁴⁹⁾ medir a qualidade de vida de uma comunidade requer inúmeros parâmetros quantitativos e qualitativos, com critérios subjetivos

norteando tal análise, assim como limites máximo e mínimo que definem a qualidade de vida.

1.4. Saúde e qualidade de vida de residentes na área da saúde

Segundo Lima *et al.*,⁽⁵⁰⁾ os médicos residentes podem estar mais susceptíveis à Síndrome de Bournout (definida por Maslach⁽⁵¹⁾ como uma reação cumulativa a estressores ocupacionais contínuos que se caracteriza por cronicidade, ruptura da adaptação, desenvolvimento de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização pessoal no trabalho) por enfrentarem uma série de cobranças de seus supervisores, da sociedade e de si mesmos e vivenciarem uma duplicidade de funções, pois são cobrados como alunos em aprendizagem, com exaustivas jornadas de trabalho e tarefas obrigatórias e devem agir como profissionais, dos quais se exige cada vez mais responsabilidade, competência e eficiência.

Para Lima *et al.*,⁽⁵⁰⁾ variáveis como a duração do curso, a sobrecarga de trabalho, a carga horária, o grande investimento pessoal, com sacrifício de tempo com familiares, amigos, lazer ou quaisquer outras atividades e a necessidade de complementar a formação com a residência médica podem ser desencadeantes do desgaste. Estudando Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia, os autores observaram alta prevalência de desgaste entre os residentes, fato preocupante que aponta a necessidade de ações preventivas e curativas.

Na análise da literatura científica sobre o processo de formação no contexto da residência médica, principalmente em especialidades específicas, os profissionais são

acometidos por elevados índices de problemas de saúde que interferem na qualidade de vida e, conseqüentemente, no atendimento prestado ao usuário do serviço.

Nos Estados Unidos, Fahrenkopf *et al.*⁽⁵²⁾ estudaram a prevalência de depressão e Síndrome de Burnout entre residentes de pediatria para verificar relação desses transtornos com erros de medicação. Constataram que os residentes deprimidos cometem seis vezes mais erros do que os residentes não deprimidos. Embora não tenham observado relação entre Síndrome de Burnout e aumento na taxa de erros médicos, os autores verificaram que esses transtornos representam os principais problemas entre os residentes de pediatria.

Ao realizar um rastreamento epidemiológico de sintomas depressivos em residentes e estudantes de medicina, Gabriel *et al.*⁽⁵³⁾ observaram presença de sintomatologia depressiva em 81% dos residentes e 72% dos alunos de medicina, índices preocupantes que podem comprometer a qualidade do atendimento ao paciente. Os autores também constataram que há um predomínio dos sintomas nas mulheres e que a maior parte dos residentes têm o hábito de ingerir bebidas alcoólicas.

Ríos *et al.*⁽⁵⁴⁾ avaliaram o nível de estresse entre residentes e a relação deste no comprometimento da vida familiar, verificando que 42% dos residentes se consideravam estressados, sendo que 21% referiram que esse estresse interfere nas relações familiares. Diante disso, os autores concluíram que o estresse gerado na residência é prejudicial à vida familiar.

Nos Estados Unidos, Archer *et al.*⁽⁵⁵⁾ avaliaram os aspectos estressantes entre residentes e sua adaptação psicossocial e verificaram que a carga horária de trabalho e a má remuneração foram as principais fontes de estresse.

Outro importante problema que acomete os residentes é a sonolência excessiva decorrente das longas jornadas de trabalho. Um estudo realizado nos Estados Unidos aponta que grande parte dos residentes são sonolentos e apresentam dificuldade para dormir, utilizando regularmente álcool, anti-histamínicos, calmantes, benzodiazepínicos ou miorrelaxantes para ajudar a dormir.⁽⁵⁶⁾

Um estudo sobre jornada de trabalho prolongada e fadiga entre médicos residentes de ginecologia e obstetrícia na Venezuela mostrou que os profissionais ingerem bebidas estimulantes, especialmente os profissionais do sexo masculino e que os residentes nessas condições apresentam maior percentual de fadiga que os padrões aceitáveis. O autor destaca a necessidade de um esquema de trabalho com períodos de descanso durante os plantões de 12 horas.⁽⁵⁷⁾

Existe um conhecimento informal dos residentes sobre qualidade de vida que, no entanto, não é aplicado na prática.⁽⁵⁸⁾ Macedo⁽⁵⁹⁾ verificou que a qualidade de vida nos domínios da vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental dos residentes é comparável ao encontrado em pacientes com doenças crônicas. Diante disso, González *et al.*⁽⁵⁸⁾ sugerem a necessidade de incorporar conhecimentos sobre qualidade de vida na formação médica, bem como sua utilidade prática no exercício profissional.

Buddeberg-Fischer *et al.*⁽⁶⁰⁾ constataram como principal queixa entre residentes suíços a deterioração estrutural das condições de trabalho, incluindo o desequilíbrio entre a vida e o trabalho. Em seu estudo sobre argumentos favoráveis e desfavoráveis à carreira médica, os residentes alegaram que, para tornar a medicina uma profissão

atrativa novamente, serão necessárias mudanças sustentáveis na saúde e no quadro político e social.

Estudando redução da carga horária de trabalho de residentes, Whang *et al.*⁽⁶¹⁾ verificaram que a maioria dos residentes referiu melhora da qualidade de vida com a redução da carga horária de trabalho.

Porém Gopal *et al.*,⁽⁶²⁾ abordando residentes sobre a aceitação da redução da carga horária e aumento do período de formação nos Estados Unidos, verificaram que a maioria discorda do aumento do período de formação. Apenas os residentes com Síndrome de Burnout ou que conheceram os critérios para a síndrome foram flexíveis a aceitar um limite de 60 horas de trabalho semanais, em vez de 80 horas.

Shanafelt *et al.*⁽⁶³⁾ observaram que quanto maior o bem estar mental dos residentes, melhor é a empatia dos mesmos. Ratanawongsa *et al.*⁽⁶⁴⁾ verificaram que o bem-estar interfere nas relações com os pacientes, nas interações com os colegas, no desempenho e na motivação. Os residentes irlandeses abordados pelos autores afirmaram que o bem-estar elevado favorece o processo de tomada de decisões. Tais resultados confirmam a necessidade de se investir no aprimoramento desse sistema de formação profissional.

Segundo Ratanawongsa *et al.*,⁽⁶⁴⁾ a formação na residência e os cuidados aos pacientes podem ser melhorados por meio de ações que promovam maior bem-estar dos residentes. Cohen e Patten⁽⁶⁵⁾ constataram em estudo sobre bem estar de residentes em Alberta, no Canadá, que 34% dos residentes consideram sua vida estressante, sendo que as mulheres são mais acometidas que os homens. A pressão prolongada foi apontada como o principal fator estressante pelos residentes que alegaram que não seguiriam a

carreira médica caso pudessem recomeçar a vida profissional. Ainda, houve grande associação entre intimidação e assédio sexual feminino.

Um estudo sobre abuso, discriminação e assédio entre residentes canadenses mostrou que 50% dos residentes sofriam violência psicológica dos pacientes, familiares e supervisores, sendo mais freqüente entre as mulheres; 5,38% dos residentes, todos do sexo feminino, afirmaram serem vítimas de discriminação sexual; 40% referiram já ter sofrido algum tipo de assédio sexual, sendo que as reações mais freqüentes dos residentes foram: constrangimento (24%), raiva (23,8%) e frustração (20,8%). Os autores concluíram que a violência psicológica, a discriminação e o assédio sexual são problemas comuns entre os residentes, sendo necessário uma atuação multiprofissional para resolver esses problemas.⁽⁶⁶⁾

Buddeberg-Fischer *et al.*⁽⁶⁷⁾ investigaram as experiências de trabalho dos médicos no primeiro ano de residência e seu impacto na integridade física e no bem-estar psicológico. Constataram que as mulheres recebem menos orientações do que os homens durante a residência, entretanto, têm relações sociais de trabalho mais positivas e mostram maior empenho nas atividades do que seus colegas do sexo masculino. A ausência dos supervisores, estruturas hierárquicas mal definidas, estresse no trabalho e excesso de responsabilidades foram citados como fatores de risco para desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão.

Barrack *et al.*⁽⁶⁸⁾ abordaram residentes de cirurgia ortopédica e docentes universitários para quantificar qualidade de vida, Síndrome de Burnout e saúde geral. Os residentes apresentaram altos níveis de Burnout e exaustão emocional. A prevalência da síndrome entre os residentes foi proporcional à carga horária de trabalho. Os autores

constatarem que uma carga horária menor de trabalho favorece a qualidade de vida, diminuindo incidência de Burnout entre os residentes.

A redução para um máximo de 48 horas semanais de trabalho para os residentes foi implantada na Bélgica em 1999 e ainda está em discussão na Europa. Recentemente, nos Estados Unidos, foi aprovada uma redução para um máximo de 80 horas semanais de trabalho para os residentes.⁽⁶⁹⁾ Vários estudos foram realizados nesse país para avaliar o impacto da proposta de redução na carga horária da formação do profissional e na assistência ao paciente.⁽⁶⁹⁻⁷³⁾

Nos Estados Unidos, Dola *et al.*⁽⁷⁴⁾ avaliaram a opinião de residentes e professores acerca da reforma sobre a carga horária de trabalho dos residentes. Observaram que residentes e professores têm opiniões discordantes em relação ao impacto da reforma sobre a formação do residente e a assistência ao paciente. 45,3% dos residentes acreditam que a redução da carga horária melhora a qualidade da assistência ao paciente, enquanto que apenas 8,8% dos professores têm essa concepção. Entretanto, ambos concordam que a reforma melhorou a qualidade de vida dos residentes.

Embora no Brasil a legislação (Decreto 80.281/1977) já regulamente uma jornada máxima de 60 horas semanais, devendo 80 a 90% da carga horária anual ser desenvolvida em serviço e o restante em atividades teórico-complementares, muitos trabalhos apontam importantes problemas de saúde decorrentes da excessiva jornada de trabalho, como Síndrome de Burnout, depressão, fadiga, estresse e ansiedade.^(50,57,75-79) Esses resultados apontam a necessidade de reestruturação do serviço e do processo de formação dos residentes, visando uma melhor qualidade de vida para o profissional e,

consequentemente, melhor qualidade da assistência prestada ao cliente nos serviços de saúde.

Em 1981, o Comitê Nacional de Residência Médica criou o Programa de Requisitos Comuns para regulamentar a carga horária de trabalho dos residentes.

Oliveira Filho *et al.*⁽⁸⁰⁾ avaliaram se violações ao programa afetam a qualidade de vida dos residentes e o ambiente educativo e constataram que as violações ao programa de requisitos comuns estão associadas à piora na percepção de vários aspectos da qualidade geral de vida, da qualidade de vida na residência e piora do ambiente educativo.

Há uma grande dificuldade de enfrentamento do estresse e das más condições de trabalho pelos residentes. Estudos sobre enfrentamento têm mostrado que quase a metade dos residentes tem dificuldades de enfrentamento do estresse emocional, o que afeta negativamente a relação médico-paciente e o desempenho profissional, comprovando a necessidade de se criar estratégias para capacitar os residentes a lidarem com o estresse.^(75,76) Blandin *et al.*⁽⁷⁵⁾ ressaltam que os médicos residentes com estilos de enfrentamento não-funcionais são mais susceptíveis a sofrer Síndrome de Burnout.

Estudos têm demonstrado que a implementação de programas de assistência aos residentes produz uma melhoria tanto na qualidade da capacitação profissional, em termos de lidar com o estresse do treinamento, como também na qualidade de vida pessoal, com um melhor relacionamento com os pacientes.^(75,77,79,81,82)

Oliveira Filho⁽⁸²⁾ avaliou a aquisição de conhecimentos, estratégias de aprendizado, satisfação com o ambiente de ensino e qualidade de vida entre residentes de anestesiologia e constatou que os residentes que apresentam perfil afetivo-

motivacional mais positivo têm um significativo ganho de conhecimento nos dois primeiros anos de residência.

Ao avaliar a qualidade de vida de residentes da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM), Macedo⁽⁵⁹⁾ verificou que os residentes de segundo ano apresentaram melhor qualidade de vida do que os residentes de primeiro ano, principalmente nos aspectos de vitalidade, sociais e de saúde mental. Já nos aspectos emocionais, os residentes de primeiro ano apresentaram melhor qualidade de vida. A autora ainda constatou que 32% dos residentes não estavam satisfeitos com a residência e 83,6% consideravam o tempo de lazer insuficiente; as residentes do sexo feminino tiveram melhor desempenho do que os residentes do sexo masculino nos aspectos de vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental, e os residentes satisfeitos com a residência e que consideravam o tempo de lazer suficiente apresentaram melhor qualidade de vida em todos os aspectos.

Estudando qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem, Franco *et al.*⁽¹⁰⁾ verificaram que os aspectos relacionados à qualidade de vida mostraram-se comprometidos nos aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental dos 68 residentes. Não ocorreram diferenças significativas entre o grupo dos residentes do primeiro e do segundo ano, e não houve correlação entre a diminuição da qualidade de vida e as áreas de especialidade dos residentes. Os autores observaram que 72,1% dos residentes não apresentaram depressão.

Para Massuda *et al.*,⁽⁸³⁾ lutar por melhorias nas condições de trabalho e aprendizado dos médicos residentes requer melhorias na legislação da residência

médica e, sobretudo, seu cumprimento. Além disso, é extremamente necessário fortalecer os órgãos de regulamentação e buscar o envolvimento de todos.

Embora estressante, a residência médica é uma experiência enriquecedora, que propicia o desenvolvimento profissional e pessoal dos jovens médicos.⁽⁸⁴⁾ Entretanto, o período de residência médica está associado a sentimentos como depressão, raiva, cinismo e retraimento emocional e não há grandes preocupações quanto aos efeitos que esses sentimentos podem causar sobre as atitudes futuras e a postura profissional dos médicos. Diante disso, os residentes precisam de mais apoio e orientação pessoal para se tornarem bons médicos e os programas de residência devem oferecer suporte para o profissional desenvolver as habilidades de comunicação necessárias para se tornarem profissionais competentes.⁽⁸⁵⁾

Diante do exposto, são objetivos deste estudo:

1.5. Objetivo

Avaliar a qualidade de vida dos médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos do complexo FAMERP/FUNFARME de São José do Rio Preto.

2. Casuística e Método

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo, de base populacional, entre os médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos do complexo FAMERP/FUNFARME de São José do Rio Preto-SP.

2.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado no Hospital de Base de São José do Rio Preto, envolvendo médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoamentos de várias áreas profissionais. Os programas de residência médica, de aprimoramento e aperfeiçoamento profissional desenvolvidos no Hospital de Base, envolvem integração entre a instituição de ensino superior Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e a Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME), que abrange o Hospital de Base.

A FAMERP iniciou suas atividades em 1968, sendo reconhecida como Autarquia Estadual conforme Lei Nº 8899 de 27/09/94 e reconhecida pelo Decreto Federal Nº 74.179 de 14/06/74. A FAMERP oferece cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem; programas de pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde com dois eixos temáticos (Medicina e ciências correlatas, para todos os profissionais da área da saúde e Medicina interna, para médicos); programas de pós-graduação *Lato Sensu*, nas áreas de enfermagem, fisioterapia, psicologia, medicina e outras; programa de

aprimoramento credenciado junto a Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), programa de aperfeiçoamento, mantido pela Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME), além de programas de Residência Médica em 54 especialidades credenciadas junto a Comissão Nacional de Residência Médica, todos vinculados à Pós Graduação Lato Sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

A Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto constitui uma entidade de direito privado, filantrópica, sem fins lucrativos e declarada de utilidade pública federal pelo decreto 68.463 de 31 de março de 1971, compreendendo o Hospital de Base e o Pronto Socorro Municipal.

O Hospital de Base é um complexo médico, assistencial e hospitalar indispensável para o atendimento à população de uma região com 101 municípios, estimada em 1 milhão e meio de habitantes. Possui 780 leitos, sendo 110 destinados à terapia intensiva e seus 4900 profissionais atendem em média 3500 internações e 2500 cirurgias mensais, sendo grande porcentagem de alta complexidade, como transplante de rim, fígado, medula óssea e córnea, cirurgia cardíaca (incluindo transplante de coração), cirurgia de epilepsia, além de outras. É o único hospital de referência no tratamento de AIDS na região de São José do Rio Preto.

Nos serviços médicos prestados pelo Hospital de Base incluem-se também diversos exames especializados e de alta complexidade, como: hemodinâmica completa (diagnóstica e intervencionista), circulação cerebral e vascular periférica, tomografia computadorizada, densitometria óssea, eletroneuromiografia e ressonância magnética, entre outros.

O Hospital de Base possui um serviço de emergência inaugurado em 1997, com um atendimento mensal de 15 mil pacientes e atualmente integrada com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). No ambulatório, são realizadas 50 mil consultas por mês em mais de 44 especialidades médicas. Também oferece atendimento a grupos de glaucoma, diabetes, terceira idade, planejamento familiar, hipertensão e obesidade (incluindo cirurgia bariátrica), além de tratamento de acupuntura, sendo a primeira faculdade do interior paulista a ter essa disciplina em sua grade curricular.

Num sistema hierarquizado, os serviços do Hospital de Base estão também integrados ao atendimento feito nas Unidades Básicas de Saúde e no Pronto-Socorro Municipal. Nos ambulatórios, o acompanhamento é realizado por equipe multidisciplinar.

Todo esse complexo oferece vagas para Residência Médica nas seguintes especialidades: acupuntura, anesthesiologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, infectologia, medicina de família e comunidade, neurocirurgia, neurologia, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, patologia, pediatria, psiquiatria, radiologia e diagnóstico por imagem, mastologia, medicina intensiva, cancerologia clínica, cardiologia, endocrinologia, endoscopia, gastroenterologia, hematologia e hemoterapia, nefrologia, pneumologia, reumatologia, cirurgia cardíaca, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia vascular, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, coloproctologia, urologia, obstetrícia e ginecologia com atuação em ultra-sonografia em obstetrícia e ginecologia, otorrinolaringologia com atuação em cirurgia crânio-maxilo-facial, pediatria com atuação em medicina intensiva neonatal, pediatria com atuação em neonatologia, pediatria com atuação em medicina intensiva pediátrica.

O programa de aprimoramento profissional oferece vagas nas áreas de enfermagem em: pediatria, saúde da família, terapia intensiva, nefrologia, emergência, centro cirúrgico, oncologia, comissão de controle de infecção hospitalar, saúde coletiva; fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição clínica, farmácia hospitalar, controle de vetores, psicologia da saúde, serviço social e terapia ocupacional.

As vagas do programa de aperfeiçoamento profissional são distribuídas nas especialidades de enfermagem em: terapia intensiva, pediatria, curativo e estomaterapia, doenças infecciosas e parasitárias; terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia da saúde e serviço social.

2.3. População do estudo

A população deste estudo foi composta por todos os médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos matriculados a partir de 1º de abril de 2008, em atividade no complexo FAMERP/FUNFARME no período da coleta dos dados e que consentiram em participar da pesquisa depois de informados sobre seus objetivos e sua finalidade. A população estimada do estudo era de 269 médicos residentes, 55 aprimorandos e 34 aperfeiçoandos não médicos, totalizando 358 profissionais. Participaram do estudo 196 profissionais dos três programas de formação, correspondendo a 54,75% dos 358 profissionais matriculados.

2.4. Instrumento de coleta dos dados

Para a coleta dos dados foi utilizado o WHOQOL-100 (**Anexo 1**), precedido por alguns dados sociodemográficos (**Apêndice 1**).

O instrumento WHOQOL-100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas (**Quadro 1**). Cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25^a composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida.

Quadro 1: Domínios e facetas do WHOQOL-100

Domínios e facetas do WHOQOL-100
Domínio I – Domínio Físico
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
Domínio II – Domínio Psicológico
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Autoestima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
Domínio III – Nível de Independência
9. Mobilidade
10. Atividade da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Quadro 1 (continuação): Domínios e facetas do WHOQOL-100

Domínios e facetas do WHOQOL-100
Domínio IV – Relações Sociais
13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual
Domínio V – Ambiente
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em/e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito e clima
23. Transporte
Domínio VI – Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

As respostas para as questões do WHOQOL-100 são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

2.5. Questões éticas

Respeitando os preceitos Éticos de Pesquisas envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, sob Protocolo N.º 1543/2008 e aprovado em 24 de março de 2008 com o Parecer N.º 064/2008 (**Anexo 2**).

2.6. Procedimento de coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2008 a janeiro de 2009. Para as especialidades com menor número de profissionais, realizou-se uma abordagem individual, na qual se explicava os objetivos do estudo, a importância da seriedade nas respostas e da participação de todos no estudo, esclarecendo que a participação não era obrigatória.

Durante a abordagem era entregue o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice 2**) para os profissionais, solicitando a assinatura do termo de consentimento quando da participação do profissional e explicando sobre a manutenção do anonimato na análise dos dados. O questionário e o termo de consentimento eram devolvidos separadamente, como forma de garantir o anonimato do profissional.

Após a entrega dos questionários, os profissionais tinham um período de 1 semana para responder os questionários. Passado esse período, retornava-se para recolhê-los. Caso o profissional não fosse encontrado ou não houvesse respondido o questionário, mas demonstrasse interesse, retornava-se na semana seguinte.

Para as especialidades com grande número de profissionais foram utilizadas duas estratégias para a coleta dos dados:

✓ A primeira consistiu no contato com o docente supervisor da especialidade para verificar a possibilidade do supervisor agendar uma reunião com todos os profissionais da respectiva especialidade, na qual se explicava sobre o estudo, distribuía os questionários e determinava o prazo para devolução, combinando um local ou uma pessoa para recebimento dos questionários.

✓ A segunda estratégia, utilizada caso não houvesse possibilidade de reunir todos os residentes, consistiu num encontro com o docente supervisor e um profissional representante dos residentes/aprimorandos/aperfeiçoandos da respectiva especialidade. Nesta ocasião se explicava sobre o estudo, distribuía os questionários e determinava o prazo para devolução, combinando um local ou pessoa para recebimento dos questionários. Nesse caso, a distribuição dos questionários para os demais profissionais da especialidade ficava sob a responsabilidade do docente supervisor e/ou do representante dos profissionais da especialidade que ficavam como referência para o recolhimento dos questionários.

2.7. Análise e apresentação dos dados

Os dados do estudo foram armazenados numa planilha, utilizando o programa Excel. A análise dos dados foi realizada com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

Os dados sociodemográficos foram utilizados para caracterizar a população do estudo.

A confiabilidade do WHOQOL-100 foi testada através da análise da consistência interna das questões por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, cujos valores maiores ou iguais a 0,70 foram considerados satisfatórios.⁽⁸⁶⁾

Os cálculos dos escores foram realizados conforme modelo estatístico disponibilizado pelo Grupo WHOQOL que calcula os escores e determina os escores transformados 4-20 para cada faceta e cada domínio do questionário WHOQOL-100 **(Anexo 3)**.

Para auxiliar na análise dos dados e favorecer a comparação com outros estudos, os escores obtidos na escala de 4 a 20 foram convertidos para uma escala de 0 a 100 por meio da fórmula $[(Média-4) \times 100 / 16]$, onde a Média corresponde aos escores de cada faceta e/ou domínio.

Para a análise da qualidade de vida foram utilizados os seguintes procedimentos de cálculo e análise:

- Frequências e medidas estatísticas descritivas para as questões gerais sobre qualidade de vida (opções de resposta, médias e desvios-padrão), correspondentes a uma 25ª faceta do WHOQOL-100 (*Como você avaliaria sua qualidade de vida?; Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?; Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?; Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?*), estratificadas pelo grupo de profissionais (residentes, aprimorandos, aperfeiçoandos).

- Escores médios e desvios-padrão para os domínios, estratificados pelo grupo de profissionais (residentes, aprimorandos, aperfeiçoandos).

- Escores médios e desvios-padrão das facetas que compõem cada domínio, com os respectivos coeficientes de correlação de Pearson de cada faceta com o escore

médio do domínio, estratificados pelo grupo de profissionais (residentes, aprimorandos, aperfeiçoandos).

A apresentação foi realizada em forma de Tabelas e as respostas que não se adequaram à apresentação gráfica são mostradas de forma descritiva.

Resultados

RESULTADOS

3. Resultados

3.1. Características sócio-demográficas

Não houve recusa dos profissionais em participar do estudo. Entretanto, nem todos os profissionais devolveram o questionário respondido.

Participaram do estudo 120 médicos residentes (44,61% dos matriculados), 52 aprimorandos (94,55% dos matriculados) e 24 aperfeiçoandos (70,59% dos matriculados).

Houve menor participação dos residentes. Em algumas especialidades médicas nenhum profissional respondeu o questionário. As justificativas verbais mais frequentes dos profissionais que não responderam o questionário foram falta de tempo e/ou esquecimento.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos profissionais segundo a especialidade.

Tabela 1: Distribuição dos profissionais segundo a especialidade. São José do Rio Preto, 2009.

Programa / Especialidade Residência Médica	Matriculados		Participantes do Estudo	
	Nº	%	N	%
Acupuntura	1	(0,37)	1	(100,00)
Anestesiologia	18	(6,69)	18	(100,00)
Cancerologia Clínica	1	(0,37)	1	(100,00)
Cardiologia	12	(4,46)	2	(16,67)
Cirurgia do Aparelho Digestivo	6	(2,23)	-	-
Cirurgia Cardiovascular	2	(0,74)	1	(50,00)
Cirurgia Geral	30	(11,15)	3	(10,00)
Cirurgia Pediátrica	1	(0,37)	1	(100,00)
Cirurgia Plástica	6	(2,23)	-	-
Cirurgia Vascular	6	(2,23)	6	(100,00)
Clínica Médica	26	(9,67)	3	(11,54)
Coloproctologia	3	(1,12)	2	(66,67)
Dermatologia	3	(1,12)	-	-
Endocrinologia	3	(1,12)	3	(100,00)
Endoscopia	2	(0,74)	1	(50,00)
Gastroenterologia	1	(0,37)	1	(100,00)
Hematologia e Hemoterapia	2	(0,74)	1	(50,00)
Infectologia	3	(1,12)	3	(100,00)
Mastologia	2	(0,74)	1	(50,00)
Medicina Intensiva	1	(0,37)	1	(100,00)
Nefrologia	8	(2,97)	6	(75,00)
Neurocirurgia	6	(2,23)	-	-
Neurologia	7	(2,6)	3	(42,86)
Obstetrícia e Ginecologia	22	(8,18)	11	(50,00)
Obstetrícia e Ginecologia com atuação em ultrasonografia	1	(0,37)	-	-
Oftalmologia	11	(4,09)	5	(45,45)
Ortopedia e traumatologia	16	(5,95)	10	(62,50)
Otorrinolaringologia	11	(4,09)	-	-
Otorrinolaringologia com atuação em cirurgia crânio-maxilo-facial	2	(0,74)	-	-
Patologia	4	(1,49)	4	(100,00)
Pediatria	20	(7,43)	20	(100,00)
Pediatria com atuação em medicina intensiva neonatal	2	(0,74)	2	(100,00)
Pediatria com atuação em medicina intensiva pediátrica	1	(0,37)	1	(100,00)
Pneumologia	1	(0,37)	1	(100,00)
Psiquiatria	5	(1,86)	1	(20,00)
Radiologia e diagnóstico por imagem	12	(4,46)	-	-
Reumatologia	2	(0,74)	2	(100,00)
Urologia	9	(3,35)	5	(55,56)
TOTAL	269	(100,00)	120	(44,61)

Tabela 1 (Continuação): Distribuição dos profissionais segundo a especialidade. São José do Rio Preto, 2009.

Programa / Especialidade	Matriculados		Participantes do Estudo	
	Nº	%	N	%
Aprimoramento				
Enfermagem em Pediatria	2	(3,64)	2	(100,00)
Enfermagem em Saúde da Família	1	(1,82)	1	(100,00)
Enfermagem em Nefrologia	1	(1,82)	1	(100,00)
Enfermagem em Emergência	2	(3,64)	2	(100,00)
Enfermagem em Centro Cirúrgico	3	(5,45)	3	(100,00)
Enfermagem em Oncologia	1	(1,82)	1	(100,00)
Enfermagem em CCIH	1	(1,82)	1	(100,00)
Enfermagem em Saúde Coletiva	1	(1,82)	1	(100,00)
Fisioterapia	7	(12,73)	6	(85,71)
Fonoaudiologia	7	(12,73)	6	(85,71)
Nutrição Clínica	2	(3,64)	2	(100,00)
Farmácia Hospitalar	1	(1,82)	1	(100,00)
Controle de Vetores	1	(1,82)	1	(100,00)
Psicologia da Saúde	16	(29,09)	15	(93,75)
Serviço Social	7	(12,73)	7	(100,00)
Terapia Ocupacional	2	(3,64)	2	(100,00)
TOTAL	55	(100,00)	52	(94,55)
Aperfeiçoamento	N	%	Nº	%
Enfermagem em Terapia Intensiva	1	(1,82)	1	(100,00)
Enfermagem em Pediatria	1	(1,82)	1	(100,00)
Enfermagem em Curativo e Estomaterapia	1	(1,82)	1	(100,00)
Enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias	1	(1,82)	1	(100,00)
Terapia Ocupacional	2	(3,64)	2	(100,00)
Fisioterapia	24	(43,64)	14	(58,33)
Fonoaudiologia	3	(5,45)	3	(100,00)
Psicologia da Saúde	1	(1,82)	1	(100,00)
TOTAL	34	(100)	24	(70,59)

Quanto ao ano de residência/aprimoramento/aperfeiçoamento, observou-se que o maior número de profissionais que participaram do estudo cursava o primeiro ou segundo ano do programa (139 - 70,92%), sendo que 99 (50,51%) profissionais estavam no primeiro ano do programa. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos profissionais segundo o programa e ano de residência/aprimoramento/aperfeiçoamento.

Tabela 2: Distribuição dos profissionais segundo o ano de residência/aprimoramento/aperfeiçoamento. São José do Rio Preto, 2009.

PROGRAMA	NÍVEL				TOTAL N (%)
	*R1/**A1 N (%)	R2/A2 N (%)	R3/A3 N (%)	R4/A4 N (%)	
Residência	39 (32,50)	25 (20,83)	38 (31,67)	18 (15,00)	120 (61,22)
Aprimoramento	41 (78,85)	11 (21,15)	-	-	52 (26,53)
Aperfeiçoamento	19 (79,17)	4 (16,67)	1 (4,17)	-	24 (12,24)
TOTAL	99 (50,51)	40 (20,41)	39 (19,90)	18 (9,18)	196 (100,00)

*R: ano de residência. ** A: ano de aprimoramento, aperfeiçoamento

Como se verifica na Tabela 3, a faixa etária dos profissionais variou de 22 a 38 anos. Os profissionais de menor faixa etária foram do programa de aprimoramento e os de maior faixa etária do programa de residência médica.

Tabela 3: Distribuição da faixa etária dos profissionais segundo o programa de formação. São José do Rio Preto, 2009.

PROGRAMA	FAIXA ETÁRIA			
	Mínima	Máxima	Média	Desvio-padrão
Residência	24	38	28,00	2,39
Aprimoramento	22	32	24,50	1,80
Aperfeiçoamento	22	33	24,00	2,27
GERAL	22	38	26,50	2,83

Entre os 196 profissionais que participaram do estudo, 128 (65,31%) eram do sexo feminino. Observou-se que a maior frequência de profissionais do sexo feminino

ocorreu entre os aprimorandos e aperfeiçoandos, diferindo dos residentes que eram 50% de cada sexo, conforme se observa na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição do número de profissionais segundo sexo e programa de formação. São José do Rio Preto, 2009.

PROGRAMA	SEXO		TOTAL N (%)
	Masculino	Feminino	
	N (%)	N (%)	
Residência Médica	60 (50,00)	60 (50,00)	120 (61,22)
Aprimoramento	4 (7,69)	48 (92,31)	52 (26,53)
Aperfeiçoamento	4 (16,67)	20 (83,33)	24 (12,24)
TOTAL	68 (34,69)	128 (65,31)	196 (100,00)

Quanto ao estado civil, 166 (84,69%) profissionais eram solteiros. A maior frequência de profissionais casados foi entre os residentes (19/120 – 15,83%), como se mostra na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos profissionais segundo estado civil. São José do Rio Preto, 2009.

PROGRAMA	ESTADO CIVIL				TOTAL N (%)
	Casado	Solteiro	Separado	Outros	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Residentes	19 (15,84)	96 (80,00)	1 (0,83)	4 (3,33)	120 (61,22)
Aprimorandos	3 (5,77)	48 (92,30)	-	1 (1,93)	52 (26,53)
Aperfeiçoandos	2 (8,33)	22 (91,67)	-	-	24 (12,24)
TOTAL	24 (12,24)	166 (84,69)	1 (0,51)	5 (2,56)	196 (100,00)

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos profissionais segundo a renda familiar. Observou-se que a renda familiar variou de 2 a mais de 10 salários mínimos. Os residentes apresentaram maior renda familiar e há um grande número de aprimorandos com renda familiar acima de 10 salários mínimos (11/52 – 21,15%).

Tabela 6: Distribuição dos profissionais segundo a renda familiar. São José do Rio Preto, 2009.

PROGRAMA	Renda Familiar			TOTAL
	2-5 salários N (%)	6-10 salários N (%)	> 10 salários N (%)	
Residentes	39 (32,50)	47 (39,17)	34 (28,33)	120 (61,22)
Aprimorandos	28 (53,85)	13 (25,00)	11 (21,15)	52 (26,53)
Aperfeiçoandos	14 (58,33)	9 (37,50)	1 (4,17)	24 (12,24)
TOTAL	81 (41,33)	69 (35,20)	46 (23,47)	196 (100,00)

Quanto à atividade remunerada, 47 (23,98%) profissionais afirmaram possuir outra atividade profissional remunerada, sendo: 35 (29,17%) residentes, 8 (15,38%) aprimorandos e 4 (16,67%) aperfeiçoandos.

3.2. Avaliação da qualidade de vida

O WHOQOL-100 foi submetido à avaliação de confiabilidade por meio da consistência interna, sendo considerados satisfatórios os valores maiores ou iguais a 0,7.

A consistência interna do WHOQOL-100 foi avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach para as 24 facetas do instrumento, para a qualidade de vida geral (faceta 25), para todos os domínios e para cada domínio, e está apresentada na Tabela 7.

A análise de Alfa para as 24 facetas, para os domínios e para qualidade de vida geral (faceta 25) aponta valores que indicam boa consistência do instrumento (iguais ou superiores a 0,79).

Houve baixa consistência interna no domínio nível de independência para todos os programas e no domínio relações sociais para os aperfeiçoandos.

Observa-se que, com exceção dos domínios físico e ambiente, os residentes apresentaram valores de Alfa maiores para todas as demais análises, evidenciando maior consistência interna do questionário para esses profissionais.

Tabela 7: Valores obtidos para o Coeficiente Alfa de Cronbach para o WHOQOL-100 aplicado aos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos . São José do Rio Preto, 2009.

WHOQOL-100	ALFA DE CRONBACH		
	Residentes	Aprimorandos	Aperfeiçoandos
24 facetas	0,91	0,90	0,87
QV geral (faceta 25)	0,81	0,79	0,80
Domínios	0,84	0,83	0,79
Domínio físico	0,81	0,78	0,88
Domínio psicológico	0,90	0,88	0,79
Domínio nível de independência	0,54	0,48	0,54
Domínio relações sociais	0,86	0,73	0,68
Domínio ambiente	0,79	0,87	0,89
Domínio aspectos espirituais/religião	1,00	1,00	1,00

* QV: qualidade de vida

3.3. Qualidade de vida geral

Os resultados da avaliação da qualidade de vida geral são apresentados pela distribuição da frequência de respostas e os escores médios com o respectivo desvio-padrão para cada uma das quatro questões sobre qualidade de vida geral. A Tabela 8 apresenta a distribuição das frequências de respostas e os escores médios para essas questões.

Com exceção da frequência das respostas dos residentes e aprimorandos para a questão 2 (*Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?*), na qual observa-se um índice de 50% de profissionais satisfeitos e 50% insatisfeitos com a qualidade de vida, as frequências das respostas positivas foram maiores que das respostas negativas para todos os programas, em ambas as questões, com índices superiores a 60% para todas as categorias profissionais, chegando a 75% de satisfação entre os aprimorandos. Esses resultados mostram que os profissionais estudados apresentam-se satisfeitos com a qualidade de vida, com a vida e com a saúde.

Não foi observado diferença significativa entre qualidade de vida geral e fatores sociodemográficos como sexo, estado civil, renda familiar, ter outra atividade remunerada e possuir ou não veículo.

Tabela 8: Distribuição das frequências de respostas e os escores médios para as questões gerais de qualidade de vida. São José do Rio Preto, 2009.

Questão	Opções de resposta	Residentes		Aprimorandos		Aperfeiçoandos	
		N	%	N	%	N	%
<i>Como você avaliaria sua qualidade de vida?</i>	<i>1-muito ruim</i>	2	1,67	-	-	-	-
	<i>2-ruim</i>	17	14,17	4	7,69	2	8,33
	<i>3-nem ruim nem boa</i>	24	20,00	4	7,69	4	16,67
	<i>4-boa</i>	61	50,83	37	71,15	15	62,50
	<i>5-muito boa</i>	16	13,33	7	13,46	3	12,50
	Média	3,60		3,90		3,80	
	Desvio-padrão	0,95		0,72		0,78	
<i>Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?</i>	<i>1-muito insatisfeito</i>	3	2,50	-	-	-	-
	<i>2-insatisfeito</i>	28	23,33	5	9,62	1	4,17
	<i>3-nem satisfeito nem insatisfeito</i>	29	24,17	21	40,38	5	20,83
	<i>4-satisfeito</i>	54	45,00	24	46,16	16	66,67
	<i>5-muito satisfeito</i>	6	5,00	2	3,85	2	8,33
	Média	3,30		3,40		3,80	
	Desvio-padrão	0,96		0,72		0,66	
<i>Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?</i>	<i>1-muito insatisfeito</i>	1	0,83	-	-	-	-
	<i>2-insatisfeito</i>	11	9,17	3	5,77	1	4,16
	<i>3-nem satisfeito nem insatisfeito</i>	25	20,83	17	32,69	4	16,67
	<i>4-satisfeito</i>	74	61,67	30	57,69	15	62,50
	<i>5-muito satisfeito</i>	9	7,50	2	3,85	4	16,67
	Média	3,70		3,50			
	Desvio-padrão	0,78		0,66			
<i>Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?</i>	<i>1-muito insatisfeito</i>	3	2,50	-	-	-	-
	<i>2-insatisfeito</i>	24	20,00	5	9,62	1	4,17
	<i>3-nem satisfeito nem insatisfeito</i>	22	18,33	6	11,54	5	20,83
	<i>4-satisfeito</i>	57	47,50	33	63,46	9	37,50
	<i>5-muito satisfeito</i>	14	11,67	8	15,38	9	37,50
	Média	3,50		3,80		4,10	
	Desvio-padrão	1,02		0,80		0,88	

A Tabela 9 mostra a distribuição dos escores médios de qualidade de vida geral (faceta 25) e os desvios-padrão segundo o sexo. Observa-se que não houve grande diferença nos escores de qualidade de vida geral entre sexo para os residentes, enquanto que entre os aprimorandos, os profissionais do sexo masculino apresentaram melhores escores de qualidade de vida do que os profissionais do sexo feminino. Entre os aperfeiçoandos observaram-se maiores escores de qualidade de vida dos profissionais do sexo feminino em relação aos profissionais do sexo masculino.

Ao se comparar a distribuição dos escores segundo o sexo entre as categorias profissionais, nota-se que os aperfeiçoandos do sexo masculino apresentaram menores escores do que os residentes e aprimorandos do mesmo sexo. Por outro lado, os aperfeiçoandos do sexo feminino apresentaram melhores escores do que os residentes e aprimorandos do mesmo sexo.

Tabela 9: Distribuição dos escores médios de qualidade de vida geral (faceta 25) e os desvios-padrão segundo sexo. São José do Rio Preto, 2009.

Sexo	QV Residentes	QV Aprimorandos	QV Aperfeiçoandos
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Masculino	64,27 (18,52)	78,13 (6,25)	62,50 (23,38)
Feminino	60,52 (18,82)	66,53 (14,44)	74,37 (12,96)

*QV: qualidade de vida

**DP: desvio-padrão

A Tabela 10 mostra a distribuição dos escores médios de qualidade de vida geral (faceta 25) e os desvios-padrão segundo a renda familiar. Observa-se que não houve grande diferença nos escores de qualidade de vida geral entre renda para os residentes, enquanto que os aprimorandos com renda familiar entre 5 e 10 salários

mínimos apresentaram menor escore de qualidade de vida em relação aos aprimorandos com renda entre 2 a 5 salários mínimos e/ou acima de 10 salários mínimos.

Os aperfeiçoandos com renda familiar entre 5 e 10 salários mínimos apresentaram escore superior àqueles com renda de 2 a 5 salários mínimos. Embora apenas 1 aprimorando tenha renda familiar superior a 10 salários mínimos, este referiu satisfação total com a qualidade de vida geral.

Ao se comparar a distribuição dos escores segundo a renda entre as categorias profissionais, nota-se que os residentes apresentaram menores escores do que os aprimorandos e aperfeiçoandos em todas as faixas de renda familiar.

Tabela 10: Distribuição dos escores médios de qualidade de vida geral (faceta 25) e os desvios-padrão segundo renda familiar. São José do Rio Preto, 2009.

Renda Familiar	QV Residentes Média (DP)	QV Aprimorandos Média (DP)	QV Aperfeiçoandos Média (DP)
2 a 5 salários mínimos	61,25 (14,85)	68,08 (12,65)	64,73 (13,99)
5 a 10 salários mínimos	64,40 (20,44)	63,94 (20,43)	81,25 (7,65)
> 10 salários mínimos	61,03 (20,47)	69,88 (9,19)	100,00 (-)

* QV: qualidade de vida

**DP: desvio-padrão

3.4. Domínios

Os valores médios obtidos para os seis domínios do WHOQOL estão apresentados na Tabela 11, juntamente com os desvios-padrão.

Os escores médios para os domínios variaram de 55,97 a 83,59. Observa-se que os maiores escores foram dos domínios nível de independência e aspectos

espirituais/religião para ambos os programas, ou seja, nesses domínios os profissionais estudados apresentaram melhor qualidade de vida.

Por outro lado, o domínio físico obteve menor escore entre os residentes e aprimorandos (57,36 e 55,73 respectivamente), indicando qualidade de vida inferior para esses profissionais neste domínio, em relação aos aperfeiçoandos.

Com exceção do domínio ambiente, os aperfeiçoandos apresentaram maiores escores para todos os demais domínios, quando comparado com os residentes e aprimorandos. Os residentes apresentaram escore inferior aos aprimorandos e aperfeiçoandos nos domínios relações sociais e aspectos espirituais/religião, indicando menor qualidade de vida desses profissionais com relação aos demais, nestes domínios.

Tabela 11: Distribuição dos escores médios e respectivos desvios-padrão dos domínios do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009.

DOMÍNIO	PROGRAMA	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO
Físico	<i>Residência</i>	57,36	15,68
	<i>Aprimoramento</i>	55,73	15,55
	<i>Aperfeiçoamento</i>	61,72	14,16
Psicológico	<i>Residência</i>	63,38	13,89
	<i>Aprimoramento</i>	61,37	12,50
	<i>Aperfeiçoamento</i>	66,87	10,39
Nível de independência	<i>Residência</i>	77,18	12,88
	<i>Aprimoramento</i>	75,03	11,56
	<i>Aperfeiçoamento</i>	82,29	11,63
Relações sociais	<i>Residência</i>	68,80	13,94
	<i>Aprimoramento</i>	69,79	12,09
	<i>Aperfeiçoamento</i>	71,18	10,45
Ambiente	<i>Residência</i>	62,46	11,65
	<i>Aprimoramento</i>	59,15	11,17
	<i>Aperfeiçoamento</i>	58,93	11,01
Aspectos espirituais / religião	<i>Residência</i>	74,01	18,44
	<i>Aprimoramento</i>	77,76	19,58
	<i>Aperfeiçoamento</i>	83,59	12,19

3.5. Domínio físico

Os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que compõem esse domínio são apresentados na Tabela 12, que também mostra os valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio.

Os menores escores de qualidade de vida observados nas facetas do domínio físico foram entre os residentes e aprimorandos na faceta de energia e fadiga, evidenciando menor qualidade de vida desses profissionais nesta faceta.

Com exceção da faceta de dor e desconforto, os residentes apresentaram menores escores do que os aprimorandos e aperfeiçoandos nas demais facetas do domínio físico, com uma importante diferença na faceta de energia e fadiga em relação aos aprimorandos (50,20 / 62,76), o que mostra que os aprimorandos e aperfeiçoandos apresentam melhor qualidade de vida do que os residentes.

No domínio físico, todos os profissionais apresentaram melhor qualidade de vida para sono e repouso, conforme se constata ao observar os maiores escores nessa faceta.

Quanto à correlação entre cada questão e o escore médio obtido no domínio, os dados revelam que as facetas de energia e fadiga, e sono e repouso apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio físico. A faceta dor e desconforto apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa.

Tabela12: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio físico do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009.

FACETAS	PROGRAMA	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO	r	p
Dor e desconforto	<i>Residência</i>	58,28	16,40	-0,65	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	51,56	14,42	-0,58	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	54,17	12,45	-0,81	< 0,01
Energia e fadiga	<i>Residência</i>	50,20	19,69	0,81	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	51,32	18,98	0,76	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	62,76	14,68	0,82	< 0,01
Sono e repouso	<i>Residência</i>	63,59	24,98	0,81	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	64,40	27,85	0,85	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	68,23	22,79	0,88	< 0,01

Correlação significativa ao nível 0,01.

3.6. Domínio psicológico

A Tabela 13 apresenta os valores médios e respectivos desvios- -padrão para cada uma das facetas que compõem o domínio psicológico, juntamente com os valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio.

Fica destacado na Tabela 13 que:

✓ os aperfeiçoandos apresentaram os maiores escores de qualidade de vida para todas as facetas do domínio psicológico enquanto que os aprimorandos tiveram os menores escores de qualidade de vida em todas as facetas;

✓ os menores escores encontrados foram para sentimentos negativos entre todos os profissionais, evidenciando dificuldades de enfrentamento e/ou adaptação aos fatores estressores/desgastantes da profissão;

✓ a faceta de sentimentos negativos apresentou correlação negativa e as demais apresentaram correlação positiva; que as facetas de sentimentos negativos e imagem corporal e aparência apresentaram correlação menor e estatisticamente não significativa com o escore médio do domínio psicológico, entre os aperfeiçoandos;

✓ as demais facetas tiveram correlação maior e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio.

Tabela13: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio psicológico do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009.

FACETAS	PROGRAMA	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO	r	p
Sentimentos positivos	<i>Residência</i>	65,10	14,09	0,80	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	65,14	14,34	0,81	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	66,92	14,56	0,74	< 0,01
Pensar, aprender, memória e concentração	<i>Residência</i>	60,31	17,96	0,78	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	59,97	15,76	0,71	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	65,36	17,38	0,77	< 0,01
Autoestima	<i>Residência</i>	67,65	16,23	0,84	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	65,38	15,53	0,88	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	69,79	13,37	0,80	< 0,01
Imagem corporal e aparência	<i>Residência</i>	66,25	20,53	0,79	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	64,54	17,92	0,74	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	73,17	17,23	0,53	> 0,01
Sentimentos negativos	<i>Residência</i>	57,60	18,10	-0,76	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	51,80	17,95	-0,69	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	59,11	14,97	-0,52	> 0,01

Correlação significativa ao nível 0,01.

3.7. Domínio nível de independência

A Tabela 14 apresenta os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que compõem o domínio nível de independência, juntamente com os valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio. Neste domínio, observou-se que os maiores escores de qualidade de vida encontrados foram na faceta de dependência de medicação ou tratamento, seguido das facetas de capacidade de trabalho e mobilidade, para todos os profissionais.

Os menores escores observados foram para atividade de vida cotidiana, embora os residentes e aprimorandos tenham apresentado escores próximos de 70 (67,13 / 67,30, respectivamente) e os aperfeiçoandos tenham escore de 76,30, indicando qualidade de vida satisfatório para esta faceta.

A menor correlação observada entre cada questão e o escore médio obtido no domínio para todos os profissionais foi na faceta de dependência de medicação ou de tratamento que apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa. As demais facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa.

Tabela14: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio nível de independência do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009.

FACETAS	PROGRAMA	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO	r	p
Mobilidade	<i>Residência</i>	75,31	20,97	0,78	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	71,63	19,43	0,73	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	76,82	21,13	0,77	< 0,01
Atividade da vida cotidiana	<i>Residência</i>	67,13	17,17	0,74	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	67,30	15,23	0,75	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	76,30	15,95	0,74	< 0,01
Dependência de medicação ou de tratamento	<i>Residência</i>	88,54	18,08	-0,62	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	82,57	18,28	-0,60	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	93,94	12,56	-0,65	< 0,01
Capacidade de trabalho	<i>Residência</i>	77,76	14,84	0,75	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	78,60	14,81	0,63	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	82,55	13,54	0,74	< 0,01

Correlação significativa ao nível 0,01.

3.8. Domínio relações sociais

Na Tabela 15 estão apresentados os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que compõem este domínio, juntamente com os valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio, verificando-se que:

✓ os menores escores foram os da faceta atividade sexual para residentes e aprimorandos, apontando uma qualidade de vida inferior desses profissionais em relação aos aperfeiçoandos que obtiveram escore de 69,53.

- ✓ os maiores escores para qualidade observados no domínio foram da faceta de relações pessoais, para todos os profissionais.
- ✓ todas as facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio relações sociais.
- ✓ os residentes apresentaram maior correlação para todas as facetas.

Tabela15: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio relações sociais do WHOQOL-100. São José do Rio Preto, 2009.

FACETAS	PROGRAMA	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO	r	p
Relações pessoais	<i>Residência</i>	70,31	15,52	0,85	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	74,27	14,36	0,69	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	76,30	10,25	0,71	< 0,01
Suporte social	<i>Residência</i>	69,32	15,07	0,78	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	71,99	14,56	0,73	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	67,70	13,11	0,57	< 0,01
Atividade sexual	<i>Residência</i>	66,77	20,83	0,80	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	63,10	22,01	0,70	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	69,53	21,59	0,76	< 0,01

Correlação significativa ao nível 0,01.

3.9. Domínio ambiente

A Tabela 16 apresenta os valores médios e respectivos desvios-padrão para cada uma das facetas que compõem o domínio ambiente, juntamente com os valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) entre cada uma das facetas e o escore médio do domínio.

Analisando os escores para qualidade de vida do domínio ambiente, observou-se que os residentes apresentaram melhor qualidade de vida que os aprimorandos e aperfeiçoandos na faceta transporte (escore 80,26).

Nas facetas ambiente e cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (escores 74,75 e 62,01), os aprimorandos apresentaram maior qualidade de vida em relação aos residentes e aprimorandos.

Os aperfeiçoandos apresentaram maiores escores de qualidade de vida nas facetas oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, e ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima (escores 69,01 e 61,19).

Houve baixo escore dos aprimorandos na faceta recursos financeiros (45,55) e dos residentes na faceta participação em/e oportunidades de recreação/lazer (49,21), índices que apontam importante déficit na qualidade de vida desses profissionais nessas facetas.

Entre os aprimorandos, a faceta segurança física e proteção apresentou correlação positiva menor e estatisticamente não significativa com o escore médio do domínio. As demais facetas apresentaram correlação positiva maior e estatisticamente significativa.

Tabela16: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre cada faceta e o escore médio do domínio ambiente do WHOQOL-100, segundo os programas de formação. São José do Rio Preto, 2009.

FACETAS	PROGRAMA	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO	r	p
Segurança física e proteção	<i>Residência</i>	57,34	13,86	0,59	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	53,48	13,58	0,63	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	54,68	7,87	0,43*	> 0,01
Ambiente no lar	<i>Residência</i>	73,48	14,33	0,69	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	74,75	14,74	0,67	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	68,75	16,99	0,72	< 0,01
Recursos financeiros	<i>Residência</i>	55,57	17,26	0,70	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	45,55	14,86	0,65	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	50,52	15,84	0,69	< 0,01
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	<i>Residência</i>	61,61	15,46	0,75	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	62,01	17,32	0,76	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	58,07	16,32	0,82	< 0,01
Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades	<i>Residência</i>	65,10	17,19	0,80	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	63,10	13,51	0,75	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	69,01	12,96	0,72	< 0,01
Participação em/e oportunidades de recreação/lazer	<i>Residência</i>	49,21	22,30	0,76	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	53,12	16,72	0,65	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	54,94	17,48	0,72	< 0,01
Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima	<i>Residência</i>	56,97	17,07	0,67	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	59,85	14,61	0,64	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	61,19	12,22	0,77	< 0,01
Transporte	<i>Residência</i>	80,26	16,93	0,50	< 0,01
	<i>Aprimoramento</i>	61,17	23,16	0,74	< 0,01
	<i>Aperfeiçoamento</i>	54,16	20,07	0,82	< 0,01

Correlação significativa ao nível 0,01.

* Correlação significativa ao nível 0,05.

3.10. Domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais

Na Tabela 17 estão apresentados os valores médios e respectivos desvios-padrão para a faceta que compõe este domínio, juntamente com os valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) entre a facetas e o escore médio do domínio, mostrando que os aperfeiçoandos apresentaram maior escore para qualidade de vida

neste domínio do que os residentes e aprimorandos. Entretanto, ambas as categorias profissionais tiveram escores de qualidade de vida satisfatórios.

Tabela17: Escores médios e respectivos desvios-padrão, coeficientes de correlação de Pearson (r) entre a faceta e o escore médio do domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais do WHOQOL-100. São José do Rio Preto, 2009.

FACETAS	PROGRAMA	ESCORE MÉDIO	DESVIO-PADRÃO	r	p
Espiritualidade,	<i>Residência</i>	74,01	18,44	1,000	< 0,001
religião, crenças	<i>Aprimoramento</i>	77,76	19,58	1,000	< 0,001
pessoais	<i>Aperfeiçoamento</i>	83,59	12,19	1,000	< 0,001

Correlação significativa ao nível 0,01.

O Quadro 2 apresenta uma síntese dos resultados dos escores médios dos domínios e das facetas com maiores e menores escores médios. Nota-se que os domínios nos quais os profissionais estudados apresentaram maiores escores médios, indicando maior qualidade de vida dos profissionais foram: nível de independência, aspectos espirituais/religião e relações sociais. Nos domínios psicológico, ambiente e físico, os profissionais apresentaram menor qualidade de vida, especialmente no domínio físico, com escores próximos de 50,00.

As facetas com maiores escores de qualidade de vida foram: dependência de medicação ou de tratamentos (88,54 / 82,57 / 93,94), relações pessoais (70,31 / 74,27 / 76,30) e sono e repouso (63,59 / 64,40 / 68,23) para todos os profissionais; autoestima (67,65 / 65,38) para residentes e aprimorandos; imagem corporal e aparência (73,17) para aperfeiçoandos; transporte (80,26) para residentes; ambiente no lar para aprimorandos e ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima (69,19) para aperfeiçoandos.

Embora a faceta de espiritualidade, religião e crenças pessoais seja única na composição do domínio aspectos espirituais/religião, observaram-se ótimos escores de qualidade de vida nesta faceta para todos os profissionais.

As facetas com menores escores de qualidade de vida foram: atividade da vida cotidiana (67,13 / 67,30 / 76,30) e sentimentos negativos (57,60 / 51,80 / 59,11) para todos os profissionais; atividade sexual (66,77 / 63,10) e energia e fadiga (50,20 / 51,32) para residentes e aprimorandos; suporte social (67,70) e dor e desconforto (54,17) para aperfeiçoandos; participação em/e oportunidades de recreação/lazer (49,21) para residentes e recursos financeiros (45,55 / 50,52) para aprimorandos e aperfeiçoandos.

Quadro 2: Domínios e facetas que apresentaram os maiores e menores escores médios e menores escores médios e desvios-padrão, segundo o programa de formação. São José do Rio Preto, 2009.

DOMÍNIOS	PROGRAMA	EM* (DP)**	MAIORES EM*	PROGRAMA	EM* (DP)**	MENORES EM*	PROGRAMA	EM* (DP)**
Nível de independência	<i>Residência</i>	77,18 (12,88)	Dependência de medicação ou tratamentos	<i>Residência</i>	88,54 (18,08)	Atividade da vida cotidiana	<i>Residência</i>	67,13 (17,17)
	<i>Aprimoramento</i>	75,03 (11,56)		<i>Aprimoramento</i>	82,57 (18,28)		<i>Aprimoramento</i>	67,30 (15,23)
	<i>Aperfeiçoamento</i>	82,29 (11,63)		<i>Aperfeiçoamento</i>	93,94 (12,56)		<i>Aperfeiçoamento</i>	76,30 (15,95)
Aspectos espirituais / religião	<i>Residência</i>	74,01 (18,44)	Espiritualidade, religião, crenças pessoais	<i>Residência</i>	74,01 (18,44)			
	<i>Aprimoramento</i>	77,76 (19,58)		<i>Aprimoramento</i>	77,76 (19,58)			
	<i>Aperfeiçoamento</i>	83,59 (12,19)		<i>Aperfeiçoamento</i>	83,59 (12,19)			
Relações sociais	<i>Residência</i>	68,80 (13,94)		<i>Residência</i>	70,31 (15,22)	Atividade Sexual	<i>Residência</i>	66,77 (20,83)
	<i>Aprimoramento</i>	69,79 (12,09)	Relações Pessoais	<i>Aprimoramento</i>	74,27 (14,36)		<i>Aprimoramento</i>	63,10 (21,02)
	<i>Aperfeiçoamento</i>	71,18 (10,45)		<i>Aperfeiçoamento</i>	76,30 (10,25)	Suporte social	<i>Aperfeiçoamento</i>	67,70 (13,11)
Psicológico	<i>Residência</i>	63,38 (13,89)	Autoestima	<i>Residência</i>	67,65 (16,23)		<i>Residência</i>	57,60 (18,10)
	<i>Aprimoramento</i>	61,37 (12,50)		<i>Aprimoramento</i>	65,38 (15,53)	Sentimentos negativos	<i>Aprimoramento</i>	51,80 (17,95)
	<i>Aperfeiçoamento</i>	66,87 (10,39)	Imagem corporal e aparência	<i>Aperfeiçoamento</i>	73,17 (17,23)		<i>Aperfeiçoamento</i>	59,11 (14,97)
Ambiente	<i>Residência</i>	62,46 (11,65)	Transporte	<i>Residência</i>	80,26 (16,93)	Participação em/e oportunidades de recreação/lazer	<i>Residência</i>	49,21 (22,30)
	<i>Aprimoramento</i>	59,15 (11,07)	Ambiente no lar	<i>Aprimoramento</i>	74,75 (14,74)			
	<i>Aperfeiçoamento</i>	58,93 (11,01)	Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima	<i>Aperfeiçoamento</i>	69,19 (12,22)	Recursos financeiros	<i>Aprimoramento</i>	45,55 (14,86)
Físico	<i>Residência</i>	57,36 (15,68)		<i>Residência</i>	63,59 (24,98)	Energia e fadiga	<i>Residência</i>	50,20 (19,69)
	<i>Aprimoramento</i>	55,73 (15,55)	Sono e repouso	<i>Aprimoramento</i>	64,40 (27,85)		<i>Aprimoramento</i>	51,32 (18,98)
	<i>Aperfeiçoamento</i>	61,72 (14,16)		<i>Aperfeiçoamento</i>	68,23 (68,23)	Dor e desconforto	<i>Aperfeiçoamento</i>	54,17 (12,45)

*EM = Escore Médio **DP = Desvio Padrão

Discussão

DISCUSSÃO

4. Discussão

As questões referentes ao mundo do trabalho e suas repercussões na saúde dos indivíduos, especialmente os aspectos referentes à saúde dos trabalhadores na área da saúde, têm sido foco de uma série de estudos com esses profissionais, inclusive entre profissionais inseridos em programas de residência médica e de aprimoramento/aperfeiçoamento profissional. Entretanto, os estudos realizados dão uma atenção maior aos residentes em medicina.

Partindo do pressuposto de que a residência em enfermagem segue o modelo da residência médica⁽¹⁰⁾ e considerando que os programas de aprimoramento e/ou aperfeiçoamento profissional seguem a mesma dinâmica de trabalho e formação dos programas de residência médica e de enfermagem, pode-se afirmar que os profissionais de todas as áreas da saúde inseridos em programas de residência, aprimoramento e/ou aperfeiçoamento profissional são submetidos a um processo de treinamento estressante que produz distúrbios físicos e emocionais, podendo interferir na qualidade de vida.

Os estudos com residentes privilegiam aspectos como os efeitos sobre o humor, o sofrimento psíquico e a Síndrome de Burnout, enquanto estudos que avaliam a qualidade de vida desses profissionais têm recebido pouca atenção. Além disso, devido à grande diversidade de instrumentos de avaliação de qualidade de vida disponíveis na literatura, os estudos que abordam qualidade de vida destes profissionais empregam diferentes instrumentos na avaliação da qualidade de vida. Geralmente os pesquisadores optam por instrumentos mais concisos, que facilitam a coleta dos dados e favorecem a adesão dos profissionais ao estudo. Esse fato sugere uma possível explicação para a

baixa participação de algumas especialidades médicas observadas neste estudo, pois foi utilizado um instrumento considerado extenso.

Embora haja na literatura alguns estudos abordando qualidade de vida de residentes médicos e/ou de enfermagem, não foram encontrados estudos semelhantes a este, relacionado à qualidade de vida de residentes médicos, aprimorandos e aperfeiçoandos de várias profissões da área da saúde. Entretanto, foram encontrados estudos com acadêmicos de enfermagem, de psicologia e trabalhadores da área da saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e agentes comunitários de saúde), que empregam o WHOQOL-100 ou sua versão abreviada, o WHOQOL-*brief*, na avaliação da qualidade de vida.

Partindo do pressuposto que aspectos do treinamento médico podem ser incorporados à rotina dos profissionais de programas de aprimoramento e/ou aperfeiçoamento profissional e que a rotina de trabalho desses programas de treinamento se assemelham ao processo de trabalho profissional, os estudos com residentes e trabalhadores da área da saúde encontrados na literatura foram utilizados para discussão dos resultados deste estudo, considerando as variáveis abordadas, como segue:

4.1. Características sociodemográficas

O presente estudo não encontrou diferença de gênero entre os residentes que responderam o questionário, com 50% dos profissionais de cada sexo, enquanto outros autores observaram um percentual maior de profissionais do sexo masculino entre residentes de medicina.^(50,59) Por outro lado, o maior percentual de profissionais do sexo

feminino encontrado neste estudo também foi observado por Saupe *et al.*,⁽⁸⁷⁾ ao avaliar qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem no sul do país.

Spiller *et al.*,⁽⁸⁸⁾ estudando qualidade de vida de enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas em um hospital universitário no sul do país, encontraram maioria absoluta dos profissionais do sexo feminino (94,50%); resultado semelhante (85,5%) foi encontrado por Paschoa *et al.*,⁽⁸⁹⁾ ao estudarem qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva.

Essa maior prevalência do sexo feminino observada neste e em outros estudos, provavelmente é consequência das mudanças ocorridas na relação entre mulher e trabalho, através dos movimentos feministas, que levaram a uma profunda modificação no contexto das trabalhadoras, tornando-as progressivamente participantes do mercado de trabalho.⁽⁹⁰⁾

Quanto à idade, Macedo⁽⁵⁹⁾ observou uma idade média de 26 anos entre médicos residentes da UNIFESP-EPM, resultados semelhantes ao deste estudo (26,5 anos) e ao de Lima *et al.*,⁽⁵⁰⁾ que observaram idade média de 27,26 anos entre residentes de medicina.

Lima *et al.*⁽⁵⁰⁾ encontraram maior percentual de profissionais solteiros (72%) entre os médicos, dados semelhantes ao deste estudo que registrou 84,69% de profissionais solteiros.

Enquanto neste estudo apenas 23,48% dos profissionais apresentaram outra atividade, Macedo⁽⁵⁹⁾ encontrou um percentual de 71,1% dos residentes com outras atividades remuneradas.

4.2. Avaliação da qualidade de vida

O WHOQOL-100 mostrou-se um instrumento adequado para avaliação da qualidade de vida dos médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos. Os valores do Coeficiente Alfa de Cronbach apresentados na Tabela 7 mostram que o questionário WHOQOL-100 aplicado para avaliação da qualidade de vida desses profissionais apresentou um grau de consistência interna satisfatório neste estudo. O coeficiente para as 24 facetas, para os domínios e para qualidade de vida geral (faceta 25) apontou valores iguais ou superiores a 0,79.

Analisando cada domínio separadamente, observou-se que, com exceção dos domínios físico (0,81) e ambiente (0,79), os residentes apresentaram valores do coeficiente maiores para todos os demais domínios (psicológico = 0,90; relações sociais = 0,86; aspectos espirituais/religião = 1,0). Houve baixa consistência interna no domínio nível de independência para todos os programas (residência = 0,54; aprimoramento = 0,48 e aperfeiçoamento = 0,54) e no domínio relações sociais para os aprimorandos (0,68).

Alguns fatores podem ter contribuído para esse resultado, como a heterogeneidade das respostas no domínio nível de independência em todos os programas. Em relação ao baixo coeficiente do domínio relações sociais entre os aprimorandos, além da possível heterogeneidade das respostas entre os profissionais desse programa, o número reduzido de itens avaliados nesse domínio também pode ter contribuído para o baixo coeficiente observado entre os aprimorandos. Segundo Ferreira *et al.*,⁽⁹¹⁾ existe um princípio geral da psicometria que estabelece que *a consistência de uma escala decresce à medida que decresce o número de itens.*

A redução dos coeficientes Alfa, quando considerados os domínios individualmente, tem sido observada na literatura, principalmente nos domínios relações sociais, conforme observado entre os aprimorandos deste estudo, e ambiente.^(33,44)

4.3. Qualidade de vida geral

Quanto à qualidade de vida geral, 113 (57,65%) profissionais avaliaram a qualidade de vida como boa e 26 (13,26%) profissionais, como muito boa.

Em relação à satisfação com a qualidade de vida, 94 (47,95%) profissionais estão satisfeitos e 10 (5,10%) estão muito satisfeitos. Quanto ao nível de satisfação com a vida, foi observado que 92 (46,94%) profissionais estão satisfeitos e 15 (7,65%) estão muito satisfeitos com a vida. De modo geral, as frequências das respostas positivas foram maiores que das respostas negativas para todos os programas, em ambas as questões, com índices superiores a 60% para todas as categorias profissionais, chegando a 75% de satisfação entre os aprimorandos. Apenas entre os residentes e aprimorandos, na questão 2 (*Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?*), foi observado um índice de 50% de profissionais satisfeitos e 50% insatisfeitos com a qualidade de vida. Esses resultados mostram que os profissionais estudados apresentam-se satisfeitos com a qualidade de vida, com a vida e com a saúde.

Estudando qualidade de vida de 825 acadêmicos de enfermagem da região sul do Brasil, utilizando o WHOQOL-*bref*, Saupé *et al.*⁽⁸⁷⁾ observaram que 72% dos pesquisados avaliaram sua qualidade de vida geral como boa ou muito boa, enquanto 67,7% dos indivíduos referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a saúde.

Spiller *et al.*⁽⁸⁸⁾ mostraram que 61,47% de profissionais enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas de um hospital do sul do Brasil consideraram a qualidade de vida boa e 6,42% muito boa, enquanto 47,71% referiram estar satisfeitos com a qualidade de vida e 14,68% muito satisfeitos.

Por outro lado, Buddeberg-Fischer *et al.*,⁽⁶⁷⁾ investigando as experiências de trabalho dos médicos no primeiro ano de residência e o impacto dessas experiências na integridade física e no bem-estar psicológico, constataram que os níveis de satisfação de vida foram inferiores ao da população geral.

Com relação aos escores médios de qualidade de vida geral segundo sexo e renda familiar, os escores observados neste estudo não apresentaram diferenças importantes da qualidade de vida geral entre o sexo e renda familiar. Entretanto, Macedo⁽⁵⁹⁾ verificou que as residentes do sexo feminino apresentam melhores índices de qualidade de vida do que os do sexo masculino em alguns aspectos, como os físicos, os emocionais e a saúde mental.

O estudo de Buddeberg-Fischer *et al.*⁽⁶⁷⁾ sobre as experiências de trabalho dos médicos no primeiro ano de residência mostra que as mulheres apresentam relações sociais de trabalho mais positivas, além de maior empenho nas atividades do que seus colegas do sexo masculino. Outro importante trabalho sobre bem-estar de residentes em Alberta, no Canadá, mostra que as mulheres são mais acometidas pelo estresse do que os homens.⁽⁶⁵⁾

Estes resultados reforçam os escores de qualidade de vida dos profissionais da FAMERP que mostraram bom nível de qualidade de vida, sem diferenças entre gênero.

4.4. Domínios

Os valores dos escores médios dos domínios variaram de 55,97 a 83,59 (Tabela 11). Os domínios nível de independência e aspectos espirituais/religião apresentaram maiores escores de qualidade de vida em ambos os programas, respectivamente entre residentes: 77,18 e 74,01, aprimorandos: 75,03 e 77,76 e aperfeiçoandos: 82,29 e 83,59.

Outros estudos apontam melhores escores de qualidade para o domínio relações sociais, como o de Saupe *et al.*,⁽⁸⁷⁾ com acadêmicos de enfermagem (escore: 70) e o de Kluthcovsky,⁽⁹²⁾ com agentes comunitários de saúde (escore 75,8). Spiller *et al.*,⁽⁸⁸⁾ abordando profissionais da área da saúde, encontraram maiores escores para o domínio relações sociais entre nutricionistas (75) e enfermeiros (70,41) e Barrientos e Suazo⁽⁹³⁾ também encontraram maior escore para enfermeiras chilenas (77,38).

Por outro lado, o domínio físico obteve menor escore entre os residentes e aprimorandos (57,36 e 55,73 respectivamente), indicando qualidade de vida inferior desses profissionais, em relação aos aperfeiçoandos.

Ao contrário dos achados deste estudo, Bernardes⁽⁹⁴⁾ verificou que o domínio físico apresentou maior escore entre agentes comunitários de saúde (73,8) em um município do oeste do Estado de São Paulo. Resultado semelhante ao de Bernardes foi encontrado por Vasconcellos *et al.*⁽⁹⁵⁾ entre agentes comunitários de saúde no Estado de Minas Gerais (escore: 82,8). Costa *et al.*⁽⁹⁶⁾ também encontraram maior escore no domínio físico (71,32) entre psicólogos.

O domínio físico tem relação com algumas necessidades humanas básicas quando relaciona dor física, energia para o dia a dia, sono e desempenho de atividades diárias, para as quais os profissionais deste estudo apresentaram menor qualidade de

vida, evidenciando que os agravos físicos estão interferindo na qualidade de vida destes profissionais.

Com exceção do domínio ambiente, os profissionais do programa de aperfeiçoamento apresentaram maiores escores para todos os demais domínios, quando comparados com os residentes e aprimorandos, mostrando melhor qualidade de vida dos aperfeiçoandos.

Esta pesquisa mostrou escores dos domínios satisfatórios para todas as categorias profissionais. Macedo,⁽⁵⁹⁾ no entanto, verificou que residentes em medicina da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP apresentaram baixa qualidade de vida nos domínios da vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental, com escores comparáveis aos encontrados em pacientes com doenças crônicas.

4.5. Domínio físico

Neste domínio, todos os profissionais estudados apresentaram melhor qualidade de vida para sono e repouso (escores – residentes: 63,59; aprimorandos: 64,40 e aperfeiçoandos: 68,23).

Maciel,⁽⁹⁷⁾ estudando alunos e trabalhadores de uma Universidade no Estado de São Paulo, verificou que os alunos de graduação apresentaram menores escores de qualidade de vida para energia e fadiga, e sono e repouso (53,16 / 61,26) do que os alunos da pós-graduação (61,93 / 71,34).

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos apontou que grande parte dos residentes são sonolentos e apresentam dificuldade para dormir, utilizando regularmente

álcool, anti-histamínicos, calmantes, benzodiazepínicos ou miorelaxantes para ajudar a dormir.⁽⁵⁶⁾

Outro estudo entre médicos residentes de ginecologia e obstetrícia na Venezuela, abordando jornada de trabalho prolongada e fadiga, mostrou que os profissionais ingerem bebidas estimulantes, especialmente os profissionais do sexo masculino e que os residentes nessas condições apresentam maior percentual de fadiga que os padrões aceitáveis.⁽⁵⁷⁾

Os menores escores de qualidade de vida observados nas facetas do domínio físico foram para energia e fadiga (50,20 e 51,32) entre os residentes e aprimorandos, respectivamente.

Os residentes apresentaram menores escores do que os aprimorandos e os aperfeiçoandos nas facetas energia e fadiga, e sono e repouso (50,20 e 63,59, respectivamente). Este resultado evidencia que os agravos físicos estão interferindo na qualidade de vida dos residentes, especificamente sobre falta de energia e satisfação com o sono, o que pode refletir na qualidade da assistência prestada por esses profissionais.

Ratanawongsa *et al.*⁽⁶⁴⁾ verificaram que o bem-estar interfere nas relações com os pacientes, nas interações com os colegas, no desempenho e na motivação. Os residentes irlandeses abordados pelos autores afirmaram que o bem-estar elevado favorece o processo de tomada de decisões. Segundo os autores, a formação na residência e os cuidados aos pacientes podem ser melhorados por meio de ações que promovam maior bem-estar dos residentes.

Ríos *et al.*⁽⁵⁴⁾ avaliaram o nível de estresse entre residentes e a relação do estresse no comprometimento da vida familiar e verificaram que 42% dos residentes se

consideram estressados, sendo que 21% referem que esse estresse interfere nas relações familiares, mostrando que o estresse gerado na residência é prejudicial à vida familiar.

Resultados semelhantes aos desta pesquisa também foram observados por Cárdenas,⁽⁴⁴⁾ em mulheres de baixa renda, entre as quais as facetas sono e repouso, e energia e fadiga obtiveram o menor escore médio no domínio físico.

Segundo Selligmann-Silva,⁽⁹⁸⁾ a fadiga pode aparecer em decorrência de situações da vida ou do trabalho ao longo dos meses ou anos e se caracteriza por cansaço constante que pode ser físico ou mental; pela má qualidade do sono, quando a pessoa desperta frequentemente e pode ter insônia; pela irritabilidade que pode resultar em conflitos em casa ou no trabalho e pelo desânimo, podendo desencadear um sentimento de desinteresse pela vida social e profissional.

Quanto à correlação entre cada questão que compõe o domínio físico e o escore médio do domínio, as facetas de energia e fadiga, e sono e repouso apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio físico, sendo que a maior correlação foi para sono e repouso, indicando que esta foi a faceta que mais influenciou o escore médio do domínio. Por outro lado, a faceta dor e desconforto apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa, além de menor correlação com o escore médio do domínio físico, sendo, portanto, a que teve a menor influência sobre o escore médio do domínio físico.

4.6. Domínio psicológico

No domínio psicológico, os aperfeiçoandos apresentaram os maiores escores de qualidade de vida e os aprimorandos tiveram os menores escores de qualidade de

vida em todas as facetas, evidenciando que, entre os profissionais estudados, os aprimorandos apresentam maiores dificuldades psico-emocionais.

Franco *et al.*⁽¹⁰⁾ destacam que os aspectos emocionais de residentes de enfermagem avaliados pelo instrumento SF-36 foram os que apresentaram menor escore de qualidade de vida. Entretanto, este estudo apresentou escores médios bastante superiores aos observados pelos autores (33,0) entre os residentes de enfermagem.

Segundo os autores supracitados, conversas informais com enfermeiros residentes permitiram perceber a existência de fatores que geravam sentimentos de desilusão, ansiedade, depressão, medo e sentimento de incertezas, dificultando a adaptação e a atuação profissional desses profissionais. Para os autores, efeitos prejudiciais incidem sobre a qualidade de vida na saúde desses profissionais, alterando seu desempenho e comportamento, tanto físico, como mental.

Avaliando o impacto das experiências de trabalho na integridade física e no bem estar psicológico de médicos residentes, Buddeberg-Fischer *et al.*⁽⁶⁷⁾ observaram que os profissionais relataram piora física e do bem-estar psicológico após o primeiro ano de residência. Os níveis de satisfação de vida encontrados pelos autores foram significativamente inferiores ao da população geral. Além disso, entre 7 e 10 % dos residentes apresentaram altos níveis de ansiedade e, de 1 a 4%, índices elevados de depressão. Os residentes mencionaram que o estresse no trabalho e o excesso de responsabilidades são os principais fatores de risco para desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão.

Em Alberta, no Canadá, 34% dos residentes consideraram sua vida estressante, apontando a pressão prolongada como principal fator desencadeante do estresse.⁽⁶⁵⁾

De acordo com Shanafelt *et al.*,⁽⁶³⁾ quanto maior o bem-estar mental dos residentes, melhor a empatia dos mesmos.

Os menores escores encontrados entre todos os profissionais deste estudo, foram para a faceta sentimentos negativos. Estes resultados evidenciam dificuldades de enfrentamento e/ou adaptação aos fatores estressores/desgastantes da profissão.

Estudos apontam que quase a metade dos residentes tem dificuldades de enfrentamento do estresse emocional, o que afeta negativamente a relação médico-paciente e o desempenho profissional, comprovando a necessidade de se criar estratégias para capacitar os residentes a lidarem com o estresse.^(75,76) Blandin *et al.*⁽⁷⁶⁾ ressaltam que os médicos residentes com estilos de enfrentamento não-funcionais são mais susceptíveis a sofrer Síndrome de Burnout.

Quanto à correlação entre cada questão e o escore médio obtido no domínio, observou-se que a faceta sentimentos negativos apresentou correlação negativa e as demais apresentaram correlação positiva. As facetas imagem corporal e aparência, e sentimentos negativos apresentaram correlação menor e estatisticamente não significativa com o escore médio do domínio psicológico entre os aperfeiçoandos, indicando que elas tiveram pouca influência sobre o escore médio do domínio. As demais facetas tiveram correlação maior e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio, demonstrando maior influência sobre o escore médio do domínio psicológico.

4.7. Domínio nível de independência

Neste domínio, observou-se que os maiores escores de qualidade de vida encontrados foram para dependência de medicação ou tratamento (residentes: 88,54; aprimorandos: 82,57; aperfeiçoandos: 93,94), seguido da capacidade de trabalho (residentes: 77,66; aprimorandos: 78,60; aperfeiçoandos: 82,55) e mobilidade (residentes: 75,31; aprimorandos: 71,63; aperfeiçoandos: 76,82).

De forma semelhante, Maciel⁽⁹⁷⁾ encontrou maiores escores para mobilidade (76,75), capacidade de trabalho (73,76) e dependência de medicação ou tratamento (72,10), entre alunos e funcionários de uma Universidade no Estado de São Paulo. A autora verificou que os maiores escores para as respectivas facetas foram entre: pós-graduandos para mobilidade (83,33); docentes para atividade da vida cotidiana (72,30) e capacidade de trabalho (80,64) e funcionários não docentes para dependência de medicação ou tratamento (97,15).

Os resultados encontrados entre os profissionais deste estudo apontam bons níveis de qualidade de vida para dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho e mobilidade. Esses resultados são extremamente favoráveis na avaliação dos programas, especialmente quando se toma como referência a dependência de medicação ou de tratamentos, pois, conforme aponta a literatura, o período de formação na residência/aprimoramento traz uma série de fatores que podem desencadear expressões psicopatológicas, entre as quais a adição a drogas.⁽⁹⁾

Os menores escores observados foram para atividade de vida cotidiana, embora os residentes e aprimorandos apresentaram escores próximos de 70 (67,13 /

67,30, respectivamente) e os aperfeiçoandos tiveram escore de 76,30, indicando boa qualidade de vida nesta faceta.

Maciel⁽⁹⁷⁾ também encontrou menores escores na atividade da vida cotidiana para alunos de graduação (62,43), pós-graduandos (70,04) e funcionários não-docentes (70,78). Contudo, embora ambos os resultados apontem menores escores para atividade da vida cotidiana quando comparados às demais facetas, mostram escores de qualidade de vida satisfatórios para a referida faceta, evidenciando que os profissionais são capazes de conciliar adequadamente a vida profissional com a pessoal.

Quanto à correlação entre cada questão e o escore médio obtido no domínio, a menor correlação observada foi para dependência de medicação ou de tratamentos que apresentou correlação negativa e estatisticamente significativa, demonstrando menor influência sobre o escore médio do domínio. As demais facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa.

4.8. Domínio relações sociais

Os menores escores observados foram os da atividade sexual que mostraram escores de 66,77 para residentes, 63,10 para aprimorandos e 69,53 para aperfeiçoandos. Estes resultados apontam uma avaliação negativa dos profissionais para a vida sexual, especialmente quando comparados aos resultados de Kluthcovsky⁽⁹²⁾ e Bernardes,⁽⁹⁴⁾ que observaram escores médios de 75,4 e 70,8, respectivamente, entre agentes comunitários de saúde. Entretanto, estão de acordo com os resultados observados por Maciel⁽⁹⁷⁾ entre alunos de graduação, pós-graduandos, docentes e funcionários não docentes que apresentaram escores médios inferiores a 70,0 para atividade sexual.

Os melhores escores observados no domínio foram das relações pessoais (residentes: 70,31; aprimorandos: 74,27; aperfeiçoandos: 76,30). O mesmo resultado foi encontrado por Maciel,⁽⁹⁷⁾ que observou escores de 67,38 entre alunos de graduação, 71,91 entre pós-graduandos, 75,37 para docentes e 70,86 para funcionários não docentes.

Segundo Ratanawongsa *et al.*,⁽⁶⁴⁾ o bem-estar dos residentes interfere nas relações com os pacientes, nas interações com os colegas, no desempenho e na motivação.

Todas as facetas apresentaram correlação positiva e estatisticamente significativa com o escore médio do domínio relações sociais, sendo que as maiores correlações observadas foram na atividade sexual e no suporte social, mostrando maior influência destas facetas sobre o escore médio do domínio.

4.9. Domínio ambiente

O domínio ambiente apresentou baixos escores para várias facetas, apontando um comprometimento do ambiente pessoal e profissional dos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos. Os maiores escores foram para ambiente no lar (residentes: 73,48; aprimorandos: 74,75; aperfeiçoandos: 68,75) e os menores para recursos financeiros (residentes: 55,57; aprimorandos: 45,55; aperfeiçoandos: 50,52) e participação em/e oportunidades de recreação/lazer (residentes: 49,21; aprimorandos: 53,12; aperfeiçoandos: 54,94).

Analisando de forma geral os escores das facetas do domínio ambiente, observou-se que a maioria dos escores apresentados aponta para uma baixa qualidade de vida (inferiores a 70,0).

Maciel⁽⁹⁷⁾ também observou baixos escores de qualidade de vida para as facetas do domínio ambiente entre os sujeitos de seu estudo. Assim como os achados deste estudo, a grande maioria dos escores encontrados pela autora foram inferiores a 70,0, evidenciando baixa qualidade de vida neste domínio.

Alguns autores justificam esses achados quando afirmam que o exercício profissional do médico residente está associado a estímulos emocionais e físicos ligados ao processo de adoecimento, como o contato freqüente com a dor e o sofrimento, o atendimento de pacientes terminais e o lidar com as incertezas e limitações do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certezas e garantias.⁽²⁻⁴⁾ Estes estímulos, sem dúvida, criam um ambiente hostil e desgastante para o profissional.

Lima *et al.*⁽⁵⁰⁾ reforçam essa discussão ao afirmarem que os residentes são cobrados como alunos em aprendizagem, com exaustivas jornadas de trabalho e tarefas obrigatórias e devem agir como profissionais, dos quais se exige cada vez mais responsabilidade, competência e eficiência. Buddeberg-Fischer *et al.*⁽⁶⁰⁾ confirmam tais fatos quando, ao abordarem residentes suíços, verificaram que a principal queixa dos profissionais foi a deterioração estrutural das condições de trabalho, incluindo o desequilíbrio entre a vida e o trabalho.

Em relação à correlação entre as facetas e o escore médio obtido no domínio, observou-se que, entre os aprimorandos, a faceta segurança física e proteção apresentou

correlação baixa e estatisticamente não significativa, mostrando uma menor influência desta faceta no escore médio dos aprimorandos para o domínio ambiente.

As demais facetas apresentaram correlação positiva maior e estatisticamente significativa, para todos os profissionais, demonstrando maior influência sobre o escore médio do domínio.

4.10. Domínio aspectos espirituais, religião, crenças pessoais

Neste domínio, todas as categorias profissionais tiveram escores de qualidade de vida satisfatórios, principalmente os aprimorandos, com escore superior a 80,0.

Costa *et al.*⁽⁹⁶⁾ também observaram grande satisfação com os aspectos espirituais entre acadêmicos de psicologia. Em seu estudo, 51% dos acadêmicos afirmaram estar extremamente satisfeitos com o aspecto espiritual.

Maciel⁽⁹⁷⁾ observou baixos escores referentes ao domínio espiritual (inferiores a 70,0) entre os alunos de graduação, pós-graduandos e funcionários não docentes. Entretanto, encontrou escore de 71,81 entre docentes.

Bernhoeft (1991, p.29, *apud* Kluthcovsky)⁽⁹²⁾ refere que *a descoberta espiritual é de suma importância para localizar um sentido para a própria vida*. O autor ainda refere que existe o risco das pessoas chegarem à meia idade com profundas crises existenciais, em virtude de dificuldades encontradas para desenvolver o lado espiritual de suas vidas.

Conclusões

CONCLUSÕES

5. Conclusões

No Domínio Físico:

- ✓ Os maiores escores de qualidade de vida foram para Sono e Repouso.
- ✓ Os residentes e os aprimorandos apresentam menores escores de qualidade de vida para Energia e Fadiga.

No Domínio Psicológico:

- ✓ Os maiores escores de qualidade de vida foram para Sentimentos Negativos.
- ✓ Os aperfeiçoandos apresentaram maiores escores de qualidade de vida nas facetas deste domínio, enquanto que os aperfeiçoandos apresentaram os menores escores para as todas facetas.

No Domínio Nível de Independência:

- ✓ Os profissionais apresentam maiores escores de qualidade de vida para Dependência de medicação ou tratamento.
- ✓ Os menores escores observados foram na faceta Atividade de vida cotidiana.

No Domínio Relações Sociais:

- ✓ Os maiores escores observados neste domínio foram para Relações Pessoais.
- ✓ Os menores escores foram para Atividade Sexual.

No Domínio Ambiente:

- ✓ Os maiores escores observados neste domínio foram para Ambiente no Lar.
- ✓ Os menores escores registrados foram para Recursos financeiros e Participação em/e oportunidades de recreação/lazer.

No Domínio Aspectos espirituais, religião, crenças pessoais:

- ✓ Os profissionais apresentaram bons escores de qualidade de vida, com índice superior a 80,0 entre os aperfeiçoandos.

A avaliação da qualidade de vida dos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos da FAMERP mostrou que:

- ✓ Os profissionais estudados apresentam-se satisfeitos com a qualidade de vida, a vida e a saúde.
- ✓ Os profissionais apresentam bom nível de independência e boa estrutura espiritual/religiosa.
- ✓ Há um comprometimento da vida sexual e das atividades da vida cotidiana, além de dificuldades de enfrentamento das situações estressantes.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Referências Bibliográficas

1. Pessoa JHL, Constantino CF. O médico residente como força de trabalho. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2002 nov-dez;12(6):821-5.
2. Nogueira-Martins LA. Consultoria psiquiátrica e psicológica no hospital geral: a experiência do Hospital São Paulo. *Rev ABP-APAL*. 1989 out-dez;11(4):160-4.
3. Mawardi BH. Satisfaction, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. *JAMA*. 1979;241(14):1483-6.
4. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med*. 1982;306(8):458-63.
5. Feuerwerker LCM. Changes in medical education and medical residency in Brazil. *Interface Comun Saúde Educ*. 1998 ago;2(3):51-71.
6. Ceccim RB, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulg Saúde Debate*. 2001 dez;(23):30-56.
7. Brent DA. The residency as a developmental process. *J Med Educ*. 1981;56(5):417-22.
8. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2006 jul-set;15(3):508-14.

9. Tokarz JP, Bremer W, Peters K. Beyond survival: the challenge of the impaired student and resident physician. Chicago: American Medical Association; 1979.
10. Franco GP, Barros ALBL, Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(2):139-44.
11. Siegel B, Donnely JC. Enriching personal and professional development: the experience of a support group for interns. *J Med Educ*. 1978 Nov;53(11):908-14.
12. Berg JK, Garrard J. Psychosocial support in residency training programs. *J Med Educ*. 1980 Oct;55(10):851-7.
13. Borenstein DB, Cook K. Impairment prevention in the training years. A new mental health program at UCLA. *JAMA*. 1982;247(19):2700-3.
14. Pfifferling JH. Coping with residency distress. *Res Staff Physician*. 1983;29:105-11.
15. Ziegler JL, Kanas N, Strull WM, Bennet NE. A stress discussion group for medical interns. *J Med Educ*. 1984 Mar;59(3):205-7.
16. Reuben DB, Novack DH, Wachtel TJ, Wartman SA. A comprehensive support system for reducing house staff distress. *Psychosomatics*. 1984 Nov;25(11):815-20.
17. Rudner HL. Stress and coping mechanism in a group of family practice residents. *J Med Educ*. 1985;60(7):564-6.

18. Blackwell B. Prevention of impairment among residents in training. *JAMA*. 1986;255(9):1177-8.
19. Koran LM, Litt IF. House staff well-being. *West J Med*. 1988 Jan;148(1):97-101.
20. Colford Jr. JM, McPhee SJ. The ravelled sleeve of care. Managing the stresses of residency training. *JAMA*. 1989 Feb;261(6):889-93.
21. Bergman AS, Adler R. Support services for pediatric trainees. A survey of training program directors. *Am J Dis Child*. 1991;145(9):1002-5.
22. McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves resident's coping skills. *Arch Intern Med*. 1991 Nov;151(11):2273-7.
23. Seelig CB. Changes in resident's attitudes in response to residency program modifications: a prospective study. *South Med J*. 1992 Oct;85(10):972-5.
24. Metz WP, Pollack P. Pediatric resident support group. A 7-year longitudinal experience. *Am J Dis Child*. 1993 Jul;147(7):781-6.
25. Mushin IC, Matteson MT, Lynch EC. Developing a resident assistance program. Beyond the support group model. *Arch Intern Med*. 1993;153(6):729-33.
26. Seidl EM, Zannon CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
27. Awad G, Voruganti LN. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull*. 2000;26(3):557-64.

28. Rufino Netto A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. In: Lima e Costa MFL, Sousa RP, organizadores. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco; 1994. p.11-8. World
29. Health Organization. Division on Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL Measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997. [citado 2009 Feb 20]. Disponível em: URL: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
30. Minayo MCS, Hartz ZMA. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-31.
31. Matos O. As formas modernas do atraso. Folha S Paulo. 1998 set 27;A:3.
32. Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine: introduction. Soc Sci Med. 1995;41:1337-8.
33. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):33-8.
34. Duarte PS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). Rev Assoc Med Bras. 2003;49(4):375-81.
35. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):19-28.

36. Tamaki EM. Qualidade de vida: individual ou coletiva? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):20-2.
37. Augusto LGS. Qualidade de vida: necessidade reflexiva da sociedade contemporânea. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):27-8.
38. Cárdenas AMC. Qualidade de vida da “mulher do lar” em uma comunidade de baixa renda [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.
39. Vilarta R, Gonçalves A. Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: Vilarta R, Gonçalves A, organizadores. *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática*. Barueri: Manole; 2004. v.1, p.27-62.
40. Saxena S, Carlson D, Billington R, WHOQOL Group. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res*. 2001;10(8):711-21.
41. Jacob Filho W. Envelhecimento e qualidade de vida [editorial]. *Rev Bras Nutr Clín*. 2003;18(1):3.
42. Vilarta R, Gonçalves A. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: Vilarta R, Gonçalves A, organizadores. *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática*. Barueri: Manole; 2004. v. 1, p.3-25.
43. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996 Mar;334(13):835-40.

44. Cárdenas AMC. Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda: estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004.
45. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Méx.* 2002 Jul-Aug;44(4):349-61.
46. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995 Nov;41(10):1403-9.
47. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998 Jun;46(12):1569-85.
48. Berlim MT, Fleck MP. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(4):249-52.
49. Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2008.
50. Lima FD, Buunk AP, Araújo MBJ, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LB. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. *Rev Bras Educ Méd.* 2007;31(2):137-46.

51. Maslach C. Entendendo o burnout In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005. p.41-55.
52. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008 Mar;336(7642):448-91.
53. Gabriel SA, Izar LC, Tristão CK, Toledo JCF, Ribeiro DJ, Pina SEM et al. Rastreamento epidemiológico da sintomatologia depressiva em residentes e estudantes de medicina. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2005;7(3):15-9.
54. Ríos A, Sánchez Gascón F, Martínez Lage JF, Guerrero M. Influence of residency training on personal stress and impairment in family life: analysis of related factors. *Med Princ Pract*. 2006;15(4):276-80.
55. Archer LR, Keever RR, Gordon RA, Archer RP. The relationship between residents' characteristics, their stress experiences, and their psychosocial adjustment at one medical school. *Acad Med*. 1991;66(5):301-3.
56. Handel DA, Raja A, Lindsell CJ. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. *BMC Health Serv Res*. 2006 Oct 19;6:136.
57. Flores F. Jornada prolongada y fatiga en médicos residentes del gineco-obstetricia: Hospital Central de Maracay, Venezuela, 1994 [dissertação]. Maracay: Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud; 1994.

58. González N, Padilla J, Rodríguez E, Esteva M, Ruiz M, Tomarelli R et al. El concepto de calidad de vida en los estudiantes de medicina y residentes de postgrado de un hospital universitario. *Invest Clín.* 2000;41(4):219-35.
59. Macedo PCM. Avaliação da qualidade de vida em residentes de medicina da UNIFESP-EPM [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2004.
60. Buddeberg-Fischer B, Dietz C, Klaghofer R, Buddeberg C. Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Serv Res.* 2006 Aug 14;6:98.
61. Whang EE, Mello MM, Ashley SW, Zinner MJ. Implementing resident work hour limitations: lessons from the New York State experience. *Ann Surg.* 2003;237(4):449-55.
62. Gopal RK, Carreira F, Baker WA, Glasheen JJ, Crane LA, Miyoshi TJ et al. Internal medicine residents reject “longer and gentler” training. *J Gen Intern Med.* 2007;22(1):102-6.
63. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2005 Jul;20(7):559-64.
64. Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA. Well-being in residency: effects on relationships with patients, interactions with colleagues, performance, and motivation. *Patient Educ Couns.* 2008 Aug;72(2):194-200.

65. 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 Jun 22;5:21.
66. 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 Jun;154(11):1657-65.
67. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C. Stress at work and well-being in junior residents. *Z Psychosom Med Psychother.* 2005;51(2):163-78.
68. Barrack RL, Miller LS, Sotile WM, Sotile MO, Rubash HE. Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clin Orthop Relat Res.* 2006 Aug.;449:134-7.
69. Heller FR. Restriction of duty hour for residents in internal medicine: a question of quality of life but what about education and patient safety? *Acta Clin Belg.* 2008 Nov-Dec;63(6):363-71.
70. Swide CE, Kirsch JR. Duty hours restriction and their effect on resident education and academic departments: the American perspective. *Curr Opin Anesthesiol.* 2007 Dec;20(6):580-4.
71. Immerman I, Kubiak EN, Zucherman JD. Resident work-hour rules: a survey of residents' and program directors' opinions and attitudes. *Am J Orthop.* 2007 Dec;36(12):E172-9.

72. Vaughn DM, Stout CL, McCampbell BL, Groves JR, Richardson AI, Thompson WK et al. Three-year results of mandated work hour restrictions: attending and resident perspectives and effects in a community hospital. *Am Surg.* 2008;74(6):542-7.
73. Hutter MM, Kellogg KC, Ferguson CM, Abbott WM, Warshaw AL. The impact of the 80-hour resident workweek on surgical residents and attending surgeons. *Ann Surg.* 2006;243(6):864-75.
74. Dola C, Nelson L, Lauterbach J, Degefu S, Pridjian G. Eighty hour work reform: faculty and resident perceptions. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(5):1450-6.
75. Blandin J, Araújo DM. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. *Arch Venez Psiquiatr Neurol.* 2005;51(104):12-5.
76. Mathias LAST, Coelho CMF, Vilela EP, Vieira JE, Pagnocca ML. O plantão noturno em anestesia reduz a latência ao sono. *Rev Bras Anesthesiol.* 2004 set-out;54(5):693-9.
77. Winck GE, Gobbi MD. Obligatio faciendi: identificando estressores no contexto do trabalho. *Aletheia.* 2002 Jan-Jun;(15):93-101.
78. Nogueira-Martins LA, Jorge MR. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Assoc Med Bras.* 1998;44(1):28-34.

79. Fagnani Neto R, Obara CS, Macedo PC, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *São Paulo Med J.* 2004;122(4):152-7.
80. 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 Jan;80(1):98-102.
81. Nogueira-Martins LA, Stella RCR, Nogueira HE. A pioneering experience in Brazil: the creation of a center for assistance and research for medical residents (NAPREME) at the Escola Paulista de Medicina, Federal University of São Paulo. *São Paulo Med J.* 1997 Nov-Dec;115(6):1570-4.
82. Oliveira Filho GR. Aquisição de conhecimentos, estratégias de aprendizado, satisfação com o ambiente de ensino e qualidade de vida de médicos residentes de anestesiologia: estudo longitudinal multicêntrico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2005.
83. Massuda A, Cunha FM, Petta H. Residência médica: contribuições dos médicos residentes ao debate. *Rev Assoc Med Bras.* 2007;53(2):96-7.
84. Nogueira-Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. *Psychiatr on Line Braz.* 1998;(3):10.
85. Martin AR. Stress in residency: a challenge to personal growth. *J Gen Intern Med.* 1986;1(4):252-7.

86. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42.
87. Saupe R, Nietche EA, Cestan ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida de acadêmicos de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004;12(4):636-42.
88. Spiller APM, Dyniewicz AM, Slomp MGFS. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):88-95.
89. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):305-10.
90. Spindola T, Santos RS. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2003;11(5):593-600.
91. Ferreira CA, Loureiro CA, Araújo VE. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(3):445-52.
92. Kluthcovsky ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
93. Andrades Barrientos L, Valenzuela Suazo S. Quality of life associated factors in Chileans hospital nurses. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(3):480-6.

94. Bernardes KAG. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do Estado de São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
95. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. *Rev APS*. 2008;11(1):17-28.
96. Costa CC, Bastiani M, Geyer JG, Calvetti PU, Muller MC, Moraes MLA. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicol Estud*. 2008 abr-jun;13(2):249-55.
97. Maciel ES. Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida [dissertação]. Piracicaba: Universidade de São Paulo, Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz; 2006.
98. Selligmann-Silva E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Mendes R. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1995. p.287-310.

Anexos

ANEXOS

7. Anexos

7.1. Anexo 1

Instrumento de Coleta de Dados – WHOQOL-100

WHOQOL-100

Versão em português
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil

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

Instruções

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência às **duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a), feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a " *com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "trabalho" que você faça. Trabalho aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, trabalho, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se às últimas duas semanas.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "quão bem você é capaz de se locomover" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

7.2. Anexo 2

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 064/2008

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 1543/2008 sob a responsabilidade de Luciano Garcia Lourenção com o título "Qualidade de vida de médicos residentes em São José do Rio Preto-SP" está de acordo com a resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 24 de março de 2008.


Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP

7.3. Anexo 3

Sintaxe das equações para obtenção dos escores e determinação dos escores transformados 4-20 para cada faceta e cada domínio do questionário Whoqol. (Fonte: www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL
GRUPO WHOQOL
VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

Sintaxe SPSS - WHOQOL-100 ITEM QUESTIONNAIRE

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING FACET AND DOMAIN SCORES

(SPSS syntax files are available on diskette from WHO, Geneva)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
1. Check all 100 items from questionnaire have a range of 1-5	<pre>RECODE F11 F12 F13..(add all 100 items with a space between each)...G1 G2 G3 G4... (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (This recodes all data outwith the range 1-5 to system missing).</pre>
2. Reverse 18 items	<pre>RECODE F22 F24 F32 F34 F72 F73 F93 F94 F102 F104 F131 F154 F163 F182 F184 F222 F232 F234 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).</pre>
3. Compute facets, domains and general scores	<pre>COMPUTE FACET1=(MEAN.3 (F11, F12, F13, F14)) *4. COMPUTE FACET2=(MEAN.3 (F21, F22, F23, F24)) *4. COMPUTE FACET3=(MEAN.3 (F31, F32, F33, F34)) *4. COMPUTE FACET4=(MEAN.3 (F41, F42, F43, F44)) *4. COMPUTE FACET5=(MEAN.3 (F51, F52, F53, F54)) *4. COMPUTE FACET6=(MEAN.3 (F61, F62, F63, F64)) *4. COMPUTE FACET7=(MEAN.3 (F71, F72, F73, F74)) *4. COMPUTE FACET8=(MEAN.3 (F81, F82, F83, F84)) *4. COMPUTE FACET9=(MEAN.3 (F91, F92, F93, F94)) *4. COMPUTE FACET10=(MEAN.3 (F101, F102, F103, F104)) *4. COMPUTE FACET11=(MEAN.3 (F111, F112, F113, F114)) *4. COMPUTE FACET12=(MEAN.3 (F121, F122, F123, F124)) *4. COMPUTE FACET13=(MEAN.3 (F131, F132, F133, F134)) *4. COMPUTE FACET14=(MEAN.3 (F141, F142, F143, F144)) *4. COMPUTE FACET15=(MEAN.3 (F151, F152, F153, F154)) *4. COMPUTE FACET16=(MEAN.3 (F161, F162, F163, F164)) *4. COMPUTE FACET17=(MEAN.3 (F171, F172, F173, F174)) *4.</pre>

		<pre> COMPUTE FACET18=(MEAN.3 (F181,F182,F183,F184))*4. COMPUTE FACET19=(MEAN.3 (F191,F192,F193,F194))*4. COMPUTE FACET20=(MEAN.3 (F201,F202,F203,F204))*4. COMPUTE FACET21=(MEAN.3 (F211,F212,F213,F214))*4. COMPUTE FACET22=(MEAN.3 (F221,F222,F223,F224))*4. COMPUTE FACET23=(MEAN.3 (F231,F232,F233,F234))*4. COMPUTE FACET24=(MEAN.3 (F241,F242,F243,F244))*4. COMPUTE FACET25=(MEAN.3 (G1,G2,G3,G4))*4. COMPUTE DOM1=MEAN.2 ((24-FACET1), FACET2, FACET3). COMPUTE DOM2=MEAN.4 (FACET4, FACET5, FACET6, FACET7, (24- FACET8)). COMPUTE DOM3=MEAN.3 (FACET9, FACET10, (24-FACET11), FACET12). COMPUTE DOM4=MEAN.2 (FACET13, FACET14, FACET15). COMPUTE DOM5=MEAN.6 (FACET16, FACET17, FACET18, FACET19, FACET20, FACET21, FACET22, FACET23). COMPUTE DOM6=FACET24. (These equations calculate the total item scores within each facet. For domains, they calculate the mean of all facets within the domain. The'.3' in 'mean.3' allows facets with one item missing to be computed based on the remaining three items).</pre>
4.	Delete cases with >20% missing data	<pre> COUNT TOTAL=F12 TO F244 (1 THRU 5). (This command creates a new column 'total'. 'Total' contains a count of the WHOQOL-100 items with the values 1-5 that have been endorsed by each subject. The 'f12 to f244' means that consecutive columns from 'f12', the first item, to 'f244', the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the questionnaire). FILTER OFF. USE ALL. SELECT IF (TOTAL>=80). EXECUTE. (This second command selects only those cases where 'total', the total number of items completed, is greater or equal to 80. It deletes the remaining cases from the data set).</pre>
5.	Check facet and domain scores	<pre> DESCRIPTIVES VARIABLES=FACET1 FACET2 FACET3..(include all facets and domains)..DOM6 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX. (Running descriptives should display values of all facet and domain scores within the range 4-20).</pre>
6.	Save data set	<pre> Save data set with a new file name so that the original remains intact.</pre>

Apêndices

APÊNDICES

8. Apêndices

8.1. Apêndice 1

Instrumento de Coleta de Dados – Dados Pessoais

Médicos Residentes

I – CARACTERIZAÇÃO

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo () Outros

Nº de Filhos: _____

Qual a idade deles? _____

Ano de Residência (R1, R2, R3...): _____

Especialidade:

() acupuntura

() anestesiologia

() cancerologia clínica

() cardiologia

() cirurgia cardíaca

() cirurgia do aparelho digestivo

() cirurgia geral

() cirurgia pediátrica

() cirurgia plástica

() cirurgia torácica

() cirurgia vascular

() clínica médica

() coloproctologia

() dermatologia

() endocrinologia

() endoscopia

() gastroenterologia

() hematologia e hemoterapia

() infectologia

() mastologia

() medicina de família e comunidade

() medicina intensiva

() nefrologia

() neurocirurgia

- neurologia obstetrícia e ginecologia
- obstetrícia e ginecologia com atuação em ultrasonografia em obstetrícia e ginecologia
- oftalmologia ortopedia e traumatologia
- otorrinolaringologia
- otorrinolaringologia com atuação em cirurgia crânio-maxilo-facial
- patologia pediatria
- pediatria com atuação em medicina intensiva neonatal
- pediatria com atuação em medicina intensiva pediátrica.
- pediatria com atuação em neonatologia pneumologia
- psiquiatria reumatologia
- radiologia e diagnóstico por imagem urologia

II - CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Residência: Própria Alugada Financiada Cedida/Emprestada

Nº de moradores: _____ Quantos trabalham? _____

Renda Familiar (em salários mínimos): até 1 2 a 5 6 a 10 mais de 10

Possui algum tipo de veículo? Sim Não

O veículo é: Próprio Financiada

Possui alguma outra atividade remunerada? Sim Não

Aprimorandos e Aperfeiçoandos

I - CARACTERIZAÇÃO

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo () Outros

Nº de Filhos: _____ Qual a idade deles? _____

Você está inserido no Programa de: () Aprimoramento () Aperfeiçoamento

Em qual nível: () A-1 () A-2 () A-3

Especialidade:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| () Controle de Vetores | () Enfermagem em Saúde Coletiva |
| () Enfermagem em CCIH | () Enfermagem em Saúde da Família |
| () Enfermagem em Centro Cirúrgico | () Enfermagem em Terapia Intensiva |
| () Enfermagem em Curativo e Estomaterapia | () Farmácia Hospitalar |
| () Enfermagem em Doenças Infeciosas e Parasitárias | () Fisioterapia |
| () Enfermagem em Emergência | () Fonoaudiologia |
| () Enfermagem em Nefrologia | () Nutrição Clínica |
| () Enfermagem em Oncologia | () Psicologia da Saúde |
| () Enfermagem em Pediatria | () Serviço Social |
| | () Terapia Ocupacional |

II - CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Você mora: () sozinho () com família () com amigos/república

Residência: () Própria () Alugada () Financiada () Cedida/Emprestada

Nº de moradores: _____ Quantos trabalham? _____

Renda Familiar (em salários mínimos): () até 1 () 2 a 5 () 6 a 10 () mais de 10

Possui algum tipo de veículo? () Sim () Não

O veículo é: () Próprio () Financiado

Possui alguma outra atividade remunerada? () Sim () Não

8.1. Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a),

Meu nome é Luciano Garcia Lourenção, sou enfermeiro e estou realizando um estudo sob orientação do Prof. Dr. Airton Camacho Moscardini, Médico, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e co-orientação da Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler, Diretora Adjunta de Extensão de Serviços à Comunidade da FAMERP, sobre “Qualidade de vida de Médicos Residentes, Aprimorandos e Aperfeiçoandos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP”, vinculado ao “Núcleo de Estudos sobre morbidade referida e processo de gestão em saúde nas diferentes fases e contextos de vida humana - NEMOREGES”, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

Por meio deste, solicito sua valiosa colaboração no sentido de responder ao presente questionário, que se destina à obtenção dos dados sobre este estudo.

Ressaltamos que este estudo não oferece riscos aos participantes, já que o interesse é de avaliar, de forma geral, alguns aspectos referentes à qualidade de vida dos médicos residentes em São José do Rio Preto, com a finalidade de obter informações para propostas de intervenção. Além disso, garantimos o sigilo e o anonimato dos participantes.

Esclarecemos que os resultados obtidos com o estudo serão utilizados com fins estritamente científicos. A divulgação será feita em eventos científicos e publicações de meios especializados, independente dos resultados obtidos. Desta forma, serão beneficiados os sujeitos do estudo e seus familiares e o material poderá servir de estudo para outros profissionais.

A suspensão do estudo poderá ocorrer se for constatada qualquer possibilidade de risco ou prejuízo para a população estudada. Além disso, esclarecemos que você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e, então, retirar-se do estudo.

Contando com sua colaboração, antecipadamente agradecemos e colocamo-nos a disposição para melhores esclarecimentos.

Eu, _____,
portador do RG N° _____ sinto-me suficiente e devidamente
esclarecido sobre o objetivo deste estudo, como está escrito neste termo, e declaro
que consinto em participar do mesmo por livre vontade, não tendo sofrido
nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data: ____/____/____ **Assinatura:** _____

Luciano Garcia Lourenção
(Pesquisador)

Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldies Soler
(Co-Orientadora)

Prof. Dr. Airton Camacho Moscardini
(Orientador)

Telefones para contato: Luciano – (17) 9144-5597

Comitê de Ética em Pesquisa – (17) 3201-5813

Nota: este termo de Consentimento pós-esclarecimento foi elaborado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.