

# Qualidade de Vida no trabalho dos profissionais médicos de Ortopedia e Traumatologia de um Hospital Universitário na Região Central do Brasil

## *Quality of Life at work of Orthopedic and Traumatology medical professionals at a University Hospital in Central Brazil*

Sara Cristina Costa Nogueira, Isabela Oliveira Caldeira de Moura, Janaina Yacy Hess Ferreira, Maria Alves Barbosa, Frederico Barra de Moraes.<sup>1</sup>

### RESUMO

A qualidade de vida vem ganhando importância no cenário do mundo contemporâneo. O trabalho adquiriu relevância na vida do indivíduo e interfere de forma positiva ou negativa na qualidade de vida. Diante desta constatação e na ânsia de exercer da melhor forma possível sua profissão, os profissionais médicos ortopedistas e traumatologistas deixam para segundo plano a preocupação com sua saúde e seu bem-estar físico e emocional. OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida (QV) no trabalho dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil e os principais fatores que influenciam a QV. MÉTODOS: Estudo transversal, realizado em 2019 e 2020, com 30 médicos ortopedistas. Foram incluídos no estudo médicos e professores da Faculdade de Medicina da UFG. Foram excluídos do estudo os médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário o SF-36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey, composto por 36 itens, sendo estes divididos em oito domínios (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Foi utilizado o Raw Scale, para cálculo de domínio o valor obtido nas questões correspondente menos o limite inferior multiplicado por cem e dividimos pela variação (Score range). Os dados foram analisados pelo Software SPSS-15. Foi apresentado sete variáveis independentes: idade, massa corporal, estatura, IMC, número de filhos, tempo de atuação profissional e tempo de atuação na UFG. RESULTADOS: Os dados foram estatisticamente analisados junto a 30 médicos ortopedistas nas variáveis independentes com média de idade (anos) 46,73 (34-66 anos); IMC, média 27,56 (variando de 22,32-34,94); número de filhos, média 2,03 (variando de 0-3); tempo de atuação profissional (anos), média 21,20; e tempo de atuação na UFG (anos), média 12,67, não mostrando significância. A partir desta análise, foi possível reunir os dados que

<sup>1</sup>Departamento de Ortopedia e Traumatologia – FM – UFG

medem a qualidade de vida do médico ortopedista. Quando correlacionamos as variáveis individuais com os domínios, destacamos a variável peso que foi significativa com o domínio físico com  $P=0,04$  e com a dor com  $P=0,05$ , o ganho de peso prejudica a qualidade de vida, causando dores e prejudicando os aspectos físicos. A variável IMC teve significância no Domínio dor com  $P=0,03$ . CONCLUSÃO: O domínio social do SF-36 apresentou melhor desempenho. O domínio dor apresentou o menor score. O principal fator que influenciou negativamente a QV foi o peso corporal, sugerindo que quanto mais obeso, maior a dor. Vale ressaltar que o IMC também interferiu negativamente no domínio dor, apesar da estatura não ter tido fator significativo.

**Descritores:** *qualidade de vida; ortopedistas; médicos; hospital universitário.*

#### ABSTRACT

*Quality of life has been gaining importance in the contemporary world scenario. Work has acquired relevance in the individual's life and interferes positively or negatively in quality of life. Faced with this finding and in the eagerness to exercise their profession in the best possible way, orthopedic and traumatologist medical professionals leave concern for their health and physical and emotional well-being in the background. OBJECTIVE: To assess the quality of life (QoL) at work of orthopedic and traumatology medical professionals at a university hospital in central Brazil and the main factors that influence QoL. METHODS: A cross-sectional study, carried out in 2019 and 2020, with 30 orthopedic physicians. Physicians and professors from the Faculty of Medicine of UFG were included in the study. Physicians from the Municipal Health Department of Goiânia were excluded from the study. For data collection, a questionnaire was used, the SF-36: Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey, composed of 36 items, which are divided into eight domains (functional capacity, limitation due to physical aspects, pain, general health, vitality, social aspects, emotional aspects and mental health). The Raw Scale was used to calculate the domain, the value obtained in the corresponding questions minus the lower limit multiplied by one hundred and divided by the variation (Score range). Data were analyzed by SPSS-15 Software. Seven independent variables were presented: age, body mass, height, BMI, number of children, time of professional activity and time of work at UFG. RESULTS: Data were statistically analyzed with 30 orthopedic physicians in the independent variables with mean age (years) 46.73 (34-66 years); BMI, mean 27.56 (ranging from 22.32-34.94); number of children, mean 2.03 (ranging from 0-3); time of professional activity (years), average 21.20; and time working at UFG (years), mean 12.67, showing no significance. From this analysis, it was possible to gather the data that measure the quality of life of the orthopedic doctor. When we correlated the individual variables with the domains, we highlighted the weight variable, which was significant with the physical domain with  $P=0.04$  and with pain with  $P=0.05$ , weight gain impairs quality of life, causing pain and harming the physical aspects. The BMI variable had significance in the Pain domain with  $P=0.03$ . CONCLUSION: The social domain of the SF-36 presented better performance. The pain domain had the lowest score. The main factor that negatively influenced QOL was body weight, suggesting that the more obese, the greater the pain. It is worth mentioning that BMI also interfered negatively in the pain domain, despite height not having a significant factor.*

**Keywords:** *quality of life; orthopedists; SF-36; university hospital.*

## INTRODUÇÃO

A saúde em seu estado completo perpassa pelo bem-estar físico, mental e social, não somente pela ausência de doenças e/ou enfermidades. Pode-se atrelar a essa verdade o significado plausível para uma qualidade de vida (QV) desejável.

Nos últimos 50 anos, pesquisas apontam que houve uma maior importância na avaliação da qualidade de vida. Nesse sentido, seu escore tem movimentado a literatura científica de forma diversificada em vários setores onde a atuação humana, frente às novas exigências da profissão e o avanço da tecnologia, tem agregado positivamente ou interferido no cotidiano particular e na atuação pública dos profissionais.

Segundo Reis Junior *et al.* (2011), após um aumento de interesse pelo assunto por parte de toda a sociedade, surgiram conceitos diferentes para definir qualidade de vida, tornando a questão subjetiva, pois alguns aspectos, que são importantes para um ou mais indivíduos, podem não ter tanta importância para outros. Para Pereira, Teixeira e Santos (2012), qualidade de vida, na literatura, apresenta-se de forma diversificada devido à falta de consenso teórico e metodológico, dado que as pesquisas preferem empregar conceitos, tais quais bem-estar, estilo de vida e saúde como sinônimos de qualidade de vida.

Falar em qualidade de vida é pensar no caminho da longevidade capaz de suprir além das necessidades básicas, de pensar na melhora do estilo e do ritmo de vida por meio da opção de se ter hábitos saudáveis, seja com o auxílio de atividades físicas, seja mediante relacionamentos estáveis e duradouros. Nisso, pode-se também entender que a preocupação com o já mencionado bem-estar físico, emocional e mental pode agregar e influenciar na atuação profissional dos indivíduos. (QUADROS *et al.*, 2013).

Sendo assim, o crescente interesse sobre a temática fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reunisse especialistas sobre saúde e qualidade de vida de diversas regiões do mundo para formarem um grupo de estudos dentro de uma perspectiva transcultural (GORDIA *et al.*, 2011). Em contrapartida, conforme Amorim *et al.* (2010), o quesito qualidade de vida, abordado aos profissionais médicos, ainda é escasso no Brasil, talvez pela complexidade relativa ao tema ou pela dificuldade em reunir esses profissionais para preenchimento de questionários. (NAHAS, 2003, p. 13).

O grupo de qualidade de vida (QV) da Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores nos quais vive, bem como em relação aos seus objetivos, às suas expectativas, aos seus padrões e às suas preocupações.

Em quaisquer definições de qualidade de vida, há sempre de se incluir o fator saúde. A designação adotada pela OMS, desde 1948, diz que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença; desde então, o significado tem um marco conceitual. A evolução do conceito de saúde é apontada nas conferências internacionais sobre promoção da saúde, de Ottawa (OMS, 1986) até Nairóbi (OMS, 2009).

Soares *et al.* (2011) defende que a idéia de qualidade de vida não está somente restrita à satisfação material, mas relacionada aos valores não materiais, como a inserção do indivíduo no

meio social, a felicidade, a liberdade e o bem-estar. Muitos outros autores afirmam que a qualidade de vida resulta na maneira como o indivíduo se sente, tendo uma vida ativa e saudável, além de inserido em atividades que proporcionam prazer, harmonia e paz. Entretanto, não há também um consenso no que diz respeito ao significado de qualidade de vida na área da saúde. Termos como estado de saúde, estado funcional e bem-estar são utilizados como sinônimos de QV, fazendo o seu conceito ficar com limites tênues (FLECK *et al.*, 1999).

A qualidade de vida ocupa espaço importante na agenda de pesquisas no Brasil, visto que as organizações necessitam de profissionais satisfeitos nos postos de trabalho e, consequentemente, capazes de proporcionar um melhor desempenho na função ocupada e na sua vida pessoal. Essa questão remonta aos aspectos físicos e psicológicos vivenciados no ambiente de trabalho onde a QV está intimamente vinculada ao bem-estar de todo indivíduo em relação à sua atividade, mediada por um conjunto de aspectos correlacionados com as tarefas desempenhadas (percebidas pelo sujeito como fonte de prazer ou não).

Nesse âmbito, os médicos sempre foram conhecidos pela dedicação à profissão. Em várias ocasiões, abdicam do convívio familiar em datas importantes, como Natal, aniversário, formatura dos filhos e outras. A escolha por essa carreira significa renúncia do controle do tempo em troca de dinheiro, status, segurança e respeito. A necessidade de atualização constante é outra característica típica da medicina, com um longo curso de graduação, seguido por residências médicas e outras especializações, mestrado e doutorado (LEITE *et al.*, 2010).

A ortopedia é uma especialidade que surgiu na primeira metade do século XX, logo quando ocorreram as guerras mundiais. Como especialidade, vem firmando e esboçando um amplo desenvolvimento, bem como, há tempo, busca evoluir as suas técnicas de atuação, de forma que, segundo Karam & Lopes (2005), muitos nomes, depois das mesmas guerras, destacaram-se no avanço das técnicas ortopédicas e materiais de osteossíntese utilizados nessa área de atuação médica.

Ao longo desse processo de emancipação e aperfeiçoamento da ortopedia, observa-se que o cotidiano na qualidade de vida dos médicos está diretamente associado a diversos fatores, destacando o tempo de dedicação desses profissionais ao trabalho. Nesse contexto, o restrito tempo que lhes sobra são voltados às atividades cotidianas/pessoais, aos afazeres domésticos, aos cuidados com a família, com a própria saúde e aos momentos de lazer.

No cotidiano dos médicos ortopedistas de um hospital universitário na região central do Brasil, as condições de trabalho e os fatores psicológicos ligados ao estresse do médico apontam a possibilidade de se gerar ansiedades, fadigas, insônias, tensões nervosas e outras doenças, podendo influenciar negativamente em sua QV. Ao pressupor-se isso como verdade, o ambiente físico (iluminação adequada, limpeza e equipamentos), o ambiente social (vinculação a outros médicos) e a remuneração (compatível com as suas atividades) são capazes de proporcionar excelentes resultados nos escores desse ponto abordado.

Tudo o que concerne ao ser humano, à sua cultura e ao seu meio serve de estudo para identificar problemas na QV dos

médicos ortopedistas. Portanto, a forma e o processamento de suas atividades é que proporcionarão, ou não, a qualidade de vida. (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012.).

É válido salientar que as características mais estressantes do ofício de um médico ortopedista concentram-se na atividade repetitiva, no volume excessivo de trabalho, no ritmo acelerado, na interrupção das tarefas antes de serem concluídas e no tempo insuficiente para a sua realização, na falta de interesse dos colegas de serviço, na exposição às hostilidades, nos conflitos com os colegas, na inexistência de processo democrático, na falta de equipamentos e no salário não compatível com toda as funções desempenhadas. (MELLO; SOUZA, 2012, p. 93).

Diante disso, o ineficiente desempenho do profissional em razão de sua parca energia ou por ter chegado ao seu limite, podendo evidentemente prejudicar a sua habilidade física ou mental, pode-se enquadrar na Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de *Burnout*, como é comumente conhecida. Ela foi empregada, pela primeira vez, por Herbert Freudenberger, em 1974, ao analisar alguns jovens voluntários que apresentavam falta de estímulo, acometidos por sensações de esgotamento, tendo a sua origem na escassez de energia emocional.

Ante o problema, o estudo visa, por meio do instrumento SF-36 para mensurar a qualidade de vida (QV) no trabalho dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil. Espera-se o despertamento do interesse de profissionais e gestores em saúde, de modo a nortear as suas práticas, assim como o auxílio na adoção de medidas que propiciem a promoção da saúde, buscando solucionar problemas existentes.

Uma vida sem equilíbrio e sem qualidade interfere no desempenho da saúde física e mental do médico ortopedista, influenciando o desenvolvimento, o planejamento e a realização das atividades que lhe competem, o que resulta em estresse, tensão nervosa, fadiga muscular, lesões por esforço repetitivo e distúrbios osteomusculares ligados às atividades profissionais. Por outro lado, tendo ciência dos benefícios proporcionados pela qualidade de vida, o profissional, no caso, o sujeito médico aqui pesquisado, que preza pela qualidade de vida, consegue transmitir os seus conhecimentos com maestria, desde o conteúdo até situações de sua vivência. Nesse viés, por ser um profissional experiente por tempo de trabalho, torna-se referência, encontrando menor dificuldade para lidar com situações inesperadas, seja em sala de aula, seja no ambulatório e/ou nos centros cirúrgicos.

Não foram encontrados estudos na literatura abordando a qualidade de vida profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil utilizando o SF-36.

O presente estudo é importante para encontrar quais são os domínios da qualidade de vida que são piores e quais fatores de risco interferem no cotidiano do profissional na assistência ao paciente e na sua vida pessoal.

Historicamente, os aspectos relevantes para a determinação da qualidade de vida foram somente os materiais. Entretanto, com o passar dos tempos, segundo Rodrigues & Alves (2008, p. 7), “houve uma evolução nesse conceito, valorizando-se aspectos como satisfação e realização pessoal, qualidade nos

relacionamentos, opções de lazer, acesso a eventos culturais, percepção de bem-estar geral, entre outros”.

A qualidade de vida (QV) esteve esquecida durante anos e somente voltou a ser discutida em 1964, quando o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, declarou que o bem-estar da população deveria ser medido por meio da QV proporcionada às pessoas, não apenas pelo balanço dos bancos e dos bens econômicos que elas possuíam (FLECK *et al.*, 1999).

No que tange à realidade da medicina, segundo Fiedler (2008), o curso é considerado uma fonte de estresse que afeta em maior ou menor grau a qualidade de vida dos estudantes. Ao atrelar-se a esses conceitos propostos pelos estudos citados, acordados pelos pesquisadores, os médicos ortopedistas de um hospital universitário na região central do Brasil, precisariam preocupar-se com a sua qualidade física e emocional, visto que tal autocuidado reflete positivamente no desempenho de sua atuação profissional no ambiente hospitalar em questão.

Para compreender e investigar os números e os escores sobre a qualidade de vida dos sujeitos desta pesquisa, faz-se necessário entender primeiramente o que é ter qualidade de vida. De posse dessas informações, pode-se efetivar as informações obtidas e, por conseqüência, melhorar a QV. Assim, acredita-se que o atendimento às necessidades fundamentais para se ter dignidade humana, dentre elas, a saúde, a moradia, o lazer, os hábitos saudáveis, a prática de atividades físicas e as condições para que se possa colocá-las em execução, proporciona mudanças significativas nos resultados e na relação indivíduo, trabalho e bem-estar.

É importante destacar que o interesse internacional pelo SF-36 tem aumentado. A tradução do SF-36 foi realizada em mais de 60 países e tem sido tema de destaque em mais de 800 publicações. Por ser um questionário genérico, seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento, portanto permite comparações entre diferentes patologias ou entre diferentes tratamentos (HAYES *et al.*, 1995).

O questionário SF-36 foi derivado inicialmente de um questionário de avaliação de saúde formado por 146 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (The Medical Outcomes Study – MOS) (WARE; SHERBOURNE, 1992). Sob essa perspectiva, a escolha do SF-36 para esta pesquisa ocorreu por ser um instrumento traduzido e validado no Brasil, bem desenhado, multidimensional, de fácil e rápida administração e compreensão, além de ótima confiabilidade.

Os questionários validados no Brasil são disponibilizados gratuitamente pela comunidade acadêmica científica. Percebe-se que não há necessidade de contratação de recursos humanos para realizar esses instrumentos, apenas o apoio dos profissionais de saúde da atenção básica e o incentivo dos gestores.

A tradução para a língua portuguesa e a validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36) foram desenvolvidas por Ware & Sherbourne em 1992 e validadas por Ciconelli no Brasil. A avaliação dos resultados foi feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais foram transformados numa escala de zero a 100, de modo que zero correspondeu a uma pior qualidade de vida e 100 a uma melhor qualidade de vida.



O instrumento SF-36, validado no Brasil em 1999 por Rozana Mesquita Ciconelle, e avalia a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. De forma global, viabiliza ser utilizado por diferentes culturas, admitindo-se tanto a subjetividade do conceito de QV quanto o seu aspecto pluridimensional, bem como a inclusão de componentes positivos e negativos referentes à qualidade de vida dos médicos envolvidos com atividades acadêmicas.

O objetivo desse estudo é avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos médicos ortopedistas e traumatologistas de um hospital universitário na região central do Brasil, segundo o questionário SF-36 e os fatores que podem interferir na QV.

## METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva, transversal, observacional, de abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital de ensino de referência na região central do Brasil. A população foi constituída por 35 médicos e professores ortopedistas do Departamento de Ortopedia e Traumatologia de um hospital de ensino de referência na região central do Brasil.

Foram incluídos, todos os médicos e professores ortopedistas e traumatologistas de um hospital de ensino de referência na região central do Brasil. Foram excluídos 5 médicos temporários da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que não mantinham vínculo empregatício direto com um hospital de ensino de referência na região central do Brasil.

A amostra foi constituída por 30 médicos ortopedistas, com vínculo empregatício no hospital de ensino de referência na região central do Brasil, sendo 28 do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Inicialmente foi realizado um contato pessoal com os ortopedistas explicando os objetivos. Todos concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta de dados foram entregues 30 questionários aos participantes que reapoderam em 20 minutos. A coleta foi realizada no período de 2019 a 2020. A coleta aconteceu de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h, no próprio local de serviço.

Foi aplicado o Questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey), composto por 36 itens, divididos em oito domínios. Capacidade funcional; Limitação por aspectos físicos; Dor; Estado geral de saúde; Vitalidade; Aspectos sociais; Aspectos emocionais, Saúde mental.

Foram analisadas sete variáveis independentes: idade, massa corporal, estatura, IMC, número de filhos, tempo de atuação profissional e tempo de atuação na Instituição, visando verificar se esses dados são fatores de risco que interferiram na qualidade de vida dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil.

Os dados foram coletados e registrados em planilha eletrônica (Microsoft Office-Excel versão 2019, 16.0.6742.2048) e analisados com o uso do programa SPSS-15– IBM, versão 24.0. As variáveis quantitativas foram apresentadas com suas médias e medianas, desvios-padrão e intervalo de confiança (95%). A distribuição dessas variáveis foi testada com a aplicação do teste Shapiro-Wilk. As comparações de medidas foram realizadas quando a distribuição identificada era paramétrica, com o teste T-Student para amostras independentes; quando a distribuição

não foi normal, empregou-se a mediana com aplicação do teste de variância de dois fatores de Friedman por postos de amostras relacionadas.

As variáveis categóricas foram apresentadas de acordo com as suas frequências, com números absolutos e proporções. Todos os testes foram aplicados considerando-se um nível de significância de 5%. Para a análise estatística, foi utilizado o software Statística 10, um teste de normalidade nomeado Teste de Kolmogorov-Smirnov, e, posteriormente, aplicado o teste de Tukey. Também se utilizou o software SPSS-15.

O projeto desta pesquisa, intitulado “Qualidade de vida no trabalho dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil”, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás através do parecer número 3.726.323. CAAE:17009719.0.0000.5078 (Apêndice 01).

## RESULTADOS

São apresentados a caracterização dos 30 médicos ortopedistas analisados no que diz respeito aos aspectos antropométricos, à quantidade de filhos e ao tempo de atuação profissional dentro e fora da instituição (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização da amostra dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVPAD
Idade (anos)	46,73	7,57
Massa corporal (kg)	86,19	14,26
Estatura (m)	1,76	0,06
IMC	27,56	3,58
Número de filhos	2,03	0,80
Tempo de Atuação Profissional (anos)	21,20	8,28
Tempo de Atuação na Instituição(anos)	12,67	7,14
Total	72	2,23

As Variáveis independentes demonstradas na tabela 1, Idade, Massa Corporal, Estatura, IMC, Número de filhos, tempo de atuação profissional (anos) e Tempo de atuação na Instituição (anos) observou-se que o IMC foi a variável com desvio padrão mais significativo com  $P = 0,80$ . Tais números mostra que dos 27,56 dos entrevistados, apresentou diminuição da qualidade de vida devido ao aumento de peso, levando a doenças de causas metabólicas.

**Tabela 2.** Média, mínimo, máximo e desvio padrão do índice de qualidade de vida dos profissionais médicos de acordo com o número de filhos.

Domínio / Número de Filhos	N	DOMÍNIO				P
		Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	
<b>Funcional</b>						
0	1	65,0	65,0	65,0	.	0,357
1	5	94,0	85,0	100,0	6,5	
2	17	94,4	85,0	100,0	6,1	
3	6	95,8	85,0	100,0	5,8	
4	1	100,0	100,0	100,0	.	
<b>Físico</b>						
0	1	75,0	75,0	75,0	.	0,255
1	5	85,0	75,0	100,0	13,7	
2	17	91,2	0,0	100,0	24,9	
3	6	83,3	0,0	100,0	40,8	
4	1	100,0	100,0	100,0	.	
<b>Emocional</b>						
0	1	72,0	72,0	72,0	.	0,899
1	5	80,2	62,0	94,0	13,4	
2	17	75,9	51,0	100,0	14,5	
3	6	81,7	60,0	100,0	16,1	
4	1	74,0	74,0	74,0	.	
<b>Dor</b>						
0	1	75,0	75,0	75,0	.	0,167
1	5	69,0	50,0	80,0	11,9	
2	17	82,9	50,0	100,0	14,1	
3	6	69,2	40,0	95,0	22,2	
4	1	95,0	95,0	95,0	.	
<b>Mental</b>						
0	1	60,0	60,0	60,0	.	0,914
1	5	69,0	45,0	85,0	14,7	
2	17	70,9	40,0	95,0	15,2	
3	6	67,5	50,0	85,0	13,3	
4	1	70,0	70,0	70,0	.	
<b>Social</b>						
0	1	62,5	62,5	62,5	.	0,584
1	5	75,0	62,5	87,5	8,8	
2	17	79,4	25,0	100,0	24,6	
3	6	66,7	12,5	100,0	35,1	
4	1	100,0	100,0	100,0	.	
<b>Geral</b>						
0	1	33,3	33,3	33,3	.	0,290
1	5	86,7	66,7	100,0	18,3	
2	17	90,2	0,0	100,0	25,7	
3	6	83,3	33,3	100,0	27,9	
4	1	100,0	100,0	100,0	.	
<b>Vitalidade</b>						
0	1	48,0	48,0	48,0	.	0,099
1	5	73,6	68,0	84,0	6,7	
2	17	77,6	48,0	100,0	14,2	
3	6	70,0	56,0	84,0	10,4	
4	1	92,0	92,0	92,0	.	

A comparação da Qualidade de vida dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário da região central do Brasil de acordo com o número de filhos, foi verificado que não houve representação significativa nos domínios: funcional (P= 0,35), físico (P=0,25), emocional (P=0,89), dor (P=0,16), mental (P=0,91), social (P=0,58), geral (P=0,29) e vitalidade (P=0,09).

Na tabela 3, a média de tempo de atuação profissional (P=0,51) X tempo de atuação na UFG (P=0,51) não apresentou interferência significativa na qualidade de vida dos entrevistados. Com relação ao tempo de atuação profissional (média 21,20 anos, desvio padrão de 8,28) versus o tempo de atuação na Instituição (média de 12,67 anos, desvio padrão 7,14) (p=0,51), não houve interferência significativa, sendo fatores independentes.

Na tabela 4 o peso corporal dos profissionais interferiu diretamente e significativamente com a capacidade física (P=0,04)

**Tabela 3.** Média de tempo de atuação profissional e tempo de na Instituição

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVPAD	VALOR DE P
Tempo de Atuação Profissional (anos)	21,20	8,28	0,51
Tempo de Atuação na Instituição (anos)	12,67	7,14	0,51

e a presença de dor (P=0,05), além disso ainda com relação a variável peso houve uma tendência de interferência na capacidade funcional (P= 0,06) e a variável idade, teve tendência relacionada com o domínio mental (P=0,08). O tempo de atuação profissional e o tempo de atuação da UFG teve tendência no domínio emocional (P=0,07) e mental (P=0,08).

**Tabela 4.** Correlação entre cada variável e de acordo com cada um dos domínios da qualidade de vida

Variável	Domínio							
	Funcional	Físico	Emocional	Dor	Mental	Social	Geral	Vitalidade
Idade								
R	0,126	0,146	0,143	0,070	0,316	0,175	0,259	0,164
P	0,505	0,443	0,451	0,711	0,089	0,354	0,167	0,387
Peso								
R	-0,344	-0,370	-0,041	-0,353	-0,254	-0,292	-0,232	-0,099
P	0,063	0,044	0,830	0,056	0,176	0,117	0,218	0,603
Altura								
R	-0,184	-0,209	-0,077	-0,093	-0,099	-0,304	-0,251	0,044
P	0,331	0,268	0,687	0,624	0,601	0,103	0,181	0,819
IMC								
R	-0,343	-0,344	-0,029	-0,387	-0,265	-0,198	-0,130	-0,151
P	0,064	0,063	0,878	0,035	0,157	0,294	0,495	0,425
Tempo de atuação profissional								
R	0,123	0,180	0,143	0,119	0,309	0,110	0,199	0,062
P	0,517	0,340	0,452	0,533	0,097	0,561	0,291	0,745
Tempo de atuação na Instituição								
R	-0,007	0,149	0,329	-0,036	0,228	0,256	0,312	0,112
P	0,969	0,433	0,076	0,850	0,226	0,172	0,094	0,555

A correlação entre cada variável de acordo com cada um dos domínios da qualidade de vida apresentou significância na variável Peso com o domínio físico (P=0,04) e com o domínio Dor (P=0,05), de acordo com os dados apresentados, conseqüentemente houve uma relação ou diminuição significativa da capacidade física em relação ao peso corporal e a presença de dor. O IMC está relacionado com o peso que teve significância com o domínio Dor (P=0,03).

Análise descritiva e teste de normalidade do questionário SF-36 dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil,

foi verificado durante a pesquisa que o melhor domínio encontrado foi o social (P=87) e o domínio mais afetado foi o da dor (P=62,9) (tabela 5).

**Tabela 5.** Análise descritiva e teste de normalidade do questionário SF-36 dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil.

DOMÍNIOS	Nº	MÉDIA	EP MÉDIA	PERCENTUAL (%)
Capacidade funcional	30	14,883	0,491	83,33
Limitação por aspectos físicos	30	3,7667	0,0951	82,50
Dor	30	6,291	0,156	62,90
Estado geral de saúde	30	14,3867	0,0990	71,90
Vitalidade	30	17,383	0,169	86,9
Aspectos sociais	30	2,3225	0,0871	87
Limitações por aspectos emocionais	30	2,1612	0,0436	72
Saúde mental	30	18,800	0,137	72,39

O desvio padrão que teve maior significância na qualidade de vida dos médicos ortopedistas traumatologia de um hospital

universitário na região central do Brasil foi o domínio Dor com  $P < 0,001$  (tabela 6).

**Tabela 6.** Média, mínimo, máximo e desvio padrão de cada domínio do índice de qualidade de vida no trabalho dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil.

Domínio	n	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	P
Funcional <sup>A</sup>	30	93,8	65,0	100,0	8,0	
Físico <sup>B</sup>	30	88,3	0,0	100,0	26,0	
Emocional <sup>C, A, B</sup>	30	77,6	51,0	100,0	13,9	
Dor <sup>D, A, B</sup>	30	78,0	40,0	100,0	16,4	<0,001
Mental <sup>E, A, B, D</sup>	30	69,5	40,0	95,0	13,9	
Social <sup>F, A, B</sup>	30	76,3	12,5	100,0	24,6	
Geral <sup>G, D, E, F</sup>	30	86,7	0,0	100,0	25,7	
Vitalidade <sup>H, A, B, G</sup>	30	74,9	48,0	100,0	13,4	

## DISCUSSÃO

A relação entre a saúde e a qualidade de vida compõe-se dos seguintes elementos (VILARTA e GONÇALVES, 2004, p. 42): domínios funcionais: função física; função cognitiva; envolvimento com as atividades da vida; avaliação de saúde subjetiva; domínios do bem-estar: bem-estar corporal; bem-estar emocional; autoconceito; percepção global de bem-estar;

De acordo com os dados avaliados no questionário, o presente estudo demonstrou que 80% dos participantes são do sexo masculino e 20% do sexo feminino. A idade média dos médicos pesquisados é de 34 a 66 anos, com um desvio padrão de 7,57. A variável independente idade, em todos os oito domínios, não teve variação significativa: no domínio funcional teve  $P=0,505$ ; no domínio físico,  $P=0,443$ ; no domínio emocional,  $P=0,451$ ; no domínio dor,  $P=0,711$ ; no domínio mental,  $P=0,089$ ; no domínio social,  $P=0,354$ ; no domínio geral,  $P=0,167$ ; e no domínio vitalidade,  $P=0,387$ . Conclui-se que o profissional médico ortopedista tem de 35 anos a 66 anos e que a idade não vai interferir na sua qualidade de vida.

Silva et al. (2010) verificaram que a proporção que a idade dos professores aumentava, maior era a média obtida nos domínios físico, psicológico e ambiental, enquanto somente o

domínio social a idade reduzida explicava aumento da qualidade de vida.

Por sua vez, a altura sozinha não foi significativa. Por outro lado, o peso sozinha foi significativo com o domínio dor e com tendência ao domínio funcional e físico. Aqueles que estão acima do peso, apresentam qualidade de vida bem limitada quanto ao aspecto dor. O IMC é o cálculo da altura *versus* o peso; com o resultado obtido, observa-se que a dor está relacionada ao excesso de peso e à obesidade. Esta é um importante fator de risco para o desenvolvimento de diferentes doenças. Em um país onde mais da metade da população tem excesso de peso e quase um milhão de pessoas obesas, é importante saber quais as doenças associadas à obesidade para vencer o excesso de peso. São elas: hipertensão, diabetes, asma, fígado gordo e apneia do sono.

Segundo Silva e colaboradores (2014), é necessário que se faça orientações para os trabalhadores, quanto a necessidade de mudanças no estilo de vida, mostrando alguns benefícios cientificamente comprovados.

Segundo Girolami (1996), a obesidade pode ser definida como todo aumento de peso corporal e da porcentagem de tecido adiposo, cuja distribuição é prejudicial à saúde do indivíduo.



Além dos sintomas mais visíveis, que são as mudanças na estrutura do corpo, foi possível também identificar sinais bastante incômodos, como as dores corporais, dado que o excesso de esforço para suportar o peso pode trazer desconforto nos joelhos, nas pernas e nas costas. A falta de condicionamento físico também dificulta para concluir uma simples caminhada ou algum esforço maior.

Browne et al.<sup>34</sup> afirmam que há alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso, produzindo diminuição da autoimagem e desvalorização no seu autoconceito psicológico. Em conseqüência, poderão surgir sintomas depressivos e ansiosos, diminuição da sensação de bem-estar e aumento da sensação de inadequação social relacionado com conseqüente degradação da performance.

A obesidade é provavelmente a enfermidade metabólica mais antiga que se conhece, pois pinturas e estátuas em pedra com mais de 20 mil anos já representavam figuras de mulheres obesas. Evidências parecidas foram vistas em múmias egípcias, pinturas e porcelanas chinesas da era pré-cristianismo, em esculturas gregas e romanas e, mais recentemente, em vasos dos maias, astecas e incas na América pré-colombiana (REPETTO, 1998).

O IMC foi significativo na dor com tendência ao funcional e ao físico. O IMC apresentou resultados de <25 a >30, com o desvio padrão de 3,58. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o IMC acima de 25 é caracterizado como sobrepeso (Ministério da Saúde, 2017). Não obstante, alguns autores consideram esse método para calcular o índice de massa corporal como inadequado e limitado, pois não se pode inferir, por seu intermédio, a classificação do estado nutricional e nem quando os indivíduos apresentam massa muscular muito desenvolvida, além de não avaliar a composição corporal dos indivíduos (GLANER, 2005; NUNES, 2009).

A qualidade de vida dos médicos relacionada ao IMC ficou assim caracterizada: domínio funcional,  $P=0,064$ ; domínio físico,  $P=0,063$ ; domínio emocional,  $P=0,878$ ; domínio dor,  $P=0,035$ ; domínio mental,  $P=0,157$ ; domínio social,  $P=0,294$ ; domínio geral,  $P=0,495$ ; e domínio vitalidade,  $P=0,425$ .

Gonçalves e Vilarta (2004) abordam qualidade de vida pela maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito.

Segundo LIBANORI & BERTI (2003)<sup>115</sup>, o peso ideal está cada vez mais abaixo do peso médio da população, além de não corresponder ao ponto médio da normalidade do IMC ( $22,50\text{kg}/\text{m}^2$ ). Ainda, o limite máximo de normalidade do IMC, ora fixado em  $25,00\text{kg}/\text{m}^2$ , está mais distante do peso ideal.

O número de filhos varia de zero a quatro com desvio padrão de 0,80, o que se pode concluir que há médicos sem filhos e outros com quatro filhos e não interferiu na QV.

Em relação à qualidade de vida dos profissionais médicos relacionada ao número de filhos, o domínio funcional teve  $P=0,357$ ; o domínio físico,  $P=0,255$ ; o domínio emocional,  $P=0,899$ ; o domínio dor,  $P=0,167$ ; o domínio mental,  $P=0,914$ ; o domínio social,  $P=0,584$ ; o domínio geral,  $P=0,290$ ; e o domínio vitalidade teve  $P=0,099$ . Em todos os domínios (funcional, físico,

emocional, dor, mental, social, geral e a vitalidade), não houve alteração significativa, sendo assim a quantidade de filhos não altera a qualidade de vida.

O tempo de atuação profissional é uma média de 10 anos a 40 anos de profissão, com desvio padrão de 8,28, o que pode apresentar alterações nos escores pelo tempo de atuação.

De acordo com Rose et al. (2006) a evolução da QVT começou em 1960 enfatizando as dimensões humanas de trabalho que estavam voltadas para a qualidade da relação entre o trabalhador e o ambiente de trabalho.

Segundo FERNANDES, VASCONCELOS e SILVA (2009) por se tratar de um estado subjetivo a satisfação no trabalho é um termo difícil de ser definido e pode variar de pessoa a pessoa, de circunstância para circunstância e, durante longo tempo para a mesma pessoa, segundo a análise do questionário SF-36.

O tema qualidade de vida abordado aos profissionais médicos ainda é escasso no Brasil, talvez pela dificuldade relacionada ao tema ou pela dificuldade em reunir estes profissionais para preenchimento de questionários (AMORIN et al, 2010).

O tempo de atuação profissional dos médicos ortopedistas nas variáveis dependentes do SF-36 não mostrou resultado significativo em todos os domínios: o domínio funcional teve  $P=0,517$ ; o domínio físico,  $P=0,340$ ; o domínio emocional,  $P=0,452$ ; o domínio dor,  $P=0,533$ ; o domínio mental,  $P=0,097$ ; o domínio social,  $P=0,561$ ; o domínio geral,  $P=0,291$ ; e o domínio vitalidade teve  $P=0,745$ . O profissional médico ortopedista pode ter 10 anos de profissão ou 40 anos de profissão que a qualidade de vida não apresentará alteração.

Frasquilho (2004) já alerta que os médicos, perante disfunções emocionais, não procuram ajuda, automedicam-se, além disso negligenciam as suas necessidades gerais quanto à saúde.

Trabalhar na área da saúde coloca o profissional em contato direto com a saúde e a doença das pessoas. Um desses fatores é o índice aumentado do estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout (SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012; SILVA et al., 2016).

O tempo de atuação na UFG é de um ano a 25 anos, com desvio padrão de 7,14. Sobre esse aspecto, verificou-se que todos os médicos ortopedistas não apresentaram alteração significativa: o domínio funcional teve  $P=0,969$ ; o domínio físico,  $P=0,433$ ; o domínio emocional,  $P=0,076$ ; o domínio dor,  $P=0,850$ ; o domínio mental,  $P=0,226$ ; o domínio social,  $P=0,172$ ; o domínio geral,  $P=0,094$ ; e o domínio vitalidade teve  $P=0,555$ . Há ortopedistas com um ano de atuação na UFG que ficaram dentro da média em todos os domínios, ao passo que existem médicos ortopedistas com 25 anos de atuação na UFG que também ficaram dentro da média nos oito domínios do SF-36.

A falta de qualidade de vida traz sérias conseqüências e impactos na vida dos profissionais médicos ortopedistas que lidam com vidas. É necessário a criação de ações que diminuirão os riscos causados a estes profissionais.

Korman et al. [26] desenvolveu a teoria ética materialista. Ele afirma que uma carreira é mais satisfatória quando oferece mais prestígio, renda e poder em comparação a outras.

A generalização dos resultados deve considerar as limitações inerentes aos estudos transversais. Ao considerar que pesquisas relacionadas aos fatores associados a QV ainda são incipientes e apresentam algumas limitações.

A média das respostas aponta para melhores escores sobre qualidade de vida em quase todos os domínios analisados, capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental. Em contrapartida o domínio dor teve índice significativo.

Segundo a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade de em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, a dor é o quinto sinal vital, mensurado de forma subjetiva e pode ser avaliada de maneira unidimensional, onde irá quantificar a percepção de severidade ou a de intensidade da mesma, ou de forma multidimensional, que avalia fatores afetivo-emocionais (SOUSA,2002).

O Domínio Aspecto Social se destaca, ao apresentar maior índice de significância, isso reforça a percepção de que o profissional médico é um ser social, que valoriza suas relações interpessoais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

De acordo com Macedo (2004), as atividades de laser são consideradas fundamentais para o alívio das tensões resultantes de tarefas ou rotinas consideradas desgastantes e estressantes.

O maior nível de qualidade de vida percebido, pode estar vinculado tanto ao maior tempo destinados ao laser e às relações interpessoais, ou seja, a uma vida social de maior expressão (HUBERMAN, 2000).

De acordo com Minayo et al. (2000, p.10), qualidade de vida: é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Para SEIDL E ZANNON (2004), os termos qualidade de vida e estado de saúde na maioria das vezes apresentam na literatura como sinônimo isso acontece devido a saúde depender do Aspecto Físico e está relacionada com a qualidade de vida.

Na presente pesquisa, o domínio com maior pontuação foi o aspectos sociais, com percentual de 87%; por outro lado, o domínio com o pior percentual foi o domínio dor, com percentual de 62,90%.

Segundo a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, a dor é o quinto sinal vital, mensurada de forma subjetiva e pode ser avaliada de maneira unidimensional, onde poderá quantificar a percepção de severidade ou a de intensidade da mesma, ou de forma multidimensional, que avalia fatores afetivo-emocionais (SOUSA, 2002).

Os achados da qualidade de vida dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia de um hospital universitário na região central do Brasil são semelhantes aos comparados às diferentes profissões de saúde.

## CONCLUSÃO

A avaliação da Qualidade de Vida dos profissionais médicos de ortopedia e traumatologia foi por meio do questionário

SF-36, que revelou que o domínio aspectos sociais foi obtido um melhor desempenho dessa população. Já o domínio dor apresentou o menor score. O principal fator que influenciou negativamente a QV foi o peso corporal, sugerindo que quanto mais obeso maior a dor. Vale ressaltar que o IMC também interferiu negativamente no domínio dor, apesar da estatura não ter tido fator significativo.

## REFERÊNCIAS

1. Abreu, M. A. G. M.; Coelho, M. T. A. D.; Ribeiro, J. L. L. S. Percepção de professores universitários sobre as repercussões do seu trabalho na própria saúde. RBPB, Brasília, v. 13, n. 31, p. 465-489, maio/ago. 2016.
2. Abreu, P.; Leal-Cardoso, J. H.; Ceccatto, V. M. Adaptação do músculo esquelético ao exercício físico: considerações moleculares e energéticas. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 23, n. 1, p. 60-65, 2017.
3. Aizava, P. V. S.; Balbim, G. M.; Junior Nascimento, J. R. A.; Papke, S. L.; Fiorese, L. Qualidade de vida e autoeficácia em atletas brasileiros de voleibol de rendimento. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 35, n. 1; p. 177-186, jan./mar. 2021.
4. Almeida, M. A. B.; Gutierrez, G. L.; Marques, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142 p.
5. Andrade, K. O.; Andrade, P. O.; Leite, L. F. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v. 8, n. 1, jan. 2015. Disponível em: [https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/76/Artigo\\_1.pdf](https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/76/Artigo_1.pdf). Acesso em: 15 out. 2021.
6. Barata, R. de C. B. et al. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
7. Bertuol, F. P.; Martins, P. L. O. A qualidade de vida docente em cursos de licenciatura. Revista Olhar de Professor, Ponta Grossa, v. 12, n. 2, p. 257-285, 2009.
8. Browne J, Mcgee Hm, O'boyle CA. Conceptual approaches to the assessment of quality of life. Psychol Health. 1997; 12: 737-51.
9. Buss, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. Acesso em: 22 out. 2021.
10. Cabana, M. C. F. L. et al. Transtornos mentais comuns

em médicos e seu cotidiano de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

11. Campolina, A.; Ciconelli, R.; Ferraz M. Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. *Sinopse de Reumatologia* (periódico da internet), p. 111-116, 2006.
12. Campos, E. P. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
13. Carvalho, A. B.; Souza, J.c. Qualidade de vida dos profissionais de saúde do hospital do câncer de Campo Grande, MS. *Psicólogo informação*, São Paulo, v. 15, n. 15, dez. 2011.
14. Cavassani, A. P.; Cavassani, E. B.; Biazin, C. C. Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as organizações. In: *Simpósio de Engenharia de Produção*, XIII, 06-08 nov. 2006, Bauru-SP. *Anais eletrônicos [...]*. Bauru-SP: SIMPEP/Unesp, 2006, p. 1-8.
15. Ciconelli, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. 1997. 120 p. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
16. Ciconelli, R. M.; Ferraz, M. B.; Quaresma, M. R.; Meinão, I.; Santos, W. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio/jun. 1999.
17. Cieslak, F.; Cavazza, J. F.; Lazarotto, L.; Titski, A. C. K.; Stefanello, J. M. F.; Leite, N. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. *Rev. Educ. Fís./UEM*, v. 23, n. 2, p. 251-260, 2. trim. 2012.
18. Cortez, B. R.; Cordeiro, J.; Miranda, J. C.; Medeiros-Costa, M. E. Contexto de trabalho e riscos psicossociais na residência médica em ortopedia. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, Brasília, v. 21, n. 1, p.1379-1387, mar. 2021. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572021000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572021000100010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 nov. 2021.
19. Cortez, P. A. et al. A saúde docente no trabalho: apontamentos a partir da literatura recente. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 113-122, 2017.
20. Coutinho, M. da P. de L.; FRANKEN, L. Qualidade de vida no serviço público de saúde: as representações sociais de profissionais da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 29, n. 3, p. 448-461, 2009.
21. Dalfovo, M. S.; Lana, R. A.; Silveira, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008.
22. Delcor, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, 2004.
23. Esteve, J. M. Mudanças sociais e função docente. In: NÓVOA, A. *Profissão professor*. Porto: Porto Editora, 1995. p. 95-120.
24. Feitosa, L. S. C.; Rodrigues, A. M. S. Saúde e qualidade de vida na percepção dos professores de educação física das escolas estaduais da zona sul de Teresina-PI. In: *Encontro de pesquisa em educação*, VI, 2010, Teresina-PI. *Anais eletrônicos [...]*. Teresina-PI: UFPI, 2010, p. 1-13.
25. Ferigollo, J. P.; Fedosse, E.; Santos Filha, V. A. V. dos. Qualidade de vida de profissionais da saúde pública. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 24, n. 3, 2016.
26. Fernandes, B. M.; Cruz, T.; Rezende, S. Aspectos motivacionais de profissionais e estudantes de fisioterapia. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 129. 2005.
27. Fernandes, E. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.
28. Fernandes, M. H. et al. Estilo de vida de professores universitários: uma estratégia para a promoção da saúde do trabalhador. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 22, n. 2, p. 94-99, 2009.
29. Fernandes, I. I. B.; Vasconcelos, K.c.; Silva, L.I.I. Análise da qualidade de vida segundo o questionário SF-36 dos funcionários da gerência de assistência nutricional (GAN) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. 2009. 76 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Universidade da Amazônia, Belém.
30. Ferreira, A. C. M. Satisfação no trabalho de docentes de uma instituição pública de ensino superior: reflexos na qualidade de vida. 2011. 126 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás; Goiânia, 2011.
31. FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; 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). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.
32. Frاسquilho, M. A. Medicina, médicos e pessoas: compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 18, p. 433-444, 2005.
  33. Fonseca, R. Metodologia do trabalho científico. Curitiba-PR: IESDE Brasil, 2012.
  34. Fornel, A. Qualidade de vida no trabalho. Macaé: Universidade Cândido Mendes, 2010.
  35. Frاسquilho, M. A. Medicina, médicos e pessoas: compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 18, p. 433-444, 2005.
  36. Galiana, L.; Arena, F.; Oliver, A.; Sansó, N.; Benito, E. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *J Pain Symptom Manage*, v. 53, n. 3, p. 598-604, mar. 2017.
  37. Gameiro, S. et al. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 103-112, 2008.
  38. Gonçalves, Aguinaldo; Vilarta, Roberto Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: Gonçalves, Aguinaldo e Vilarta, Roberto (orgs.). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.
  39. Gordia, A. P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. Ponta Grossa, v. 3, n. 1, p. 40-52, jan./jun. 2011.
  40. Grillo, M. H. M. M.; Penteado, R. Z. P. Impacto da voz na qualidade de vida de professore(a)s do ensino fundamental. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri-SP, v. 17, n. 3, p. 321-330, set./dez. 2005.
  41. Guimarães, A. F. F. Uma profissão, várias realidades. *Revista Nova Escola*, Brasília: abr. 2007.
  42. Guimarães, L. A. M. Saúde mental, estresse e qualidade de vida no trabalho: interdisciplinaridade e saúde mental. Campo Grande: UCDB, 2000.
  43. Guiselini, M. A. A Qualidade de vida um programa prático para um corpo saudável. 2ª ed. São Paulo. 1996, p.27.
  44. Huberman, M. O ciclo de vida profissional dos professores. In: Nóvoa, A. (org.). *Vida de professores*. 2. Ed. Porto: Porto Editora, 2000. P. 31-62.
  45. Karam, F. C.; Lopes, M. H. I. Ortopedia: origem histórica, o ensino no Brasil e estudos metodológicos pelo mundo. *Scientia Médica*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 172-178, 2005.
  46. Koetz, L. C. E. Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias: relações entre ambiente e saúde. 2011. 76 p. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento) – Centro Universitário Univates, Lajeado/RS, 2011.
  47. Koetz, L.; Rempel, C.; Périco, E. Qualidade de vida de professores de instituições de ensino superior comunitárias do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1019-1028, 2013.
  48. Korman, A. K., Mahler, S. R., Omran, K. A. (1983). Work ethics and satisfaction, alienation and other reactions. In Walsh, W. B. and Osipow, S. H. (Eds), *Handbook of Vocational Psychology*. The Free Press, Hillsdale, New Jersey.
  49. Laguardia, J.; Campos, M. R.; Travassos, C.; Najar, A. L.; Anjos, L. A. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 16, n. 4, p. 889-897, dez. 2013.
  50. Leite, M. T. M. et al. Educação médica continuada online: potencial e desafios no cenário brasileiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 141-149, mar. 2010.
  51. Levandosk, G.; Chiquito, E.; Oliveira, A. G. de; Zaremba, C. M. Qualidade de vida e composição corporal de soldados ingressantes no exército. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 5, n. 2, 2013.
  52. Libanori HT, Berti LV. Resultados... vamos falar a mesma língua. *Bol Cir Obes*. 2003; 4(1): 13-5.
  53. Lima, A. L. Qualidade de vida de bombeiros militares do Distrito Federal. 2018. 43 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade de Brasília-UNB – Faculdade de Ceilândia, Brasília/DF, 2018.
  54. Lima, M. E. A. O significado do trabalho humano: mito e ilusão do homem moderno. 1986. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1986.
  55. Lubisco, N. M. L.; Vieira, S. C. Manual de estilo



acadêmico: trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses. 5. ed. Salvador: Edufba, 2013.

56. Machado, W. L.; Damásio, B. F.; Borsa, J. C.; Silva, J. P. Dimensionalidade da escala de estresse percebido (Perceived Stress Scale, PSS-10) em uma amostra de professores. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 27, n. 1, p. 38-43, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100005>. Acesso em: 14 nov. 2021.
57. Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
58. Martins, D. A. Considerações sobre a qualidade de vida no trabalho e o estresse ocupacional. Disponível em: [https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/evolucao\\_cap14.pdf](https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/evolucao_cap14.pdf). Acesso em: 14 nov. 2021.
59. Mello, M. H. Qualidade de vida dos médicos ortopedistas do estado do Mato Grosso do Sul. 2011. 87 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Universidade de Campo Grande/MS, 2011.
60. Menezes, L. C. A escola nos últimos 25 anos. *Revista Nova Escola*, ed. 230, p. 82.
61. Minayo, M. C. De S.; Hartz, Z. M. De A.; Buss, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
62. Monteiro, R.; Braille, D. M.; Brandau, R.; Jatene, F. B. Qualidade de vida em foco. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, v. 25, n. 4, p. 568-574, dez. 2010.
63. Nahas, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 7 ed. Florianópolis/SC: Ed. do Autor, 2017.
64. Nahas, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3ª. ed. Londrina: Midiograf, 2003.
65. Neto, J. F. R.; Ferreira, C. G. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*; v. 13, n. 1, p. 42-46, 2003.
66. Odelius, C. C.; Ramos, F. Remuneração, renda, poder de compra e sofrimento psíquico do educador. In: Azevedo, J. C.; Gentili, P.; Krug, A.; Simon, C. Utopia e democracia na educação cidadã. Porto Alegre: UFRGS/Secretaria Municipal de Educação, 1999. p. 338-354.
67. Oliveira, E. R. A. et al. Gênero e qualidade de vida percebida: estudo com professores da área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 741-747, mar. 2012.
68. Oliveira, R. R. de et al. Qualidade de vida no trabalho (QVT): um estudo com professores dos institutos federais. *HOLOS*, v. 6, p. 432-447, dez. 2015.
69. Oliveira Filho, A.; Netto-Oliveira, E. R.; Oliveira, A. A.b. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. *Rev. Educ. Fís./UEM*, v. 23, n. 1, p. 57-67, 2012.
70. Paim, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão. In: BARATA, R. B. (org.) *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-32.
71. Parreiras, L. A. De M. Análise dos fatores que influenciam a qualidade de vida dos atletas paraolímpicos em ambientes de treinamento e competição. 2008. 96 p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Minas Gerais/ Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte/MG, 2008.
72. Penteadó, R. Z.; Pereira, I. M. T. P. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Revista Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 236-243, 2007.
73. Pereira, E. F.; Teixeira, C. S.; Santos, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, Vol.26, n. 2. São Paulo. 2012.
74. Petroski, E. C. Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano de professores universitários. 2005. 163 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção – Ergonomia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2005.
75. Quadros AS. Vivendo mais e melhor: qualidade de vida relacionada à saúde. *Rev. Bras. Cardiol. Invasiva*, 2013; 21(1): 5-6.
76. Ravagnani, I. L. M.; Fontes, C. F.; Zaia, J. E.; Neiva, C. M.; Bittar, C. M. L.; Quemelo, P. R. V. Avaliação da qualidade de vida em diferentes setores de uma IES privada. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 5, n. 3, p. 19-25, 2013.
77. Reis, R. S. Comportamentos de risco à saúde e percepção de estresse dos professores universitários das IFES do sul do Brasil. 2005. 139 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2005.
78. Reis J., D. R.; Pilatti, L. A.; Pedroso, B. (2011), Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Vol. 3, No. 2, pp. 1-12.



79. Ribeiro, D. L.; Júnior, R. Dos S.; Birolli, M. L.; Smolari, L. A. Fadiga por compaixão e saúde mental de profissionais em ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 13, 2021. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/12672>. Acesso em: 21 out. 2021.
80. Rocha, V. M.; Fernandes, M. H. Qualidade de vida dos professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 1, p. 23-27, 2008.
81. Rohde, C. L. C. Qualidade de vida no trabalho sob a perspectiva de professores de ensino superior. 2012. 67 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, 2012.
82. Rolâ, C. V. S.; Silva, S. P. C.; Nicola, P. A. Instrumento de avaliação da qualidade de vida de pessoas jovens e idosos: um estudo de revisão sistemática. *Id on line. Revista de Psicologia*, v. 12, n. 42, p. 111-120, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1300>. Acesso em: 25 out. 2021.
83. Rose, R. C., Beh, L., Uli, J., Idris, K. (2006). An Analysis of Quality of Work Life (QWL) and Career- Related Variables. *American Journal of Applied Sciences*, 3(12), 2151-2159.
84. Saviani, D. História da formação docente no Brasil: três momentos decisivos. *Revista Educação UFSM, Santa Maria/RS*, v. 30, n. 2, p. 11-26, jul./dez. 2005.
85. Seidl, E. M. F.; Zannon, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 580-588, abr. 2004.
86. Silva, A.; Fossá, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, v. 17, n. 1, 2015. Disponível em: <http://arquivo.revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: 11 nov. 2021.
87. Sílvia, G. C. et al. Avaliação dos riscos ergonômicos relacionados à atividade de bombeiros militares. *Revista de enfermagem UFPE on line – ISSN: 1981-8963, [S.I.]*, v. 8, n. 9, p.3082-3089, ago, 2014.
88. Silva, J. V. P.; Nunez, P. R. M. Qualidade de vida, perfil demográfico e profissional de professores de educação física. *Pensar a Prática*, v. 12, n. 2, 2009.
89. Silva, J. L. L. da; Dias, A.c.; Teixeira, L. R. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan, Colombia*, v.12, n.2, p.144-159, 2012.
90. Silva, M. A. Avaliação da qualidade de vida de professores do ensino fundamental: influência das variáveis sociodemográficas. 2011. 68 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Medicina) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.
91. Sinclair, S. et al. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, n. 69, p. 9-24, apr. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28119163/>. Acesso em: 11 out. 2021.
92. Soares, L. de J. e S.; Henig, E. V. Qualidade de vida no trabalho dos professores do ensino médio da rede pública e privada: o caso comparativo em cinco escolas de Rondonópolis Mato Grosso. *Revista Estudos e Pesquisas em Administração*, v. 3, n. 2, p. 96-114, 2019. Disponível em: . Acesso em: 25 out. 2021.
93. Soares, Ana H. R. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.7. 2011
94. Souto, L. E. S.; Souza, S. M.; Lima, C. De A.; Lacerda, M. K. S.; Vieira, M. A.; Costa, F. M. Da; Caldeira, A. P. Fatores associados à qualidade de vida de docentes da área da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 3, p. 452-460, 2016.
95. Sousa, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v.10, n. 3, p. 446-447, June 2002
96. Souza, C. G. V. M. De; Benute, G. R. G.; Moretto, M. L. T.; Levin, A. S. S.; Assis, G. R. De; Padoveze, M. C.; Lobo, R. D. Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em unidades de terapia intensiva. *Estudos de Psicologia, Natal/RN*, v. 24, n. 3, jul./set. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2019000300005&lng=pt&nrm=i-so](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000300005&lng=pt&nrm=i-so). Acesso em: 31 out. 2021.
97. Souza, C. A.; Zwicker, R. Implementação do sistema ERP: um estudo de casos comparados. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24., 2000 Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 2000.
98. Souza, J. C.; Mello, M. H. Qualidade de vida dos médicos ortopedistas do Mato Grosso do Sul. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 48, n. 1, p. 92-99, 2013.
99. Stephen, A.; Dhanapal, D. Quality of work life in small scale industrial units: employers and employees perspectives. *European Journal of Social Sciences*, Mahé, v. 28, n. 2, p. 262-271, 2012.

100. Teixeira, B. R. et al. Profissão médica como fator predisponente à síndrome de Burnout. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 5, p. 22104-22115, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/37380/pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.
101. Tostes, M. V. et al. Sofrimento mental de professores do ensino público. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro/RJ, v. 42, n. 116, p. 87-99, 2018.
102. Vasconcelos, L. B. de; Santos, M. C. L.; Silva, R. M. da; Santos, V. L.; Probo, D. R. G. Qualidade de vida relacionada à saúde: análise dimensional do conceito. *New Trends in Qualitative Research*, Fortaleza, v. 3, p. 226-238, 2020.
103. Vilarta, Roberto; Gonçalves, Aguinaldo. Qualidade de Vida – concepções básicas voltadas à saúde. In: Gonçalves, Aguinaldo e Vilarta, Roberto (orgs.). *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole, 2004, p.27-62.
104. Waldow, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
105. Yogi, C. M.; Lomeu, F. L. R. de O.; Silva, R. R. Alimentação, depressão e ansiedade: entenda a relação. Alfenas: UNIFAL-MG. 2018. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/prace/wp->. Acesso em: 05 out. 2021.