

# Avaliação da Qualidade de Vida dos Residentes de Ortopedia Brasileiros

## Assessment of the Quality of Life of Brazilian Orthopedic Residents

Ana Luiza de Sousa Lima Cerqueira Araújo<sup>1</sup>  
Fabiano Cassaño Arar<sup>1</sup>  
Eliane Perlatto Moura<sup>1</sup>

### RESUMO

**Introdução:** São muitos os determinantes que comprometem a saúde e a qualidade de vida (QV) de médicos residentes. O conhecimento sobre a QV de residentes permite subsidiar ações para melhorar a QV pessoal e profissional desse público e, assim, garantir melhoria na qualidade do atendimento prestado aos pacientes. **Objetivo:** Avaliar a QV dos residentes de ortopedia brasileiros e os fatores associados. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, conduzido por meio de questionário autorrespondido, para avaliação da QV dos residentes de ortopedia do Brasil. Foram utilizados o questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-Abreviado e um questionário sociodemográfico. **Resultados:** Participaram deste estudo 250 residentes de ortopedia brasileiros, do terceiro ano. As variáveis que influenciaram positivamente a QV foram: ser disciplinado para o estudo, estudar uma hora ou mais por dia, ter acesso a banco de dados médico-científico, ter domínio de língua estrangeira, ter boa qualidade de sono, avaliar bem sua residência e seu desempenho na residência e já ter escolhido sua subespecialidade na ortopedia. Observou-se ainda neste estudo que os residentes se distribuíram em três grupos com graus de QV distintos. Os indivíduos do grupo que apresentou maior pontuação em todos os domínios se caracterizaram por já ter escolhido a subespecialidade na ortopedia, apresentar excelente/boa qualidade de sono e se autoavaliar bem no desempenho na residência médica. **Conclusão:** Os residentes de ortopedia percebem sua QV como boa a excelente, mas os residentes com qualidade ruim de sono, que não escolheram uma subespecialidade, que estudam menos de uma hora por dia, com baixo desempenho acadêmico e com baixa avaliação da residência têm pior percepção de sua QV. Esses pontos devem ser áreas-alvo para intervenções específicas, a fim de alcançar maior QV.

### PALAVRAS-CHAVE

- Qualidade de Vida.
- Residência Médica.
- Ortopedia.
- Educação Médica.

**KEY-WORDS**

- Quality of Life.
- Internship and Residency.
- Orthopedic.
- Medical Education.

**ABSTRACT**

**Introduction:** There are many determinants that compromise the health and quality of life of resident physicians. Knowledge about the residents' quality of life subsidize actions to improve personal and professional quality of life of these individuals and thus ensure improvement in the quality of care provided to patients. **Objective:** To evaluate the quality of life of Brazilian orthopedic residents and the factors that influence it. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study conducted through a self-answered questionnaire to assess the quality of life of orthopedic residents in Brazil. The WHOQOL-abbreviated quality of life questionnaire and a demographic questionnaire were used. **Results:** A total of 250 third-year orthopedic residents participated in this study. The variables that positively influenced the quality of life were: being well-organized for studying, studying 01 h or more per day, having access to the scientific database and speaking a foreign language, having a good quality of sleep, having a good evaluation of one's residency and residency performance and having chosen one's sub-specialty in orthopedic. It was also observed in this study that the residents were distributed in three groups with different quality of life degrees (with significant difference between them): Degree III > Degree II > Degree I. The individuals in the group of Degree three, who showed higher scores in all domains (71.7 to 81.1), mostly comprehends those who have already chosen the sub-specialty in orthopedic, have an excellent/good quality of sleep and evaluate their performance in the medical residency as good. **Conclusion:** Orthopedic residents perceive their QoL as being good to excellent, but residents with poor sleep quality, those who have not chosen a subspecialty, who study less than an hour per day, have poor academic performance, and poor residency evaluation, have a worse perception of their QoL. These issues should be the targeted areas for specific interventions aiming to achieve a higher level of QoL.

Recebido em: 12/8/19

Aceito em: 21/8/19

**INTRODUÇÃO**

O curso de Medicina é considerado uma fonte de estresse que afeta em maior ou menor grau a qualidade de vida dos estudantes<sup>1</sup>. Tornar-se médico é um complexo processo de aquisição de competências, resultantes da interação de fatores individuais e ambientais. Wolf<sup>2</sup> afirma que o curso médico não é bom para a saúde do aluno, tendo em vista o estresse inerente à formação, a consolidação da sua identidade, a aquisição de atitudes e valores éticos, além de um estilo de vida diferente calcado em sacrifícios, que dificultam o equilíbrio entre a vida pessoal e a vida acadêmica.

Embora o treinamento prático dos estudantes de Medicina comece nos estágios curriculares obrigatórios, é no processo de especialização na residência médica que se propicia a verdadeira iniciação do profissional na prática<sup>3</sup>. Esse processo de profissionalização que se desenvolve ao longo do curso se consolida na residência médica<sup>4</sup>. Durante o treinamento, o residente vai constituir as bases da sua identidade profissional, que se apoia no desenvolvimento do clássico tripé psicopedagógico: conhecimentos, habilidades e atitudes<sup>5</sup>.

O período da residência médica é uma fase complexa da vida do indivíduo, na qual ele está exposto a vários tipos de privações, que podem comprometer a saúde e a qualidade de vida dos médicos residentes<sup>6,7</sup>. Nesse momento, o residente se depara com as dificuldades do exercício profissional, tendo de lidar com os intensos estímulos emocionais que acompanham o adoeecer, com as incertezas e limitações do conhecimento médico, bem como com as expectativas dos pacientes e familiares<sup>7,8</sup>.

São muitos os determinantes que comprometem a saúde e a qualidade de vida de médicos residentes. Lourenção *et al.*<sup>7</sup> em estudo de revisão realizado sobre qualidade de vida dos residentes brasileiros, constatou que os residentes médicos estão expostos a carga horária de trabalho elevada, estresse, depressão, fadiga, sono, dificuldade de enfrentamento, levando ao prejuízo da saúde física e mental com impacto na qualidade de vida. Essa exposição desencadeia estresse emocional com alto nível de exaustão emocional e de despersonalização. Verificou-se alta taxa de incidência de síndrome de Burnout, que consiste em exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional, provocada por condições de trabalho

desgastantes em residentes, sendo mais frequente nas áreas de ortopedia, clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia<sup>9,10</sup>. Segundo Daniels *et al.*<sup>11</sup>, a síndrome de Burnout afeta metade dos ortopedistas americanos, com índices maiores em residentes e professores do departamento de ortopedia.

A qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, com conotações diferentes para cada indivíduo, decorrente de sua inserção na sociedade<sup>7</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>12</sup> define a qualidade de vida como: “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O conceito de qualidade de vida apoia-se sobre dois pilares: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida. A natureza multidimensional está ligada a quatro percepções:

- física: percepção do indivíduo acerca de sua condição física;
- psicológica: percepção do indivíduo quanto à sua condição afetiva e cognitiva;
- do relacionamento social: percepção do indivíduo no que se refere aos relacionamentos sociais e aos papéis sociais adotados na vida;
- do ambiente: percepção do indivíduo no tocante a aspectos diversos associados ao ambiente onde vive<sup>13</sup>.

Tendo em vista que determinadas especialidades médicas estão mais sujeitas a situações estressantes do que outras, por causa da rotina e da dinâmica do aprendizado mais exaustivo, é fundamental avaliar a qualidade de vida desses residentes e os fatores pertinentes. Estudos como este poderão servir de base para a elaboração e a implementação de programas de assistência aos residentes, visando a melhorias na capacitação profissional, nesse período, com impacto na assistência ao paciente. Assim, os objetivos deste trabalho foram avaliar a percepção de qualidade de vida dos residentes de ortopedia brasileiros e determinar os fatores associados.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal e quantitativo que foi conduzido por meio de aplicação de questionário autorrespondido para avaliação da qualidade de vida dos residentes de ortopedia do Brasil.

A população-alvo foi constituída de residentes do último ano (R3) de ortopedia e traumatologia, escolhidos por estarem finalizando a residência e, portanto, já terem passado por to-

das as suas fases. A coleta dos dados ocorreu no 48º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, realizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em novembro de 2016, no qual a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) ofereceu um curso preparatório para a prova de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT), direcionado aos residentes do 3º ano de ortopedia e traumatologia. Com base no número de participantes desse curso, estimou-se que cerca de 350 a 400 congressistas fossem residentes do 3º ano de ortopedia e traumatologia. Nesse ano, segundo informações da SBOT, o número de residentes brasileiros do 3º ano de ortopedia e traumatologia era 636.

Previamente, foi acertado com a organização do evento, com a anuência da SBOT, um local apropriado para a realização da coleta de dados dos residentes. Foi montado um estande para o preenchimento do questionário pelos residentes, com pôsteres publicitários da pesquisa. Nesse estande, uma equipe formada por três alunos de iniciação científica, os pesquisadores e outros três médicos ortopedistas, todos previamente treinados, abordaram os participantes do congresso, esclarecendo o objetivo da pesquisa, e em seguida convidaram os residentes a responder voluntariamente ao instrumento, após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A aplicação do questionário ocorreu no primeiro dia do evento, obtendo-se o número suficiente de participantes para a realização do estudo, estimado pela análise estatística em 220, não havendo necessidade de aplicação do formulário nos demais dias.

Os dados foram coletados pelo autopreenchimento de um questionário contendo 82 perguntas, sendo 56 perguntas a respeito de dados sociodemográficos, para identificação de fatores comportamentais, de saúde e relacionados ao histórico familiar e ao ambiente de ensino; e as outras 26 perguntas acerca da versão brasileira do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-Abreviado, baseado na versão abreviada do Instrumento de Qualidade de Vida da OMS. Duas perguntas são gerais e fazem referência à percepção da qualidade de vida e à satisfação com a saúde. As demais representam as 24 facetas que compõem o instrumento original e estão distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os domínios e suas respectivas facetas apresentam aspectos objetivos e subjetivos para a avaliação, e as respostas são dadas em uma escala do tipo Likert. As respostas da escala variam de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca-sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito e muito ruim-muito bom)<sup>14,15</sup>. O autopreenchimento desses instrumentos demorou entre 15 e 25 minutos.

A amostra do estudo foi composta de 271 questionários sendo que 21 foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão do estudo. Foram considerados critérios de inclusão: ser residente do 3º ano de ortopedia e traumatologia de serviços credenciados pela SBOT; ter preenchido de forma completa e correta o questionário; e ter concordado com o TCLE. Os dados coletados foram tratados de modo confidencial e digitados por dois digitadores independentes, gerando dois bancos de dados diferentes, para verificação da consistência, por meio da comparação.

O cálculo dos escores de avaliação da qualidade de vida foi feito separadamente em cada um dos quatro domínios. A pontuação bruta foi transformada para uma escala de 0 a 100 (escore transformado ET 0-100) de acordo com *syntax* para Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) proposta pela OMS. Assim, o valor mínimo dos escores de cada domínio é 0 e o máximo 100, de maneira que, quanto maior o escore, mais positiva é a avaliação do domínio<sup>14,15</sup>.

Para a análise dos dados, foi realizada estatística descritiva e conduziu-se uma análise univariada mediante o teste *t* de Student e/ou análise de variância (ANOVA), objetivando uma pré-seleção das variáveis de interesse para a condução da análise multivariada, na qual foi aplicada a análise de regressão linear múltipla. A análise de conglomerados foi empregada com o objetivo de identificar diferentes perfis de residentes R3 quanto à qualidade de vida, medida pelo instrumento WHOQOL-Abreviado, com base nos fatores latentes identificados. O nível de significância foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Utilizou-se o programa SPSS 14.0 for Windows (*software* estatístico).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, tendo recebido parecer favorável.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 250 residentes do último ano de ortopedia (R3) que se caracterizaram por ser em sua maioria do sexo masculino (93,6%), idade média de  $30,2 \pm 3,7$  anos, solteiros (68,4%), sem filhos (83,2%), brancos (72,1%), não morar com a família (66%), possuir automóvel próprio (94,8%), ter até três anos de formado (51,8%) e já ter decidido sobre a subespecialidade ortopedia (84%). Observou-se ainda que 81,2% não fumam, 83,6% consomem bebidas alcoólicas regularmente e 58,7% praticam atividades físicas com frequência. Quando questionados em relação à qualidade de sono, 66% consideraram que possuem qualidade de sono de regular a péssima. Dos residentes, 82% não fazem uso contínuo de medicamentos. Entre aqueles que utilizam algum medicamento (18%), os mais citados foram estimulantes (24,4%) e ansiolíti-

cos (35,6%). Entre os residentes, 49,2% estudam de uma a duas horas por dia e 28,4% de três a quatro horas por dia, e 54,4% não se avaliam como disciplinados para o estudo. O domínio de alguma língua estrangeira está presente em 69,2% dos residentes, sendo o inglês a língua mais citada, e 76,4% têm acesso a bancos de dados médico-científicos. Entre os residentes, 63,2% fazem a residência em alguma capital. A maioria dos residentes recebe bolsa ou compensação financeira para fazer a residência (90,4%), 87,2% relatam trabalhar em plantões fora daqueles exigidos na residência médica; 52% dizem trabalhar de 41 a 60 horas por semana na residência e 21,2% trabalham de 61 a 80 horas por semana.

Solicitados para avaliarem a residência médica e o desempenho na residência médica com uma nota de 1 a 10, os residentes deram a nota média de  $7,4 \pm 1,4$  e  $7,4 \pm 1,3$  nas duas avaliações, respectivamente.

Quanto às duas questões gerais do questionário, que avaliavam nessa ordem a qualidade de vida e a satisfação geral com a saúde, destaca-se que 64% dos residentes consideram sua qualidade de vida de boa a muito boa e 50,8% declararam estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua saúde.

A análise dos escores da qualidade de vida do grupo de residentes nos domínios do WHOQOL-Abreviado demonstrou valores médios no domínio físico:  $69,9 \pm 12,6$ ; no domínio psicológico:  $64,9 \pm 14,1$ ; no domínio relações sociais:  $70,1 \pm 16,5$ ; e no domínio meio ambiente:  $62,5 \pm 12,5$  (Tabela 1). O domínio relações sociais recebeu a maior pontuação, e o domínio meio ambiente, a menor.

**TABELA 1**  
Escore transformado em escala 0-100 (ET0-100) dos domínios do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-Abreviado de residentes de ortopedia\*

Fatores	Medidas descritivas					
	Mínimo	Máximo	P <sub>25</sub>	Mediana	P <sub>75</sub>	Média ± d.p
Físico	28,6	100	60,7	71,4	78,6	69,9 ± 12,6
Psicológico	12,5	100	54,2	66,7	75	64,9 ± 14,1
Relações sociais	16,7	100	58,3	75	75	70,1 ± 16,5
Meio ambiente	15,6	96,9	56,3	62,5	71,9	62,5 ± 12,5

\*250 residentes; d.p: desvio padrão;

Ao avaliarmos de forma individual as facetas que compõem cada domínio do questionário, observou-se que, no domínio físico, aquelas que receberam maior avaliação foram às relacionadas à capacidade de trabalho e locomoção. O item pertinente à satisfação com o sono foi o que recebeu a menor pontuação média. No domínio psicológico, os itens relativos à autoestima e imagem corporal apresentaram as maiores médias de escores e a questão acerca da concentração obteve

o menor escore. No domínio relações sociais, que recebeu a maior pontuação, os três itens obtiveram escores semelhantes, sendo a menor média observada na faceta das relações pessoais. No domínio meio ambiente, que recebeu a menor avaliação, o item menos pontuado foi a participação em atividades recreativas/lazer, seguido por ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e recursos financeiros.

No que tange à influência das variáveis sociodemográficas nos domínios da qualidade de vida, observou-se que os residentes que já escolheram a subespecialidade da residência apresentaram valores significativamente ( $p < 0,05$ ) superiores no domínio meio ambiente. A qualidade de sono também foi uma variável que influenciou significativamente no fator meio ambiente; os residentes que apresentaram qualidade de sono excelente ou boa têm melhor qualidade de vida. O tempo de estudo maior que uma hora por dia, ter acesso a banco de dados médico-científico, se considerar disciplinado e ter domínio de uma língua estrangeira influenciaram significativamente os resultados dos domínios físico, psicológico e meio ambiente; os que se enquadram nessas variáveis apresentaram melhor qualidade de vida.

Os residentes que atribuíram pontuação de 9 a 10 na avaliação da residência médica apresentaram valores significativamente superiores nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente. Além disso, os participantes que atribuíram nota até 6 pontos exibiram valores significativamente inferiores para o fator psicológico.

Já a nota atribuída ao desempenho individual na residência médica foi uma variável que interferiu em todos os domínios da qualidade de vida. Os residentes que atribuíram a si mesmos pontuação de 9 a 10 apresentaram os maiores escores de qualidade de vida em todos os domínios.

As demais variáveis estudadas não tiveram influência na qualidade de vida: sexo, idade, estado civil, ter filhos, ano de formação, cor, ter outra especialidade, tabagismo, hábito de beber, prática regular de atividade física, plantão fora da residência, morar com a família, receber bolsa, possuir automóvel, média de horas estudadas por dia, horas trabalhadas por semana na residência e/ou fora dela.

Demonstrou-se, neste estudo, que os residentes se dividiram em três grupos distintos, no que se refere ao nível de qualidade de vida. Assim, podemos concluir que existe um grupo com melhor qualidade de vida (Grau III = 41,6%), um segundo grupo com qualidade de vida intermediária (Grau II = 38,8%) e um terceiro grupo com qualidade de vida inferior (Grau I = 19,6%). A Tabela 2 apresenta os escores médios em cada um dos domínios do WHOQOL-Abreviado, nos três conglomerados (grupos) gerados.

O grupo que apresentou a melhor qualidade de vida (Grau III) se caracterizou por ter qualidade de sono de boa a excelente, avaliar o próprio desempenho na residência com notas entre 7 e 10 pontos e já ter escolhido a subespecialidade ortopedia.

**TABELA 2**  
Média dos quatro fatores do questionário que avalia qualidade de vida em relação aos três grupos (clusters) de residentes\* formados pela análise de conglomerados

Fatores	Nível de qualidade de vida			Análise de variância	
	Grau I	Grau II	Grau III	p	Conclusão
Físico	55,3	66,8	79,8	< 0,001	I < II < III
Psicológico	46,5	61,7	76,5	< 0,001	I < II < III
Relações sociais	46,6	70,1	81,1	< 0,001	I < II < III
Meio ambiente	50,8	58,6	71,7	< 0,001	I < II < III

\*250 residentes; p: probabilidade de significância do teste t de Student.

## DISCUSSÃO

Os primeiros programas brasileiros de residência médica surgiram em 1944 e multiplicaram-se ao longo dos anos de 1960 e 70, fundamentando a tendência de formação especializada. Entretanto, apesar de esse serviço existir há várias décadas, a preocupação com a qualidade de vida dos residentes brasileiros é relativamente recente. Estudos relatam que as dificuldades encontradas no exercício profissional, bem como as características da especialidade escolhida, são determinantes que comprometem a saúde e a qualidade de vida dos residentes<sup>7,16,17</sup>.

Partindo-se do princípio de que a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>12</sup>, é o indivíduo, portanto, quem melhor percebe e quantifica sua própria qualidade de vida.

Diante disso, este estudo propôs-se a investigar a percepção dos residentes de ortopedia brasileiros que se encontram no estágio final (R3) sobre a sua qualidade de vida. A originalidade deste trabalho reside no fato de avaliar a qualidade de vida especificamente de residentes de ortopedia de diversos serviços de residência distribuídos no Brasil e os fatores individuais e contextuais que possam estar associados.

Nossos resultados revelaram que o perfil do residente do terceiro ano (R3) de ortopedia brasileiro se caracteriza por ser do sexo masculino, com idade média de 30 anos, solteiro, sem filhos, de cor branca, morar sozinho, ter o hábito de beber regularmente, possuir automóvel próprio, ter até seis anos de formado, fazer residência em alguma capital, estudar em mé-

dia de uma a quatro horas/dia, ter acesso a banco de dados médico-científico, dominar a língua inglesa e já ter escolhido a subespecialidade na ortopedia. Quanto aos hábitos de trabalho, dá plantão além do exigido pela residência, trabalhando em torno de 41 a 80 horas semanais, possui bolsa de estudo e avalia seu desempenho em 7,4 (escala de 1 a 10) e a sua residência médica em 7,4 (escala de 1 a 10).

A avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-Abreviado demonstrou que a percepção geral da qualidade de vida do grupo de residentes de ortopedia estudado é boa e alcançou médias de escores superiores às observadas em residentes R3 de outras especialidades, bem como de outros anos de residência<sup>18</sup>. O domínio mais bem avaliado foi o relações sociais e o que recebeu menor pontuação foi o domínio meio ambiente. Observou-se que os residentes de ortopedia (R3) estão satisfeitos com a sua capacidade de trabalho e locomoção, com a imagem corporal e com a autoestima, entretanto pontuações menores foram obtidas no tocante a qualidade do sono, concentração, relações pessoais, lazer, ambiente físico e recursos financeiros, que impactaram negativamente nos escores dos domínios avaliados.

Um importante problema que acomete os residentes é a sonolência excessiva decorrente das longas jornadas de trabalho<sup>5</sup>. A privação do sono a que o residente se submete pode levar à deterioração mental, psicológica e física, com diminuição da capacidade de raciocínio, de reter informações, de resolução de problemas e da interpretação de exames. Essa privação é interpretada como símbolo de dedicação à profissão médica, o que, a curto prazo, parece aumentar a produtividade tanto nos estudos como no atendimento, mas a longo prazo provoca queda da produtividade, déficit cognitivo, desmotivação, desordens psiquiátricas menores, com prejuízo da saúde geral e da qualidade de vida<sup>19</sup>. Segundo Jansen *et al.*<sup>19</sup>, perturbações no sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, interferindo na qualidade de vida, uma vez que o sono tem função biológica fundamental na consolidação da memória, normalização das funções endócrinas, termorregulação, conservação e restauração da energia e do metabolismo energético cerebral. A literatura confirma a associação entre sonolência diurna e queda da qualidade de vida em estudantes de Medicina e em residentes<sup>20,21</sup>, o que pode estar relacionado com o consumo regular de álcool (principalmente no sexo masculino) e medicamentos para dormir<sup>18,22-25</sup>. Em estudo com residentes americanos de especialidades cirúrgicas, como é o caso da residência de ortopedia, Lebares *et al.*<sup>26</sup> encontraram porcentagem de depressão e abuso ou dependência de álcool duas vezes maior que a da população em

geral, de pensamentos suicidas três vezes maior e de níveis de estresse mais de cinco vezes maior que o da população em geral.

Apesar de haver uma carga horária regulamentada pelo programa de residência médica, grande parte dos residentes de ortopedia estudados relata jornada semanal de trabalho mais longa que a preconizada (60 horas semanais)<sup>27</sup>. Na literatura, fatores como longas jornadas de trabalho, pouco tempo para descanso e lazer são descritos como possíveis preditores para piora da qualidade de vida<sup>7,20,27,28</sup>. A exaustão desencadeia um sentimento de sobrecarga física e emocional acompanhada de dificuldade para relaxar, resultando em um estado de fadiga diário. Essa exaustão tem impacto negativo no enfrentamento das situações vivenciadas no trabalho, assim como na energia para desempenhar as atividades<sup>29,30</sup>. Estudos relatam que a carga horária de trabalho e a má remuneração são fontes de estresse entre residentes<sup>5,31</sup>.

Uma pontuação elevada na autoavaliação do desempenho na residência médica, bem como ser disciplinado para o estudo, o tempo diário dedicado aos estudos (uma hora ou mais), o fato de ter acesso a banco de dados científicos e o domínio de língua estrangeira influenciaram de forma positiva na qualidade de vida dos residentes de ortopedia avaliados. Segundo Bandura<sup>32</sup>, a autoeficácia acadêmica refere-se à crença do estudante em sua capacidade de organizar e executar ações referentes às atividades e exigências acadêmicas. Segundo Guerreiro-Casanova *et al.*<sup>33</sup>, estudantes com maiores níveis de autoeficácia têm maiores probabilidades de serem bem-sucedidos nas suas intervenções, pois conseguem mais facilmente testar e utilizar as suas competências. A qualidade de vida é maior quando as ambições e esperanças correspondem à experiência pessoal e às percepções do indivíduo sobre sua posição na vida, levando em consideração o contexto cultural e os sistemas de valores locais<sup>34</sup>.

Observou-se também que a melhor avaliação da residência pelos residentes de ortopedia se correlacionou com melhor qualidade de vida. Segundo Berlim e Fleck<sup>34</sup>, a insatisfação com o programa pode afetar as percepções dos médicos residentes quanto à sua qualidade de vida por comprometer o grau de controle que eles sentem que podem exercer sobre suas vidas. Estudo realizado por Uncu *et al.*<sup>35</sup> encontrou associação significativa entre percepções emocionais negativas sobre o trabalho e ocorrência de depressão, ansiedade e estresse entre médicos atuantes em serviços de atenção primária.

Os residentes de ortopedia avaliados apresentaram três perfis de qualidade de vida distintos (pela análise de conglomerados). O perfil com melhor qualidade de vida se caracterizou por já ter escolhido a subespecialidade na ortopedia,

apresentar excelente/boa qualidade de sono e se autoavaliar bem no desempenho na residência médica.

Os resultados do presente estudo podem contribuir para fundamentar ações que visem à melhoria da qualidade de vida dos residentes de ortopedia com impacto na assistência ao paciente, contudo devem ser ressaltadas as limitações inerentes à pesquisa, especialmente no que concerne ao desenho transversal do estudo. Como a realização do estudo foi em um congresso brasileiro realizado em Belo Horizonte, pode-se pressupor que a participação tenha tido influência de fatores relacionados à dificuldade de transporte e locomoção dos residentes de cidades mais longínquas do país. Também é preciso salientar que, embora o WHOQOL-Abreviado seja um dos instrumentos mais utilizados nas pesquisas que dizem respeito à qualidade de vida, apresenta limitações típicas de um instrumento de autorrelato. Outros instrumentos podem ser usados em pesquisas futuras para complementar este estudo.

## CONCLUSÃO

Os residentes de ortopedia (R3) brasileiros relatam possuir nível de qualidade de vida variando de bom a muito bom, apesar das exigências da prática profissional. A boa qualidade do sono e a autoavaliação satisfatória do residente sobre seu desempenho na residência (9 a 10 pontos em uma escala de 1 a 10) mostraram influência positiva significativa nos fatores que avaliam a qualidade de vida. Outras variáveis, como considerar-se disciplinado para o estudo, ter acesso a algum banco de dados médico-científico, dominar uma língua estrangeira, avaliar bem o serviço de residência em que está inserido (9 a 10 pontos em uma escala de 1 a 10) e já ter escolhido a subespecialidade na ortopedia, associaram-se à melhor qualidade de vida.

Este estudo possibilitou a caracterização do residente de ortopedia e dos serviços de residência de ortopedia brasileiros sob a ótica do residente e a identificação dos fatores que influenciam em sua qualidade de vida. Esses achados tornam-se relevantes, uma vez que podem nortear ações que visem ao desenvolvimento de estratégias para promover a qualidade de vida, proporcionando o aprimoramento do ambiente de trabalho da residência e do suporte psicológico ao residente, preparando-o para lidar com o estresse durante a residência médica.

## REFERÊNCIAS

1. Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. São Paulo; 2008. Doutorado em Ciências [Tese] – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
2. Wolf TM. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. *Med educ* 1994;28(1)8-17. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1994.tb02679.x>
3. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface* 1998;2(3)51-71. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000200005>
4. Nogueira-Martins LA. Qualidade de vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. *Caderno ABEM* 2010;6(SI)12-8.
5. Martins LAN. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 201 p.
6. Harris JD, Staheli G, LeClere L, Andersone D, McCormick F. What effects have resident work-hour changes had on education, quality of life, and safety? A systematic review. *Clin orthop relat res* 2015;473(5)1600-8. <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3968-0>
7. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev assoc méd bras* 2010;56(1)81-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>
8. Brent DA. The residency as a developmental process. *Academic med* 1981;56(5)417-22.
9. Barrack RL, Miller LS, Sotile WM, Sotile M, Rubash HE. Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clin orthop relat res* 2006; 449:134-7. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000224030.78108.58>
10. Lima FD, Buunk AP, Araújo MJB, Chaves JGM, Muniz DLO, Queiroz LBD. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. *Rev bras educ méd* 2007;31(2)137-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200004>
11. Daniels AH, DePasse JM, Kamal RN. Orthopaedic surgeon burnout: Diagnosis, treatment, and prevention. *J am acad orthop surg* 2016;24(4)213-9. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-15-00148>
12. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc sci med* 1995;41(10)1403-9. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
13. Seidl EMF, Zannon CMLDC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad saúde pública* 2004;20(2)580-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>

14. Fleck MPA, coord. WHOQOL-Abreviado [on line]. Geneva: OMS. 1998 [capturado 20 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/temas-sociais/questionarios-socio-economicos/programa-de-saude-mental>
15. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev saúde pública* 2000;34(2):178-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
16. Macedo PCM. Avaliação da Qualidade de Vida em Residentes de Medicina da UNIFESP / EPM. São Paulo; 2004. Mestrado em Educação Médica [Dissertação] – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
17. de Oliveira Filho GR, Sturm EJH, Sartorato AE. Compliance with common program requirements in Brazil: its effects on resident's perceptions about quality of life and the educational environment. *Acad med* 2005;80(1):98-102. <https://doi.org/10.1097/00001888-200501000-00023>
18. Asaiag PE, Perotta B, Martins MDA, Tempski P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Rev Bras Educ Méd* 2010;34(3):422-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300012>
19. Jansen JM, Lopes AJ, Jansen U, Capone D, Maeda TY, Noronha A, et al. Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica. Rio de Janeiro: SciELO-Editora Fiocruz, 2007. 339 p.
20. Cardoso HC, Bueno FC, Mata JC, Alves AP, Jochims I, Vaz Filho IH, et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de medicina. *Rev bras educ méd.* 2009;33(3):349-55.
21. Ribeiro CR, Silva YM, Oliveira SM. O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Rev soc bras clín méd* 2014;12(1):8-14.
22. Handel DA, Raja A, Lindsell CJ. The use of sleep aids among Emergency Medicine residents: a web based survey. *BMC health serv res* 2006;6(1):136. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-136>
23. Flores F. Jornada prolongada y fatiga en médicos residentes del gineco-obstetricia: Hospital Central de Maracay. Carabobo; 1994. Mestrado [Dissertação] – Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.
24. Gordia AP, de Quadros TMB, de Oliveira MTC, de Campos W. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Rev bras qualidade vida* 2011;3(1):40-52. <http://dx.doi.org/10.3895/S2175-08582011000100005>
25. Santos MFO, Lucena DP, Oliveira HJ, Bezerra-Júnior J. Avaliação da qualidade de vida dos anesthesiologists da cidade de João Pessoa. *Rev ciênc saúde nova esperança* 2011;9(2):34-9. <https://doi.org/10.17695/revnevol9n2p34%20-%2039>
26. Lebares CC, Guvva EV, Allen IE, Ascher NL, O'Sullivan P, Epel ES. Burnout in US Surgery Residents: Do Year of Training and Mindfulness Matter? *J am coll surgeons* 2017;225(4 Supl. 2):e20. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.07.575>
27. Massuda A, Cunha FMD, Petta H. Residência médica: contribuições dos médicos residentes ao debate. *Rev assoc méd bras* 2007;53(2):95-107. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000200002>
28. Macedo PCM, Cítero VDA, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Rev bras psiquiatr* 2009;31(2):119-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000200007>
29. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste: guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus, 1999.
30. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann intern med* 2002;136(5):358-67. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
31. Archer LR, Keever RR, Gordon RA, Archer RP. The relationship between residents' characteristics, their stress experiences, and their psychosocial adjustment at one medical school. *Acad med* 1991;66(5):301-3. <https://doi.org/10.1097/00001888-199105000-00018>
32. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ psychol* 1993;28(2):117-48. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15326985ep2802\\_3](https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15326985ep2802_3)
33. Guerreiro-Casanova DC, Polydoro SA. Autoeficácia e integração ao ensino superior: um estudo com estudantes de primeiro ano. *Psicol teor prá* 2011;13(1):75-88.
34. Berlim MT, Fleck MP. "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25(4):249-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000400013>
35. Uncu Y, Bayram N, Bilgel N. Job related affective well-being among primary health care physicians. *Eur j public health* 2007;17(5):514-9. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl264>



### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ana Luiza de Sousa Lima Cerqueira Araújo: participou do delineamento da pesquisa; da coleta de dados; da análise dos dados, da redação do artigo.

Fabiano Cassaño Arar: participou da redação do artigo e da revisão do artigo

Eliane Perlatto Moura: participou do delineamento da pesquisa, da coleta de dados; da análise dos dados; da redação do artigo e revisão do artigo.

### CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eliane Perlatto Moura

Rua Tomé de Souza 1322 apto 1201 Funcionários –  
Belo Horizonte – MG CEP: 30140130;

Titulação: Pós-doutorado;

E-mail: elianeperlatto@gmail.com



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.