



Artigo Original

Qualidade de Vida dos Médicos Ortopedistas do Mato Grosso do Sul

Marcelo Henrique de Mello¹, José Carlos Souza^{2*}

¹Médico Ortopedista; Mestre em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

²Psiquiatra; Doutor em Saúde Mental, Universidade de Campinas (Unicamp), Campinas, São Paulo, Brasil; PhD

Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal; Professor, Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Trabalho feito no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, área de atuação Práticas em Saúde, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 21 de dezembro de 2011

Aprovado em 12 de abril de 2012

Palavras-chave:

Qualidade de vida

Ortopedistas

Questionários

R E S U M O

Objetivo: Avaliar a QV e suas implicações nos agentes promotores de saúde especializados em ortopedia. **Métodos:** Estudo quantitativo-descritivo, de corte transversal, com envio do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) e questionário sociodemográfico a 117 ortopedistas, com resposta de 29 médicos. Na análise estatística dos dados, foram aplicados três testes estatísticos distintos: o teste de Análise de Variância (Anova); o teste t de Student e o de correlação linear de Pearson. Os testes foram aplicados com uma confiabilidade de 95%. **Resultados:** Responderam ao questionário 29 ortopedistas, observando-se que as variáveis estudadas com relação aos domínios foram: idade e tempo de trabalho, onde há uma relação positiva com os domínios relações sociais e ambiente; domínio renda, que influencia positivamente nos domínios nível de independência e ambiente; e carga horária de trabalho, que influencia negativamente na dimensão psicológica. **Conclusão:** Os médicos ortopedistas apresentaram altos escores nos domínios do WHOQOL-100 e, em sua percepção, boa qualidade de vida, obtendo escores superiores em relação a outras profissões.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado pela Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Quality of Life of Orthopaedist of South Mato Grosso

A B S T R A C T

Objective: Evaluate QOL and its implications for health care providers specialized in orthopedics. **Methods:** In this quantitative, descriptive, cross-sectional study two questionnaires, World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) and sociodemographic, were sent to 117 orthopedic surgeons, with 29 doctor's response. Statistical analysis was performed using three different tests: Analysis of Variance (ANOVA), Student t-test, and Pearson's linear correlation. The tests were applied with a reliability of 95%. **Results:** Twenty-nine orthopedic

Keywords:

Quality of Life

Orthopedics

Questionnaires

*Autor para correspondência: Rua Theotônio Rosa Pires, 88, Campo Grande, MS, Brasil. CEP: 79004-340, telefone (67) 9981-6271.

E-mail: josecarlossouza@uol.com.br

surgeons responded to the questionnaire. The studied variables regarding domains were age and employment duration, which have a positive relationship with the environment and social relationships domains; income, which positively influences the level of independence and environment domains; and workload, which negatively influences the psychological domain. *Conclusion:* Orthopedic physicians had high scores in the WHOQOL-100 domains and, in their perception, good quality of life had higher scores compared to other professions.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Desde que o homem se reconhece como tal, ele sofre de problemas de saúde e, para tanto, busca soluções. Não são poucos os relatos de ações nesse sentido. Modernamente, o homem se institucionalizou, agrupando seus conhecimentos, e a busca desses, nas chamadas “escolas”, com a medicina não foi diferente: solitária nos tempos primórdios dos “médicos-filósofos”, empírica na sua grande parte, hoje ela se organiza em escolas, faculdades que viabilizam a milhares de jovens no Brasil e no mundo a possibilidade de ser médico. Lidar com a vida, com a morte e todas as doenças possíveis todos os dias.

O acesso facilitado à medicina e ao médico em geral, na sociedade, é um dos grandes avanços da medicina e provavelmente um dos motivos de preocupação dos médicos, já que, com essa proximidade, ele, como nunca, fica vulnerável à cobrança de cada vez mais acertos e cada vez menos erros. É impossível o exercício da medicina sem a consciência do bem e do mal, sem o desejo de servir, ser útil, ou sem o amor pelo ser humano. É uma ciência quando estuda o ser humano em seus aspectos biológicos e uma arte quando aplica seus conhecimentos em benefício do homem.¹

No Brasil há hoje 180 escolas de medicina, que formam cerca de 15.500 médicos por ano, os quais irão se espalhar por todo o Brasil, muitos deles sem fazer qualquer outra especialização, em busca muitas vezes de estabilização econômica, essa uma das principais vantagens da profissão, ou pelo menos uma das vantagens mais celebradas.² Durante muitos anos, aqueles que procuravam a medicina quase sempre eram atraídos pela independência proporcionada pela profissão. Os médicos, como profissionais liberais, podiam desenvolver suas melhores habilidades e adaptavam seu trabalho de acordo com suas vidas e necessidades individuais, estilos de vida e personalidades. Mas atualmente, o médico profissional liberal está quase extinto, atuando defensivamente, preocupado em ser processado por eventual erro, observando a profissão dominada pelas seguradoras de saúde.³

No entanto, mostrou que, nos dias atuais, a estabilidade financeira, que antes era garantida aos que se formavam em medicina, não é mais acompanhada de um retorno salarial

satisfatório. Para obter uma condição financeira razoável o profissional acaba por sobrecarregar-se e submeter-se a diversos empregos e plantões, levando-o a uma deterioração técnica e de sua prática.⁴

Especificamente no caso dos médicos especialistas em ortopedia e traumatologia, após a formação básica de seis anos na escola de medicina, para obtenção do título de especialista em ortopedia e traumatologia, faz-se obrigatória uma especialização, com duração mínima de três anos, em serviços reconhecidos pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). Atualmente, esses são cerca de 155, formando aproximadamente 400 ortopedistas a cada ano. Após os três anos de residência médica credenciada, esses necessitam ainda passar por uma prova teórico-prática aplicada pela sociedade e, uma vez aprovados, poderão ser inscritos como “especialistas”.⁵ Além de toda a espera, da ansiedade de se tornar médico, ainda têm de submeter-se a provas para ser considerados aptos e finalmente poder almejar a estabilização econômica e a satisfação de exercer sua profissão. No Estado de Mato Grosso do Sul existem 117 médicos especialistas em ortopedia e traumatologia⁶ e, desses, 74 residem na capital e 43 no interior, sendo 113 homens e quatro mulheres. Muitos ainda, após receber o título de especialista em ortopedia e traumatologia, seguem estudando e aprimorando-se, já que a SBOT, além da ortopedia geral, reconhece hoje 12 subespecialidades: cirurgia de mão, cirurgia de coluna vertebral, cirurgia de joelho, cirurgia de pé e tornozelo, ortopedia pediátrica, ortopedia oncológica, cirurgia de ombro e cotovelo, osteoporose e doenças metabólicas, trauma ortopédico, artroscopia, cirurgia de quadril, reconstrução e alongamento ósseo.

A necessidade de cuidar-se é fundamental para que o profissional consiga exercer bem sua profissão, pois o cuidado é uma condição que resulta no bem-estar físico e mental, condições essas que possibilitarão o melhor cuidar de outrem. Essa preocupação com o bem-estar físico e emocional cada vez mais se torna parte do dia a dia, o que leva o nome de Qualidade de Vida (QV), e a preocupação com essa não é um fator restrito aos médicos, já que todas as profissões e estratos da sociedade hoje têm o mesmo pensamento, melhorar sua “qualidade de vida”.⁷

Alerta-se que os médicos, perante disfunções emocionais, não procuram ajuda, automedicam-se. Além disso, negligenciam as suas necessidades gerais quanto à saúde.

A maioria (70%) dos médicos não faz check-up regularmente, 60% dos médicos de família não consultam o médico e quando uma doença lhes é de fato diagnosticada, congregam-se múltiplos diagnósticos e a taxa de cirurgia é três vezes maior do que a da população geral.⁸

A adesão dos médicos aos tratamentos prescritos pelos seus colegas é extremamente pobre, eles recusam, ignoram ou depreciam o seu próprio tratamento, sendo, portanto, alvos obrigatórios de melhores avaliações e ações em relação à QV.

Para se pensar em melhorar a Qualidade de Vida Geral (QVG) do médico ortopedista, é preciso inicialmente entender o que é QV, suas implicações, e quantificar essa QV, para, se possível, de posse dessas informações, lançar mão de atitudes e iniciativas para incrementá-la, melhorando-a. Este é o intuito desta pesquisa: trazer aos olhos do ortopedista o conceito de QV, conceituando e exemplificando, para que, reconhecendo-a, ele se preocupe mais e aja em prol de sua melhoria.

Avaliar a QVG dos médicos ortopedistas do Estado de Mato Grosso do Sul, caracterizar a amostra por meio das variáveis sociodemográficas: idade; sexo; tempo de formação; estado civil; se possui subespecialização; carga horária de trabalho; dias trabalhados na semana; renda mensal familiar; se possui outras fontes de renda; local de residência; percepção do trabalho em relação aos demais médicos ortopedistas e avaliar a QV segundo os domínios do WHOQOL-100: aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade/crenças/religião; além de comparar os domínios de QV do WHOQOL-100 com as variáveis sociodemográficas são os objetivos desta pesquisa.

Material

Foram convidados a participar da pesquisa e receberam os formulários todos os profissionais médicos ortopedistas do Estado de Mato Grosso do Sul que possuem título de especialista em ortopedia e traumatologia reconhecido pela Associação Médica Brasileira e são associados à SBOT, perfazendo 117 médicos (N = 117), sendo quatro mulheres e 113 homens, distribuídos na capital (74) e no interior (43), em 18 municípios: Amambai, Aparecida do Taboado, Aquidauana, Bonito, Cassilândia, Chapadão do Sul, Corumbá, Coxim, Costa Rica, Dourados, Eldorado, Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã, São Gabriel, Três Lagoas. Responderam ao questionário 29 médicos ortopedistas, todos do sexo masculino.

O critério de inclusão foi possuir Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia e aceitar participar da pesquisa.

Métodos

O projeto desta dissertação foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, para autorização da pesquisa com seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado.⁹ Foi também solicitada e aprovada a autorização da SBOT-MS para a feitura da pesquisa com seus integrantes.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, foi feito, então, um estudo piloto com três médicos ortopedistas de uma clínica de Campo Grande, MS, com o intuito de verificar a adequação do instrumento.

O período do corte transversal transcorreu por determinação do pesquisador, no prazo de setembro de 2009 a fim de dezembro de 2009 (quatro meses), sendo os questionários enviados ou entregues todos na mesma semana de setembro e a devolução por parte dos participantes prolongando-se até fim de dezembro de 2009, não ocorrendo, após esse prazo, nenhuma devolução.

Para obter-se o anonimato, foi enviado a cada um dos convidados, em suas clínicas particulares ou hospitais em que comprovadamente trabalhavam, um envelope contendo: carta da SBOT assinada por seu presidente, dando o aval da sociedade à pesquisa; Termo de Consentimento Informado, que deveria ser assinado sob pena de exclusão do questionário respondido em contrário; questionário WHOQOL-100 constando de 100 perguntas autoexplicativas. Alguns médicos receberam o envelope diretamente em seus locais de trabalho (clínicas particulares), principalmente os moradores da capital (Campo Grande), e o restante, qual seja, a maioria, recebeu via Correios. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como o questionário WHOQOL-100 é autoexplicativo, cada participante o preencheu sozinho, sem a presença do pesquisador; posteriormente às respostas, essas foram remetidas ou levadas em envelope, pessoalmente, à sede da SBOT-MS (quando remetidos, os custos foram por conta do participante, envelopes sem identificação), situada na mesma sede da Associação Médica do Mato Grosso do Sul, no Parque dos Poderes, Campo Grande, MS.

Uma vez recebidos na sede da SBOT, o autor separou os formulários dos Termos de Consentimento para preservação do anonimato e, após o recolhimento na sede da SBOT-MS, foi feito levantamento, com tabulação dos resultados e análise desses. Devido ao fato de a maioria das cidades do estado só possuir um profissional médico ortopedista vinculado a ela (exceção feita a Campo Grande, Dourados, Três Lagoas, Aquidauana, Corumbá, Nova Andradina e Ponta Porã), por questão de sigilo, não serão descritos os locais de residência dos médicos que responderam ao questionário.

Foram usados dois instrumentos de pesquisa: o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life – 100) e o questionário sociodemográfico de autoria do pesquisador, que buscava investigar, para posterior correlação, os seguintes aspectos: idade, sexo, estado civil, tempo de formação, renda mensal familiar, carga horária semanal de trabalho nos diversos ambientes, local de residência (capital x interior), se possui subespecialização, se possui outras fontes de renda além da medicina e a percepção de cada médico quanto ao volume de trabalho em relação aos demais ortopedistas do estado.

O WHOQOL-100 é apenas um dos questionários existentes no arsenal de pesquisas da QV. Devido à subjetividade do tema, existem num estudo de revisão sobre QV algumas dificuldades metodológicas, que podem, no entanto, ser resolvidas por um grande número de questionários já validados no Brasil⁽¹⁰⁾. Dentre os inúmeros questionários, os autores citam 126 instrumentos para mensurar diferentes populações, destacando entre eles o *Medical Outcomes Study MOS-36 – Form Health Survey: SF 36*; *The World Health Organization Quality Of Life:*

WHOQOL-100; e *Quality Of Life* QOL. O WHOQOL-100 é um instrumento para avaliação da QV que pode ser usado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e/ou doenças crônicas.¹¹

O WHOQOL-100, que foi idealizado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS,¹² inicialmente contava com 2 mil perguntas, foi reduzido para 300 e finalmente para sua forma final, 100 perguntas, sendo posteriormente traduzido e validado pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade do Federal Rio Grande do Sul, Porto Alegre, em 1996. O Brasil é um dos mais de 20 países que aplicam esse questionário, fato esse que demonstra sua aplicabilidade transcultural, compreendendo seis aspectos distintos: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/crenças/religião.¹³

O desenvolvimento de instrumentos de aferição da QV compõe uma complexa e sistemática preocupação de diversas áreas do conhecimento científico de investigar medidas de saúde de modo mais amplo, para além de tradicionais e insuficientes parâmetros de mortalidade e morbidade.¹³

A partir de tais premissas, a OMS se propôs a desenvolver um instrumento que sanasse essa lacuna. Primeiramente, estabeleceu aspectos fundamentais que o constructo deveria ter: subjetividade; multidimensionalidade; bipolaridade.

Nesse contexto, o Grupo elaborou a definição da OMS quanto à QV: é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.¹² Os domínios do WHOQOL compreendem seis aspectos, subdivididos em 24 facetas a serem pesquisadas.

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom). Embora esses pontos âncoras sejam de fácil tradução nas diferentes línguas, a escolha dos termos intermediários apresenta dificuldades de equivalência semântica nas diferentes línguas (ex.: entre as âncoras “nunca” e “sempre” existe “às vezes”, “frequentemente”, “muito frequentemente”, “muitas vezes” etc.).

Após desenvolverem as facetas, foi feita a tradução e posteriormente a discussão, em grupos focais, da versão traduzida para o Português. Os grupos focais sugeriram pequenas modificações na maneira de formular as questões. Essas sugestões foram posteriormente discutidas num segundo painel bilíngue, sendo incorporadas à versão final do instrumento. O painel decidiu manter as sugestões que fornecessem o sinônimo mais simples e de uso comum para facilitar o entendimento do maior número de pessoas.

A versão em português do WHOQOL-100 foi discutida em quatro grupos focais na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil. Os grupos focais foram compostos por indivíduos representativos das características demográficas da população que procura o Hospital de Clínicas de Porto Alegre em relação ao sexo, idade, nível educacional e nível socioeconômico.

Os objetivos dos grupos focais foram: 1) revisar a formulação e a compreensão das 100 questões do questionário; 2) discutir o quanto cada uma das facetas afeta a qualidade de vida

das pessoas; 3) investigar se existiriam outras facetas não investigadas que seriam importantes especificamente para o Brasil.

A lista de facetas foi considerada como válida pela grande maioria dos participantes. Pessoas da comunidade, pacientes (internados e ambulatoriais), bem como profissionais de saúde, salientaram que as facetas descrevem de forma detalhada o que cada um dos participantes entende por qualidade de vida no seu meio ambiente.

As 24 facetas (abaixo) foram consideradas relevantes por todos os grupos. Pacientes e pessoas da comunidade consideraram que o instrumento é também uma oportunidade para pensar acerca de importantes aspectos de suas próprias vidas de uma forma sistemática: uma oportunidade de “parar para pensar”. Alguns pacientes relataram que o instrumento traz questionamentos capazes de motivá-los para buscar um aprofundamento com um psicólogo, psiquiatra ou o próprio médico. Um paciente com leucemia descreveu-se ansioso com algumas questões. Após todo esse processo, resultaram as facetas na seguinte relação com os domínios:

Domínio I Físico:

1. Dor e desconforto;
2. Energia e fadiga;
3. Sono e descanso;

Domínio II Psicológico:

4. Sentimentos positivos;
5. Pensar, aprender, memória e concentração;
6. Autoestima;
7. Imagem corporal e aparência;
8. Sentimentos negativos;

Domínio III Nível de independência:

9. Mobilidade;
10. Atividades da vida cotidiana;
11. Dependência de medicação e de tratamentos;
12. Capacidade de trabalho;

Domínio IV Relações sociais:

13. Relações pessoais;
14. Apoio social;
15. Atividade sexual;

Domínio V Meio Ambiente:

16. Segurança física e proteção;
17. Ambiente no lar;
18. Recursos financeiros;
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades;
21. Participações em oportunidades de recreação/lazer;
22. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima);
23. Transporte;

Domínio VI Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais:

24. Espiritualidade/religião /crenças pessoais.

Os escores deverão ser pontuados usando o programa estatístico SPSS (SINTAXE SPSS), desaconselhando-se a pontuação manual, por aumentar a margem de erros no cálculo dos escores.

Não há até o momento dados normativos populacionais dos escores do WHOQOL.¹²

Para a análise estatística dos dados, foram aplicados três testes estatísticos distintos, quais sejam: para a análise de QVG dos ortopedistas, o teste de Análise de Variância (Anova); para as variáveis sociodemográficas dos ortopedistas em relação às dimensões do questionário WHOQOL-100, o teste t de Student; e com relação às variáveis contínuas, o teste de correlação linear de Pearson. Os testes foram aplicados com uma confiabilidade de 95%, o que equivale a dizer que todos os resultados que apresentarem valores abaixo de 0,05 ($p < 0,05$) serão significativos.

O trabalho foi dividido em três partes, constando na primeira a apresentação da QVG dos ortopedistas; na segunda, a apresentação e análise das variáveis sociodemográficas; e na terceira e última parte, a apresentação das estatísticas básicas e análises das variáveis contínuas em relação aos domínios do WHOQOL-100.

Resultados

Responderam aos questionários sociodemográfico e WHOQOL-100, no prazo de setembro a dezembro de 2009, 29 ortopedistas do sexo masculino, na sua maioria com subspecialização (65,5%), que trabalham mais de cinco dias por semana (53,6%). Existe um equilíbrio entre os locais de trabalho (consultório 54,2%, hospital 45,8%), vivem exclusivamente da renda auferida na medicina (58,6%), e, na grande maioria das vezes, com a percepção de ter uma carga de trabalho acima da média dos colegas ortopedistas (69%).

Constatou-se, neste estudo, que os ortopedistas têm escores menores nas dimensões físico (média = 63,89) e ambiente (média = 65,77) e escores maiores na dimensão nível de independência (média = 80,41) (Fig. 1).

Para um melhor entendimento dos escores dos domínios, segue abaixo um gráfico discriminando todas as 24 facetas envolvidas nos seis domínios do WHOQOL-100, com seus respectivos escores, ampliando a visão desses domínios.

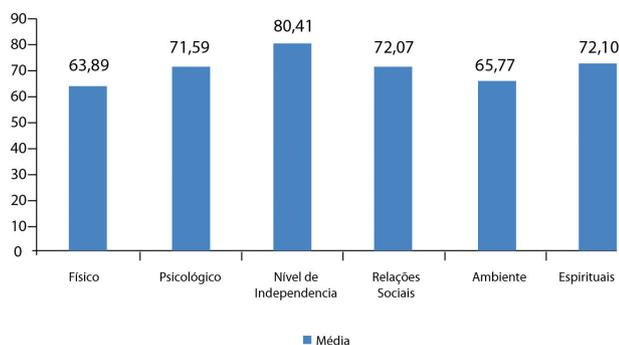


Fig. 1 - Média geral do WHOQOL-100 dos ortopedistas amostrados por dimensão.

A dimensão aspecto físico foi a de menor valor encontrado e, pela análise da Fig. 2, observa-se que a média foi influenciada pela faceta “dor”, provavelmente relacionada à média de idade da amostra (46,70 anos, com mínimo de 27 e máximo de 78), que não chega a influenciar em “energia” nem em “repouso”, apresentando os pesquisados boa capacidade e energia para o trabalho. É importante destacar que existem estudos que indicam as alterações no sono e repouso como principais agentes da baixa QV.^{14,15} Um trabalho com médicos e enfermeiros de uma UTI neonatal observa para os domínios físico e ambiente resultados bem piores do que os encontrados nesta pesquisa, ressaltando-se que a população observada naquele estudo era predominantemente feminina e mais jovem (média de idade 34,7 anos).¹⁶ Ao contrário dos achados deste estudo, foi verificado que o domínio físico apresentou maior escore entre agentes comunitários de saúde (73,8) em um município do oeste do Estado de São Paulo.¹⁷ Houve resultado semelhante entre agentes comunitários de saúde no Estado de Minas Gerais (82,8).¹⁸ Também encontraram maior escore no domínio físico (71,32) entre psicólogos.^{19,20}

Quanto à dimensão ambiente, encontram-se baixos escores nas facetas segurança e recreação, que possivelmente refletem um momento delicado da medicina sul-mato-grossense, em que médicos têm sido agredidos costumeiramente em postos de saúde e hospitais, com ampla divulgação pela imprensa, incentivando até movimentos da classe contrários a essa prática crescente; a possibilidade ou falta dela e de ter acesso a recreação e lazer pode estar relacionada à fadiga após jornadas

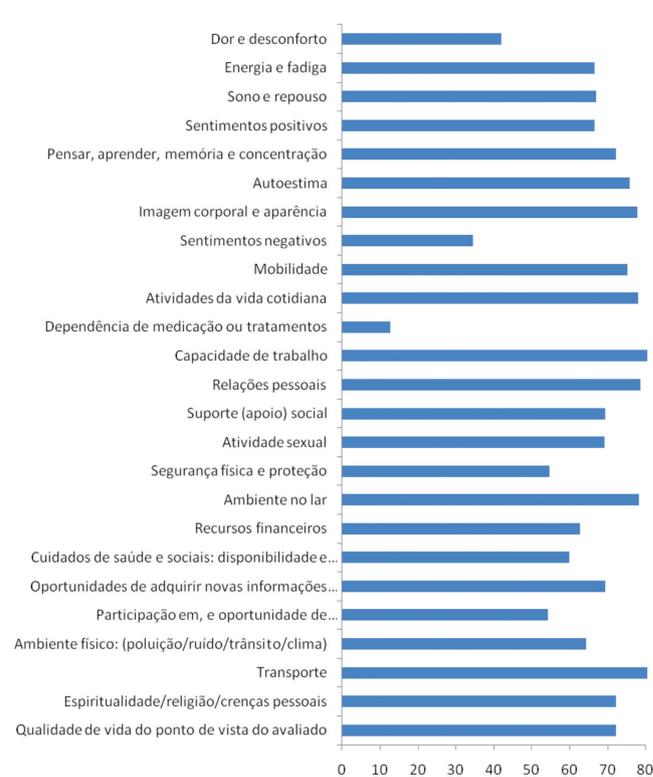


Fig. 2 - Pontuação geral do WHOQOL-100 dos ortopedistas amostrados por facetas.

de trabalho extenuantes, às vezes não tão longas, mas com trabalho exigente (cirurgias, por exemplo). Esses dados também aparecem, mas por motivos diferentes, já que nesta pesquisa a insegurança advém da precariedade e quantidade de vínculos empregatícios, além do baixo salário percebido.²¹ Por outro lado, os ortopedistas têm altos valores de oportunidade em adquirir novos conhecimentos, bons níveis de concentração, memória, raciocínio e aprendizado, têm boa autoestima, com boa percepção de sua imagem corporal, fatores que podem tornar o serviço prestado mais eficiente e de melhor qualidade.²²⁻²⁴

Apesar do vasto material sobre o constructo Qualidade de Vida, esse material se torna escasso quando em relação ao WHOQOL-100 e a médicos, tanto na literatura nacional como na mundial. Após pesquisa nos sites da Scielo, Bireme, Medline, Bibliotecas da Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Google Acadêmico e outras, com as palavras-chaves “qualidade de vida”, “ortopedia” e “WHOQOL-100”, assim como suas equivalentes em inglês “Quality of Life” e “Orthopaedics”, foi possível encontrar alguns textos que dizem respeito a pesquisas feitas com o uso do questionário WHOQOL-100, mas nenhum feito com médicos ortopedistas que apresentavam na maioria das vezes, quando em comparação, valores mais altos do que as demais profissões, apesar de todas as dificuldades de exercer a medicina nos dias de hoje.

Encontra-se um trabalho feito com metalúrgicos no qual se observam escores mais baixos em todos os domínios, inclusive na percepção geral da QV, com semelhanças apenas no constructo nível de independência.²⁵ Os elevados escores dos ortopedistas na dimensão nível de independência se baseiam principalmente na alta capacidade de trabalho dos ortopedistas e na possibilidade de fazer suas tarefas cotidianas, já que essa mesma dimensão apresenta um paradoxal escore baixo no que diz respeito à necessidade ou dependência dos participantes em relação a remédios. Essa dependência pode ser explicada pela alta média de idade, mas há de se citar as altas cargas de trabalho, com demanda física e psicológica, muitas vezes com privação do sono, situações já discutidas em trabalhos em que se observaram altas taxas de absenteísmo, processos jurídicos e práticas irregulares em médicos.²⁶ Outros documentos, com agentes de saúde, por exemplo, citam esgotamento profissional e transtornos mentais como causas de taxas de até 17% da população em uso de medicação do tipo calmante, tranquilizante ou antidepressivo.²⁷

Usando o questionário WHOQOL-100, fazem estudo em que confrontam um grupo de pacientes com sintomatologia depressiva a um grupo sem quaisquer alterações detectáveis, “grupo controle”.²⁸ Quando comparados os escores obtidos por esse grupo controle e os do grupo dos ortopedistas, observam-se valores muito semelhantes, diferindo levemente apenas no domínio espiritualidade, com vantagem para os ortopedistas, e, no domínio físico, com vantagem para os indivíduos do grupo controle; quando comparados os escores do grupo com sintomatologia depressiva, os ortopedistas apresentam valores mais altos em todos os domínios.

Uma pesquisa com o questionário WHOQOL-100 aplicado a bancários na cidade de Ponta Grossa, no Paraná, praticamente com o mesmo número de participantes desta pesquisa, aferiu

escores muito abaixo em quase todos os domínios e, mais uma vez, apenas o constructo espiritualidade apresenta escores mais altos do que os do grupo dos ortopedistas.²⁹

Equiparando a outro estudo, desenvolvido com médicos de várias especialidades, cursando residência médica, aprimoramento ou aperfeiçoamento, os ortopedistas também apresentam melhores escores em praticamente todos os domínios, com diferença, mais uma vez, apenas no aspecto espiritual, com supremacia dos aperfeiçoandos, com escores na faixa de 83,59 contra 72,10 dos ortopedistas.²⁰

Pode-se aqui ressaltar que o domínio espiritual obteve um escore na “média” dos domínios do WHOQOL-100 para esse grupo, não sendo nem menor nem maior do que os demais, sem “significância” estatística, mas, apesar de controverso, o assunto deve merecer maior atenção.

Citando Hipócrates, “Alguns doentes, sentindo que seu mal é muito grave e acreditando no humanismo do médico, recuperam a saúde.” (Do decoro – *Corpus hippocraticum*, séc. II a.D.)³⁰ Essa observação remete à importância da espiritualidade por parte do médico e, por consequência, do ortopedista. Oferecer compreensão, compaixão e esperança é a base milenar da profissão médica e não necessariamente depende da fé do profissional. Não se devem medir esforços para superar os conflitos que possam advir das diferenças de convicções e crenças na relação médico-paciente.

Apesar de assunto ainda controverso, alguns autores apontam um papel positivo da espiritualidade e da religiosidade (principalmente da oração de intercessão) em doenças coronarianas, hipertensão arterial, ansiedade, depressão, função imune e mortalidade em geral.³¹⁻³³ Existem evidências de que pessoas com algum tipo de espiritualidade apresentem menor incidência dessas doenças e vivam mais, recuperem-se mais rapidamente quando doentes e apresentem menos complicações durante o tratamento. Apesar da controvérsia científica sobre os efeitos da espiritualidade na saúde, fica a reflexão:³¹ “Deve ficar claro que, se esses benefícios vêm de uma intervenção ou resposta de Deus aos apelos da oração e da espiritualidade, isso vai estar sempre além daquilo que a ciência possa ou não provar.”

Retornando aos resultados em discussão, observa-se que o grupo dos ortopedistas tem escores maiores do que os encontrados em comparação direta com outras profissões.

De acordo com a Tabela 1 observa-se que o grupo é formado na sua maioria por médicos ortopedistas com subespecialização (65,5%), que trabalham mais de cinco dias por semana (53,6%). Existe um equilíbrio entre os locais de trabalho (consultório, 54,2%; hospital, 45,8%), vivem exclusivamente da renda auferida na medicina (58,6%) e na grande maioria das vezes com a percepção de ter uma carga de trabalho acima da média dos colegas (69,0%).

O fato de o ortopedista amostrado ter ou não subespecialização não interfere significativamente na QV em nenhuma das dimensões do WHOQOL-100, ou seja, as médias dos domínios são iguais. Ser especialistas, fazer subespecialização em joelho, mão, coluna ou qualquer outra especialidade não fez diferença. Isso leva a crer que, hipoteticamente, a demanda maior é por ortopedistas, devendo esse fato se relacionar provavelmente ao baixo número de ortopedistas do estado e à alta demanda de serviços,

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos ortopedistas.

Variável		Valores	
		n	%
Subespecialização	Não	10	34,5
	Sim	19	65,5
Dias em que trabalha	Até 5 dias	13	46,4
	Mais do que 5 dias	15	53,6
Principal local de trabalho	Consultório	13	54,2
	Hospital/ambulatório	11	45,8
Possui outra renda	Não	17	58,6
	Sim	12	41,4
Percepção do trabalho (h/dia), em relação aos demais ortopedistas	Menos/pouco	9	31,0
	Mais/muito	20	69,0

principalmente de urgência e alta complexidade, que nesse estado restringe-se principalmente aos hospitais Santa Casa de Campo Grande, Hospital Universitário e Hospital Regional Rosa Pedrossian. Com o acúmulo de serviço nesses hospitais, é imprescindível que as escalas de plantão sejam corretamente preenchidas, não importando para tanto se o ortopedista tem ou não subespecialização, possibilitando que mesmo aquele que não a tenha venha a auferir ganhos proporcionais aos que têm.

Para as análises dos ortopedistas em relação à quantidade de dias da semana de trabalho, foram feitos dois grupos, quais sejam: até cinco dias por semana e mais do que cinco dias por semana. Em nenhum domínio do WHOQOL-100 foi detectada diferença significativa, ou seja, a QV do ortopedista independe da quantidade de dias em que ele trabalha. Uma das hipóteses disso talvez seja o fato de que aqueles que trabalham mais de cinco dias por semana o fazem em regime de plantão, com acréscimo salarial condizente ou proporcional ao esforço demandado. Outra hipótese é a de que esse trabalho rende prazer e satisfação ao ortopedista, a benevolência tem valor maior em todas as culturas pela necessidade primeira de o ser humano viver em grupo e ajudar uns aos outros, de forma a garantir a sobrevivência e o bem-estar da comunidade.³⁴ Esse resultado confirma pesquisas anteriores que demonstram profissionais da área de saúde terem motivação influenciada pelos fatores necessidade de contato com pacientes e interesse em ajudar o próximo.³⁵

Conclusão

Os médicos ortopedistas apresentaram altos escores nos domínios do WHOQOL-100 e, em sua percepção, boa qualidade de vida, obtendo escores superiores em relação a outras profissões.

Conflitos de interesse

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na feitura deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Rezende JM. Vertentes da medicina. São Paulo: Giordano; 2001.
- Dados Estatísticos sobre as Escolas Médicas do Brasil. Brasília: Associação Médica Brasileira; 2010.
- Millan LR, Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O curso médico no Brasil. In: Millan LR. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999, p. 31-42.
- Benevides-Pereira AMT. O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças: o burnout em um grupo de médicos. In: ____ (Org.). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002, p. 105-32.
- Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Exame de especialista. São Paulo; 2010a.
- Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. História da SBOT. São Paulo, 2010b. Disponível em: [http://www.sbot.org.br/?acao=institucional/historia].
- Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e os cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.
- Frasquilho MA. Medicina, médicos e pessoas: compreender o stress para prevenir o burnout. Acta Med Port. 2005;18(6):433-44.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde (1996). Resolução nº. 196. Brasília: Senado Federal; 1996.
- Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica Mex. 2002;44(4):349-61.
- Vilarta R, Gonçalves, A. Qualidade de vida: identidade e indicadores. In: ____ (Orgs.). Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática. Barueri: Manole; 2004. p. 3-25.
- Whoqol Group. Development of the Whoqol: rationale and current status. Int J Mental Health. 1994;23(3):24-56.
- Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(1):19-28.
- Reimer MA, Flemons WW. Quality of life in sleep disorders. Sleep Med Rev. 2003;7(4):335-49.
- Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A, et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multiinstitutional, mixed-method study. Acad Med. 2004;79(5):394-406.
- Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martins LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. Rev Bras Ter Intens. 2009;21(3):299-305.
- Bernardes KAG. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo; Universidade de São Paulo; 2008. Disponível em: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-31102008-150058/pt-br.php].
- Vasconcellos NPC, Costa-val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de Lagoa Santa-MG. Rev APS. 2008;11(1):17-28.
- Costa CC, Bastiani M, Geyer JG, Calvetti PU, Muller MC, Moraes MLA. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de psicologia. Psicologia em Estudo. 2008;13(2):249-55.

20. Lourenção LG. Qualidade de vida de médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP [tese]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina; 2009. Disponível em: [http://bdtd.famerp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=250].
21. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DMS. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(2):189-97.
22. Schwartzmann L. Health related quality of life in medical doctors: study of a sample of Uruguayan professionals. *Vertex: Rev Arg Psiquiatr*. 2007;18(72):103-10.
23. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):580-8.
24. Shearer S, Toedt M. Family physicians' observations of their practice, well being, and health care in the United States. *J Family Pract*. 2001;50(9):751-6.
25. Rosa MAS, Pilatti LA. Qualidade de vida no trabalho: análise do caso de colaboradores de uma empresa do ramo de metalurgia de Ponta Grossa-PR. *Revista Digital*. 2007;12(108).
26. Alves HNP, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques ACPR, Ramos SP, Laranjeira RR. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51(3):139-43.
27. Silva NAC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saude Publica*. 2008;42(5):921-9.
28. Gameiro S, Carona C, Pereira M, Canavarro MC, Simões M, Rijo D, et al. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psic, Saude & Doenças*. 2008;9(1):103-11.
29. Maier RC, Santos Santos G Jr. Análise da qualidade de vida: um estudo com colaboradores bancários da cidade de Ponta Grossa – PR. In: Congresso Internacional de Administração, 7, Anais do Enegep. Ponta Grossa, PR; 2010. Disponível em:[www.admpg.com.br/2010/down.php?id=1251&q=1].
30. Milnitsky-Sapiro C. Teorias em desenvolvimento sociomoral: Piaget, Kohlberg e Turiel – Possíveis implicações para a educação moral na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2000;24(3):7-15.
31. Sá FC. O ensino de bioética e ética médica na FCM. *Boletim da FCM*. 2005;1(6):6.
32. Townsend M, Kladder V, Ayele H, Mulligan T. Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *South Med J*. 2002;95(12):1429-34.
33. Coruh B, Ayele H, Pugh M, Mulligan T. Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. *Explore (NY)*. 2005;1(3):186-91.
34. Schwatz SH, Bardi A. Value hierarchies across cultures: taking a similarities perspective. *J Cross-Cult Psychol*. 2001;32(3):268-90.
35. Sobral DT. Alvos de carreira de alunos de medicina em Brasília. *Rev Bras Pesqui Med Biol*. 1977;10(4):265-70.