



## **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS CLÍNICOS E CIRURGIÕES** *Evaluation of quality of life of non-surgical physicians and surgeons* *Evaluación de la calidad de vida de médicos clínicos y cirujanos*

**Hugo Machado Sanchez (OrcID)**

Universidade de Rio Verde - UNIRV - Rio Verde (GO) - Brasil

**Andre Luiz Sbroggio Junior (Lattes)**

Universidade de Rio Verde - UNIRV - Rio Verde (GO) - Brasil

**Eliane Gouveia de Moraes (Lattes)**

Universidade Federal de Goiás - UFG - Jataí (GO) - Brasil

**Patricia Leão da Silva Agostinho (Lattes)**

Universidade Federal de Goiás - UFG - Jataí (GO) - Brasil

**Thays Barbieri Poloniato (Lattes)**

Universidade de Rio Verde - UNIRV - Rio Verde (GO) - Brasil

**Paulo Grossi Soares (Lattes)**

Universidade de Rio Verde - UNIRV - Rio Verde (GO) - Brasil

### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida (QV) dos profissionais da área médica de acordo com a especialidade escolhida (clínica ou cirúrgica). **Métodos:** Estudo transversal analítico, realizado em 2016, com médicos de clínicas e hospitais de Rio Verde, Goiás, Brasil. Utilizaram-se dois questionários: um sobre aspectos sociodemográficos e outro para avaliação da QV, o *World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-abreviado)*. Entregaram-se 287 questionários, sendo 144 respondidos. Dados comparativos dos domínios receberam análise ANOVA, MANOVA, MANCOVA, correlação de *Pearson* e regressão linear, considerando-se  $p < 0,05$ . **Resultados:** Encontrou-se média de idade de  $37,7 \pm 10,09$  anos e a maioria do sexo masculino (63,1%;  $n=91$ ). O domínio físico foi, significativamente, melhor avaliado nos valores médios de QV pelo sexo masculino ( $p=0,002$ ), assim como o domínio meio ambiente ( $p=0,031$ ). Quando se comparou valores médios da QV e seus domínios de acordo com a atuação clínica e/ou cirúrgica dos médicos, não houve diferença significativa. Ao se comparar médicos plantonistas e não plantonistas, verificou-se que os domínios relação social ( $p=0,049$ ), meio ambiente ( $p=0,001$ ) e QV ( $p=0,024$ ), independentes da carga horária, apresentaram piora no caso dos médicos plantonistas. Quanto maior o tempo de formado, maior a percepção do domínio meio ambiente ( $p=0,02$ ). Sem diferença significativa quanto à faixa salarial. **Conclusão:** Não houve diferença na qualidade de vida global entre os médicos clínicos e cirurgiões avaliados, porém, quando comparado entre o sexo, o masculino obteve desempenho mais satisfatório nos domínios físico e meio ambiente. Evidenciou-se que a faixa salarial não influencia na qualidade de vida desses profissionais.

**Descritores:** Qualidade de vida; Médicos; Equilíbrio Trabalho-Vida; Saúde do Trabalhador.



## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the quality of life (QOL) of medical practitioners according to the chosen specialty (non-surgical or surgery). **Methods:** Cross-sectional analytical study performed in 2016 with physicians working in clinics and hospitals of Rio Verde, Goiás, Brazil. Two questionnaires were used: one on sociodemographic aspects and the second one, for quality of life evaluation, the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Out of 287 questionnaires that were delivered, 144 were answered. Comparative data regarding the domains received analysis with use of ANOVA, MANOVA, MANCOVA, Pearson's correlation and linear regression, considering  $p < 0.05$ . **Results:** The findings showed mean age of  $37.7 \pm 10.09$  years and a majority of men (63.1%;  $n=91$ ). The physical domain was significantly better evaluated in the mean values of QOL by men ( $p=0.002$ ), as well as the environmental domain ( $p=0.031$ ). When comparing the mean values of the QOL and their domains according to the clinical and/or surgical practice of the physicians, there was no significant difference. When comparing physicians that work alternative shifts to those working regular day shifts, it was found that the domains of social relationships ( $p=0.049$ ) and environment ( $p=0.001$ ), and the global QOL ( $p=0.024$ ) as well, regardless of the workload, were worsened among the shift workers. The longer the length of time since graduating from college, the greater the perception of the environmental domain ( $p=0.02$ ). There was no significant difference as for the salary range. **Conclusion:** There was no difference in the global quality of life between the evaluated non-surgical physicians and surgeons. However, when compared by sex, men achieved a more satisfactory performance in terms of the physical and environmental domains. It was evidenced that the salary range does not influence the quality of life of these professionals.

**Descriptors:** Quality of Life; Physicians; Work-Life Balance; Occupational Health.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida (CV) de los profesionales del área médico de acuerdo a la especialidad elegida (la clínica o quirúrgica). **Métodos:** Estudio transversal analítico realizado en 2016 con médicos de clínicas y hospitales de Rio Verde, Goiás, Brasil. Se utilizaron dos cuestionarios: uno sobre los aspectos sociodemográficos y otro para la evaluación de la CV, el World Health of Quality of Life-Bref (WHOQOL-abreviado). Se han distribuido 287 cuestionarios y 144 han sido contestados. Los datos comparativos de los dominios recibieron análisis ANOVA, MANOVA, MANCOVA, correlación de Pearson y regresión lineal, considerándose  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se encontró una media de edad de  $37,7 \pm 10,09$  años y la mayoría del sexo masculino (63,1%;  $n=91$ ). El dominio físico ha sido, significativamente, mejor evaluado para los valores medios de la CV por el sexo masculino ( $p=0,002$ ) así como el dominio medio ambiente ( $p=0,031$ ). No hubo diferencia significativa al comparar los valores medios de la CV y sus dominios de acuerdo con la actuación clínica y/o quirúrgica de los médicos. Al comparar los médicos que están de guardia y los que no, se verificó que los dominios relación social ( $p=0,049$ ) y medio ambiente ( $p=0,001$ ) y CV ( $p=0,024$ ), independientes de la carga horaria, se han presentado peor para los médicos de guardia. A más tiempo de la graduación mayor es la percepción del dominio medio ambiente ( $p=0,02$ ) de parte de los profesionales. No hubo diferencia significativa respecto la franja salarial. **Conclusión:** No hubo diferencia para la calidad de vida global entre los médicos clínicos y cirujanos evaluados, sin embargo, al comparar entre el sexo, el masculino tuvo el desempeño más satisfactorio para los dominios físico y medio ambiente. Se ha evidenciado que la franja salarial no influye en la calidad de vida de esos profesionales.

**Descriptor:** Calidad de Vida; Médicos; Equilibrio entre Vida Personal y Laboral; Salud Laboral.

## INTRODUÇÃO

Como tentativa de mensurar a avaliação da qualidade de vida nas duas últimas décadas, houve uma proliferação de instrumentos, a maioria desenvolvida nos EUA, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas uma vez que a QV envolve aspectos objetivos e subjetivos determinantes da boa qualidade de vida<sup>(1)</sup>.

A partir da percepção que as pessoas têm de seu meio, é possível estabelecer elementos para pensar nessa noção enquanto fruto de indicadores objetivos e subjetivos<sup>(2)</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o grupo WHOQOL definem qualidade de vida (QV) como uma "percepção individual de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"<sup>(3)</sup>.

Devido a essa complexidade, apresenta-se como uma temática de difícil compreensão e necessita de certas delimitações para possibilitar sua operacionalização em análises científicas. Essa concepção está sujeita a mudanças ao longo do tempo, de forma global ou em algumas áreas<sup>(4)</sup>.

Fazendo parte da promoção da saúde quanto à QV, o projeto "Cidades saudáveis" visava o desenvolvimento de planos de ação locais para a promoção da saúde, baseados nos princípios de saúde para todos da OMS. Desde então, vem crescendo continuamente, envolvendo cerca de 1.800 cidades, em várias redes desenvolvidas nos cinco continentes<sup>(5)</sup>.

Quando se trata dos profissionais da área médica, percebe-se uma redução do limiar de qualidade de vida, pois passam a viver no limite da exaustão, quase sempre em vigília e prontos para algum chamado de emergência. Dessa forma, ocorre prejuízo no sono, alterações da estrutura psicológica, da autoestima e do desempenho profissional. Apresentam-se, muitas vezes, em conflito entre o prazer de exercer a profissão e a banalização da própria saúde, fazendo usos nocivos de analgésicos opióides e benzodiazepínicos<sup>(6)</sup>.

No Brasil, quase 50% dos médicos não têm uma especialidade, sendo os chamados médicos generalistas. Dessa forma, esses constituem a grande maioria dos plantonistas, atuando clinicamente<sup>(7)</sup>.

A carreira de cirurgião inicia-se com o acesso a um programa de residência médica, que foi definido como “modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob forma de curso de especialização caracterizada por treinamento em serviço funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. O programa tem duração de dois anos, habilitando o médico a realizar diagnóstico e tratamento das enfermidades tratáveis por procedimento cirúrgico, principalmente no que concerne às urgências, devendo prepará-lo para a execução das intervenções básicas de todas as especialidades da vida<sup>(8)</sup>.

Uma pesquisa realizada com 309 médicos relatou que 73,5% gostariam de avaliar a QV de seus pacientes e que 94,3% deles estariam dispostos a prescrever medicamentos caros para aumentar a QV de seus pacientes. No entanto, esbarram em certas barreiras, como falta de recursos financeiros e de tempo diminuto. Devido a isso, permanece incerto o número de médicos que, rotineiramente, medem a QV, sendo que suas recomendações vinham de experiências profissionais, demonstrando a maior sensibilidade dos clínicos quanto às suas experiências<sup>(9)</sup>.

Médicos cirurgiões e clínicos apresentam, na maioria das vezes, personalidades opostas. Os cirurgiões são mais rápidos e impulsivos, mais racionais e mais agressivos, interessados no contato interpessoal, mas em menor grau quando comparados aos clínicos, além de serem mais submetidos ao estresse extremo, podendo levá-los ao esgotamento, o que, subseqüentemente, contribui para um desempenho técnico prejudicado, erros médicos, problemas de saúde física e mental, e até um risco aumentado de suicídio. Os médicos clínicos são mais tranquilos, reflexivos e imaginativos, detalhistas e opositoristas ao ambiente, mas são mais interessados no contato interpessoal e menos agressivos que os cirurgiões<sup>(10)</sup>.

Sendo assim, o médico que atua na área clínica é menos apegado a regras e rotina, o que acaba criando maiores oportunidades de exercer atividades que melhorem a QV. Ademais, são características de personalidade e a disponibilidade de tempo que fazem o profissional escolher a área médica em que irá atuar e, no decorrer da profissão, acabam desenvolvendo diferentes métodos de trabalho e de lazer<sup>(10)</sup>.

Separando as especialidades clínicas e cirúrgicas, um estudo alemão voltado para os cirurgiões constatou que 39% dos clínicos trabalhavam mais de 60 horas semanais, enquanto 68% dos cirurgiões faziam essa média de horas. Foi relatado ainda, por parte de 74% dos cirurgiões, restrições à vida privada e familiar devido à sobrecarga de trabalho, sendo 15% maior comparado aos médicos clínicos (59%). Tendo em vista os resultados do estudo, os cirurgiões precisam se atentar mais para a própria qualidade de vida, pelo seu próprio bem e também por ser uma questão central ao tratar seu paciente<sup>(11)</sup>.

Dentro das perspectivas apresentadas, este estudo visa avaliar a QV dos profissionais da área médica de acordo com a especialidade escolhida (clínica ou cirúrgica).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal, realizado, entre janeiro e dezembro de 2016, em clínicas e hospitais do município Rio Verde, Goiás, Brasil.

Incluíram-se no estudo médicos atuantes em hospitais, bem como os que atuavam em clínicas particulares, que exerciam suas atividades independentes do tempo de residência, sem discriminação de sexo, etnia e faixa etária, desde que os profissionais não estivessem em atendimento.

Excluíram-se os médicos portadores de deficiência física, pois representavam um viés ao domínio físico, tendenciando a autoavaliação. Também se excluíram médicos que estivessem de férias por mais que 15 dias ou qualquer outro motivo que os impedisse de exercer suas atividades; que estivessem em qualquer programa de residência médica; gestantes que ainda exercessem atividades; e, por fim, médicos com diplomas de graduação oriundos de outros países sem o reconhecimento de alguma instituição de ensino superior nacional.

A coleta de dados ocorreu utilizando-se dois instrumentos, sendo o primeiro um questionário sobre aspectos sociodemográficos, e o segundo é o instrumento genérico proposto pela OMS para avaliação da QV, denominado *World Health of Quality of Life-Bref* (WHOQOL-abreviado)<sup>(3,4)</sup>.

O primeiro instrumento corresponde a um questionário construído pelos autores do presente estudo para a coleta de dados sociodemográficos, composto por questões objetivas subdivididas em dados pessoais referentes à qualidade de vida dos profissionais clínicos e cirurgiões da área médica. Esse instrumento, antes de ser aplicado, foi enviado a três juízes (*experts*) da área para sugestões e correções e, logo após, submetido a um pré-teste, que também gerou correções ao mesmo previamente à sua aplicação.

O segundo instrumento, o WHOQOL-abreviado, é uma versão abreviada do WHOQOL-100 criada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, em 1998, revisto e validado para a língua portuguesa<sup>(1,3,4)</sup>. Apresenta bom desempenho psicométrico, praticidade de uso, características satisfatórias de consistência interna e confiabilidade, com 26 itens, quatro domínios, um índice global e quatro para os domínios pela média dos itens, com resultados de zero a 100. Consistência interna  $\alpha = 0,91$  e entre 0,69 e 0,84 para os domínios. No presente estudo, todos os questionários eram auto-administrados. Todavia, em caso de dúvida, os pesquisadores estiveram à disposição para auxiliar os participantes, tornando a aplicação em assistida.

Para a análise estatística, utilizou-se o programa SPSS 22.0 (IBM, USA). Para a comparação dos domínios e QV entre si, utilizou-se ANOVA-*one way*. Na comparação dos domínios e QV entre os sexos, utilizou-se o teste t de *Student* da mesma forma que na comparação entre domínios e QV dos plantonistas e não-plantonistas. Na comparação múltipla entre domínios e QV com a área de atuação médica, utilizou-se MANOVA, assim como na comparação da QV e domínios entre área de faixas salariais. A qualidade de vida e seus domínios foram comparados entre os sexos e área de atuação utilizando-se a Análise Multivariada de Covariância (MANCOVA), com ajustamento de *Bonferroni* para múltiplas comparações e associado. Para verificar a correlação entre domínios e QV com idade e tempo de formado, empregou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Para avaliar a associação entre o sexo e QV, realizou-se a regressão linear simples e, para associar a QV com idade e tempo de formado, utilizou-se a regressão linear múltipla. Por fim, para analisar a associação entre QV e número de plantões, realizou-se regressão linear simples. Em todos os testes, foram considerados significativos valores de  $p < 0,05$ .

O presente estudo recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniRV, pelo Parecer nº 042821/2014, respeitando-se os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

No total, entregaram-se 287 questionários, sendo respondidos 144 integralmente. A média de idade dos participantes foi de  $37,7 \pm 10,09$  anos, e a maioria era do sexo masculino (63,1%;  $n=91$ ).

Na comparação entre os domínios, verificou-se que o físico ( $71,03 \pm 15,18$ ) apresentou-se maior que o domínio meio ambiente ( $65,34 \pm 12,98$ ),  $p=0,010$ . A Tabela I apresenta os dados de comparação da QV e seus domínios entre os sexos. Conforme resultados apresentados, o domínio físico foi, significantemente, melhor avaliado pelos homens ( $p=0,002$ ), assim como o domínio meio ambiente ( $p=0,031$ ) nos valores médios de QV. Quando comparado os valores médios da QV e seus domínios de acordo com a atuação (clínica e/ou cirúrgica dos médicos), não houve diferença significativa (Tabela II).

Tabela I - Valores médios de qualidade de vida (QV) e comparação, por meio do teste t de *Student*, entre os sexos ( $n=144$ ). Rio Verde, Goiás, Brasil, 2016.

	Sexo masculino (n=91)	Sexo feminino (n=53)	Valor de p
Domínio físico	80,64±15,12	58,52±14,89	0,002*
Domínio psicológico	77,20±13,45	64,43±12,75	0,075
Domínio relações sociais	74,11±15,82	69,74±14,54	0,539
Domínio meio ambiente	78,19±13,91	62,73±12,74	0,031*
QV	77,40±15,65	64,08±15,78	0,065

\* valores de  $p < 0,05$ . QV: qualidade de vida; n: número absoluto

Tabela II - Comparação entre áreas de atuação e percepção geral da QV e seus respectivos domínios, pelo método MANOVA (n=144). Rio Verde, Goiás, Brasil, 2016.

Variável dependente	Atuação	Média+DP	Comparação	Variável comparada	Valor de p
<b>Domínio físico</b>	clínica	70,32+15,45	clínica	cirurgia	0,44
	cirurgia	74,05+14,22		clínica e cirurgia	0,47
	clínica e cirurgia	74,16+12,75	cirurgia	clínica	0,44
				clínica e cirurgia	0,99
	clínica e cirurgia			clínica	0,47
				cirurgia	0,99
<b>Domínio psicológico</b>	clínica	68,64+15,35	clínica	cirurgia	0,58
	cirurgia	71,69+12,53		clínica e cirurgia	0,99
	clínica e cirurgia	67,83+13,35	cirurgia	clínica	0,58
				clínica e cirurgia	0,82
	clínica e cirurgia			clínica	0,99
				cirurgia	0,82
<b>Domínio relações sociais</b>	clínica	68,23+18,78	clínica	cirurgia	0,97
	cirurgia	69,00+17,40		clínica e cirurgia	0,99
	clínica e cirurgia	67,00+15,56	cirurgia	clínica	0,97
				clínica e cirurgia	0,96
	clínica e cirurgia			clínica	0,99
				cirurgia	0,96
<b>Domínio meio ambiente</b>	clínica	64,96+12,99	clínica	cirurgia	0,63
	cirurgia	67,37+14,54		clínica e cirurgia	0,81
	clínica e cirurgia	66,39+10,86	cirurgia	clínica	0,63
				clínica e cirurgia	0,99
	clínica e cirurgia			clínica	0,81
				cirurgia	0,99
<b>QV</b>	clínica	68,04+13,54	clínica	cirurgia	0,61
	cirurgia	70,53+12,37		clínica e cirurgia	0,88
	clínica e cirurgia	68,84+10,31	cirurgia	clínica	0,61
				clínica e cirurgia	0,96
	clínica e cirurgia			clínica	0,88
				cirurgia	0,96

\* valores de  $p < 0,05$ . QV: qualidade de vida; n: número absoluto

Ao se comparar os médicos plantonistas e não plantonistas é possível verificar uma disparidade nos domínios relação social ( $p=0,049$ ), meio ambiente ( $p=0,001$ ) e QV ( $p=0,024$ ), sendo observado que médicos plantonistas, independente da carga horária, apresentam piora nesses domínios (Tabela III). Já quando se comparou a qualidade de vida e seus respectivos domínios entre as faixas salariais, não se observou diferença significativa (Tabela IV).

Na Tabela V apresenta-se a correlação entre os domínios e QV com idade e o tempo de formado, havendo correlação entre o domínio meio ambiente com o tempo de formado, ou seja, quanto maior o tempo de formado melhor a percepção do domínio meio ambiente ( $p = 0,02$ ).

Tabela III - Comparação dos domínios e QV entre aqueles que trabalham ou não em regime de plantão pelo teste t de Student (n=144). Rio Verde, Goiás, Brasil, 2016.

	Sim (n=89)	Não (n=55)	Valor de p
Domínio físico	69,22±15	73,96±15,14	0,173
Domínio psicológico	67,04±14,76	71,97±14,7	0,14
Domínio relações sociais	65,63±18,58	72,42±17,18	0,049*
Domínio meio ambiente	62,6±12,18	69,77±13,12	0,001*
QV	66,12±12,94	72,03±12,79	0,024*

\* valores de  $p < 0,05$ . QV: qualidade de vida; n: número de indivíduos

Tabela IV - Comparação da QV e domínios entre áreas e faixas salariais, pela MANOVA (n=144). Rio Verde, Goiás, Brasil, 2016.

	10-19 salários mínimos (n=55)	20-29 salários mínimos (n=69)	30-39 salários mínimos (n=14)	> 40 salários mínimos (n=6)
<b>Domínio físico</b>	68,96±13,69	71,27±15,42	75,51±21,14	76,78±3,71
<b>Domínio psicológico</b>	68,56±14,2	67,99±15,01	72,02±18,08	75,92±11,06
<b>Domínio relação social</b>	67,72±18,08	67,51±18,08	71,42±20,07	73,61±10,70
<b>Domínio meio ambiente</b>	64,94±13,00	65,08±12,72	65,85±16,09	72,91±6,22
<b>QV</b>	67,54±13,01	67,96±12,68	71,2±17,35	74,81±5,38

\* valores de  $p < 0,05$ . QV: qualidade de vida; n: número de indivíduos

Tabela V - Correlação entre domínios e qualidade de vida (QV) com idade e tempo de formado, por meio do coeficiente de correlação de *Pearson* (n=144). Rio Verde, Goiás, Brasil, 2016.

	Idade		Tempo de Formado	
	r	p	r	p
<b>Domínio físico</b>	0,80	0,33	0,13	0,09
<b>Domínio psicológico</b>	0,10	0,21	0,15	0,64
<b>Domínio relação social</b>	- 0,78	0,35	0,19	0,81
<b>Domínio meio ambiente</b>	0,11	0,18	0,18	0,02*
<b>QV</b>	0,05	0,53	0,13	0,10

\*  $p < 0,05$ . QV: qualidade de vida. r: coeficiente de correlação de *Pearson*

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo revelaram uma melhor avaliação pelos médicos do sexo masculino quanto ao domínio físico. Os homens apresentam menos influência de fatores de carga física, emocional e mental do que as mulheres. Estas, ao longo da vida, passam por transformações físicas e emocionais, muitas vezes sob influência hormonal, sendo amplamente observadas em determinados períodos, como pós-menopausa e púbere<sup>(12)</sup>.

As mulheres estão mais expostas do que os homens aos problemas físicos e mentais e uma maior tendência a estresse e insatisfação profissional no trabalho<sup>(13,14)</sup>. Porém, no atual estudo, houve uma tendência quanto ao domínio psicológico, sendo relacionada como uma das principais causas de adoecimento do médico, lembrando que a dinâmica mental interfere na qualidade de vida, visto que modifica a percepção que se tem da própria existência, sendo que médicos com perfil patológico no domínio psicológico obtêm menor QV quando comparado à população em geral<sup>(15)</sup>.

As condições de trabalho precárias, com jornadas extenuantes, a multiplicidade de atividades, o desgaste profissional e a redução dos salários vêm sendo apontado como agravante de uma má QV na população geral e apresenta correlação positiva para a síndrome do *Burnout*<sup>(16)</sup>.

O domínio do meio ambiente ( $p=0,032$ ) também obteve melhor avaliação por parte dos médicos do sexo masculino no presente estudo, pelo fato de as mulheres, em geral, enfrentarem dupla ou tripla jornada de trabalho, com suas obrigações domésticas e maternas interferindo nas facetas do domínio meio ambiente, como a ambientação do lar, segurança da saúde, recreação e lazer. Além disso, estão mais expostas aos problemas físicos e mentais do que os homens, talvez por possuírem maior preocupação com os sentimentos, a autoestima, as crenças, a formação da personalidade, os processos cognitivos e outros aspectos relacionados ao desenvolvimento humano<sup>(17,18)</sup>.

Em estudos realizados na Alemanha<sup>(11,19)</sup> com cirurgiões e não cirurgiões (clínicos), a QV dos cirurgiões apresentou-se inferior em todos os domínios quando comparado aos não cirurgiões, apontando-se como justificativa a carga horária dos primeiros, que é maior que a dos clínicos muitas vezes, não estando satisfeitos com o trabalho e a hierarquia. Não houve diferença estatística significativa entre cirurgiões e clínicos no atual estudo, o que permite observar um comportamento diferente do estudo da Alemanha, entretanto concordante com o atual momento da medicina brasileira, em que grande parte dos clínicos não possui nenhuma especialização.

A proporção entre especialista e não especialistas é de 1,8 no Brasil, contra 17,8 na Alemanha<sup>(20)</sup>. Grande parte trabalha em emergências, enquanto que, no estudo realizado na Alemanha, grande parte é de residentes, que trabalham em clínicas particulares e já possuem alguma especialização<sup>(21)</sup>. A complexidade do trabalho nas

emergências nas quais atuam, juntamente com a ausência de formação por parte dos clínicos no Brasil<sup>(20)</sup>, explica os resultados similares aos cirurgiões.

Quando se comparou médicos plantonistas e não plantonistas na atual pesquisa, verificaram-se diferenças estatísticas significantes na percepção geral da QV ( $p=0,024$ ), sendo observado a independência da variável carga horária. No Brasil, os regimes de plantão médico são variados, sendo mais comum os turnos de 24 horas semanais, iniciando à noite após um dia normal de trabalho, o que leva os médicos envolvidos em tal regime a permanecer trabalhando, quase sem dormir, por mais de 36 horas<sup>(7)</sup>.

A associação entre privação de sono e má QV inicia-se na vida acadêmica, com extenuantes jornadas de estudo, correlacionando-se negativamente horas dormidas com o desempenho acadêmico<sup>(22)</sup>. Em outro estudo realizado com médicos residentes submetidos a extenuantes cargas horárias de trabalho<sup>(23)</sup>, demonstrou-se que trabalhar por turnos apresenta dificuldades não só por causa da perda de horas de sono reais, mas também porque pode afetar outros fatores relacionados ao estilo de vida, tais como: a ingestão de alimentos e o nível de atividade física e, portanto, os padrões metabólicos<sup>(24)</sup>.

Assim sendo, o profissional que trabalha em turnos irregulares apresenta queda no desempenho individual, com um quadro de fadiga crônica, o que justifica a diferença no presente estudo dos médicos plantonistas e não plantonistas quanto à QV.

Médicos plantonistas e não plantonistas apresentaram diferenças estatísticas significativas no domínio da relação social na pesquisa em questão, as quais, por sua vez, podem ser justificadas pelo fato de médicos plantonistas trabalharem em setores de emergência médica com casos de alta complexidade, necessitando de um grande esforço físico e mental. Assim sendo, a relevância das relações sociais e pessoais (maior tempo de leitura, cultivo de amizade e relações familiares) pode estar diretamente relacionada com o ambiente de trabalho<sup>(25)</sup>, justificando também o aparecimento de diferença estatística no meio ambiente, que tem como uma de suas facetas o ambiente de trabalho.

Favorecendo os achados, constataram-se elevados níveis de estresse entre médicos plantonistas especializados em Anestesiologia, sendo que o maior tempo de experiência profissional se correlacionou a índices menores de fadiga emocional, visto que esses profissionais trocam menos de local de trabalho com o passar dos anos<sup>(26,27)</sup>. Como grande parte da amostra do presente estudo é de médicos sem especialização, justifica a diferença estatística inferior encontrada no domínio do meio ambiente.

Na comparação entre a QV e seus respectivos domínios com a faixa salarial não foi observada diferença estatística na atual pesquisa, concordando com estudo realizado na UNESP, onde egressos do curso de Medicina apresentam renda salarial proporcional à qualidade de vida<sup>(28)</sup>.

No entanto, como não há um estudo realizado com médicos na emergência, utilizou-se para efeito comparativo um estudo realizado com equipe de Enfermagem na emergência, evidenciando-se uma relação invertida entre a qualidade de vida e a renda - faixa salarial<sup>(29)</sup>, sendo condizente aos achados de que a renda não influencia diretamente na qualidade de vida. A justificativa estaria na própria definição de qualidade de vida, que avalia o indivíduo no meio em que está inserido. Assim, para obter maior renda, o indivíduo teria que aumentar sua carga horária de trabalho, chegando a ultrapassar seus limites psicofisiológicos.

Diante dos achados da presente pesquisa, e do fato desses profissionais estarem diretamente ligados à saúde pública do município analisado, esta investigação colabora para o repensar das atividades dos profissionais e suas implicações na resolubilidade dos serviços públicos de saúde<sup>(30)</sup>. Constatou-se que o perfil do médico clínico e o sexo feminino é o que mais se aproxima do padrão-ouro em promoção da saúde, porém grande parte desses médicos também são plantonistas e não exclusivos da atenção básica de saúde e, como ficou demonstrado, grande parte apresenta falhas no domínio do meio ambiente, sendo extremamente necessário para o profissional que realiza os atendimentos.

## CONCLUSÃO

Não houve diferença significativa entre os médicos investigados, das áreas clínica e cirúrgica, quanto à qualidade de vida e seus domínios de maneira global, porém quem opta por realizar plantões tem uma diminuta percepção da qualidade de vida e uma piora no domínio das relações sociais.

A comparação entre os sexos evidenciou que o sexo masculino apresenta desempenho mais satisfatório nos domínios físico e meio ambiente. Evidenciou-se ainda que a faixa salarial não influencia diretamente na qualidade de vida dos profissionais avaliados.

## REFERÊNCIAS

1. Pires AC, Fleck MP, Power Mick RNS. Psychometric properties of the EUROHIS-QOL 8-item index (WHOQOL-8) in a Brazilian sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018;40(3):249-55.
2. Roriz PC, Paschoal T. Relação entre ações de qualidade de vida no trabalho e bem-estar laboral. *Psicol Argum.* 2012;30(70):585-93.
3. Snell DL, Siegert RJ, Surgenor LJ, Dunn JA, Hooper GJ. Evaluating quality of life outcomes following joint replacement: psychometric evaluation of a short form of the WHOQOL-Bref. *Qual Life Res.* 2016;25(1):51-61.
4. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF. *Quality of Life Assessment 1998. Psychol Med.* 1998;28(3):551-8.
5. Bampi LNS, Baraldi S, Guilhem D. Qualidade de vida de estudantes de medicina na Universidade de Brasília. *Rev Bras Educ Médica.* 2013;37(2):217-25.
6. Arenson-pandikow HM, Oliviera LT, Bortolozzo CR. Perception of quality of Life among anesthesiologists and non-anesthesiologists. *Rev Bras Anest.* 2012;62(1):48-55.
7. Scheffer M, organizador. *Demografia Médica no Brasil 2018.* São Paulo: FMUSP; 2018.
8. Rasslan S, Arakaki MS, Rasslan R, Utiyama EM. Perfil do residente de Cirurgia Geral: quais as mudanças no Século XXI? *Rev Col Bras Cir [Internet].* 2018 [acesso em 2018 Jul 14];45(2):e1706. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n2/pt\\_1809-4546-rcbc-45-02-e1706.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n2/pt_1809-4546-rcbc-45-02-e1706.pdf)
9. Schmick A, Juergensen M, Rohde V, Katalinic A, Waldmann A. Assessing health-related quality of life in urology – a survey of 4500 German urologists. *BMC Urol.* 2017;17(1):46.
10. Kang SH, Boo YJ, Lee JS, Han HJ, Jung CW, Kim CS. High occupational stress and low career satisfaction of korean surgeons. *J Korean Med Sci.* 2015;30(2):133-9.
11. Bohrer T, Koller M, Schlitt HJ, Bauer H. Quality of life of german surgeons: results of a survey of 3,652 attendees of the annual meetings of the German Surgical Societies. *Dtsch Med Wochenschr.* 2011;136(42):2140-4.
12. Vilas Boas AA, Faria DA, Pires AAS, Morin EM. Quality of life factors in the work of teachers from federal institutions in the southeast, central-west and Federal District. *Braz J Develop.* 2018;4(5):2458-82.
13. Hawthorne G, Richardson J, Osborne R. The Assessment of Quality of Life (AQoL) Instrument: a psychometric measure of health-related quality of life. *Qual Life Res.* 1999;8(3):209-24.
14. Santos FAAS, Sousa LP, Serra MAO, Rocha FAC. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2016;29(2):191-7.
15. Mulla S, Hakulinen C, Pesseau J. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):52.
16. Pulcrano M, Evans SRT, Sosin M. Quality of life and burnout rates across surgical specialties a systematic review. *JAMA Surg.* 2016;151(10):970-8.
17. Mulla S, Hakulinen C, Ruiz de Porras DG, Pesseau J, Jokela M, Vänskä J, et al. Medical specialty choice and well-being at work: physician's personality as a moderator. *Arch Environ Occup Health.* 2018:1-15.
18. Hipp M, Pilz L, Al-Batran SE, Hautmann MG, Hofheinz RD. Workload and quality of life of medical doctors in the field of oncology in Germany: a survey of the working group quality of life of the AIO for the study group of internal oncology. *Oncol Res Treat.* 2015;38(4):154-9.
19. Purim KSM, Borges LMC, Possebom AC. Perfil do médico recém-formado no sul do Brasil e sua inserção profissional. *Rev Col Bras Cir.* 2018;43(4):295-300.
20. Pereira EF, Teixeira CS, Andrade RD, Silva-Lopes A. O trabalho docente e a qualidade de vida dos professores na educação básica. *Rev Salud Públ.* 2014;16(2):221-31.
21. Ozder A, Eker HH. The prevalence of excessive daytime sleepiness among academic physicians and its impact on the quality of life and occupational performance. *Int J Occup Med Environ Health.* 2015;28(4):721-30.



22. Khoushhal Z, Hussain MA, Greco E, Mamdani M, Verma S, Rotstein O, et al. Prevalence and causes of attrition among surgical residents. a systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg.* 2017;152(3):265-72.
23. Palhares VDC, Corrente JE, Matsubara BB. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(4):594-601.
24. Coelho MF, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Analysis of the organizational aspects of a clinical emergency department: a study in a General Hospital in Ribeirao Preto, SP, Brazil. *Rev Latinoam Enferm.* 2010;18(4):770-7.
25. Kinzl JF, Traweger C, Trefalt E, Riccabona U, Lederer W. Work stress and gender-dependent coping strategies in anesthesiologists at a university hospital. *J Clin Anesth.* 2007;19(5):334-8.
26. Mikalauskas A, Benetis R, Širvinskas E, Andrejaitienė J, Kinduris S, Macas A, et al. Burnout among anesthetists and intensive care physicians. *Open Med.* 2018;13:105-12.
27. Torres A, Rodrigues RT, Muller SS, Lima MCP. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(2):264-75.
28. Vitorino LM, Monteiro FP, Silva JV, Dias EN, Santos AEO. Qualidade de vida da equipe de enfermagem em unidades de urgência e emergência. *Rev Ciênc Méd (Campinas).* 2014;23(2):83-9.
29. Wachholz PA, Lima SAM, Villas Boas PJF. Da prática baseada em evidências para a saúde coletiva informada por evidências: revisão narrativa. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2018;31(2):1-7.
30. Silva JRA, Lemos EC, Hardman CM, Santos SJ, Antunes MBC. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2018;28(1):75-81.

**Endereço para correspondência:**

Hugo Machado Sanchez  
Universidade de Rio Verde - UNIRV  
Fazenda Fontes do Saber  
Caixa Postal 104  
CEP: 75901-970 - Rio Verde - GO - Brasil  
E-mail: andre.alsj01@gmail.com