

Adição ao trabalho e qualidade de vida: um estudo com médicos

Work addiction and quality of life: a study with physicians

Walter Fernandes de Azevedo¹, Lígia Andrade da Silva Telles Mathias²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de médicos e investigar em que medida a adição ao trabalho a afeta. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, realizado com 1.110 médicos. Para coleta de dados, optou-se por utilizar um questionário contendo informações sociodemográficas, bem como aplicar o instrumento *World Health Organization Quality of Life-BREF* e a Escala de Adição ao Trabalho. **Resultados:** Os médicos, em sua maioria, apresentaram alta qualidade de vida. Os participantes do sexo feminino tiveram menor qualidade de vida em relação aos homens nos domínios psicológico, meio ambiente e geral ($p < 0,05$). A qualidade de vida correlacionou-se negativamente com o número de plantões ($p < 0,005$), e quanto maior a adição ao trabalho, menor a qualidade de vida. **Conclusão:** A pesquisa permitiu o conhecimento das implicações da adição ao trabalho sobre a qualidade de vida. Novos estudos são necessários para subsidiar a elaboração de estratégias que melhorem a saúde e a qualidade de vida do profissional médico.

Descritores: Trabalho; Qualidade de vida; Fatores de risco; Médicos

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of physicians and investigate to what extent it is affected by work addiction. **Methods:** This is an exploratory, descriptive and cross-sectional study, conducted with 1,110 physicians. For data collection, we used a questionnaire with sociodemographic information, the World Health Organization Quality of Life BREF, and the Work Addiction Scale. **Results:** Most physicians presented high quality of life. Female participants presented lower quality of life in the domains psychological, environment and general ($p < 0.05$). Quality of life was negatively correlated with the number of shifts ($p < 0.005$). The higher the

addiction to work, the lower the quality of life. **Conclusion:** The research allowed understanding the implications of work addiction in the quality of life. Further studies are required to support the development of strategies that improve health conditions and quality of life of medical professionals.

Keywords: Work; Quality of life; Risk factors; Physicians

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) envolve a forma como o indivíduo percebe sua posição na vida, na cultura e no sistema de valores em que está inserido em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo, que engloba a saúde em suas esferas física, psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e meio ambiente.⁽¹⁾

A produção científica sobre QV no Brasil é relativamente recente e cresce a cada ano, não se restringindo a um determinado grupo social, mas sendo realizada, em sua maioria, com adultos acometidos por alguma doença. Neste sentido, ela reflete a preocupação em conhecer de que forma tais enfermidades comprometem a vida destas pessoas.⁽²⁾

Pesquisas sobre a QV dos profissionais de saúde também têm sido desenvolvidas e, na área médica, em especial, evidenciam que fatores geradores de estresse, como a insatisfação com o ambiente e as condições de trabalho, assim como o número excessivo de pacientes, podem impactar sobre a QV destes profissionais.⁽³⁾

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

² Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Walter Fernandes de Azevedo – Hospital Universitário Lauro Wanderley, SN – Castelo Branco – CEP: 58059-900 – João Pessoa, PB, Brasil – Tel.: (83) 3216-7200
E-mail: walterfazevedo@yahoo.com.br

Data de submissão: 21/12/2016 – Data de aceite: 4/5/2017

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3960

A baixa QV no ambiente de trabalho dos profissionais da área de saúde, incluindo os médicos, pode gerar consequências negativas, como aumento do absenteísmo, falta de interesse para realização das atividades, aumento do número de acidentes de trabalho, apatia, tensão muscular, taquicardia, cefaleia, depressão, alteração do sono, além de outros desgastes físicos, psíquicos e sociais. Estes impactos, por sua vez, podem interferir na disposição do indivíduo para o trabalho, inclusive no cuidado prestado ao paciente.⁽⁴⁾

Os trabalhadores da saúde, quando não possuem QV, não podem assistir adequadamente os clientes, uma vez que ela interfere diretamente nas condições de trabalho e na qualidade dos meios para que suas atividades sejam desenvolvidas.⁽⁵⁾

Ressalta-se que as crescentes exigências do mercado de trabalho, pautadas no princípio da máxima produtividade, têm trazido à tona um novo problema que pode afetar a QV dos profissionais: adição ao trabalho ou *workaholism*.⁽⁶⁾

A adição ao trabalho é definida como um dano laboral, caracterizado pelo trabalho excessivo e constante.⁽⁷⁾ Pertence à classe dos vícios comportamentais, também denominados vícios sem substâncias, sendo bastante frequente em nossa sociedade.⁽⁸⁾

O *workaholic* geralmente constrói sua vida em torno do trabalho, é um perfeccionista, nega ter problemas de saúde e, quando adoece, retorna ao trabalho antes mesmo de se recuperar, o que traz danos físicos e aumenta o risco de complicações. Para os *workaholics*, possuir uma vida repleta de atividades e trabalho é mais do que um estilo de vida. Trata-se de um pré-requisito para o sucesso profissional.⁽⁹⁾

Os viciados em trabalho podem apresentar sintomas físicos como cansaço extremo, hipertensão, insônia, gastrites, alopecia, problemas vasculares e cardíacos. Entretanto, como estes sintomas, por si só, não expressam uma possível adição ao trabalho, um diagnóstico correto deve avaliar também aspectos psicológicos e sociais do trabalhador.⁽¹⁰⁾

Um estilo de vida pautado na adição ao trabalho pode, efetivamente, acarretar elevados níveis de ansiedade e depressão.⁽¹¹⁾ Ademais, associam-se a tal problema baixa satisfação com a vida e desempenho prejudicado no trabalho.^(12,13)

Diante do exposto, são necessários estudos que investiguem a relação entre adição de trabalho do médico e sua QV, uma vez que estes profissionais, em geral, cumprem excessiva carga horária, aspecto que pode levar a sérios problemas de saúde e, conseqüentemente, à diminuição da QV.

OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida de médicos e investigar em que medida a adição ao trabalho a afeta.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado com médicos do Estado da Paraíba.

Originariamente, a população do estudo era composta por 6.100 médicos cadastrados no Conselho Regional de Medicina (CRM-PB), os quais foram contatados pessoalmente em hospitais e durante eventos médicos no Estado. Para definição da amostra, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: exercer suas atividades durante o período de coleta de dados; ter interesse e disponibilidade em participar do estudo. Participaram do estudo 1.110 médicos que atenderam estes critérios. Calculou-se a amostra com base em um intervalo de confiança com margem de erro de 3% e nível de confiança de 95%.

Realizou-se a coleta de dados no período de junho a outubro de 2015, por meio da aplicação de um questionário contendo informações sociodemográficas e profissionais (sexo, estado civil, idade, raça, renda e número de plantões, considerando-se um plantão como composto por 12 horas de trabalho). Os dados também foram coletados por meio da aplicação do instrumento *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF) e da Escala de Adição ao Trabalho (EAT).

O WHOQOL-BREF compreende uma versão reduzida da medida de QV desenvolvida originalmente pela OMS. A presente versão é composta por 26 itens, dos quais dois compreendem avaliações gerais de QV e os demais correspondem às facetas descritas no instrumento original, que contemplam os domínios físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente.^(14,15) As respostas para as questões do WHOQOL-BREF são dadas em uma escala do tipo Likert,⁽¹⁴⁾ de 5 pontos, com respostas variando de 1 a 5. O escore global e de cada domínio é calculado tendo como referência a transformação da escala original para escores variando de zero a cem.⁽¹⁶⁾ O escore de cada domínio do WHOQOL-BREF é obtido em uma escala positiva, ou seja, quanto mais alto o escore, melhor a QV naquele domínio.⁽¹⁷⁾

Com base nos resultados apresentados por Nunes e Freire,⁽¹⁸⁾ utilizou-se como ponto de corte o percentil 70 para identificar indivíduos com alta QV. Aqueles com escore abaixo deste percentil foram classificados como não detentores de qualidade alta de vida.

A EAT, por sua vez, foi originalmente elaborada por Schaufeli et al.,⁽¹⁹⁻²¹⁾ reunindo 17 itens. A versão brasileira, adaptada por Carlotto et al., segue as mesmas instruções e o mesmo formato de resposta, porém é composta por dez itens, sendo cinco para cada dimensão, respondidos em escala do tipo *Likert* de 4 pontos (1 para nunca e 4 para todos os dias).⁽⁶⁾

Para caracterizar adição ao trabalho, considerou-se o ponto médio da escala (2,5), de modo que foram incluídos nesta condição os médicos que obtiveram média de escore igual ou superior a 2,5. Os participantes com média inferior a 2,5 não foram considerados adictos ao trabalho.

Os dados foram originalmente tabulados em planilha *Excel* e, após, convertidos para o formato.sav do *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS), versão 20. Além de estatísticas descritivas (distribuição de frequência, percentual, média, desvio padrão e intervalo de confiança), foram realizados testes de comparação entre as médias (testes *t*), teste χ^2 e teste exato de Fisher.

Considerou-se também o ajuste de um modelo de regressão logística para buscar evidências a respeito da influência de outras variáveis na ocorrência de um eventual desfecho de interesse no estudo. Para fornecimento de evidência acerca da qualidade do ajuste deste tipo de modelo, utilizou-se o teste de Hosmer e Lemeshow. Decidiu-se aplicar o método *stepwise* para selecionar modelos com as variáveis mais importantes para explicar o desfecho, baseando-se em uma regra de decisão por meio do cálculo do teste de razão de verossimilhanças em um determinado número de passos.

No que diz respeito à regressão logística, a variável referente à adição ao trabalho categorizada foi calculada da seguinte forma: na categoria 1, se o médico apresentasse escore acima de 2,5, o que representaria maior adição ao trabalho, a variável receberia valor 1. Na categoria 2, se ele apresentasse escore abaixo de 2,5, o que expressaria menor adição ao trabalho, a variável receberia valor zero.

O presente estudo respeitou o preconizado pela resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a coleta de dados iniciada somente após a apreciação e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, sob número 924.045, CAAE: 39156114.0.0000.5183.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.110 médicos que atuavam no Estado da Paraíba, a maioria do sexo masculino (53,30%),

casados (64,70%), com idade entre 31 e 40 (27,12%) e autodeclarados brancos (61,50%). Do total, 38,29% faziam até dez plantões mensais e 92,50% possuíam renda igual ou superior a 7 ou mais salários mínimos.

A tabela 1 apresenta as estatísticas associadas aos escores dos quatro domínios de QV e ao escore geral de QV. Tais escores foram padronizados para uma escala que varia de zero a 100%.

Tabela 1. Distribuição dos médicos, segundo escores transformados (0 a 100 na escala) dos domínios obtidos no questionário de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOOQOL-BREF) de 26 itens

Domínios do WHOOQOL-BREF	M	DP	IC95% (M ± 1,96 *DP)		Valor de p (teste KS)
Físico	68,9852	14,65299	40,2654	97,7051	0,000*
Psicológico	67,8437	13,46486	41,4526	94,2348	0,000*
Social	67,4962	16,77387	34,6195	100,00	0,000*
Meio ambiente	60,9194	12,42355	36,5692	85,2696	0,000*
Geral	66,3105	11,75319	43,2742	89,3467	0,006

* valor de p obtido menor que 0,00000000001 ao nível do intervalo de confiança 95%.

M: média; DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Estatisticamente, os médicos possuíam alta QV, como expressaram os valores dos intervalos de confiança calculados, considerando-se o nível de confiança de 95%.

A tabela 2 apresenta os escores dos domínios obtidos no questionário de qualidade de vida, segundo o sexo.

Tabela 2. Escores dos domínios obtidos no questionário de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOOQOL-BREF) de 26 itens, segundo o sexo

Domínios	Homens M ± 1,96 × DP	Mulheres M ± 1,96 × DP	Valor de p (teste Wilcoxon)
Físico	70,1213 ± 28,61	67,7185 ± 28,49	0,117
Psicológico	69,3288 ± 27,19	66,1133 ± 25,13	0,031
Social	68,3629 ± 33,03	66,5530 ± 32,54	0,439
Meio ambiente	62,2067 ± 25,69	59,4002 ± 22,30	0,000*
Geral	67,5181 ± 23,71	64,9304 ± 21,87	0,006

* valor de p obtido menor que 0,00000000001 ao nível do intervalo de confiança 95%.

M: média; DP: desvio padrão.

A QV, em todos seus domínios, correlacionou-se negativamente com o número de plantões ($p < 0,05$). Em média, a partir de 14 plantões, a QV começou a diminuir ($p < 0,05$). Observou-se, então, redução da QV nos casos em que o médico informou realizar maior número de plantões, a saber: bem-estar psicológico ($r = -0,149$; $p < 0,001$), relações sociais ($r = -0,135$; $p < 0,001$), ambiente de vida ($r = -0,149$; $p < 0,001$) e saúde física ($r = -0,118$; $p < 0,001$).

Além disto, alguns fatores de QV correlacionaram-se com as seguintes variáveis demográficas: ambiente de vida com renda ($r = 0,13$; $p < 0,001$), saúde física e bem-estar psicológico com idade ($r = -0,08$ e $0,0$; $p < 0,05$, respectivamente).

Foi possível evidenciar que 44,9% (498) dos médicos eram adictos ao trabalho, 54,9% (610) não eram adictos e 0,2% (2) não responderam adequadamente o instrumento.

Quando correlacionada a adição ao trabalho com a QV comprovou-se, sistemática e coerentemente, que a maior adição levou a uma menor sensação de QV, conforme as correlações da adição com os fatores específicos desta medida: bem-estar psicológico ($r=-0,42$; $p<0,001$), relações sociais ($r=-0,34$; $p<0,001$), ambiente de vida ($r=-0,34$; $p<0,001$) e saúde física ($r=-0,32$; $p<0,001$) e geral ($r=-0,43$; $p<0,001$).

A tabela 3 apresenta os resultados do ajuste do modelo escolhido após os quatro passos definidos pelo método *stepwise*.

Tabela 3. Coeficientes estimados das variáveis selecionadas pelo método *stepwise* – modelo para qualidade de vida

Variável	Estimativa do coeficiente	OR	Valor de p	IC95% para OR
Idade	-0,016	0,984	0,005	0,973-0,995
Sexo	-0,410	0,664	0,003	0,506-0,870
Renda	0,271	1,312	0,039	1,014-1,697
Número de plantões	-0,016	0,984	0,040	0,970-0,999
Adição ao trabalho (categorizada)	-1,289	0,276	0,000*	0,208-0,365

* valor de p obtido menor que 0,00000000001 ao nível do intervalo de confiança 95%.

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Considerando-se o nível de 95% de intervalo de confiança, o aumento da idade influenciou negativamente na QV (diminuição de 0,016 na chance de possuir QV alta), podendo reduzir em até 2,7% a chance de QV alta.

Em relação ao sexo, como a categoria de referência foi o sexo masculino, houve evidência de que o fato do médico ser do sexo feminino contribuiu negativamente para a QV (diminuição de 0,41 na chance de possuir QV alta), podendo reduzir em até 49,4% a chance de QV alta.

Em relação à renda, verifica-se que quando ela aumentou, houve mais chances de o médico apresentar QV alta (acréscimo de 0,271 na chance de QV alta). Quando observada a razão de chance associada à renda, o aumento desta pode elevar em até 1,697 vez a chance de um médico apresentar QV alta.

Sobre o número de plantões, o aumento do número de plantões implicou a diminuição da chance do médico ter QV alta (decréscimo de 0,016 na chance de QV alta), o que também revelou que o número de plantões não foi a variável diretamente relacionada com a diminuição da QV de um médico.

Como a categoria de referência foi o fato de o médico não ser adicto, o contrário, ou seja, ser adicto contribuiu negativamente para a QV (diminuição de 1,289 na estimativa da chance de possuir QV alta), podendo reduzir em até 79,2% a chance de QV alta.

Ao utilizar o teste de Hosmer e Lemeshow, verificou-se que o modelo era adequado para explicar o desfecho considerado, ou seja, QV alta (χ^2 de 2,706, grau de liberdade=8; $p=0,948$), uma vez que o valor de p do teste foi maior que 0,05. Além disso, o modelo possuía um poder preditivo geral de acerto de aproximadamente 67% dos casos, o que indicou um desempenho razoável para explicar a QV geral por meio das variáveis consideradas.

Diante da evidência de que a adição ao trabalho implicou a diminuição da QV, observou-se, por meio do teste χ^2 e com base no nível de confiança de 95%, associação entre estas variáveis, cujo coeficiente de contingência foi igual a 0,274 (27,4%). Houve, então, associação moderada entre ambas.

Como a categoria de QV não alta foi a referência, a QV alta contribuiu negativamente para a possibilidade de o médico ser mais adicto ao trabalho (diminuição de 1,276 na chance de ser adicto). Verifica-se ainda que, ao passar da primeira categoria (QV não alta) para a segunda (QV alta), ocorreu uma diminuição de até 78,5% na chance dele ser mais adicto ao trabalho.

Uma vez que foi encontrada relação entre adição ao trabalho e QV nos dois modelos adotados, foi possível apresentar algumas medidas descritivas associadas aos escores originais de uma variável para cada nível da outra variável categorizada. A tabela 4 apresenta as estatísticas de interesse para cada caso.

Tabela 4. Escore de adição ao trabalho para cada nível de qualidade de vida categorizada e vice-versa

	Média	Desvio padrão
Qualidade de vida (%)		
Abaixo de 70	2,5507	0,57019
Acima de 70	2,1489	0,55428
Adição ao trabalho (%)	Média	DP
Abaixo de 2,5	70,2468	10,56227
Acima de 2,5	61,5083	11,34901

Pelos resultados e pelo teste de Mann-Whitney ($p<0,0001$), os escores de adição ao trabalho para os grupos de QV foram estatisticamente diferentes, considerando-se o intervalo de confiança de 95%. O escore de adição ao trabalho foi maior no grupo dos médicos com QV abaixo de 70%. Da mesma forma, quando observados os escores de QV para as categorias de adição ao trabalho definidas, os grupos de adição ao trabalho apresentaram, de fato, escores de QV estatisticamente diferentes ao nível de 95% ($p<0,0001$).

DISCUSSÃO

Os médicos do Estado da Paraíba apresentaram alta QV. Tal fato pode estar diretamente associado a salários, consultas e/ou procedimentos médicos relativamente bem remunerados, sobretudo em uma região com custo de vida mais baixo, o que permite um favorável ativo financeiro e, conseqüentemente, uma vida com mais conforto. Todos os médicos participantes da pesquisa possuíam renda igual ou superior a sete salários mínimos, dado que demonstra esta correlação.

O Estado da Paraíba é pequeno e não possui grandes metrópoles, o que também contribui para uma boa QV, uma vez que as distâncias a serem percorridas nos deslocamentos são menores e há pouco congestionamento no trânsito. Isto confere aos médicos o privilégio do acesso rápido, bem como mais tempo ao lado de suas famílias, podendo, inclusive, fazer as refeições em casa quando não estão de plantão, situação pouco frequente entre estes profissionais.

Estudo que investigou a QV de 62 médicos atuantes na Atenção Básica utilizando o WHOQOL-BREF evidenciou valores altos nos itens domínios físico, relações sociais e psicológico, em concordância com o presente estudo.⁽³⁾ Outra pesquisa, realizada com profissionais de centros de saúde, encontrou os maiores escores dos domínios do WHOQOL-BREF no domínio saúde física (média de 70,49) e o menor no da saúde ambiental (média de 56,94).⁽²²⁾

Nesse sentido, as maiores médias encontradas no domínio físico expressam que os médicos se julgam com boa capacidade para realizarem as atividades diárias, energia suficiente, boa mobilidade, qualidade de sono e capacidade de trabalho; e possuem menos dor e menor dependência de substâncias medicamentosas.⁽²²⁾ Entretanto, comparando com os domínios físico, psicológico e social, o meio ambiente apresentou menor média, estando associado a questões que envolvem recursos financeiros, lazer, segurança e disponibilidade para informações necessárias no cotidiano.

No que diz respeito à associação entre os escores dos domínios de QV e o sexo, há evidência suficiente para afirmar que existe diferença entre os escores de QV de homens e mulheres para dois domínios: psicológico e meio ambiente, sendo as mulheres o grupo com menores escores de QV. Além disto, ser do sexo feminino diminui as chances de ter alta QV.

Fatores como gravidez, parto, amamentação, cuidados domésticos, participação da educação dos filhos, além do próprio trabalho médico, podem estar associados com menor saúde psicológica⁽²²⁾ e ambiental, pois, na medida em que há dupla jornada diária (casa e trabalho), fatores como lazer e disponibilidade passam a não se fazerem tão presentes na vida destas médicas. Acrescenta-se a estes fatores a desigualdade financeira

entre os sexos também nesta área, de modo que os homens recebem maior salário em relação às mulheres.⁽²³⁾

Autores investigaram a QV de jovens médicos chilenos e verificaram que ser do sexo feminino, possuir baixa escolaridade, baixos salários e cumprir longas horas de trabalho são fatores associados a uma má QV entre estes profissionais.⁽²⁴⁾

Na presente pesquisa, houve correlação negativa entre QV e número de plantões. As longas jornadas de trabalho e a necessidade de trabalhar em esquema de plantão distanciam os médicos de suas famílias, do conforto e de atividades que lhes proporcionam prazer. Trata-se de uma situação com potencial de interferir negativamente na saúde física e mental, a ponto de também comprometer o convívio social, o que contribui significativamente para diminuição da QV.

Estudo realizado com médicos ortopedistas mostrou que quanto maior a carga horária, menor a QV, no que diz respeito à dimensão psicológica. Já no domínio ambiente, quanto maior a renda, melhor a QV.⁽²⁵⁾ Tais achados corroboraram os encontrados no presente trabalho.

Nesta pesquisa, a idade obteve correlação negativa com a saúde física ($p=-0,08$) e positiva com o bem-estar psicológico ($p=0,07$), de modo que quanto maior a idade dos médicos, menor a saúde física e maior o bem-estar psicológico. Tal fato sugere que os médicos mais velhos possuem uma pior saúde física, o que os leva a diminuir o número de plantões e, portanto, contribui para maior bem-estar psicológico. Logo, os profissionais mais jovens, apesar de possuírem boa saúde física, apresentam menor bem-estar psicológico, possivelmente em virtude das longas jornadas de trabalho que os impedem de usufruir de momentos de lazer. Acresce-se que o hospital, por si só, é um ambiente estressante.

Foi possível observar que quanto mais adicto ao trabalho, maior é o deterioro da QV do médico, aspecto que comprova que a adição ao trabalho pode prejudicar a QV deste profissional. Neste sentido, o profissional viciado em trabalho, por exercer uma atividade de forma compulsiva e excessiva no ambiente laboral, acaba por se esquecer dos outros domínios de sua vida (social, físico e mental), igualmente importantes para manutenção da saúde, o que prejudica a sua QV. Diante dos achados, torna-se necessário que as instituições de saúde estejam atentas a estes profissionais adictos, uma vez que tal comportamento não compromete apenas a sociabilidade com a equipe de trabalho, com a família e sua saúde, mas diminui a produtividade, aumenta as taxas de absenteísmo, auxílio-doença, prejudicando a qualidade dos serviços prestados.

Assim, estratégias para melhorar a QV nas empresas são necessárias e podem beneficiar o trabalhador

com mais bem-estar e prazer durante o exercício da profissão.

A implantação da QV no trabalho nas empresas é essencial para o desenvolvimento e o sucesso de uma organização, podendo tornar o ambiente laboral mais saudável e prazeroso aos funcionários. Pode favorecer também equipes mais comunicativas e integradas, e melhorar as condições de saúde dos empregados,⁽²⁶⁾ aspectos que contribuem para a melhoria da QV.

É necessário que as empresas e seus administradores procurem identificar as necessidades de sua equipe, para que melhorias laborais possam ser implementadas, no sentido de aumentar a produtividade e a qualidade do atendimento, bem como solucionar ou prevenir situações comprometedoras do bem-estar e da saúde dos funcionários.⁽²⁶⁾ A implementação de QV no trabalho médico, além de fazer com que os profissionais se sintam mais satisfeitos, pode contribuir para a redução de acidentes e erros, e auxiliar nos cuidados direcionados ao paciente, uma vez que a baixa QV influencia diretamente na assistência.

CONCLUSÃO

Os médicos participantes da pesquisa apresentaram boa qualidade de vida, com significância estatística para todos os domínios. A qualidade de vida pode ser afetada por características demográficas como, por exemplo, idade, sexo e renda. O número de plantões, por sua vez, correlacionou-se negativamente com a qualidade de vida, de modo que, quanto maior o número de plantões, pior a qualidade de vida do médico.

Os dados analisados demonstraram também que quanto mais adicto for o médico, maior o desgaste de sua qualidade de vida. Parece evidente que a adição ao trabalho pode afetar a qualidade de vida dos médicos e contribuir para seu deterioro.

A presente pesquisa espera ter contribuído com novas práticas, por permitir o conhecimento das implicações negativas da adição ao trabalho sobre a qualidade de vida dos médicos, de maneira a alertar a comunidade científica sobre este problema. Acredita-se que os resultados suscitem propostas de intervenções ou subsidiem a elaboração de estratégias para melhorar a saúde e a qualidade de vida do profissional médico e, consequentemente, da assistência prestada no serviço público.

REFERÊNCIAS

1. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
2. Almeida MA, Gutierrez GL, Marques R. *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: EACH/USP; 2012. p. 142.
3. Olivares A, Bonito J, Silva R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (Brasil). *Psicol Saude Doenças*. 2015; 16(1):100-11.
4. Andrade KO, Andrade PO, Leite LF. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. *Rev Científica do ITPAC*. 2015;8(1):1-5.
5. Gomes MF, Mendes ES, Fraccolic LA. [Quality Of Life Of Family Health Strategy Professionals]. *Rev Aten Saude*. 2016;14(49):27-33. Portuguese.
6. Carlotto MS, Miralles ML. [Translation, adaptation and exploration of psychometric properties of "Dutch Work Addiction Scale" (DUWAS)]. *Contextos Clínic*. 2010;3(2):141-50. Portuguese.
7. Rodríguez AP. Relación entre workholics (adictos al trabajo) y la actitud laboral del área administrativa de una industria de calzado [tese]. Guatemala de la Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2014.
8. Scheen AJ. Workaholism: la dépendance au travail, une autre forme d'addiction. *Rev Med Liège*. 2013;68(5-6):371-6.
9. Giannini M, Scabia A. Workaholism: an addiction or a quality to be appreciated? *J Addict Res Ther*. 2014;5(3):1-9.
10. Garrido Piosa M. [Workaholics: characteristics, identification and prevention from a holistic perspective]. *Enferm Glob*. 2014;13(33):362-9. Spanish.
11. Bartczak M, Ogińska-Bulik N. Workaholism and mental health among Polish academic workers. *Int J Occup Saf Ergon*. 2012;18(1):3-13.
12. Shimazu A, Schaufeli WB, Kubota K, Kawakami N. Do workaholism and work engagement predict employee well-being and performance in opposite directions? *Ind Health*. 2012;50(4):316-21.
13. Shimazu A, Schaufeli WB, Kamiyama K, Kawakami N. Workaholism vs. work engagement: the two different predictors of future well-being and performance. *Int J Behav Med*. 2015;22(1):18-23.
14. Fleck MP. [The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives]. *Cien Saude Colet*. 2000;5(1):33-8. Portuguese.
15. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.
16. World Health Organization (WHO). *Programme on Mental Health. WHOQOL user manual* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 3]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77932/1/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf
17. Domiciano LF, Tomo S, Simonato LE, Lima KF, Boer NP, Cunha-Correia AS, et al. [Assessing self-perception of quality of life among dentists working at public health]. *Arch Health Invest*. 2014;3(5):24-31. Spanish.
18. Nunes MF, Freire MC. [Quality of life among dentists of a local public health service]. *Rev Saude Publica*. 2006;40(6):1019-26. Portuguese.
19. Schaufeli WB, Taris TW. Dutch Work Addiction Scale (DUWAS) [Internet]. 2004 [cited 2017 Jan 24]. Available from: http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Scoring_DUWAS.pdf
20. Schaufeli WB, Taris TW, Bakker AB. Dr Jekyll or Mr Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. In: Burke RJ, editor. *Research companion to working time and work addiction* [Internet]. Northampton: Edward Elgar; 2006 [cited 2017 Apr 24]. p.193-217. [New Horizons in Management Serie]. Available from: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/260.pdf>
21. Schaufeli WB, Shimazu A, Taris TW. Being driven to work excessively hard: the evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan. *Cross-Cult Res*. 2009;43(4):320-48.
22. Gholami A, Jahrome LM, Zarei E, Dehghan A. Application of WHOQOL-BREF in measuring quality of life in health-care staff. *Int J Prev Med*. 2013;4(7): 809-17.
23. *Demografia Médica no Brasil 2015*. Coordenador Prof. Dr. Mário Scheffer [Internet]. 2015 [citado 2017 Mar 3]. São Paulo: CRMESP; 2015. p. 284 Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/DemografiaMedica30nov2015.pdf>
24. Liang Y, Wang H, Tao X. Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP). *Int J Equity Health*. 2015;14:85.
25. Mello MH. *Qualidade de vida dos médicos ortopedistas do estado do Mato Grosso do Sul* [tese]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2011.
26. Ribeiro LA, Santana LC. Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo para o sucesso organizacional. *Rev Iniciação Cient*. 2015;2(2):75-96.