

MARCELO HENRIQUE DE MELLO

**QUALIDADE DE VIDA DOS MÉDICOS ORTOPEDISTAS DO
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2011

MARCELO HENRIQUE DE MELLO

**QUALIDADE DE VIDA DOS MÉDICOS ORTOPEDISTAS DO
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2011

Ficha Catalográfica

Mello, Marcelo Henrique de
M527q Qualidade de vida dos médicos ortopedistas do estado do Mato
Grosso do Sul / Marcelo Henrique de Mello; orientação, José Carlos
Rosa Pires de Souza. 2011
107 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom
Bosco, Campo Grande, 2011.

1. Qualidade de vida - Avaliação 2. Médicos ortopedistas I. Souza,
José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD – 658.31422

A dissertação apresentada por MARCELO HENRIQUE DE MELLO, intitulada “QUALIDADE DE VIDA DOS MÉDICOS ORTOPEDISTAS DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Prof. Dr. Franklin Santana Santos (USP)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Prof. Dr. Fr. Márcio Luis Costa (UCDB)

A Deus, pela Vida maravilhosa que me proporciona.

À minha família, centro de minha vida:

Minha esposa Lisângela, amor maior: "seja do que for que nossas almas são feitas, a sua e a minha são iguais".

Meus filhos Pedro e Júlia, que me fazem sorrir e me ensinam a cada dia mais, o valor do amor.

Meus pais, Claudionor e Maria Elli (*in memorian*), que me ensinaram o valor da persistência e de se sonhar me dando oportunidades de realizar vários deles.

Minhas irmãs e irmão, Claudia, Claudio e Solange, meus cunhados e cunhadas, meu sogro e minha sogra, André e Luzia, a todos pela paciência e compreensão pelas ausências, e por fazerem parte de meu centro, Família.

AGRADECIMENTOS

Pela participação, agradeço a todos os médicos ortopedistas do estado, colegas de profissão, de lutas, conquistas e sonhos.

Ao caríssimo colega Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, que, muito mais que orientador, foi um verdadeiro farol, iluminando meus caminhos e, mais do que isso, não me deixando sozinho ao percorrer alguns caminhos errados. Pelo carinho, dedicação, paciência, persistência, amizade e verdadeira vontade do saber, meu muito obrigado.

A minha família, centro de tudo, pela compreensão das noites e dias relevados, Lisângela, Pedro e Júlia, esposa, filhos e amores, obrigado por sorrirem mesmo quando o papai não estava “em seus melhores dias”.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da UCDB, meu muito obrigado por todo o conhecimento que me proporcionaram.

Aos colegas de Mestrado da turma de 2009, obrigado pela companhia nesta jornada de conhecimento e realização; vocês foram muito importantes em meu processo.

Lucas, estatístico, que mais do que números, ofereceu tempo e amizade.

Ao colega-irmão Dr. Fábio dos Santos Magalhães, muito mais que amigo, por todo o apoio, antes, durante e sempre.

A vida não é uma vela curta para mim. É um tipo de tocha esplêndida a qual estou segurado pelo momento, e quero fazer com que ela queime tão brilhantemente quanto possível antes de passá-la para as próximas gerações.

George Bernard Shaw (1856-1950)

RESUMO

Introdução: o Brasil conta hoje com 180 escolas médicas, que formam cerca de 15.500 novos médicos por ano. Destes, cerca de 400 escolhem a especialidade Ortopédica, estudando, para tanto, pelo menos mais três anos e submetendo-se à prova de obtenção de título de especialista. Na ânsia de exercer da melhor forma possível sua profissão, esses médicos muitas vezes, assim como em outras especialidades, relegam a segundo plano preocupações com sua saúde e seu bem-estar; “Qualidade de Vida” pode ser entendida como a preocupação com seu bem-estar físico e emocional. Objetivo: avaliar a Qualidade de Vida e suas implicações nos agentes promotores de saúde especializados em Ortopedia e Traumatologia é o intuito desta pesquisa. Método: foi realizado um estudo quantitativo-descritivo, de corte transversal, convidando a responder ao questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) 117 médicos ortopedistas do estado do Mato Grosso do Sul, além de questionário sociodemográfico elaborado pelo autor. Para a análise estatística dos dados, foram aplicados três testes estatísticos distintos: o teste de Análise de Variância (ANOVA); o teste *t* de Student; e o teste de correlação linear de *Pearson*. Os testes foram aplicados com uma confiabilidade de 95%. Resultados: Dos 117 ortopedistas convidados a responder o questionário, 29 ortopedistas o fizeram, observando-se que as variáveis estudadas que possuem relação com os domínios do WHOQOL-100 foram: Idade, tempo de formado, renda e carga horária de trabalho. No caso da idade e tempo de trabalho, há uma relação positiva com os domínios Relações Sociais ($p=0,043$) e Ambiente ($p=0,002$), o domínio Renda influencia positivamente nos domínios Nível de Independência ($p=0,034$) e Ambiente ($p=0,040$), ou seja, quanto maior a renda do ortopedista melhor a qualidade de vida nesses domínios. Já a carga horária de trabalho do ortopedista influencia negativamente na dimensão Psicológica ($p=0,030$) demonstrando que quanto maior a carga horária, menor será a qualidade de vida na dimensão significativa. Conclusões: os médicos ortopedistas apresentaram altos escores nos domínios do WHOQOL-100 apresentando, em sua percepção, boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Ortopedistas. WHOQOL-100.

ABSTRACT

Introduction. Today, Brazil has 180 medical schools, which graduate about 15,500 new doctors a year, about 400 choose speciality in Orthopedics, studying for at least another three years and submitting under test to obtain the title of specialist. Desiring to pursue the best possible way their profession, these doctors, often as in other specialties, relegate to the background concerns about their health and well being, Quality of Life can be understood as the concern for their physical and emotional well-being. Objective. In order to understand that quality of life and its implications for health promoter agents specialized in Orthopedics and Traumatology is the purpose of this research. Casuistry and Methods. We performed a quantitative – descriptive study, cross sectional build invited to answer the questionnaire World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-100) 117 Orthopedic Surgeons from South Mato Grosso, as well as socio-demographic questionnaire developed by the author. For the analysis of quality of life of orthopedists in general, the test of Analysis of Variance (ANOVA) for categorical characteristics of the orthopedic doctors in relation to the dimensions of the WHOQOL-100 the t-student test, and in relation to the continuous characteristics was applied the Pearson linear correlation. The tests were applied with a reliability of 95%. Results. Of the 117 orthopedic surgeons have to answer the questionnaire, 29 Orthopedic surgeons completed the questionnaire, noting that the variables studied which have some kind of relation with any domain of the WHOQOL-100 were, age, working time and income. In the case of age and working time, they have a positive relation with social relationships ($p=0,043$) and environment (0,002), in other words, the higher the age is or time since graduation, higher the quality of life in this dimension will be. Yet, the working time of the Orthopedic surgeon has a negative influence on the psychological dimension ($p=0,30$) demonstrating that the higher the working time is lower the quality of life in a significant size will be. The income level has a positive influence in the areas of independence ($p=0,034$) and environment ($p=0,040$), in other words, the higher the income of the Orthopedic is, better the quality of life in these areas will be. Conclusion. The Orthopedic Surgeons had higher scores for the WHOQOL-100, featuring on their perception, good quality of life.

Keywords: Quality of life. Orthopedists. WHOQOL-100.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Média geral do WHOQOL-100 dos ortopedistas amostrados por dimensão.....	53
GRÁFICO 2 - Pontuação geral do WHOQOL-100 dos ortopedistas amostrados por facetas.....	54
GRÁFICO 3 - Se o ortopedista possui ou não subespecialização em relação ao WHOQOL-100.....	59
GRÁFICO 4 - Se o ortopedista possui outra renda além da medicina em relação ao WHOQOL-100.....	63
GRÁFICO 5 - Correlação entre a idade do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100.....	66
GRÁFICO 6 - Correlação entre o tempo de formado do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100.....	68
GRÁFICO 7 - Correlação entre a carga horária de trabalho do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100.....	70
GRÁFICO 8 - Correlação entre a renda do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100.....	71

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Pontuação geral do WHOQOL-100 dos ortopedistas amostrados por dimensão.....	53
TABELA 2 -	Características sociodemográficas dos ortopedistas.....	58
TABELA 3 -	Se o ortopedista possui ou não subespecialização em relação ao WHOQOL-100	59
TABELA 4 -	Dias da semana em que o ortopedista trabalha em relação ao WHOQOL-100	60
TABELA 5 -	Principal local de trabalho do ortopedista em relação ao WHOQOL-100	61
TABELA 6 -	Se o ortopedista possui outra renda além da medicina em relação ao WHOQOL-100	63
TABELA 7 -	Percepção de sua carga de trabalho em relação aos outros ortopedistas: relação ao WHOQOL-100	64
TABELA 8 -	Características contínuas dos ortopedistas	65
TABELA 9 -	Correlação entre a idade e os domínios do WHOQOL-100.....	66
TABELA 10 -	Correlação entre o tempo de formado do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100	68
TABELA 11 -	Correlação entre a carga horária de trabalho do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100	70
TABELA 12 -	Correlação entre a renda do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100	71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 ORIGENS DA ORTOPEDIA	20
2.1.1 A Ortopedia no Brasil e a criação da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia	21
2.1.2 A Sociedade Brasileira de Ortopedia	23
2.2 QUALIDADE DE VIDA	24
2.2.1 Qualidade de Vida no Trabalho	32
2.3 INSTRUMENTO DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL- 100.....	37
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 OBJETIVO GERAL	46
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
4 METODOLOGIA.....	47
4.1 MÉTODO	48
4.2 PARTICIPANTES	48
4.2.1 Critérios de inclusão	48
4.2.2 Instrumentos de pesquisa	48
4.3 LOCAL DA PESQUISA.....	49
4.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1 QUALIDADE DE VIDA GERAL DOS ORTOPEDISTAS	52
5.1.1 Variáveis sociodemográficas	58
5.1.2 Variáveis contínuas	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74

REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES	89
ANEXOS	92

1 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 destes, 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 de Medicina 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 esta proximidade, ele, como nunca, fica vulnerável à cobrança de cada vez mais acertos e cada vez menos erros. Para Rezende (2001), 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.

No Brasil, há hoje 180 escolas de Medicina, que formam cerca de 15.500 novos médicos por ano, conforme os dados da Associação Médica Brasileira (2011), os quais irão se espalhar por todo o Brasil, muitos deles sem realizar qualquer outra especialização, em busca muitas vezes de estabilização econômica, esta uma das principais vantagens da profissão, ou pelo menos uma das vantagens mais celebrada. Millan (2005) relata que, 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.

Benevides-Pereira (2002), 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 sobreregar-se e submeter-se a diversos empregos e plantões, levando-o a uma deterioração técnica e de sua prática.

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, estes são cerca de 155, formando aproximadamente 400 novos ortopedistas a cada ano. Após os três anos de residência médica credenciada, estes necessitam ainda passar por uma prova teórico-prática aplicada pela sociedade e, uma vez aprovados, poderão ser inscritos como “especialistas” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 2010a). Além de toda a espera, da ansiedade de se tornar médico, ainda têm de submeter-se a provas para serem considerados aptos e finalmente poderem almejar a estabilização econômica e a satisfação de exercer sua profissão. No estado de Mato Grosso do Sul, segundo dados de 2009 da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia de Mato Grosso do Sul (SBOT-MS), existem 117 médicos especialistas em Ortopedia e Traumatologia, e destes, 74 residem na capital e 43 no interior, sendo 113 homens e 4 mulheres (informação verbal)¹. 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 do 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.

Para Waldow (2004), 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 esta 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”.

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

¹ Informações fornecidas por Dr. Claudio Mancini, presidente da SBOT-MS, em Campo Grande, MS, em 30 setembro de 2010.

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.

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 que, 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. O autor é médico Ortopedista desde 1998, tendo passado por todo o processo de especialização em serviço credenciado pela SBOT; nos anos de 1996 a 1998, prestou prova de Título de especialista em Ortopedia e foi aprovado em 1998 e, como muitos outros médicos ortopedistas, seguiu estudando, realizando “sub-especialização” em Reconstrução e Alongamento Ósseo na Universidade Federal de São Paulo nos anos de 1999 e 2000, após o que mudou-se para Campo Grande, a capital do Mato Grosso do Sul, permanecendo até junho de 2001, quando, então, mudou-se para Jardim, no Sudoeste do estado. O autor acredita então ter vivido toda a dificuldade de “formar-se” médico ortopedista, o tempo despendido, suas cobranças, suas benesses.

Morando já há 10 anos na cidade de Jardim, onde continua a atender clinicamente em ambulatórios públicos (municipais) e em clínica própria, além de atender diariamente em ambiente hospitalar, onde presta serviços em Traumatologia, atendendo e submetendo a intervenções cirúrgicas de baixa complexidade, o autor questiona-se, após passar por grandes e pequenas cidades: quem teria melhor QV: o ortopedista do interior ou o do capital? E, para responder a esse questionamento, inscreveu-se no curso de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, desenvolvendo a presente pesquisa.

Acredita-se que a pesquisa trouxe uma colaboração na projeção dos avanços dos conhecimentos relativos ao comportamento humano na esfera socioeconômica, contribuindo para novas mudanças de atitudes dos médicos ortopedistas, oferecendo mais discussões

relativas à sua QV. Além disso, oferece contribuição relevante à produção científica do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, argumentada pela relevância social do estudo, para a sociedade e os profissionais que desempenham suas funções.

Na primeira parte deste estudo, o autor apresenta o referencial teórico, discorrendo sobre a história da Ortopedia, como especialidade da Medicina, trazendo à tona fatos desde a Antiguidade com relatos de conhecimento ortopédico aplicado. A partir desse ponto, traça um paralelo com o desenvolvimento da ortopedia no Brasil e no estado do Mato Grosso do Sul, culminando com a fundação da SBOT, entidade que rege a classe nos dias de hoje, impondo altos níveis de conhecimento teórico-prático a todos aqueles que fazem parte ou pretendem dela fazer parte, mantendo sempre um elevado nível na especialidade.

Ainda dentro do referencial teórico, é descrita a QV, desde seus conceitos, a forma como foi discutida sua definição (pelo menos a mais usada, da Organização Mundial de Saúde (OMS), seus fatores interdisciplinares, sua subjetividade em todos seus aspectos, relatando seu histórico através das várias definições já observadas na literatura. A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) é também discutida nesse tópico, relatando todo seu desenvolvimento histórico e teórico, com suas bases médicas, psicológicas e trabalhistas.

Para o desenvolvimento desta dissertação, foi realizada uma pesquisa quantitativa, com a aplicação de um questionário desenvolvido por um grupo da OMS, chamado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), diferente de sua versão abreviada, devido ao fato de possuir 100 questões divididas em vinte e quatro facetas de seis domínios diferentes: físico, psicológico, relações sociais, nível de independência, ambiente e espiritualidade. Sua concepção e validação serão demonstradas, tanto em sua versão original, ainda com mais de duas mil perguntas, até sua versão final com 100 perguntas e sua tradução e validação no Brasil.

No capítulo que concerne à Metodologia, será demonstrado como se realizou, desde sua concepção, o desenvolvimento da pesquisa no que diz respeito à parte ética e metodológica, em total conformidade com as leis vigentes, e também não só como se caracteriza o grupo estudado, mas o porquê da escolha, os critérios de seleção, o local e os instrumentos utilizados.

Os conceitos da QV, desde sua definição, desenvolvimento e o crescente interesse da sociedade moderna, também fazem parte do referencial teórico desta pesquisa, buscando contextualizar a medicina, o trabalho, as vantagens, as dificuldades, com os conceitos da QV.

Finalizando, é realizada uma discussão dos escores encontrados, correlacionando-os com outros trabalhos da literatura, conseguindo-se uma visão geral da QV e suas especificidades, proporcionando considerações acerca da percepção dos ortopedistas e de sugestões para a melhora de sua QV, através de ações pessoais e em conjunto, por intermédio da SBOT. Esta pesquisa não contemplará debates sobre a QV em relação ao gênero, pois, apesar de existirem quatro mulheres no universo da Ortopedia do Mato Grosso do Sul, a totalidade dos médicos que responderam ao questionário é do sexo masculino. Tampouco será possível discutir-se a relação entre os moradores da capital (a maioria, 74 convidados a participarem) e do interior (43 convidados de 18 cidades do interior do estado), já que apenas 2 médicos do interior responderam ao questionário, estatisticamente insignificante para tal comparação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ORIGENS DA ORTOPEDIA

A história da Ortopedia e da Medicina se confunde com a história do próprio homem. Estudiosos relatam que a Medicina Ayurvédica pode ser encontrada há cerca de 6000 anos, a chinesa, 3000 anos, a egípcia, 1600 anos. Da mesma forma, tem-se registro, desde o Paleolítico, por meio da paleopatologia (estudo das enfermidades que podem ser demonstradas em restos humanos procedentes de épocas remotas), de doenças e de tratamento dessas doenças (medicina primitiva pré-histórica), como a trepanação craniana. Também os documentos da Mesopotâmia e do Egito registraram a evolução da medicina arcaica, baseada na magia e no empirismo. Já a medicina como ciência, baseada na interpretação natural da doença, surgiu somente no século V a.C com Hipócrates (460-375 a.C) (BRAKOULIAS, 2005 apud KARAM; LOPES, 1995).

No caso específico da especialidade médica Ortopedia e Traumatologia, os relatos se iniciam com a descrição de uma escultura usando muletas em um portal da tumba de Hirkouf, de 2830 a.C. e imobilizações do tipo “tala” em outras múmias. Outra prova interessante é o chamado “papiro de Edwin Smith”, roubado de uma tumba em 1862, em que os egípcios classificavam os traumas em três categorias: a doença que eles deveriam tratar, as doenças que deveriam combater e as que não deviam tentar tratar, o que demonstra claramente que a História da Ortopedia se inicia muito antes do que se imagina (BRAKOULIAS, 2005 apud KARAM; LOPES, 1995). Hipócrates, o chamado “Pai da Medicina”, viveu no período de 430 e 330 a.C. e, em sua obra *Corpus Hippocraticum*, possui em seus volumes, um texto sobre articulações, no qual a luxação do ombro foi descrita com os vários métodos para sua redução. Em 129-199 a.C., na Era Romana, viveu um homem que descreveu a destruição, o sequestro e a regeneração óssea, assim como usou pela primeira vez os termos *kyphosis*, *lordosis* e *scoliosis*, para as deformidades descritas por Hipócrates. Esse homem foi Galeno, o chamado “Pai da Medicina do Esporte”, sendo este, médico dos gladiadores.

Nesse período, existem relatos de tentativas de produção de próteses, como pernas de madeiras, pés artificiais e mãos de ferro, sendo desenvolvidos também nessa época vários tipos de brocas serra e cincéis. Paul de Aegina (625-690 d.C.) escreveu um livro sobre fraturas e luxações, que foi transcrito para o árabe após as invasões muçulmanas a Alexandria (BRAKOULIAS, 2005 apud KARAM; LOPES, 1995). Olmos (1959 apud WOLFOVITCH; SCHIPER; WOLFOVITCH, 2007), conceituado ortopedista espanhol, relatava em suas

conferências que os Astecas reduziam e estabilizavam as fraturas, bem como utilizavam o vinho como anestésico. Já os Incas utilizavam a fisioterapia com fornos e estufas para tratar rigidez e dores articulares.

No período de 700 a 1600, a civilização, principalmente no que diz respeito à européia, viveu tempos obscuros, com pouca produção científica, pelo menos em relação à Ortopedia nesta fase. Posteriormente, o francês Nicolas Andry publicou *The art of Correcting and Preventing Deformities in Children* (1741), cunhando então a expressão “Ortopedia” para expressar a arte da correção das deformidades, termo este adotado e usado até hoje (KUZ, 2004).

Em 1851, um cirurgião militar holandês, Anthonius Mathyssen, desenvolveu a atadura gessada, proporcionando grande avanço nas imobilizações de fraturas de membros. Em 1895, um físico chamado Wilhein Conrad Rongten, desenvolveu a radiografia, através do chamado Raio X, sendo usado pela primeira vez por Robert Jones em 1896, para localizar uma bala no punho. Por esta descoberta, Rongten em 1901 ganharia o prêmio Nobel de Medicina (BRAKOULIAS, 2005 apud KARAM; LOPES, 1995).

Vários grandes nomes viveram nesse período, mas, após as “Grandes Guerras”, foi que a Ortopedia e a Medicina tiveram grande desenvolvimento. Assim como já havia acontecido na América do Norte após a guerra civil americana, a Ortopedia se firmou, sendo reconhecida como especialidade da Medicina (KUZ, 2004). Principalmente após a Segunda Guerra Mundial, além da experiência da primeira guerra e do advento da Penicilina, o primeiro antibiótico da História, desenvolvido por Alexander Fleming em 1928, os cirurgiões puderam experimentar uma diminuição importante na mortalidade e morbidade dos seus pacientes (KIRKUP, 2003). Desde então, a Ortopedia, assim como toda a Medicina, vem se desenvolvendo, se transformando, evoluindo, ainda mais com os recentes avanços tecnológicos em exames, com a internet, com novas técnicas cirúrgicas, aparelhos, enfim com todo um arsenal de possibilidades.

2.1.1 A Ortopedia no Brasil e a criação da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Devido à grande influência dos costumes indígenas na cultura brasileira nos dois primeiros séculos de colonização, até mesmo o Padre José de Anchieta chegou a dedicar-se ao

estudo da Medicina; mas o primeiro brasileiro nato, baiano, a publicar em Portugal uma obra, intitulada *Ensaio sobre Fraturas* (1797), foi Manuel Alves da Costa (MAIA, 1986).

Em 1808, a Escola de Medicina no Hospital Real Militar de Salvador foi criada por D. João VI, Príncipe Regente do Brasil, assinando uma decisão régia, e, mais adiante, em 1832, esta passou a ser denominada Faculdade de Medicina da Bahia. Em 1814, foi fundado, no Rio de Janeiro, o Hospital São Zacharias, considerado um dos primeiros Serviços de Ortopedia do Brasil. É digno de se lembrar que, entre 1835 e 1899, foram apresentadas 73 Teses de Doutorado em Ortopedia nas faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia (MAIA, 1986).

Em 1882, a Ortopedia passou a figurar na programação do curso de Medicina, com uma reformulação do ensino médico realizada pelo então Ministro da Saúde, Visconde de Sabóia, um dos pioneiros da Ortopedia brasileira. Em São Paulo, Delphino Pinheiro de Uchoa Cintra criou o Serviço de Cirurgia Infantil e Ortopedia na Santa Casa, em 1902, sendo este considerado o momento inicial da Ortopedia no estado.

Em 1925, Antonio Benevides Barbosa Viana, Luiz Manuel de Rezende Puech, Durval da Gama e Luiz Inácio de Barros Lima foram empossados como titulares da recém criada Cadeira de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Pernambuco, respectivamente. Nesse mesmo ano (1925), aconteceu um fato que iria mudar o rumo da Ortopedia Brasileira. Um garoto chamado Fernandinho, filho do casal Rachel e Roberto Simonsen, foi acometido de uma crise de apendicite aguda, sendo chamado para acompanhar o caso, o catedrático de cirurgia infantil, Professor Luiz Rezende Puech. O quadro da criança complicou com uma peritonite grave evoluindo para o óbito. O casal Simonsen, com elevado espírito altruísta, prontificou-se a contribuir financeiramente com a construção – dentro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – de um pavilhão destinado exclusivamente à cirurgia infantil como homenagem ao seu filho então falecido. Inaugurado em 19 de julho de 1931, o Pavilhão Fernandinho Simonsen foi o primeiro hospital especializado da América Latina com capacidade para 220 leitos, passando a atender todos os casos de cirurgia infantil, Ortopedia e Traumatologia (NAPOLI; BLANC, 2000).

No estado do Mato Grosso do Sul, a história inicia-se com a chegada do Dr. Hélio Mandetta, em 1956, no ainda estado de Mato Grosso, antes da divisão que aconteceria somente quase duas décadas depois. Campo Grande era a capital econômica e, por quatro

anos, Dr. Mandetta foi o único ortopedista de todo o estado, cuja capital era Cuiabá. Em 1962, após retornar de uma temporada de estudos e aperfeiçoamento nos Estados Unidos da América, recebeu uma sala equipada para atendimentos ortopédicos, dando início, em suas próprias palavras, à história da ortopedia no Mato Grosso. Em 1963, foi construído o Pavilhão São José, anexo à Santa Casa, com 28 leitos para a especialidade. Desta feita, já contava com o auxílio dos Drs. Aloísio Freitas Macedo, Rafael Cubel Zurinaga e Tsuneo Shinzato. Em 1968, a especialidade ganhou um grande avanço, com a fundação da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso, onde a disciplina já era ensinada a partir do quinto ano.

Em 1976, o Hospital Universitário iniciou suas atividades, contando, à época, com os ex-alunos da faculdade que haviam feito residência em outros estados, entre eles: Nestor Muzzi, Eurico Uehara, José Wilson Jacques, Aurélio Ferreira e Celso Massachi Inouye, sendo este último com formação em cirurgia de mão, especialidade extremamente necessária em um estado eminentemente agropastoril, com altos índices de lesões. A opinião corrente entre esses precursores é que a ortopedia no estado é dividida entre antes e depois da criação do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia em 1986, sendo que, a partir desse ano, a especialidade tem se desenvolvido cada vez mais, propiciando a formação de vários especialistas (NAPOLI; BLANC, 2000).

2.1.2 A Sociedade Brasileira de Ortopedia

Em 19 de setembro de 1935, ocorreu a fundação da SBOT, sendo escolhida a cidade de São Paulo como sede por se tratar do maior centro econômico, industrial e científico do País, com a função de disseminar o conhecimento ortopédico, organizar a prática da especialidade no Brasil e estimular o intercâmbio entre os ortopedistas. Em 1944, o conceito de Ortopedia vinculado à cirurgia infantil, perdeu sua concepção inicial, tornando-se mais abrangente no que se refere ao seu espectro de atuação, denominando-se, então, Clínica Ortopédica e Traumatológica, cuidando das afecções do aparelho locomotor.

Junto com a criação da SBOT, nasceram o jornal Arquivo Brasileiro de Cirurgia e Ortopedia e a Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. A sessão solene inaugural aconteceu em 1º de julho de 1936, no Pavilhão Fernandinho Simonsen, local em que, até a década de 1960, funcionou a sede e a biblioteca da SBOT. Atualmente, a sede encontra-se na

cidade de São Paulo, na Alameda Lorena n. 427, 14º andar, com dez conjuntos de apartamentos, que abrigam os setores administrativo, científico e social.

A SBOT, dentre as instituições brasileiras, é uma das poucas organizações que possui representação em todos os estados brasileiros. Em cada região, há uma regional da SBOT, juridicamente estabelecida e independente do ponto de vista administrativo, mas totalmente comprometida com os ideais e parâmetros definidos pela Sede Nacional (KARAM; LOPES, 1995).

Todos os serviços de ortopedia e traumatologia do país que formam ou pretendem formar residentes passam por uma avaliação minuciosa da SBOT. Esta tem publicado anualmente um programa de ensino e treinamento em ortopedia e traumatologia que contempla praticamente todas as áreas da especialidade. Na mesma publicação, estão descritos o programa teórico mínimo, os métodos e as formas de avaliação a serem usadas. Todos os residentes de ortopedia e traumatologia devem prestar anualmente uma prova que serve de avaliação do aprendizado que estão tendo. No final dos 3 ou 4 anos de residência médica ou treinamento em serviço credenciado, para que obtenham o título de especialista, devem submeter-se a uma prova que segue os moldes da que realiza a Academia Americana de Cirurgia Ortopédica. Somente os aprovados recebem o título de especialista da SBOT (KARAM; LOPES, 1995).

2.2 QUALIDADE DE VIDA

Esta pesquisa se presta a reconhecer, explorar e quantificar a QVG dos ortopedistas do estado do Mato Grosso do Sul. Para tanto, se faz necessário iniciar tecendo comentários sobre os conceitos e definições da QVG. O conceito “qualidade de vida” é um termo utilizado em duas vertentes: 1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; 2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (BOWLING; BRAZIER, 1995; ROGERSON, 1995).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são

multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um continuum, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995).

Pitágoras (570-571 a.C.) já mostrava preocupações com o bem estar do ser humano em sua filosofia, mas falar no termo “Qualidade de Vida”, segundo Wood-Dauphinee (1999), parece ter sido realizado pela primeira vez por Arthur Cecil Pigou em seu livro sobre economia e bem estar: *The Economics of Welfare* (1920). Em 1964, Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos da América, empregou o termo Qualidade de Vida ao se referir ao sistema bancário norte-americano (FLECK et al., 1999). A partir desta data, as publicações científicas que se sucederam, têm relacionado cada vez mais a qualidade de vida com a saúde da pessoa, principalmente em algumas áreas terapêuticas específicas, como a cardiologia e a oncologia (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Com a propagação do termo QV, o cotidiano passou a fazer parte das preocupações dos mais variados setores da sociedade, com a formulação de inúmeros conceitos. O termo QV representa uma tentativa de quantificar, em termos cientificamente analisáveis, a rede de consequências de uma doença e seu tratamento, sob a percepção do paciente e de sua habilidade para viver uma vida proveitosa e satisfatória. O que emerge é uma definição funcional de QV, mensurável e evolutiva através do tempo. A sua mensuração à subjetiva em dois aspectos: primeiro, muitas das dimensões acessadas não são, diretamente, mensuráveis fisicamente; segundo, fica-se mais interessado com a visão da pessoa sobre a importância de sua disfunção do que com a sua existência. Para muitos modelos de QV, o paciente serve como seu próprio controle interno (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Desse modo, a estratégica analítica primária tem sido a observação das mudanças na QV durante o curso da doença. Isso evita duas limitações importantes para a generalização do conceito. A primeira é a cultural, representada pela diferença entre grupos socioeconômicos ou étnicos. Há uma evidência recente de que uma elaboração funcional da QV deve ter uma validação transcultural. A segunda limitação refere-se a uma avaliação aprofundada da questão. Ao contrário de uma doença, que muitas vezes tem um tempo de início definido, a QV é uma variável contínua de toda uma vida (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Nahas (2001, p. 5) relata que os fatores que determinam a QV das pessoas são inúmeros, e que a combinação destes “[...] resulta numa rede de fenômenos e situações que abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida [...]”. Geralmente estão associados a ela fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. “Num sentido mais amplo, qualidade de vida pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais [...]” (NAHAS, 2001, p. 5).

Segundo Souza e Guimarães (1999), uma possibilidade é basear esse modelo na definição da OMS, onde diz que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Esta é recomendável, mas inclui elementos que estão longe de suprir a medicina tradicional e apolítica. As oportunidades de emprego, a educação e a segurança social são elementos importantes no desenvolvimento da saúde da comunidade, mas estes estão longe da meta imediata desta abordagem, que é o tratamento da doença (SCHIPPER; CLINCH; OLWENY, 1996).

Segundo Cardoso (1999, p. 89), QV é um “[...] conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família, desenvolvimento espiritual [...]”. Qualidade de Vida, para Wilheim e Déak (1970, p. 12):

[...] é a sensação de bem-estar do indivíduo. Este é proporcionado pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e de condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento, afeto).

Segundo a OMS, “a saúde não é o centro da qualidade de vida”. Avaliar QV é avaliar dimensões. O conceito de QV consiste em três níveis: avaliação total do bem-estar, domínio global (isto é, físico, psicológico, econômico, espiritual e social) e componentes de cada domínio. Vendo-se esses três níveis em uma pirâmide, o topo seria a avaliação total do bem-estar seguida dos outros dois, sendo os “componentes de cada domínio” a base da pirâmide (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

De acordo com Cardoso (1999), a QV é a base de todos os tipos de qualidade. Ela é crucial para a autoestima, a qual, por sua vez, determina o bem-estar, a eficiência, as atitudes e o comportamento das pessoas. Como está ligada intimamente à autoestima, esta determina o quanto se está satisfeito com o próprio comportamento. A sensação de bem-estar, sua eficácia

e todo o seu desenvolvimento são quase sempre determinados pelas atitudes em relação à vida, isto é, como o indivíduo se vê, como vê as pessoas ao seu redor e os diferentes aspectos da vida. As atitudes em relação à vida podem ser positivas ou negativas, comprometidas ou não, responsáveis pela própria vida ou uma vítima das circunstâncias, as outras pessoas são vistas como importantes ou não o são.

Como exemplo de tema a ser considerado na discussão da QV de qualquer indivíduo, há de se pontuar o fator Motivação, já que as pessoas, apesar de possuírem empregos, carga de trabalho, acesso à informação e ao lazer, salários e círculo de amigos semelhantes, podem perceber sua QV de maneira diversa dependendo do que lhe é mais caro e do que elas podem vivenciar. Muitas são as teorias e os modos de pensar em Motivação. A própria definição é controversa, sendo que a palavra Motivação vem do Latim *moveare*, mover, e diz respeito à condição do organismo que influencia a direção (orientação para um objetivo) do comportamento. Em outras palavras, é o impulso interno que leva à ação. Dentre as várias Teorias de Motivação, algumas são mais comumente citadas e aceitas, dentre elas, pode-se citar a Teoria de Maslow, amplamente difundida, a de Herzberg e a de McClelland (MASLOW, 1975).

Maslow nasceu a 1º de abril de 1908, em Nova Iorque, numa comunidade judaica. Teve uma educação cuidada e realizou diversos estudos todos nas áreas da psicologia, anatomia, fisiologia e comportamento animal. No inverno de 1932, Maslow foi para a Universidade de Yale aprofundar os estudos com Robert Yerkes, conhecido por “homem macaco”, devido às suas experiências com primatas. Maslow nunca perdeu de vista a psicologia humana e descobriu uma relação próxima entre os fatores de motivação dos homens e dos primatas. Verificou que os orangotangos recusavam os alimentos da sua dieta diária a partir do momento em que a fome está saciada, preferindo amendoins ou chocolates, e que os seres humanos também estabelecem prioridades nas necessidades não satisfeitas, o primeiro passo para a pirâmide das necessidades. A necessidade é um forte sentimento de desconforto acerca de qualquer aspecto da vida de uma pessoa, o que cria uma enorme tensão. O modelo de Maslow sugere que as pessoas têm um conjunto de cinco categorias de necessidades, que ele organizou por prioridade: fisiológicas, de segurança, sociais, estima e de realização pessoal (GOUVEIA; BAPTISTA, 2007). Quando um nível de necessidades é satisfeito, passa-se automaticamente ao próximo. Assim, os dois primeiros níveis de necessidades (fisiológicas e de segurança) constituem as chamadas necessidades primárias, e os restantes níveis constituem as necessidades secundárias. De acordo com Cunha et al.

(2004), para Maslow as necessidades não satisfeitas são os motivadores principais do comportamento humano, havendo precedência das necessidades mais básicas sobre as mais elevadas. Logo, se as necessidades fisiológicas não estiverem satisfeitas um indivíduo não se sentirá estimulado pelas necessidades de estima. No entanto, satisfeitas as necessidades de um nível, automaticamente surgem as necessidades de nível superior no indivíduo, deixando as de nível inferior de serem motivadoras (FIGURA 1).



FIGURA 1 - Pirâmide de necessidades de Maslow.

Fonte: Cunha et al (2004).

Salientam Cunha et al (2004), que, para Maslow, as necessidades Pessoais ou Fisiológicas constituem o nível mais baixo de todas as necessidades humanas, mas de vital importância. Nesse nível, estão as necessidades de alimentação (fome e sede), de sono e repouso (cansaço), de abrigo (frio e calor), o desejo sexual etc. São necessidades que já nascem com o próprio indivíduo, contudo estão relacionadas com a sobrevivência e com a preservação da espécie. Quando alguma dessas necessidades está insatisfeita (como por exemplo, a fome), o ser humano não pensa em outra coisa. A maior motivação, nesse caso, serão as necessidades fisiológicas, e o comportamento do indivíduo terá a finalidade de encontrar alívio da pressão que essas necessidades produzem sobre o organismo.

As necessidades de Segurança constituem o segundo nível das necessidades humanas. São as necessidades de segurança, ou de estabilidade, a busca de proteção contra uma ameaça

ou privação, a fuga ao perigo. Estas têm grande importância no comportamento humano, sobretudo no que diz respeito à atividade profissional, uma vez que todo empregado está sempre em relação de dependência com a empresa, na qual as ações administrativas arbitrárias ou decisões incoerentes podem provocar incerteza ou insegurança ao empregado quanto a sua permanência ao emprego.

As necessidades Sociais ou de Associação surgem no comportamento, quando as necessidades mais baixas (fisiológicas e de segurança) encontram-se relativamente satisfeitas. Dentro das necessidades sociais, está a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afeto e amor. Quando essas necessidades não estão satisfeitas, o indivíduo torna-se resistente e hostil em relação às pessoas que o cercam. No meio social, a frustração das necessidades de amor e de afeição conduz à falta de adaptação social e à solidão.

As necessidades de Estima são os desejos de respeito próprio, sentimento de realização pessoal e de reconhecimento por parte dos outros; estão relacionadas com a maneira pela qual o indivíduo se vê e se avalia. Para satisfazer essas necessidades, as pessoas procuram oportunidades de realização, promoções, prestígio e status para reforçar as suas competências. Contudo a frustração pode produzir sentimentos de inferioridade, fraqueza, dependência e desamparo, os quais podem levar o indivíduo à total desmotivação.

As necessidades de Autorrealização Pessoal são os desejos de crescimento pessoal e da realização de todos os objetivos pessoais. Uma pessoa que chegue a esse nível, aceita-se tanto a si como aos outros. Essas pessoas normalmente exibem naturalidade, iniciativa e habilidade na resolução de problemas. Correspondem às necessidades humanas mais elevadas e situadas no topo da hierarquia.

Assim, o modelo de Maslow baseia-se em quatro pontos base: uma necessidade satisfeita não é motivadora; várias necessidades afetam uma pessoa ao mesmo tempo; os níveis mais baixos têm de ser satisfeitos primeiro; há mais maneiras de satisfazer os níveis mais altos do que os níveis mais baixos.

Segundo McClelland e Burnham (1995), outra teoria muito citada e discutida é a Teoria das Três Necessidades, de David McClelland, de 1961. Segundo os autores, existem necessidades aprendidas e socialmente adquiridas com a interação do ambiente, divididas em três categorias:

- a) Necessidades de Realização: desejo de alcançar algo difícil exige um padrão de sucesso, domínio de tarefas complexas e superação de outras (gostam de assumir responsabilidades; gostam de correr riscos calculados; querem retorno concreto sobre seu desempenho; não são motivados por dinheiro em si). Os indivíduos com este tipo de necessidade pretendem, mais que obter sucesso individual, é fulcral obterem feedback positivo no grupo;
- b) Necessidades de Afiliação: desejo de estabelecer relacionamentos pessoais próximos, de evitar conflito e estabelecer fortes amizades; é uma necessidade social, de companheirismo e apoio, para desenvolvimento de relacionamentos significativos com pessoas (motivados por cargos que exigem interação frequente com colegas), tem dificuldade em avaliar os subordinados de forma objetiva, as pessoas são mais importantes que a produção de *outputs*;
- c) Necessidades de Poder: desejo de influenciar ou controlar outros, ser responsável por outros e ter autoridade sobre outros; Necessidade de dominar, influenciar ou controlar pessoas. (procuram por posições de liderança); uma elevada tendência para o poder está associada a atividades competitivas bem como ao interesse de obter e manter posições de prestígio e reputação.

De acordo com McClelland e Burnham (1995), para McClelland todas as pessoas possuem um pouco dessas necessidades, em graus diferentes, contudo uma será característica da pessoa em causa. Motivos:

- a) Poder: procura controlar ou influenciar outras pessoas e dominar os meios que lhe permitem exercer essa influência; tenta assumir posições de liderança espontaneamente; necessita/gosta de provocar impacto; preocupa-se com o prestígio; assume riscos elevados;
- b) Sucesso: procura alcançar sucesso perante uma norma de excelência pessoal; aspira alcançar metas elevadas, mas realistas; responde positivamente à competição; toma iniciativa; prefere tarefas de cujos resultados possam ser diretamente responsáveis; assume riscos moderados; relaciona-se preferencialmente com peritos;
- c) Afiliação: procura relações interpessoais fortes; faz esforços para conquistar amizades e restaurar relações; atribui mais importância às pessoas que às tarefas; procura aprovação dos outros para as suas opiniões e atividades.

A investigação de Frederick Herzberg, de 1966, que, segundo Coradi (1995), pertence ao grupo de psicólogos e sociólogos que, nos anos 1950 e 1960, abriram, enormemente, o leque dos estudos sobre comportamento humano de sua Teoria Bifatorial, demonstrou que os fatores que provocam atitudes positivas face ao trabalho não são os mesmos que provocam as atitudes negativas, ou seja, sugeriu que era necessário distinguir os conceitos de motivação e satisfação. Herzberg era professor de Psicologia na Western Reserve University, de Cleveland, escreveu três livros sobre as atitudes no trabalho: *Job Attitudes*, *Motivation to Work* e *Work and Nature of Man*, os quais se configuraram como uma trilogia. Em seu estudo, dos dados recolhidos de uma amostra de 203 engenheiros e bancários resultaram os 16 fatores, os quais foram organizados em dois grupos: as necessidades motivadoras e as necessidades higiênicas (TEIXEIRA, 2005).

Davis e Newstrom (1992), baseado no pensamento de Herzberg, afirma que os fatores motivacionais tais como realização e responsabilidade estão diretamente relacionadas com o trabalho em si, enquanto que o desempenho do trabalhador, o seu reconhecimento e crescimento estão por ele assegurados. Os fatores de motivação, na sua maior parte, estão centrados no trabalho; eles estão ligados com o conteúdo do trabalho. Por outro lado, os fatores de manutenção estão principalmente relacionados ao contexto de trabalho, porque estão mais ligados com o ambiente que envolve o trabalho. Essa diferença mostra que os empregados estão primária e fortemente motivados por aquilo que eles fazem para si mesmos. Quando assumem a responsabilidade ou ganham reconhecimento por meio do seu próprio comportamento eles se acham fortemente motivados.

Levando em consideração os fatores motivacionais e higiênicos apresentados pelos vários autores estudados, destacamos e utilizamos no presente estudo os seguintes fatores apresentados por Maciel e Sá (2007):

- a) Fatores de motivação ou motivacionais, intrínsecos ou de satisfação: realização pessoal e profissional; reconhecimento; responsabilidade; desenvolvimento profissional; conteúdo do cargo; autonomia; criatividade e inovação do trabalho; participação.
- b) Fatores de higiene ou higiênicos, extrínsecos ou de manutenção: políticas organizacionais; relacionamento supervisor/subordinado; condições físicas do trabalho; salários e benefícios; relacionamento com os colegas; vida pessoal; *status*; segurança; comunicação.

Para Rodrigues (1994), os empregados que possuem uma vida familiar insatisfatória têm o trabalho como o único ou maior meio para obter a satisfação de muitas de suas necessidades, principalmente, as sociais, fazendo dessa forma, que trabalho e motivação adquiram importância na vida do indivíduo que realiza qualquer tipo de atividade econômica. Esses conceitos serão importantes na discussão desta pesquisa.

Através dos recentes estudos, acredita-se que a QV possa ser entendida como a satisfação das exigências e expectativas tanto humanas como técnicas do homem trabalhador. Na realidade, significa estar plenamente comprometido, pois ela começa com os próprios padrões do indivíduo sobre QV. Porém, melhorar a QV não é algo que se resolva de maneira rápida e objetiva, mas sim, com um processo infundável. É realmente a escolha de um estilo de vida: comprometimento com a própria vida e das pessoas de sua relação, lealdade, capacidade de cooperação, integridade, senso de ordem, competência profissional, capacidade de comunicação, tolerância, autodisciplina, perseverança e força nas convicções (CARDOSO, 1999).

Com base no estado da arte da definição e das medidas do construto qualidade de vida, é possível concluir, no entanto, que este parece consolidar-se como uma variável importante na prática clínica e na produção de conhecimento na área de saúde. Não obstante as controvérsias existentes sobre a sua conceituação e as estratégias de mensuração, os esforços teórico-metodológicos têm contribuído para a clarificação do conceito e sua relativa maturidade.

O desenvolvimento do constructo QV poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Assim, sendo qualidade de vida um construto eminentemente interdisciplinar, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável (SEIDL; ZANNON, 2004).

2.2.1 Qualidade de Vida no Trabalho

Importante salientar que esta pesquisa não tem como escopo a discussão da QVT, sendo esta uma extensão da QVG, esta última o foco central desta pesquisa. Feita esta

comunicação, salienta-se que, como parte específica da QVG, muito se tem pesquisado sobre a QVT, principalmente devido aos grandes avanços tecnológicos e de produção, com aumento do poder de produção, mas com ônus muitas vezes de sobrecarga física e emocional, motivo pelo qual se mostra importante salientar alguns conceitos acerca desse assunto.

A QVT hoje pode ser definida como uma forma de pensamento envolvendo pessoas, trabalho e organizações, em que se destacam dois aspectos importantes: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional; e a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho. Como meio de se manter, o trabalho é também o elemento mais importante da produção social. Todo trabalho exige certa quantidade de energia física e psíquica, que, nesse processo, é chamado de força do trabalho. O trabalho é, assim, o resultado que se pode medir da força de trabalho (RODRIGUES, 1994).

Durante muitos anos, o trabalho servia para a manutenção e a reprodução biológica do ser humano e se desempenhou sob a forma de coleta, de trabalho extrativo, quando veio surgir, mais tarde, a pesca, a caça e o pastoreio. Com a agricultura, veio a idéia de que se produzindo um excedente do que se poderia utilizar, seria possível escravizar pessoas. No mundo grego e romano, só ao trabalho de direção das atividades agrícolas se reconhecia dignidade e importância social, totalmente negada ao comércio, artesanato e atividades manuais. Na atualidade, ainda é impossível afirmar que desapareceram as situações de escravidão ou de exploração do trabalho, até mesmo nos países de economia avançada (MORETTI, 2008).

Nadler e Lawler (1983), Limongi-França (1999) e Rodrigues (1994) nos oferecem uma interessante e abrangente visão da evolução do conceito de QVT, conforme o Quadro 1.

QUADRO 1 - Evolução do conceito de QVT

Concepção evolutiva da QVT	Características ou visão
1. QVT como uma variável (1959 a 1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Investigava-se como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.
2. QVT como uma abordagem (1969 a 1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo, buscava-se trazer melhorias tanto ao empregado como à direção.
3. QVT como um método (1972 a 1975)	Um conjunto de abordagens, método ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisatório. QVT era vista como sinônimo de grupos autônomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas plantas com integração social e técnica.
4. QVT como um movimento (1975 a 1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos “administração participativa” e “democracia industrial” eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
5. QVT como tudo (1979 a 1982)	Panaceia contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros organizacionais.
6. QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não seriam mais que um “modismo” passageiro.

Fonte: Nadler e Lawler (1983).

O modelo de Richard Walton (1973) é o que melhor enfatiza questões elementares à realização do trabalho, priorizando os fatores higiênicos, condições físicas, aspectos relacionados à segurança e à remuneração, sem desconsiderar os demais elementos citados por outros estudiosos. Walton (1973) afirma que através de um estudo de QVT é possível atender aos anseios e às necessidades dos trabalhadores, incluindo vários aspectos, como participação do empregado nas decisões que lhe são relacionadas, que tem como resultado a humanização do trabalho, além de destacar a importância da responsabilidade social das empresas. O Quadro 2 demonstra os principais conceitos deste modelo.

QUADRO 2 – Principais conceitos do modelo de Richard Walton (1973)

Critérios	Indicadores de QVT
1) Compensação justa e adequada	–equidade interna e externa; justiça na compensação; partilha do ganhos de produtividade; proporcionalidade entre salários
2) Condições de trabalho	–jornada de trabalho razoável; ambiente físico seguro e saudável
3) Uso e desenvolvimento de capacidades	–autonomia; autocontrole relativo; qualidades múltiplas; informações sobre o processo total do trabalho
4) Oportunidade de crescimento e segurança	–possibilidade de carreira; crescimento pessoal; perspectiva de avanço salarial; segurança de emprego
5) Integração social na organização	–ausência de preconceitos; igualdade; mobilidade; relacionamento; senso comunitário
6) Constitucionalismo	–direitos de proteção do trabalhador; privacidade pessoal; liberdade de expressão; tratamento imparcial; direitos trabalhistas
7) O trabalho e o espaço total de vida	–papel balanceado no trabalho; estabilidade de horários; poucas mudanças geográficas; tempo para lazer da família
8) Relevância social do trabalho na vida	–imagem da empresa; responsabilidade social da empresa; responsabilidade pelos produtos; práticas de emprego

Fonte: Walton (1973).

Observa-se, assim, que a QVT dialoga com noções como motivação, satisfação, saúde-segurança no trabalho, envolvendo discussões mais recentes sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias (SATO, 1999).

No caso específico dos médicos, pode-se afirmar que problemas específicos permeiam a discussão da QV dessa população, por exemplo, aqueles que trabalham em Hospitais, em regime de plantão, sabidamente o fazem em ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. Estudos anteriores (PITTA, 1991; AQUINO, 1996) apontam-no como local privilegiado para o adoecimento. Além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos aqueles trabalhadores, tanto na esfera do trabalho, quanto fora dela. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão, frequentes, por exemplo, entre as auxiliares de enfermagem (AQUINO et al., 1993).

O trabalho, no decorrer da história, foi ocupando a maior parte do tempo do ser humano. O que de início era para suprir suas necessidades básicas de subsistência, passa a ser, principalmente após a Revolução Industrial, o ponto central da vida do homem. O homem, dessa forma, passa maior parte de sua vida em seus locais de trabalho, dedicando sua força, energia e esforços para as organizações. Ou seja, disponibilizando maior parte do seu tempo ao trabalho do que propriamente com suas famílias e amigos.

Além disso, com o avanço tecnológico, o “local de trabalho” pode ser em qualquer lugar: em viagens, casa, hotéis etc. Em todos os locais, pode-se “trabalhar” para a organização. Indo mais além, mesmo quando o homem tenta “se desligar”, não estando no local de trabalho nem mesmo “conectado”, utilizando os recursos tecnológicos, mesmo assim, a vida do homem gira em função do trabalho. O nível de pressão por resultados, a concorrência e a complexidade por um espaço no mercado fazem com que o trabalho seja uma constante na vida do homem moderno. A organização, por outro lado, percebe cada vez mais, a importância do ser humano para o alcance de resultados. Pois a capacidade de raciocínio, de criatividade, de solucionar problemas está presente nas pessoas e não nas máquinas (CAVASSANI; CAVASSANI; BIAZIN, 2006).

Segundo Dejours (1998), a organização do trabalho repercute sobre a saúde mental dos trabalhadores, podendo ocasionar sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas. O trabalho é um elemento fundamental para a saúde das pessoas, se não é fonte de prazer, o trabalho passa a ser perigoso à saúde.

Apesar disso tudo, a expressão QVT só foi introduzida, publicamente, no início da década de 1970, pelo professor Louis Davis (Universidade da Califórnia Los Angeles, Los Angeles), ampliando o seu trabalho sobre o projeto de delineamento de cargos (VIEIRA, 1996).

Então, na década de 1970, surgiu um movimento pela QVT, principalmente nos EUA, devido à preocupação com a competitividade internacional e o grande sucesso dos estilos e técnicas gerenciais dos programas de produtividade japonesa, centrado nos empregados. Existia uma tentativa de integrar os interesses dos empregados e empregadores através de práticas gerenciais capazes de reduzir os conflitos. Outra tentativa era a de tentar maior motivação nos empregados, embasando suas filosofias nos trabalhos dos autores da Escola de Relações Humanas, como Maslow, Herzberg e outros (VIEIRA, 1996).

De acordo com Rodrigues (1994, p. 76),

A qualidade de vida no trabalho tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência com outros títulos em outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução de sua tarefa.

É impossível tentar valorizar o homem, sem valorizar o profissional. Querer melhorar as condições humanas no trabalho por meio de benefício, lazer, assistência médica e bons salários por si só não levarão o homem a uma genuína valorização profissional. É necessário sempre acreditar nele, em suas possibilidades, garantir-lhe o respeito próprio e o reconhecimento das pessoas que com ele convivem (CARDOSO, 1999).

2.3 INSTRUMENTO DE MEDIDA DE QUALIDADE DE VIDA – WHOQOL-100

O WHOQOL-100 é apenas um dos questionários existentes no arsenal de pesquisas da QV. Velarde-Jurado e Avila-Figueroa (2002) observaram em um estudo de revisão sobre QV, que devido à subjetividade do tema, existem algumas dificuldades metodológicas, que podem, no entanto, ser resolvidas por um grande número de questionários já validados no Brasil. 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 o Quality Of Life QOL. O WHOQOL-100 é um instrumento para avaliação da QV que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e/ou doenças crônicas (VILARTA; GONÇALVES, 2004).

O WHOQOL-100 – versão em português (ANEXO A), que foi idealizado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (WHOQOL GROUP, 1994), em princípio, foi idealizado contando com 2.000 perguntas, sendo reduzido para 300 e finalmente em sua forma final, 100 perguntas, sendo posteriormente traduzido e validado pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, durante o ano de 1996 (FLECK et al., 1999), sendo este um dos mais de 20 países que aplicam este questionário, fato este que demonstra sua aplicabilidade transcultural,

compreendendo 6 aspectos distintos: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/crenças/religião.

O desenvolvimento de instrumentos de aferição da QV compõe uma complexa e sistemática preocupação de diversas áreas do conhecimento científico, em investigar medidas de saúde de modo mais amplo, para além de tradicionais e insuficientes parâmetros de mortalidade e morbidade (WORLD BANK, 1993; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991: apud FLECK et al., 1999).

A partir de tais premissas, a OMS se propôs a desenvolver um instrumento que sanasse essa lacuna, e primeiramente, estabeleceu aspectos fundamentais que o constructo deveria possuir: Subjetividade; Multidimensionalidade; Bipolaridade.

Nesse contexto, o Grupo realiza a construção da definição da OMS quanto à QV, que se lê: 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 (WHOQOL GROUP, 1994). Os domínios do WHOQOL compreendem 6 aspectos, subdivididos em 24 facetas a serem pesquisadas, que foram desenvolvidas segundo os seguintes critérios:

- a) Basear-se tanto quanto possível nas sugestões dos pacientes e profissionais de saúde participantes dos grupos focais;
- b) Proporcionar respostas que esclareçam acerca da qualidade de vida dos respondentes, como definida pelo projeto;
- c) Refletir o significado proposto pela definição as facetas;
- d) Cobrir em combinação com outras questões para uma dada faceta, os aspectos chaves de cada faceta como descritas na definição das facetas;
- e) Usar linguagem simples, evitando ambiguidade nas palavras e frases;
- f) Preferir questões curtas em relação às longas;
- g) Evitar duas negações;
- h) Serem compatíveis com uma escala de avaliação;

- i) Explorar um só problema por faceta;
- j) Evitar as referências explícitas em relação a tempo ou outro termo de comparação (ex.: o ideal, ou antes de eu estar doente);
- k) Ser aplicável a indivíduos com vários graus de disfunção.

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 “as vezes”, “frequentemente”, “muito frequentemente”, “muitas vezes” etc.). Devido a essa dificuldade, seguiram-se critérios também para o desenvolvimento das escalas de respostas do WHOQOL-100:

- a) Definição das palavras âncoras para cada uma das escalas (intensidade, capacidade, frequência e avaliação);
- b) Seleção de 15 palavras com significados intermediários entre os dois pontos âncoras através de dicionários, literatura e outros instrumentos psicométricos (p.ex. escala de intensidade: âncora 0% = nada; âncora 100% = extremamente; palavras selecionadas: quase nada, levemente, pouco, ligeiramente, nem muito nem pouco, moderadamente, razoavelmente etc.);
- c) Confecção de uma escala visual analógica de 100 mm para cada uma das palavras selecionadas;
- d) Aplicação das escalas em 20 indivíduos representativos da população que procura o serviço de saúde em questão;
- e) Seleção das palavras que tiveram média entre 20 - 30 mm (25%), entre 45-55 mm (50%) e entre 70-80 mm (75%). Se mais de uma palavra ficou com média entre as faixas acima, seleciona-se a de menor desvio padrão;

f) Verificação da característica ordinal da escala em 10 indivíduos que ordenam as palavras sorteadas entre as duas palavras âncoras.

Após desenvolverem as facetas, foi realizada a tradução e posteriormente, feita 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 4 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 participantes dos grupos focais preencheram um termo de consentimento informado para a realização do estudo. Os grupos foram compostos por 6 a 8 pessoas. Três membros da equipe envolvida no projeto participaram de cada sessão: um como coordenador, outro anotando os aspectos relevantes da discussão e um terceiro realizando a gravação da sessão em fita cassete.

A duração média das sessões foi de duas horas sendo realizada uma sessão com cada grupo de participantes.

Foram realizados os seguintes grupos focais:

Grupo 1: Pessoas da população geral – foi composto por sete pessoas (quatro mulheres e três homens) com média de 28 anos de idade (25 a 35 anos). Todos eram estudantes universitários, alunos de pós-graduação em Antropologia. Foram selecionados a partir de um convite aberto aos interessados em analisar o instrumento.

Grupo 2: Profissional da área de saúde – foi composto por sete pessoas (seis mulheres e um homem) com média de idade de 33 anos (25 a 47 anos). Foram selecionados de acordo com sua disponibilidade em participar no dia proposto. Participaram três enfermeiras, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e dois médicos residentes (psiquiatria e medicina interna). Esse grupo foi centrado na qualidade de vida dos pacientes por eles atendidos.

Grupo 3: Pacientes internados – neste grupo participaram sete pessoas (quatro mulheres e três homens). A média de idade foi de 62 anos (36 a 71 anos). Em relação ao diagnóstico, três eram pacientes deprimidos em remissão, um estava em investigação diagnóstica de dores abdominais, um tinha infecção respiratória com doença broncopulmonar obstrutiva crônica, um em investigação de uma doença hepática e o último com litíase renal. Foram selecionados a partir de sua disposição em participar a partir de um convite aberto.

Grupo 4: Pacientes ambulatoriais – foi composto por sete pessoas (quatro mulheres e três homens). Todos eram portadores de doenças crônicas como obesidade, dislipidemia, diabetes, gastrite, cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial alguns com comorbidade entre esses diferentes diagnósticos. Todos esses pacientes seguiam algum programa regular de cuidado de saúde com o serviço de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram selecionados através de um convite pela equipe responsável pelo atendimento, a partir da disponibilidade de vir ao hospital para a atividade do grupo focal.

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.

Os pacientes que estavam internados por mais de duas semanas encontraram alguma dificuldade em discriminar se as questões referiam-se a antes da hospitalização ou se deveriam responder baseados na qualidade de vida dentro do hospital.

O grupo focal com pessoas da comunidade considerou que existiam mais questões que avaliavam locomoção em detrimento de questões que avaliavam visão, linguagem e códigos sociais. Foi considerado pelo grupo que, na faceta suporte social, houve uma ênfase na possibilidade de receber e menos na capacidade de dar suporte social. Esse grupo, composto por estudantes de pós-graduação em Antropologia, identificou um referencial “individualista” para avaliação de qualidade de vida. Essa consideração não foi reforçada pelos pacientes e profissionais de saúde.

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 este processo, resultaram as facetas na seguinte relação como 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 e 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.

No momento da aplicação do questionário, devem ser tomadas todas as medidas para uma correta aplicação, sendo o indivíduo adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Deve ele também sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da execução. Uma vez que o paciente ou convidado concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento informado assinado pelas duas partes. Uma situação de privacidade deve ser buscada. O paciente não deve responder ao instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou companheiro de quarto. O instrumento deve ser respondido em somente um encontro e o preenchimento da folha de dados demográficos deve ser realizado pelo entrevistador. Deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre. O questionário a princípio é de autorresposta. O

entrevistador não deve influenciar o paciente na escolha da resposta. Não deve discutir as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida, o entrevistador deve apenas reler a questão de forma pausada para o paciente, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Insistir que é importante a interpretação do paciente da pergunta proposta. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante, falta de condição clínica...), o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo ser redobrados os esforços para evitar a influência sobre as respostas do indivíduo.

Caso o paciente por algum motivo não deseje responder a uma questão (por exemplo, não entender a questão após as medidas descritas em sete ou se opuser a marcar sua escolha), deve ser assinalado um código próprio (ex.: código 8). Esse código diferencia as questões a que eventualmente o paciente possa se ter esquecido de responder (código 9). Ao término do questionário, verificar se o paciente não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.

Os escores deverão ser pontuados utilizando 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 (WHOQOL GROUP, 1994).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a QVG dos médicos Ortopedistas do estado de Mato Grosso do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra através 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.

Avaliar a QV segundo os domínios do WHOQOL-100: aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade/crenças/religião.

Comparar os domínios de QV do WHOQOL-100 com as variáveis sociodemográficas.

4 METODOLOGIA

4.1 MÉTODO

A pesquisa em questão utilizou o método quantitativo-descritivo e de corte transversal, que objetivou avaliar a QVG dos médicos Ortopedistas do Estado de Mato Grosso do Sul.

4.2 PARTICIPANTES

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 um total de 117 médicos (N=117), sendo 4 mulheres e 113 homens, distribuídos na capital (74 ortopedistas) e no interior (43 ortopedistas), 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.

4.2.1 Critérios de inclusão

Ser médico Ortopedista (com título de especialista) e pertencer à SBOT, por meio da sucursal do Mato Grosso do Sul.

Aceitar participar da pesquisa.

4.2.2 Instrumentos de pesquisa

Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: o WHOQOL-100, já descrito neste texto, e o questionário sociodemográfico de autoria do pesquisador que busca 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 (APÊNDICE A).

4.3 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Estado do Mato Grosso do Sul situado na Região Centro-Oeste do Brasil, uma das 27 das unidades federativas, tem a cidade de Campo Grande como sua capital. Faz divisa com o Mato Grosso, seguindo os limites naturais da região, que é formada por diversos rios. Com superfície de 358.159 km², limita-se a oeste com a Bolívia e Paraguai, ao norte com o Mato Grosso, ao sul com o Paraguai e com o Paraná e a leste com São Paulo, Minas Gerais e Goiás. A população estimada (em 2007) é de 2.265.021 hab., com densidade demográfica de 6,42 hab./km², perfazendo uma média de 16.777 hab. assistidos por cada médico Ortopedista.

4.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

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. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado (BRASIL, 1996). No Anexo B deste trabalho, segue também a autorização da SBOT-MS, para a realização da pesquisa com seus integrantes.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, foi realizado, 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 final 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 final de dezembro de 2009, não ocorrendo, após esse prazo, nenhuma devolução.

Para manter-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 (APÊNDICE B); 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 preencheu sozinho, sem a presença do pesquisador; posteriormente à resposta, estas foram remetidas ou levadas em envelope, pessoalmente, à sede da SBOT-MS (quando remetidos, as custas 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 realizado levantamento, com tabulação dos resultados e análise destes. 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.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Responderam aos questionários sociodemográfico e WHOQOL-100, no prazo de setembro a dezembro de 2009, 29 ortopedistas do sexo masculino, na sua maioria 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 aferida 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%).

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 ($p<0,05$) será significativo.

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.

5.1 QUALIDADE DE VIDA GERAL DOS ORTOPEDISTAS

Para a análise QVG dos ortopedistas mensurada pelo instrumento WHOQOL-100 foi utilizado o ANOVA, cujos resultados estão apresentados abaixo. Interessante, como primeira discussão a ser feita na presente pesquisa, a observação do número de respostas dos médicos ortopedistas do Mato Grosso do Sul: para 117 convidados, 29 responderam e enviaram seu questionário como pretendido. O pesquisador encontrou uma resposta de 24,78% e, durante a fase de pesquisa bibliográfica, além da dificuldade em artigos, dissertações e teses com o uso do WHOQOL-100, inclusive no site oficial do Dr. Marcelo Pio Fleck (<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-publicacoes.html>), deparou-se também com escasso material cujo foco fossem médicos (das 21 citações, apenas 7 diziam respeito ao WHOQOL-100 e nenhum a médicos como objeto de estudo). Porém, em 2005, o Conselho Federal de Medicina fez um levantamento nacional da classe, alcançando, no Centro Oeste, apenas 15,8% de respostas entre a classe médica em geral, bem abaixo da resposta desta pesquisa.

Nesse mesmo levantamento de 2005, feito por Costa e Chacel (2005a, p. 80), os autores relatam: “[...] é ainda insignificante o contingente de profissionais que concluiu o mestrado e doutorado, bem abaixo da média nacional [...].” Segundo esse levantamento, a média nacional é de 14%, e no Centro Oeste não passa de 8,8%, porcentagem semelhante a levantamento informal dos titulados que fazem parte da SBOT, de 10 ortopedistas que possuem mestrado ou doutorado, em relação ao número total de ortopedistas de 117, perfazendo 8,54%.

TABELA 1 - Pontuação geral do WHOQOL-100 dos ortopedistas amostrados por dimensão

Domínio	Valores				
	n	média	dp	f	p
Físico	29	63,89	15,06		
Psicológico	29	71,59	14,23		
Nível de independência	29	80,41	13,98		
Relações sociais	29	72,07	14,44	3,69	0,003
Ambiente	29	65,77	13,92		
Espirituais	29	72,10	23,10		

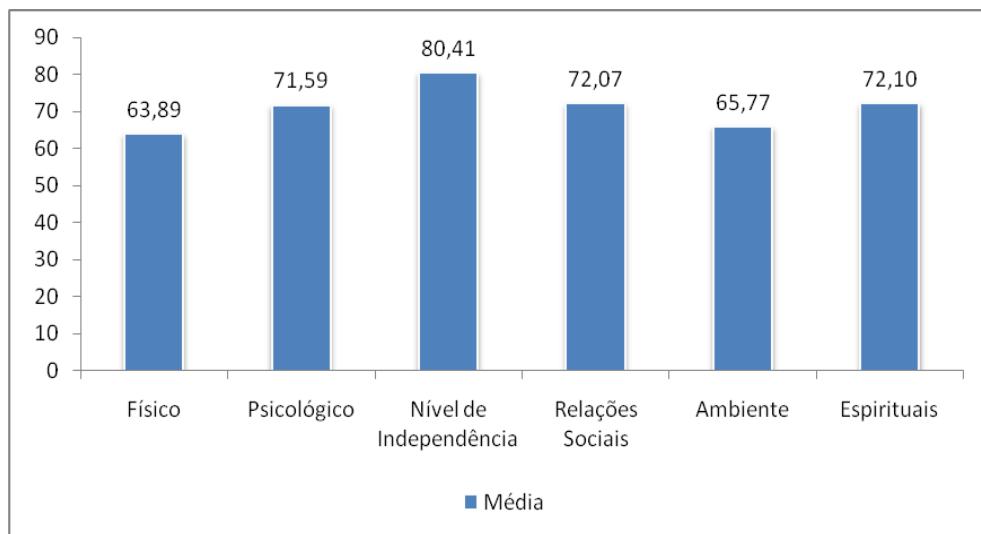


GRÁFICO 1 - Média geral do WHOQOL-100 dos ortopedistas amostrados por dimensão.

Constatou-se, neste estudo, que os ortopedistas possuem escores menores nas dimensões Físico (média=63,89) e Ambiente (média=65,77), e escore maiores na dimensão Nível de Independência (média=80,41) (TABELA 1, GRÁFICO 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.

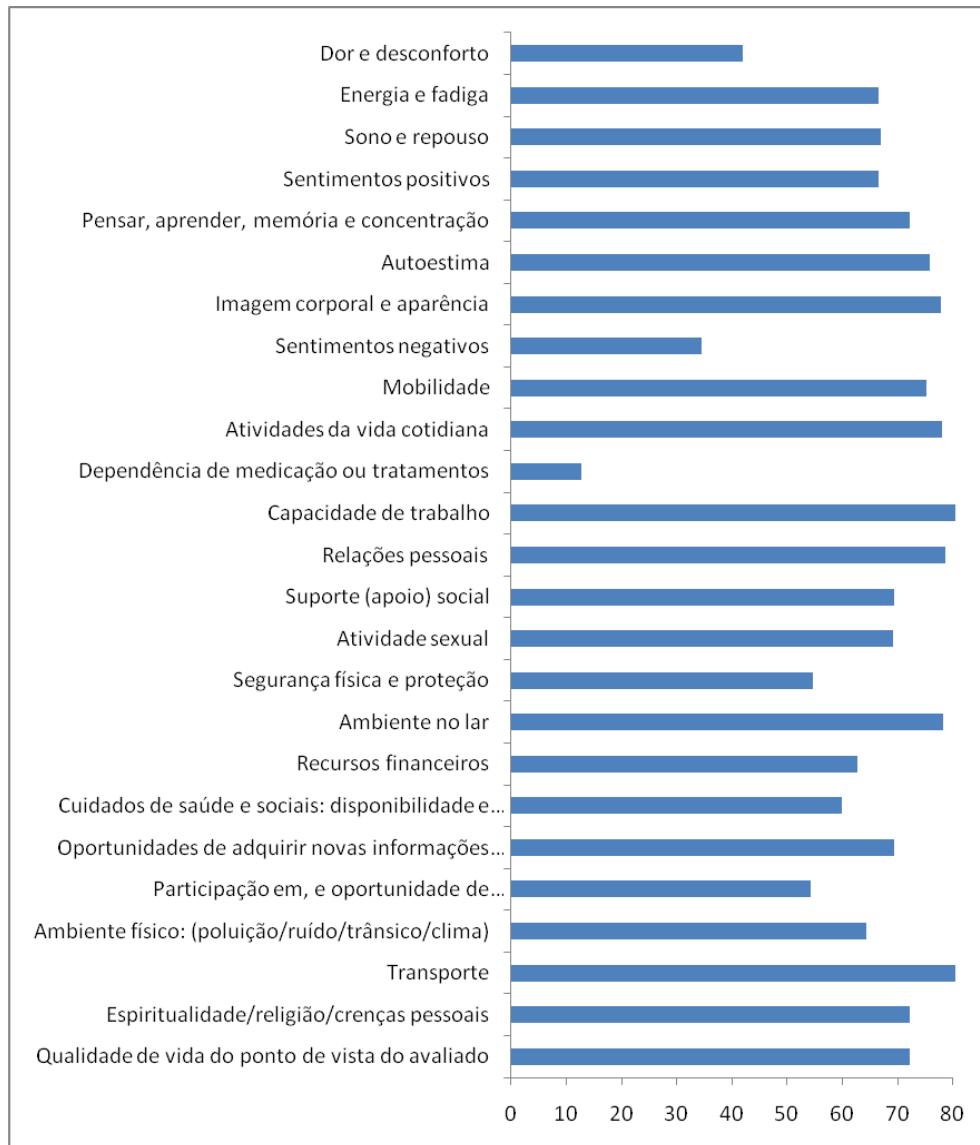


GRÁFICO 2 - Pontuação geral do WHOQOL-100 dos ortopedistas amostrados por facetas.

A dimensão Aspecto Físico foi a de menor valor encontrado, e, pela análise do Gráfico 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 anos) que não chega a influenciar em “energia” nem em “repouso”, apresentando os pesquisados boa capacidade e energia para o trabalho, dados semelhantes aos de Miranzi et al. (2010) em seus

estudos com médicos de Estratégia de Família. É importante destacar que existem estudos que indicam as alterações no sono e repouso como principais agentes da baixa QV (REIMER; FLEMONS, 2003; PAPP et al., 2004). Fogaça et al. (2009), em seu trabalho com médicos e enfermeiros de uma UTI NeoNatal, observa para os domínios físico e ambiente resultados bem piores 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). Ao contrário dos achados deste estudo, Bernardes (2008) verificou que o domínio físico apresentou maior escore entre agentes comunitários de saúde (73,8) em um município do oeste do Estado de São Paulo. Resultado semelhante ao de Bernardes (2008) foi encontrado por Vasconcellos e Costa-Val (2008), entre agentes comunitários de saúde no estado de Minas Gerais (82,8). Costa et al. (2008) e Lourenção (2009) também encontraram maior escore no domínio físico (71,32) entre psicólogos.

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 inclusive movimentos da classe contrários a essa prática crescente; a possibilidade ou falta dela em participar e ter acesso a recreação e lazer podem estar relacionados à fadiga após jornadas de trabalho extenuantes, às vezes não tão longas, mas com trabalho exigente (cirurgias, por exemplo). Esses dados também aparecem em Miranzi et al. (2010), mas por motivos diferentes, já que nesta, a insegurança advém da precariedade e quantidade de vínculos empregatícios, além do baixo salário percebido. Por outro lado, os ortopedistas possuem altos valores para oportunidade 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 (SCHWARTZMANN, 2007; SEIDL; ZANNON, 2004; SHEARER; TOEDT, 2001).

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 realizadas com o uso do questionário WHOQOL-100, mas

nenhum realizado com médicos ortopedistas que apresentavam na maioria das vezes, quando em comparação, valores mais altos que as demais profissões, apesar de todas as dificuldades em exercer a medicina nos dias de hoje.

Encontra-se, em Rosa e Pilatti (2007), um trabalho realizado 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. Os elevados escores dos ortopedistas na dimensão Nível de Independência se baseiam principalmente na alta capacidade de trabalho dos ortopedistas e na possibilidade de realizar suas tarefas cotidianas, já que essa mesma dimensão apresenta um paradoxal escore baixo no que diz respeito a necessidade ou dependência dos participantes em relação a remédios. Esta 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 (ALVES et al., 2005). 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 (SILVA; MENEZES, 2008).

Gameiro et al. (2008), utilizando o questionário WHOQOL-100, realizam estudo em que confronta um grupo de pacientes com sintomatologia depressiva a um grupo sem quaisquer alterações detectáveis, “grupo controle”. Quando comparados os escores obtidos por este grupo controle e os do grupo dos ortopedistas, observa-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.

Maier e Santos Júnior (2010) realizaram 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, aferindo escores muito abaixo em quase todos os domínios, e, mais uma vez, apenas o constructo Espiritualidade apresenta escores mais altos que os do grupo dos ortopedistas.

Equiparando a outro estudo, o de Lourenço (2009), 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.

Pode-se aqui ressaltar que o domínio Espiritual obteve um escore na “média” dos domínios do WHOQOL-100 para este grupo, não sendo nem menor, nem maior 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.) (MILNITSKY-SAPIRO, 2000). Esta 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 (ROBERTS et al., 2000 apud SÁ, 2005; TOWNSEND et al., 2002; CORUH et al., 2005). 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 de Roberts et al. (2000 apud SÁ, 2005, p. 6): “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 possui escores maiores que os encontrados em comparação direta a outras profissões.

5.1.1 Variáveis sociodemográficas

Para as análises das características sociodemográficas dos ortopedistas, foi utilizado o teste *t* de Student com 95% de confiabilidade.

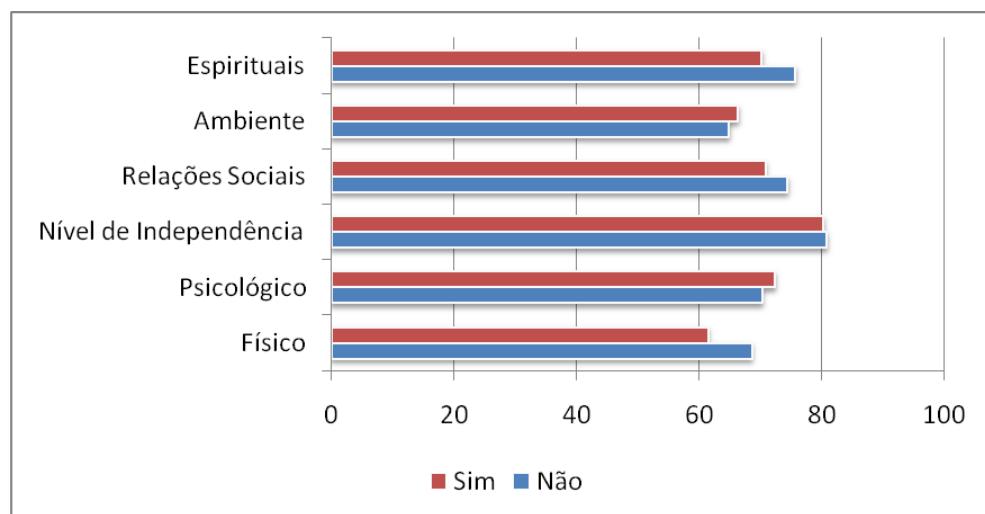
TABELA 2 - Características sociodemográficas dos ortopedistas

Variável	Valores	
	n	%
Subespecialização	Não	10 34,5
	Sim	19 65,5
Dias em que trabalha	Até 5 dias	13 46,4
	Mais 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

De acordo com a Tabela 2 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 aferida 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%).

TABELA 3 - Se o ortopedista possui ou não subespecialização em relação ao WHOQOL-100

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p
Físico	Não	10	68,54	15,04	1,48	0,234
	Sim	19	61,44	14,88		
Psicológico	Não	10	70,25	16,58	0,13	0,719
	Sim	19	72,30	13,27		
Nível de independência	Não	10	80,78	14,36	0,01	0,920
	Sim	18	80,21	14,18		
Relações sociais	Não	10	74,38	19,40	0,39	0,540
	Sim	18	70,80	11,28		
Ambiente	Não	10	64,80	18,58	0,07	0,789
	Sim	18	66,30	11,14		
Espirituais	Não	10	75,63	12,99	0,35	0,557
	Sim	18	70,14	27,33		

**GRÁFICO 3** - Se o ortopedista possui ou não subespecialização em relação ao WHOQOL-100.

O fato de o Ortopedista amostrado possuir 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, realizar subespecialização em joelho, mão coluna ou qualquer outra especialidade não fez diferença. Isso leva a crer que hipoteticamente, a demanda maior é por ortopedistas generalistas (TABELA 3, GRÁFICO 3), devendo este fato

se relacionar provavelmente ao baixo número de ortopedistas do Estado, e à alta demanda de serviços, principalmente de urgência e alta complexidade, que neste 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 possui ou não subespecialização, possibilitando que mesmo aquele que não a possua, venha a aferir ganhos proporcionais aos que possuem.

TABELA 4 - Dias da semana em que o ortopedista trabalha em relação ao WHOQOL-100

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p
Físico	Até 5 dias	13	62,50	15,61	0,17	0,687
	Mais que 5 dias	15	64,91	15,53		
Psicológico	Até 5 dias	13	72,79	16,19	0,12	0,729
	Mais que 5 dias	15	70,83	13,32		
Nível de independência	Até 5 dias	13	79,81	16,18	0,1	0,751
	Mais que 5 dias	14	81,59	12,52		
Relações sociais	Até 5 dias	13	71,74	13,89	0,01	0,921
	Mais que 5 dias	14	72,32	15,96		
Ambiente	Até 5 dias	13	65,59	14,29	0,01	0,925
	Mais que 5 dias	14	66,12	14,60		
Espirituais	Até 5 dias	13	75,00	24,87	0,24	0,629
	Mais que 5 dias	14	70,54	22,53		

Para as análises dos ortopedistas em relação à quantidade de dias da semana de trabalho, foram feitos dois grupos, quais sejam: até 5 dias por semana e mais que 5 dias por semana (TABELA 4). 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 este trabalho rende prazer e satisfação ao ortopedista, assim como assinalado por Schwartz e Bardi (2001) quando dizem

que 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. Esse resultado confirma pesquisas anteriores que demonstram profissionais da área de saúde possuir motivação influenciada pelos fatores: necessidade de contato com pacientes e interesse em ajudar o próximo (SOBRAL, 1977).

TABELA 5 - Principal local de trabalho do ortopedista em relação ao WHOQOL-100

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p
Físico	Consultório	13	65,87	12,72	0,16	0,695
	Hospital/ ambulatório	11	63,32	18,49		
Psicológico	Consultório	13	75,58	12,42	1,08	0,309
	Hospital/ambulatório	11	70,00	13,83		
Nível de independência	Consultório	13	84,98	9,58	3,98	0,059
	Hospital/ambulatório	10	74,38	15,82		
Relações sociais	Consultório	13	75,96	11,24	1,86	0,187
	Hospital/ambulatório	10	69,10	12,86		
Ambiente	Consultório	13	70,10	12,96	2,51	0,128
	Hospital/ambulatório	10	61,95	11,17		
Espirituais	Consultório	13	72,60	25,20	0,00	0,961
	Hospital/ambulatório	10	73,13	26,36		

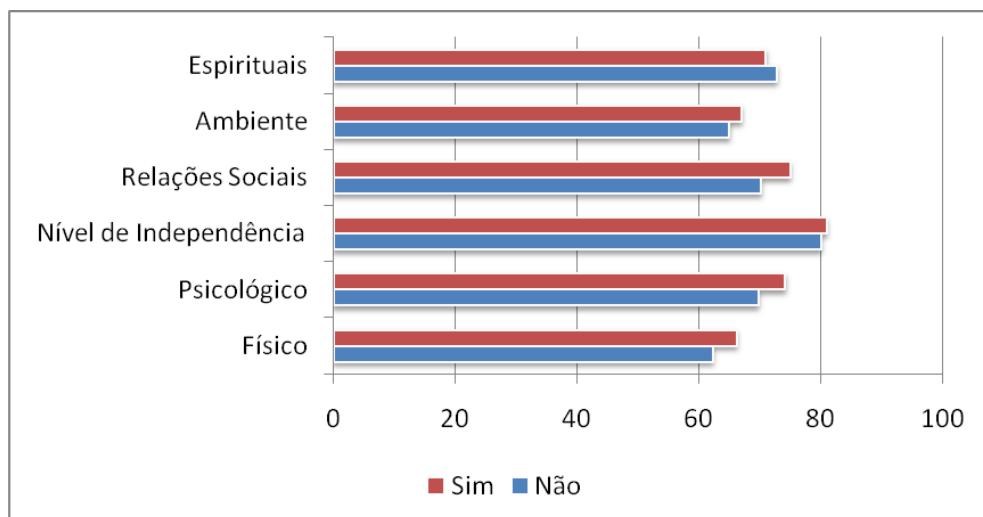
Quando analisado o principal local de trabalho do ortopedista em relação ao WHOQOL-100, nenhuma das dimensões obteve diferença significativa, mas cabe chamar a atenção para o valor encontrado no domínio Nível de Independência, em que se observa a tendência dos valores superiores em relação aos ortopedistas que trabalham em consultório a ter melhor QV (TABELA 5). Isso leva a se pensar que melhor mobilidade e possibilidade de “fazer seu horário” pode com isso permitir ter mais “liberdade” que aquele que trabalha em hospitais e ambulatórios públicos, sujeitos a horários mais rígidos e cobrança maiores. Semelhantes resultados foram obtidos por Carvalho (2009), em um levantamento com trabalhadores de um Hospital especializado em tratamento de Câncer. Outro fator importante a se lembrar quanto aos médicos ortopedistas que trabalham em hospitais em ritmo de

plantão, é o de que, no Brasil, os regimes de plantão médico são variados, mas o mais comum são os turnos de 24 horas semanais. Em muitos locais, eles começam a noite após um dia normal de trabalho, o que, muitas vezes, leva os médicos envolvidos em tal regime a permanecer trabalhando quase sem dormir por mais de 36 horas. Entretanto jornadas prolongadas com plantões noturnos mostram queda no desempenho dos médicos, com dificuldade para manter um desempenho ideal para as tarefas a serem realizadas, além de frequentes queixas de alterações de estados do humor com implicações significativas na vida profissional e pessoal. Estudos feitos com a população médica são pouco numerosos, porém os realizados com a população em geral têm trazido importantes conhecimentos para a compreensão do estado de saúde de indivíduos em situações de trabalho em regime de plantão (GASPAR; MORENO; MENNA-BARRETO, 1998).

Nelson (2004) relata que muitas vezes em busca do padrão de vida, o médico ortopedista abre mão da companhia de sua família, do lazer e de seus hobbies, realizando árduas jornadas de treinamento e trabalho. Neste contexto, sabemos também que o ambiente hospitalar, sitio de grande parte das jornadas de trabalho do ortopedista, gera estresse de várias naturezas e em vários níveis: o estresse do paciente e de seus familiares, o estresse dos profissionais de saúde envolvidos, o relativo à morte, a constatação de que nem sempre os pacientes fazem o que lhes é recomendado, colocando em risco ou anulando os mais delicados esforços, a sobrecarga ou trabalhos realizados em contextos que, muitas vezes, não permitem desfechos positivos, além de pressupor requisitos desagradáveis e dolorosos para os pacientes (CANDEIAS; ABUJAMRA; LIM, 1988).

TABELA 6 - Se o ortopedista possui outra renda além da medicina em relação ao WHOQOL-100

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p
Físico	Não	17	62,26	15,32	0,47	0,497
	Sim	12	66,21	15,03		
Psicológico	Não	17	69,78	13,57	0,66	0,424
	Sim	12	74,17	15,34		
Nível de independência	Não	17	80,06	11,62	0,03	0,870
	Sim	11	80,97	17,63		
Relações sociais	Não	17	70,18	14,45	0,74	0,398
	Sim	11	75,00	14,62		
Ambiente	Não	17	64,97	15,18	0,14	0,716
	Sim	11	66,99	12,32		
Espirituais	Não	17	72,79	22,85	0,04	0,847
	Sim	11	71,02	24,57		

**GRÁFICO 4** - Se o ortopedista possui outra renda além da medicina em relação ao WHOQOL-100.

Com relação a se o ortopedista possui outra renda além da medicina, também não houve diferença significativa em relação aos domínios do WHOQOL-100, ou seja, a qualidade de vida do ortopedista independe de outra renda além da medicina (TABELA 6, GRÁFICO 4). Nesse ponto, pode-se observar que os dados compactuam com a média nacional em que a maioria dos médicos vive exclusivamente de seus ganhos com medicina segundo levantamento do Conselho Federal de Medicina em que a maioria dos médicos vivem exclusivamente de seus ganhos com Medicina (COSTA; CHACEL, 2005b).

TABELA 7 - Percepção de sua carga de trabalho em relação aos outros ortopedistas: relação ao WHOQOL-100

Dimensão	Variável	Valores				
		n	média	dp	t	p
Físico	Menos/pouco	9	69,91	10,21	2,17	0,152
	Mais/muito	20	61,18	16,3		
Psicológico	Menos/pouco	9	75,69	13,74	1,09	0,307
	Mais/muito	20	69,75	14,4		
Nível de independência	Menos/pouco	9	82,29	10,22	0,23	0,634
	Mais/muito	19	79,52	15,62		
Relações sociais	Menos/pouco	9	72,15	14,82	0,00	0,986
	Mais/muito	19	72,04	14,67		
Ambiente	Menos/pouco	9	67,71	14,53	0,25	0,620
	Mais/muito	19	64,84	13,93		
Espirituais	Menos/pouco	9	71,53	29,99	0,01	0,930
	Mais/muito	19	72,37	20,02		

Com relação a se o ortopedista acredita trabalhar mais do que os demais ortopedistas, também não houve diferença significativa em relação aos domínios do WHOQOL-100, ou seja, a qualidade de vida do ortopedista independe da percepção que o ortopedista faz de trabalhar mais que seus pares, talvez porque, apesar de acreditar trabalhar mais, ele o faz com satisfação, apresentando altos índices de capacidade produtiva, motivado talvez pelo aumento da renda que normalmente se segue à maior carga de trabalho, mas também pelo resultado de seu trabalho que possibilita a reabilitação de pacientes submetidos a traumas importantes e/ou doenças crônicas. Sobral (2008, p. 63), em sua pesquisa com estudantes de Medicina, relatava “[...] Altruísmo e busca de desafio na escolha de medicina, predominantes na maioria dos alunos, mostraram efeitos positivos definidos [...]”, esses efeitos provavelmente se mantêm durante o exercício da profissão, trazendo para o profissional (altruísta) a sensação de que mesmo “trabalhando mais que os colegas”, obtém recompensa pessoal, muitas vezes não simplificada pelo ganho auferido (TABELA 7).

5.1.2 Variáveis contínuas

A seguir, apresentam-se as estatísticas descritivas dessas variáveis e, logo após, as análises de correlação das características em relação aos domínios do WHOQOL-100.

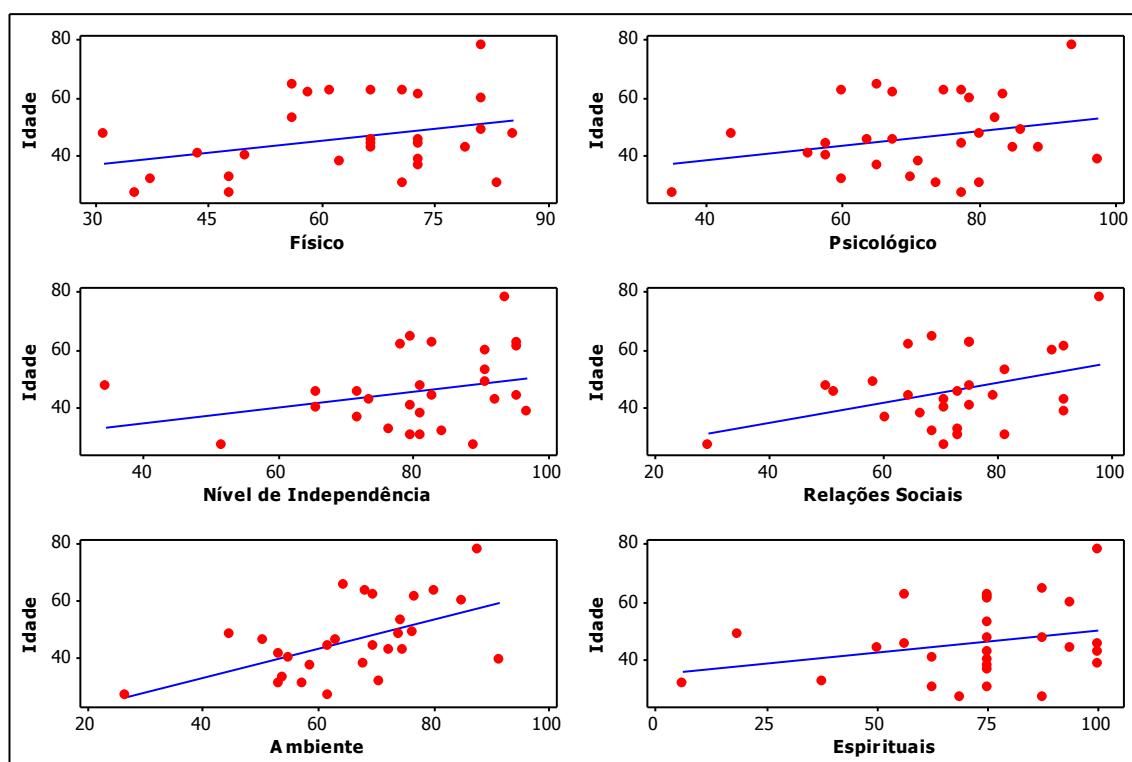
TABELA 8 - Características contínuas dos ortopedistas

Variável	Valores				
	n	média	dp	mínimo	máximo
Idade (anos)	29	46,70	13,1	27,0	78,0
Tempo de formado (anos)	29	22,60	12,44	4,00	56,00
Carga horária (h/dia)	28	12,73	3,66	7,00	22,00
Renda (R\$)	26	15.888	7.780	1.600	35.000

Observou-se, nas características contínuas dos ortopedistas, uma média de idade de 46,70 anos, e mesmo observando-se o tempo de formação em Medicina e posteriormente Medicina (cerca de 9 anos), esta pode ser considerada alta quando em comparação ao levantamento de Costa e Chacel (2005a), em que se observou 62% de médicos do Centro Oeste com média de idade abaixo de 45 anos, assim como Espuny e Martin (1998), que encontraram médias de idade para trabalhadores em Saúde sempre abaixo dos 45 anos. Carvalho (2009), em sua pesquisa com trabalhadores de um Hospital de tratamento de Câncer, observa média de 35 anos, sendo que Sánchez-González, Álvarez-Nido e Lorenzo-Borda (2003) encontram média de trabalhadores de saúde de 30 a 39 anos. Sendo que o Tempo de formação profissional é de 22,60 anos; uma carga horária acima dos padrões trabalhistas de 12 h/dia, perfazendo carga horária semanal acima das 60 horas, encontrada também em outras especialidades, como Oncologistas (média de 50 h/semana) (CARVALHO, 2009); e uma renda mensal média de R\$ 15.888,00 (TABELA 8), dados esses diferentes daqueles encontrados no levantamento do Conselho Federal de Medicina, em 2005 (MARQUES, 2005), e também por Nascimento Sobrinho et al. (2006) e por Cabana et al. (2007). Já Guarda (2009), em um estudo sobre o perfil sociodemográfico e motivação de médico, relata que cerca de 86% dos profissionais possuem cursos de pós-graduação, e 76% têm mais de 40 anos de idade, aproximando-se mais da idade média da pesquisa. A pesquisa mostrou também que 47% dos profissionais são mulheres e que a remuneração média é de 12 salários mínimos (TABELA 8).

TABELA 9 - Correlação entre a idade e os domínios do WHOQOL-100

Dimensão	Correlação	p
Físico	0,325	0,086
Psicológico	0,273	0,152
Nível de independência	0,291	0,132
Relações sociais	0,385	0,043
Ambiente	0,553	0,002
Espirituais	0,272	0,162

**GRÁFICO 5** - Correlação entre a idade do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100.

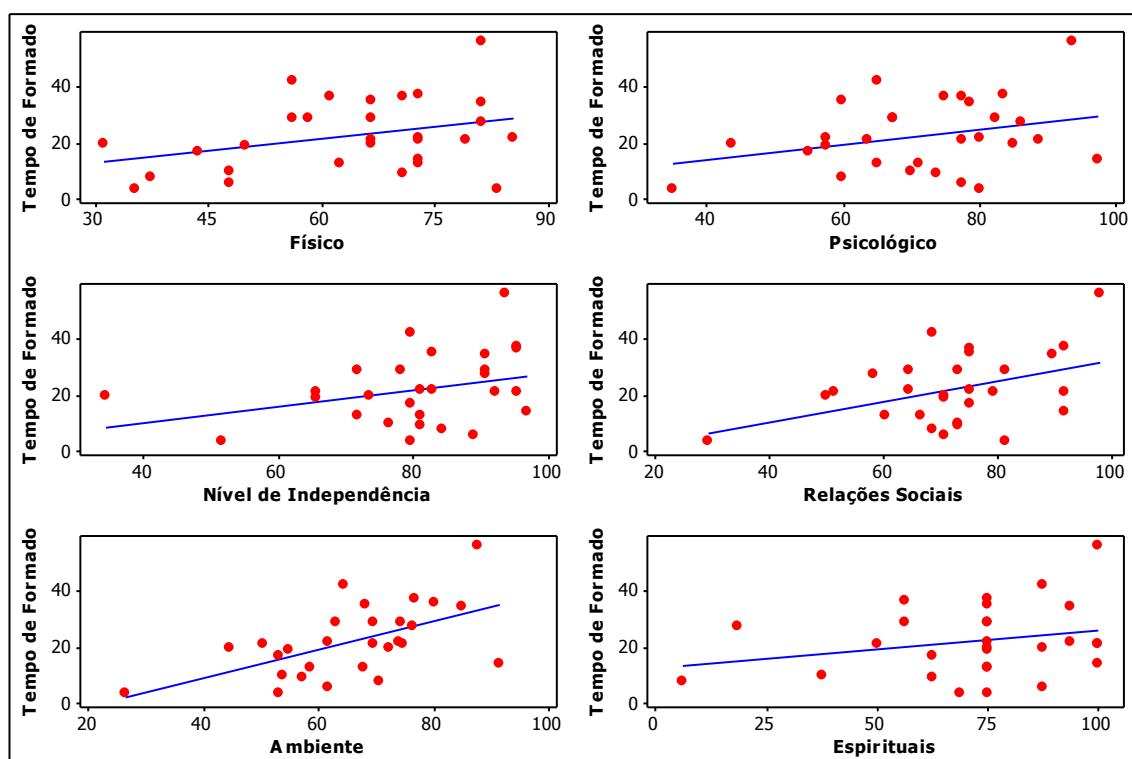
No caso da idade, duas dimensões do WHOQOL-100 foram estatisticamente significativas, a dimensão Relações Sociais ($p=0,043$) e Ambiente ($p=0,002$). Em ambos os casos, houve uma correlação linear positiva, o que indica que quanto maior a idade do ortopedista, melhor é a QV nas dimensões. As facetas que fazem parte desses domínios dizem respeito às relações sociais, o apoio social, em que se inclui a família e amigos, através de questionamentos como: “Em que medida você pode contar com seus amigos quando precisa deles?; ou: “Você consegue dos outros o apoio que precisa?”. Quanto ao Meio Ambiente, as

questões vão de “Você se preocupa com dinheiro?”; “Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?”; e “Quão satisfeito você está com sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?” (TABELA 9, GRÁFICO 5). Mato Grosso do Sul é um estado com uma população ainda pequena em relação à maioria dos estados circunvizinhos, com sua capital apresentando população inferior a um milhão de habitantes, o que talvez explique a crescente melhoria das relações sociais do ortopedista, sua inserção na sociedade, a percepção de sua importância no contexto do estado. Com a idade, vem a maturidade e o aumento do conhecimento, muitas vezes relacionado diretamente ao aumento dos ganhos do profissional.

Como já citado nesta dissertação, para Rezende (2001), é impossível o exercício da Medicina sem a consciência do bem e do mal, sem o desejo de servir, de ser útil ou sem o amor pelo ser humano. Os ortopedistas, como médicos especialistas, possuem uma formação intelectual e humanitária, o que muitas vezes o leva, assim como a médicos de outras especialidades e outras profissões liberais, a “fazer algo a mais” pela sociedade e por si mesmo, dando mais valor, com a maturidade, à realização de sonhos e aspirações, ou quando já realizados, a devolver à sociedade o reconhecimento prestado. Outro fator que se pode destacar é que o médico ortopedista em sua maioria, assim como em outras especialidades e profissões liberais, não tem tempo de serviço a cumprir, na maioria dos casos, não se aposentando por idade, e muitos ainda, nunca abandonando a profissão, sem o objetivo final tal como o de muitas profissões assalariadas em que a aposentadoria apresenta-se como um marco divisor na vida do indivíduo. Esse fator pode fazer com que, apesar da idade, do cansaço e diminuição do vigor físico, o ortopedista continue cônsul de sua importância, não deixando de estudar, trabalhar e dar valor ao que lhe é caro. Esta discussão também acontece na literatura mundial, sendo que para Ranawat, 2010, o médico ortopedista quando lhe for conveniente, assim como em outras profissões liberais, deve se preparar bem para a aposentadoria, discutindo com sua família, amigos e colegas de profissão o melhor momento e a melhor forma de deixar a profissão.

TABELA 10 - Correlação entre o tempo de formado do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100

Dimensão	Correlação	p
Físico	0,345	0,066
Psicológico	0,307	0,105
Nível de independência	0,326	0,090
Relações sociais	0,419	0,027
Ambiente	0,560	0,002
Espirituais	0,253	0,194

**GRÁFICO 6** - Correlação entre o tempo de formado do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100.

O tempo de formado do ortopedista é correlacionado significativamente com as dimensões Relações Sociais ($p=0,027$) e Ambiente ($p=0,002$). No caso das duas dimensões, a correlação foi positiva, indicando que quanto maior o tempo de formado, melhor os ortopedistas estão nessas dimensões. Resultados semelhantes à correlação positiva da variável idade, inclusive coincidindo os domínios afetados, já que, por analogia direta, quanto maior a idade, maior o tempo de formado e melhores as relações apresentadas, sobretudo porque, no caso do tempo de formado, além do profissional tornar-se mais maduro devido à idade,

acrescenta-se segurança e experiência no desenvolvimento de seu trabalho cotidiano. Outra tendência observada em Cabana et al. (2007), é a do fato de que conforme envelhece e ganha experiência, o médico procura pelo trabalho em enfermarias ou clínicas, deixando para os mais jovens as salas de emergência, apontadas como o setor com maior exposição ao sofrimento, evitado pelos médicos, sobretudo os mais antigos na instituição. Essa tese é corroborada por Barros et al. (2008), quando questionando sobre quanto tempo os médicos pesquisados pretendem trabalhar em unidade de terapia intensiva, 55,8% dos médicos intensivistas referiram que pretendem continuar trabalhando em unidade de terapia intensiva por até cinco anos, 35,0% de 5 a 10 anos e apenas 9,2% por mais de 10 anos (TABELA 10, GRÁFICO 6).

TABELA 11 - Correlação entre a carga horária de trabalho do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100

Dimensão	Correlação	p
Físico	- 0,314	0,104
Psicológico	- 0,410	0,030
Nível de independência	- 0,364	0,062
Relações sociais	- 0,179	0,372
Ambiente	- 0,363	0,063
Espirituais	0,007	0,974

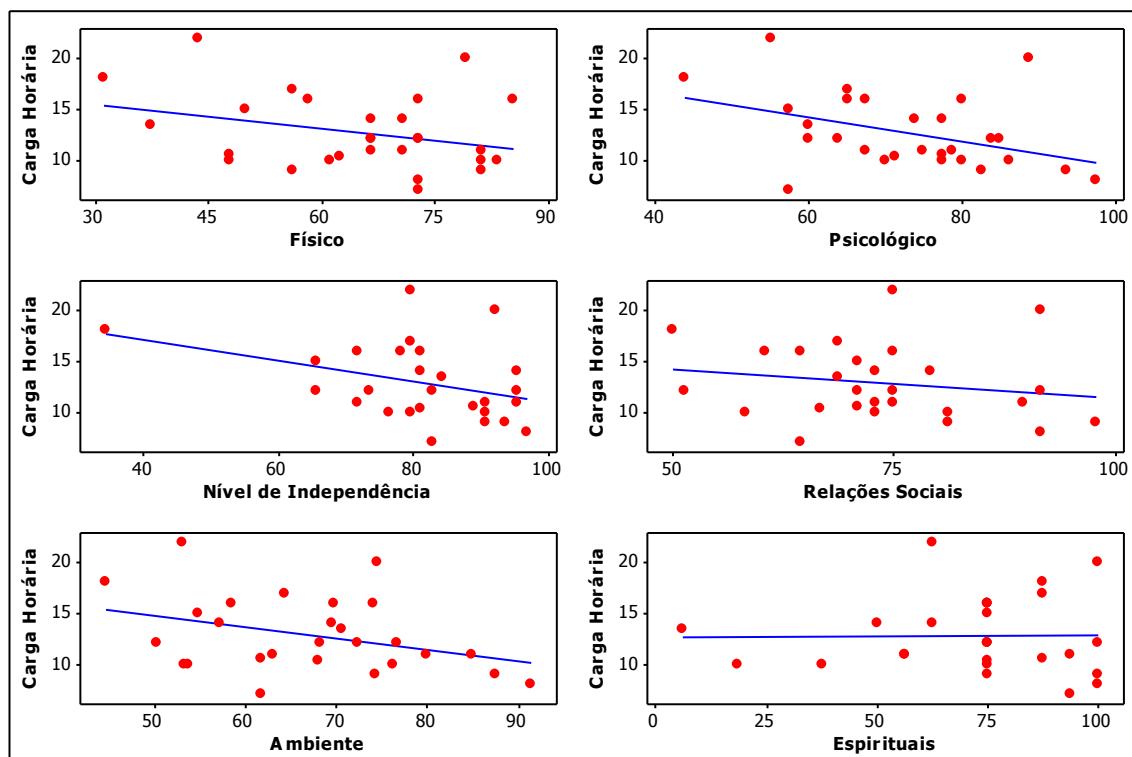


GRÁFICO 7 - Correlação entre a carga horária de trabalho do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100.

Quando correlacionada a carga horária com os domínios do WHOQOL-100, o domínio significativo foi Psicológico ($p=0,030$) com correlação negativa de $-0,410$ (relação inversa), o que significa que quanto menor a carga horária do ortopedista, melhor é a qualidade de vida no domínio Psicológico. Este domínio compreende as facetas relativas a sentimentos positivos, autoestima, imagem corporal e aparência, capacidade de pensar, aprender, memória e concentração, quesitos em que os ortopedistas tiveram altos escores,

além da relação com sentimentos negativos, em que os ortopedistas tiveram o escore mais baixo deste domínio, provavelmente relacionado aos ortopedistas que trabalham em regime de plantão, com altas cargas de trabalho, em jornadas longas, cirurgias de urgência e altos níveis de fadiga, queda no desempenho dos médicos, com dificuldade para manter um desempenho ideal para as tarefas a serem realizadas, além de frequentes queixas de alterações de estados do humor com implicações significativas na vida profissional e pessoal (GASPAR; MORENO; MENNA-BARRETO, 1998) (TABELA 11, GRÁFICO 7).

TABELA 12 - Correlação entre a renda do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100

Dimensão	Correlação	p
Físico	- 0,013	0,951
Psicológico	0,189	0,354
Nível de independência	0,426	0,034
Relações sociais	0,346	0,090
Ambiente	0,413	0,040
Espirituais	0,366	0,072

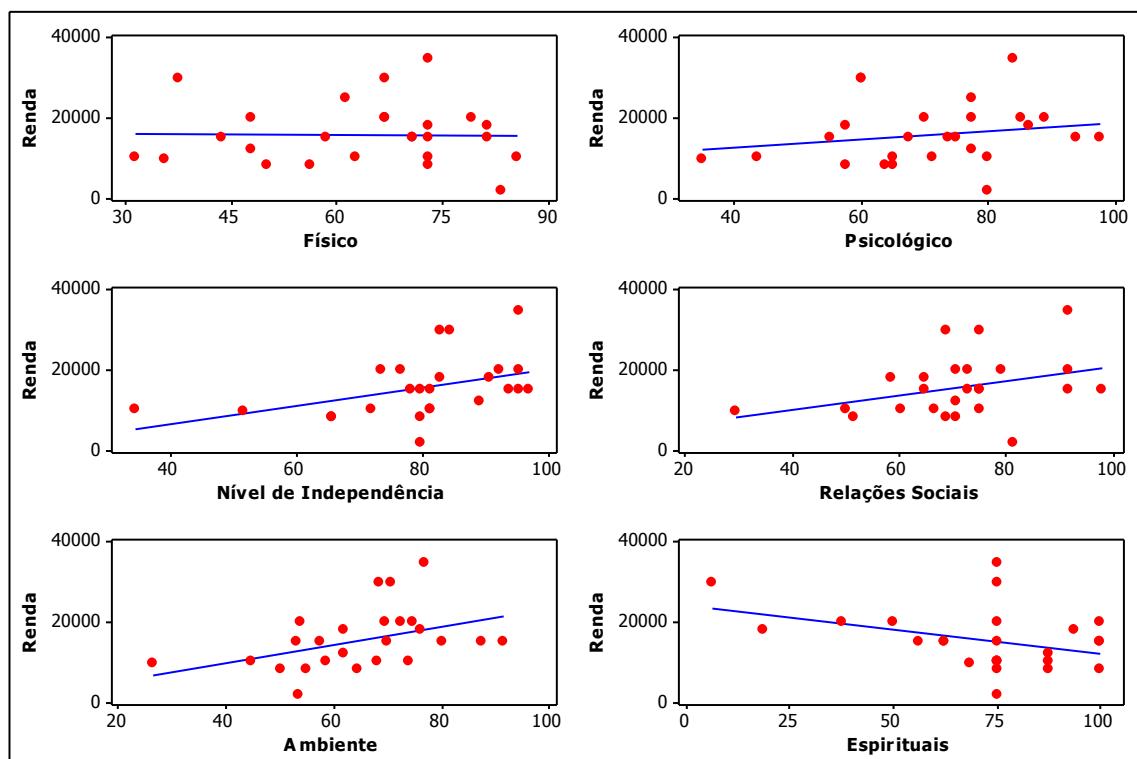


GRÁFICO 8 - Correlação entre a renda do ortopedista e os domínios do WHOQOL-100.

A renda dos ortopedistas foi correlacionada significativamente com os domínios Nível de Independência ($p=0,034$) e Meio Ambiente ($p=0,040$). Em ambos houve uma correlação positiva, indicando que quanto maior a renda do ortopedista, melhor é a qualidade de vida nesses dois domínios (TABELA 12, GRÁFICO 8). As facetas que compõem o domínio Nível de Independência podem ser exemplificadas com a pergunta: “Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?; ou: “Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida no dia-a-dia?”, sendo estas respostas dadas em termos de “nada até extremamente”. Observam-se altos escores para as perguntas relativas à capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia, e valor muito baixo (em relação às demais facetas) para a faceta dependência de medicações e/ou tratamentos. A necessidade de medicamentos no dia-a-dia não é exclusividade do ortopedista, sendo que em Alves et al. (2005), esta relação já é citada com suas consequências, como o absenteísmo, por exemplo, que na pesquisa desenvolvida com os ortopedistas, não chega a impactar no domínio Nível de Independência, já que as facetas Atividades da vida cotidiana; Capacidade para o trabalho e Mobilidade, eles obtiveram altos escores, balanceando de forma positiva o domínio. No caso do domínio Meio Ambiente, as facetas, Segurança física e proteção; Ambiente no lar; Recursos financeiros; Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; Participações em e oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e Transporte, representadas com perguntas como : “Quão satisfeito você está com sua situação financeira?”; ou: “Quão satisfeito você está com o clima do lugar em que você está?”, obtiveram altos escores, observando-se uma leve discrepância para menor escore na faceta Segurança física e participação e oportunidades de Lazer, sendo que no geral, o ortopedista apresenta altos escores para as facetas do domínio.

No levantamento do Conselho Federal de Medicina, de 2005, a média salarial dos médicos em geral ficava, em sua maioria, na faixa de 1.000 a 3.000 dólares, e a média aferida dos médicos ortopedistas neste estudo é de 8.000 dólares, substancialmente mais alta, explicando talvez algumas das facetas com alto escore, como transporte, ambiente no lar, oportunidades em adquirir novos conhecimentos e habilidade e, por que não, relações sociais (COSTA; CHACEL, 2005b). São escassos os trabalhos com escopo em médicos, mas em comparação com outras profissões, encontra-se em Costa (2010), um levantamento da QV de Farmacêuticos trabalhadores de Drogarias, que se submetiam a jornadas muitas vezes acima de 44 horas, com ganho médio de R\$ 1.974,00, em Fernandes, Cruz e Rezende (2005), em um

estudo análogo feito com Fisioterapeutas, encontrou-se renda mensal de R\$ 1.331,66 para profissionais eminentemente jovens (com média de 5 anos de formado). Nascimento Sobrinho et al. (2006), em seu trabalho sobre as condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, BA, 61,9% dos médicos apresentavam renda de até R\$ 5.000,00 e apenas 28,4% com renda de até R\$ 10.000,00. Cabana et al. (2007) relatam em seu estudo com médicos que trabalhavam em serviços de unidade de terapia intensiva e enfermarias clínicas de um hospital de Recife, PE, sobre transtornos mentais comuns, alertava que apesar das péssimas condições de trabalho, os médicos eram submetidos a baixos salários, levando-os muitas vezes, a múltiplos empregos, com jornada de trabalho extensa e cansativa; neste estudo, encontraram-se rendas mensais de até oito salários mínimos (pouco mais de R\$ 280,00) vigentes da época, (em comparação com a atualidade, o valor encontrado para os ortopedistas é em torno de 30 salários mínimos vigentes da época, R\$ 510,00).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca da construção do saber é uma constante na vida do ser humano, por meio de avanços tecnológicos, pesquisas, desenvolvimento das Artes, das Ciências, da circulação das informações. Para o desenvolvimento desta dissertação, o autor se apodera das oportunidades encontradas e, por meio de pesquisa na literatura encontrada e em pesquisa própria, constrói a fundamentação teórica, com base na Medicina e na QV, trazendo à luz, desde as origens da Ortopedia como especialidade, suas vantagens, seus avanços e também suas dificuldades, discutindo no contexto atual o posicionamento do médico ortopedista no Mato Grosso do Sul.

No contexto geral, os ortopedistas do Mato Grosso do Sul obtiveram bons escores para todos os domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-100, e algumas facetas obtiveram escores discrepantes das encontradas nos demais domínios, dentre as quais a alta dependência de medicamentos apresentada, que leva a acreditar que tal aconteça devido à alta média de idade dos participantes e ao nível de estresse a que os participantes se submetem diariamente, deixando-os suscetíveis a Hipertensão, Dislipidemias, problemas cardíacos e endocrinológicos.

Os escores relativos a sentimentos negativos e a dor e desconforto também se mostraram de forma negativa, indicando que a boa QV do ortopedista sul-mato-grossense é obtida com jornadas de trabalho extenuantes e cansativas, o que, de certa forma, impede ou pelo menos desmotiva a procura do participante por lazer e recreação. Por outro lado, os participantes apresentam muitas facetas com escores superiores a outros grupos de estudo, como por exemplo, as facetas: autoestima, imagem corporal e aparência, mobilidade, atividades da vida cotidiana, relações pessoais, ambiente no lar e, em especial, a capacidade de trabalho e transporte.

Observa-se claramente que o grupo possui escores positivos bem mais abundantes que os negativos, demonstrando ser um grupo que percebe ganhar muito bem em relação aos demais profissionais médicos ou não. Trata-se de um grupo que trabalha muito, tem uma boa percepção sobre si mesmo, necessitando talvez, de acordo com suas respostas, de um maior grau de autoconhecimento, com mais desprendimento para atividades de lazer, recreação e espiritualidade, já que, apesar de obter uma média boa na faceta espiritualidade, observa-se que, em relação a outros grupos, esta é a única faceta que apresenta escores mais baixos. Isso demonstra que, apesar da média de idade alta e da boa imagem pessoal, os participantes desta pesquisa não possuem boa relação com suas crenças pessoais, sendo esse ponto um bom aspecto a ser utilizado como sugestão, para ações da sociedade organizada da classe, a SBOT.

Com relação às variáveis estudadas que possuem relações estatística significativa com os domínios do WHOQOL-100, estas foram: Idade, tempo de formado, carga horária de trabalho e renda.

No caso da idade e tempo de trabalho, estas possuem uma relação positiva com os domínios Relações Sociais e Ambiente, ou seja, quanto maior a idade ou o tempo de formado do ortopedista, maior a QV nessas dimensões. Como já citado, com a idade e o tempo de trabalho, o ortopedista aumenta seus ganhos e melhora suas relações pessoais, inserindo-se na sociedade e melhorando sua autoimagem.

Já a carga horária de trabalho do ortopedista influencia negativamente na dimensão Psicológica, demonstrando que quanto maior a carga horária, menor será a QV na dimensão significativa, talvez relacionada à alta demanda de estresse das jornadas longas, sejam elas clínicas ou cirúrgicas, principalmente em ambientes hospitalares, sede de desequilíbrios físicos e emocionais.

Observou-se que quanto maior a renda do ortopedista, melhor a QV nesses domínios, relação essa devida à relação direta da capacidade de trabalho do grupo, e satisfação com sua rotina diária, pode-se inclusive acreditar que o alto nível de dependência de medicamentos não influí na rotina diária dos participantes e em sua capacidade de trabalho, provendo-os de bom ambiente familiar, com moradas em cidades de pequeno porte, já que mesmo os que moram na capital e nas maiores cidades do estado não enfrentam a maioria dos problemas apresentados nas grandes metrópoles, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e outras. O fato de serem as cidades de menor porte também lhes garante maior visibilidade como médicos especialistas, baixos índices de violência em relação aos grandes centros, assim como menor custo de vida, o que lhes possibilita bons meios de transporte e a procura de meios para adquirir mais conhecimentos e habilidades (congressos, jornadas, cursos, por exemplo).

Finalizando, a presente pesquisa não teve a pretensão de esgotar o assunto, muito pelo contrário, suscita novas dúvidas e hipóteses, ampliando o conhecimento sobre o constructo QV nesta população. Serviu-nos para observar que o grupo dos médicos ortopedistas do estado do Mato Grosso do Sul apresenta altos escores em praticamente todos os domínios do WHOQOL-100, com boa percepção de QV, predominância para o nível de independência e menores escores nos constructos físico e ambiente, sendo estes potencialmente possíveis de

melhora com ações de cunho pessoal e da sociedade organizada, para proporcionar mais opções de lazer e atividades relacionadas ao seu bem-estar pessoal, assim como praticar hobbies, no intuito de preservar-lhes o equilíbrio emocional principalmente após as longas jornadas de trabalho com ausência do lar. Uma sugestão a ser apreciada para o futuro é desenvolver uma pesquisa que contemple os cônjuges dos(as) médicos(as) convidados(as), já que a percepção deste profissional é, muitas vezes, de uma boa qualidade de vida, movido muitas vezes pela resignação treinada e assumida desde a escolha da profissão (“Medicina é Sacerdócio”), mas a família, se não for da área médica, pode não ter o mesmo entendimento ou preparo para a distância, para a ausência do profissional em sua casa.

REFERÊNCIAS

ALVES, H. N. P. et al. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. *Revista da Associação Médica Brasileira* (1992), São Paulo, v. 51, n. 3, p. 139-143, 2005.

ANDRADE, C. J. M. *Representações de saúde/doença e alternativas terapêuticas em bairros da periferia de Belo Horizonte* (1994-1996). 1996. 113 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária Preventiva) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.

AQUINO, E. M. L. *Gênero, trabalho e hipertensão arterial*: um estudo de trabalhadoras em enfermagem em Salvador/BA. 1996. 159 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; Salvador, 1996.

AQUINO, E. M. L. et al. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 46, n. 3-4, p. 245-257, 1993.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. *2.010 – Dados estatísticos sobre as Escolas Médicas do Brasil*. Disponível em:

<http://www.escolasmedicas.com.br/news_det.php?cod=1258>. Acesso em: 2 jan. 2011.

BARON, R. A. *Behavior in organizations*: Understanding and managing the human side of work. 2nd ed. Boston: Allyn & Bacon, 1986.

BARROS, D. S. et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 235-240, 2008.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. 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. cap. 4, p. 105-132.

BERGER, P. L. *A revolução capitalista*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1992.

BERNARDES, K. A. G. *Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do Estado de São Paulo*. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

BITTENCOURT, M. G. S. Q. *Qualidade de vida do professor do ensino fundamental da rede pública municipal de Palotina-PR*. 2005. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. 'Quality of life' in social science and medicine: Introduction. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1.337-1.338, 1995.

BRAKOULIAS, V. *História da ortopedia*. Curitiba, Disponível em: <<http://www.dpoltada.com.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 08 set. 2006.

CABANA, M. C. F. L. et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CANDEIAS, N. M. F.; ABUJAMRA, A. M. D.; LIM, T. Á. Stress em um instituto de cardiologia da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 16, n. 64, p. 33-40, 1988.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Org.). *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, p. 75-95.

CARVALHO, A. B. *Qualidade de Vida dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande-MS*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BONATO, R. B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde, saúde movimento*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 72-90.

CAVASSANI, A. P.; CAVASSANI, E. B.; BIAZIN, C. C. Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as organizações. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 13., 2006, Bauru. *Anais...* São Paulo: Unesp, 2006. p. 1-8. Disponível em: <http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/784.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2011.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1993.

CORADI, C. D. *O comportamento humano em administração de empresas*. São Paulo: Pioneira, 1985.

CORUH, B. et al. Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. *Explore the Journal of Science and Healing*, New York, v. 1, n. 3, p. 186-191, 2005.

COSTA, C. C. et al. Qualidade de vida e bem estar espiritual em universitários de psicologia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 249-255, 2008.

COSTA, C. F. *Qualidade de vida dos farmacêuticos de drogarias de Campo Grande, MS*. 94 f. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2010.

COSTA, F. R.; CHACEL, P. P. M. Formação profissional. In: CARNEIRO, M. B. et al. (Coords). *O médico e seu trabalho: resultados da região Centro-Oeste e seus estados*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2005a. p. 51-80. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/regiao_centro_oeste/CENTRO_OESTE.PDF>. Acesso em: 12 jan. 2010.

_____. Mercado de trabalho. In: CARNEIRO, M. B. et al. (Coords). *O médico e seu trabalho: resultados da região Centro-Oeste e seus estados*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2005b. p. 97-153. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/regiao_centro_oeste/CENTRO_OESTE.PDF>. Acesso em: 12 jan. 2010.

CUNHA, M. et al. *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 3. ed. Lisboa: Ed. RH, 2004.

DAVIS, K.; NEWSTROM, J. W. *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica*. São Paulo: Pioneira, 1992.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 3. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1998.

ESPUNY, J. L. C.; MARTIN, C. A. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la Sanidad Pública: resultados de uma encuesta. *Atencion Primaria*, Barcelona, v. 22, n. 5, p. 308-313, 1998.

FERNANDES, B. M.; CRUZ, F. T.; REZENDE, S. Aspectos motivacionais de profissionais e estudantes de fisioterapia. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 129-140, 2005.

FERNANDES, E. *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERRARI, A. T. *Fundamentos de sociologia*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, M. P. A. *Versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL)*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

FOGAÇA, M. C. et al. Estresse ocupacional e suas repercuções na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 299-305, 2009.

FRASQUILHO, M. A. Medicina, médicos e pessoas: compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 18, p. 433-444, 2005.

GAMEIRO, S. et al. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 103-112, 2008.

GASPAR, S.; MORENO, C.; MENNA-BARRETO, L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 239-245, 1998.

GOUVEIA, C.; BAPTISTA, M. *Teorias sobre a motivação, teorias de conteúdo*. Coimbra: Instituto Politécnico de Coimbra, 2007. Disponível em: <http://prof.santana-e-silva.pt/gestao_de_empresas/trabalhos_06_07/word/Motiva%C3%A7%C3%A3o-Teorias%20de%20conte%C3%BAdo.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2010.

GUARDA, F. R. B. *Perfil sócio-demográfico e motivação dos médicos que compõem equipes de saúde da família na região metropolitana do Recife*. 2009. 176 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

HAAS, L. F. Wilhelm Conrad von Röntgen (1845-1923). *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, London, v. 70, n. 1, p. 126, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763480/pdf/v070p00126.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2010.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the job diagnostics survey. *Journal of Applied Psychology*, Washington, DC, v. 60, n. 2, p. 159-170, 1975.

HUSE, E. F.; CUMMINGS, T. G. *Organization development & change*. 3rd ed. St. Paul: West Publishing, 1985.

JAROS, J. A. The concept of pain. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, v. 3, n. 1, p. 1-10, 1991.

KAHN, R. L. Productive behavior through the life course: An essay on the quality of life. *Human Resource Management*, Nova Jersey, v. 23, n. 1, p. 5-22, 1984.

KARAM, F. C.; LOPES, M. H. I. Ortopedia: origem histórica, o ensino no Brasil e estudos metodológicos pelo mundo. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 172-178, 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1564/1167>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

KIRKUP, J. Foundation lecture: Fracture care of friend and foe during World War I. *ANZ Journal of Surgery*, Carlton, v. 73, n. 6, p. 453-459, 2003.

KUZ, J. E. The ABJS presidential lecture, June 2004: Our orthopaedic heritage: The American Civil War. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Philadelphia, v. 429, p. 306-315, 2004.

LIMA, M. E. A. *O significado do trabalho humano*: mito e ilusões do homem moderno. 1986. 346 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1986.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho: uma proposta de conceitos, critérios e funções para ações e programas empresariais. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social*: estudos contemporâneos II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 79-97.

LOURENÇÂO, L. G. *Qualidade de vida de médicos residentes, aprimorando e aperfeiçoando da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP*. 2009. 138 f. Tese (Doutorado em Ciência da Saúde) – Faculdade de Medicina, São José do Rio Preto 2009. Disponível em: <http://bdtd.famerp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=250>. Acesso em: 12 jan. 2010.

MACIEL, E. S. *Qualidade de vida: uma análise da influencia do consumo de alimentos e estilo de vida.* 2006. 188 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Piracicaba, 2006.

MACIEL, S. E. V.; SÁ, M. A. D. Motivação no trabalho: uma aplicação do modelo dos Dois Fatores de Herzberg. *Studia Diversa*, Rio Tinto, v. 1, v. 1, p. 62-86, 2007.

MAIA, A. B. S. *História da ortopedia brasileira.* Belo Horizonte: Santa Edwiges, 1986.

MAIER, R. C.; SANTOS JÚNIOR, G. Análise da qualidade de vida: um estudo com colaboradores bancários da cidade de Ponta Grossa – PR. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO, 7., 2010, Ponta Grossa. *Anais...* Ponta Grossa, 2010. Disponível em: <www.admpg.com.br/2010/down.php?id=1251&q=1>. Acesso em: 12 set. 2010.

MARQUES, R. Características demográficas dos médicos. In: CARNEIRO, M. B. et al. (Coords). *O médico e seu trabalho: resultados da região Centro-Oeste e seus estados.* Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2005. p. 39-51. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/regiao_centro_oeste/CENTRO_OESTE.PDF>. Acesso em: 12 jan. 2010.

MARTINS, J. J. et al. Políticas publicas de atenção ao idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2010.

MASLOW, A. H. Uma teoria da motivação humana. In: BALCÃO, T.; CORDEIRO, L. L. (Orgs.). *O comportamento humano na empresa.* Rio de Janeiro: FGV, 1975. p. 337-366.

MATOS, F. G. *Empresa feliz.* 3. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

McCLELLAND, D.; BURNHAM, D. H. *Power is the great motivator.* Havard: Harvard Business School Press, 1995.

MILLAN, L. R. O curso médico no Brasil. In: MILLAN, L. R. et al. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 31-42.

MILNITSKY-SAPIRO, C. Teorias em desenvolvimento sócio moral: Piaget, Kohlberg e Turiel – possíveis implicações para a educação moral na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 7-15, 2000.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 189-197, 2010.

MORETTI, S. Qualidade de vida no trabalho x auto realização humana. *Revista do Instituto Catarinense de Pós Graduação*, Blumenau, v. 3, p. 1-14, 2008. Disponível em: <<http://www.icpg.com.br/artigos/rev03-12.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

NADLER, D. A.; HACKMAN, J. R.; LAWLER III, E. E. *Comportamento organizacional*. Rio de Janeiro: Campus, 1983.

NADLER, D. A.; LAWLER, E. E. Quality of working life: perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, New York, v. 11, n. 3, p. 20-30, 1983.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Midiograf, 2001.

NAPOLI, M.; BLANC, C. *Ortopedia brasileira: momentos, crônicas e fatos*. São Paulo, 2000.

NASCIMENTO SOBRINHO C. L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

NELSON, F.R.T. *The Orthopaedic Surgeons Standard of Living versus Quality of Life*. The Journal of Bones and Joints Surgery Am. 86:182-183 (2004)

PAPP, K. K. et al. The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, Philadelphia, v. 79, n. 5, p. 394-406, 2004.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. 2000. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2000.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1991.

QUIRINO, T. R.; XAVIER, O. S. Qualidade de vida no trabalho de organização de pesquisa. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-82, 1987.

RAMOS, W. M. *A qualidade de vida no trabalho de médicos e enfermeiros: um estudo de casos em hospital público de Belo Horizonte*. 1995. 185 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.

RANAWAT, C.S.; ROTHMAN, R.H. *A surgeon's transition: when to retire from surgical practice*. The Journal of Bone and Joint Surgery Am. 2010 Jul 21;92(8):e7.

REIMER, M. A.; FLEMONS, W. W. Quality of life in sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, London, v. 7, n. 4, p. 335-349, 2003.

REY, R. *History of pain*. Paris: Éditions La Découverte, 1993.

REZENDE, J. M. *Vertentes da medicina*. São Paulo: Giordano, 2001.

RODRIGUES, M. V. C. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

ROGERSON, R. J. Environmental and health-related quality of life: Conceptual and methodological similarities. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1.373-1.382, 1995.

ROSA, M. A. S.; PILATTI, L. A. Qualidade de vida no trabalho: análise do caso de colaboradores de uma empresa do ramo de metalurgia de Ponta Grossa-PR. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 12, n. 108, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd108/qualidade-de-vida-no-trabalho.htm>>. Acesso em: 12 out. 2010.

SÁ, F. C. O ensino de bioética e ética médica na FCM. *Boletim da FCM*, Campinas, v. 1, n. 6, p. 6, 2005.

SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, R.; ÁLVAREZ-NIDO, R.; LORENZO-BORDA, S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del área 10 Madrid. *Medfam*, Madrid, v. 13, n. 4, p. 291-296, 2003.

SATO, L. *Qualidade de vida*. São Paulo, 1999. (mimeo).

SCHEIN, E. H. *Psicología organizacional*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1982.

SCHIPPER, H.; CLINCH, J. J.; OLWENY, L. M. Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. In: SPILKER, B. (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1996. p. 11-23.

SCHUTTINGA, J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. (Eds.). *Quality of life in behavioral medicine research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 31-42.

SCHWARTZMANN, L. Health related quality of life in medical doctors: Study of a sample of Uruguayan professionals. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatriá*, Buenos Aires, v. 18, n. 72, p. 103-110, 2007.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SHEARER, S.; TOEDT, M. Family physicians' observations of their practice, well being, and health care in the United States. *The Journal of Family Practice*, New York, v. 50, n. 9, p. 751-756, 2001.

SHIGUEMOTO, G. E. Avaliação do idoso: anamnese e exame da performance física. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. (Orgs.). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Barueri: Manole, 2004. p. 85-122.

SILVA, N. A. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SOBRAL, D. T. Autodeterminação da motivação em alunos de Medicina: relações com motivos de escolha da opção e intenção de adesão ao curso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 56-65, 2008.

_____. Motivação do aprendiz de medicina: uso da escala de motivação acadêmica. *Psicología: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 325-31, 2003.

SOBRAL, D. T. Alvos de carreira de alunos de medicina em Brasília. *Revista Brasileira de Pesquisas Médicas e Biológicas*, Ribeirão Preto, v. 10, p. 265-270, 1977.

SCHWATZ, S. H.; BARDI, A. Value hierarchies across cultures: Taking a similarities perspective. *Journal of Cross-cultural Psychology*, v. 32, n. 3, p. 268-290, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. *Exame de especialista*. São Paulo, 2010a. Disponível em: <<http://www.sbot.org.br/portal//CET/ExameEspecialista.asp>>. Acesso em: 12 out. 2010.

_____. *História da SBOT*. São Paulo, 2010b. Disponível em: <<http://www.sbot.org.br/?acao=institucional/historia>>. Acesso em: 12 set. 2010.

_____. *Programa de ensino e treinamento em ortopedia e traumatologia*. São Paulo, 2010c. Disponível em: <http://www.portalsbot.org.br/public/ensino_treinamento_programas.php?tab=8&mn=5>. Acesso em: 12 out. 2010.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande, MS: Ed. UCDB, 1999.

SPINK, M. J. *Psicologia social e saúde*: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

TEIXEIRA, M. J. et al. Avaliação da dor: fundamentos teóricos e análise crítica. *Revista de Medicina (São Paulo)*, São Paulo, v. 78, n. 2, p. 85-144, 1999.

TEIXEIRA, S. *Gestão das organizações*. São Paulo: McGrawHill, 2005.

TOWNSEND, M. et al. Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. *Southern Medical Journal*, Birmingham, v. 95, n. 12, p. 1.429-1.434, 2002.

VASCONCELLOS, N. P. C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de Lagoa Santa-MG. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 17-28, 2008.

VELARDE-JURADO, E.; AVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, México, v. 44, n. 4, p. 349-361, 2002.

VIEIRA, A. *A qualidade de vida no trabalho e o controle da qualidade total*. Florianópolis: Insular, 1996.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida: identidade e indicadores. In: VILARTA, R.; GONÇALVES, A. (Orgs.). *Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática*. Barueri: Manole, 2004. v. 1, p. 3-25.

WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde*: as relações entre o eu, o outro e os cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALTON, R. E. Quality of working life: What is it? *Sloan Management Review*, Cambridge, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

WARE JR., J. E. SF-36 health survey update. *Spine*, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3.130-3.139, 2000.

WEBER, A. L. History of head and neck radiology: Past, present, and future. *Radiology*, Oak Brook, v. 218, n. 1, p. 15-24, 2001.

WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994.

WILHEIM, J.; DEÁK, K. *Maximização da qualidade de vida em conjuntos habitacionais*. São Paulo: Cohab, 1970.

WOLFOVITCH, M.; SCHIPER, L.; WOLFOVITCH, L. A história da ortopedia no estado da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 229-233, 2007. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/105/98>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come, and where are we going?. *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 52, n. 4, p. 355-363, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Caro(a) Colega(a),

Solicitamos um pouco do seu precioso tempo para responder as questões que segue.

Informamos que os dados coletados serão confidenciais e serão usados única e exclusivamente para a dissertação de mestrado.

- 1) Sexo: masculino feminino.
- 2) Idade em anos:
- 3) Ano de formatura:
- 4) Estado civil: solteiro casado/união estável
 separado/divorciado viúvo
- 5) Possui subespecialização? sim não
- 6) Carga horária diária em:
Consultório: horas
Hospital: horas
Ambulatório público: horas
Outros: : horas
- 7) Dias trabalhados por semana: dias
- 8) Renda mensal familiar em R\$:
- 9) Possui outras fontes de renda que não a Medicina? sim não
- 10) Reside: no interior na capital
- 11) Na sua percepção, quanto você trabalha em relação aos demais colegas?
 menos do que a média dos colegas
 pouco
 muito
 mais do que a média dos colegas

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Projeto: **QUALIDADE DE VIDA DOS MÉDICOS ORTOPEDISTAS DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

Nome do pesquisador responsável: **MARCELO HENRIQUE DE MELLO**

Orientador: Prof. PhD. José Carlos Rosa Pires de Souza

Essa pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos Ortopedistas do Estado do Mato Grosso do Sul.

Declaro consentir em participar, como voluntário (a), sem nenhum gasto, da pesquisa científica citada acima. Esta pesquisa faz parte da dissertação para fins de obtenção do título de **MESTRE EM PSICOLOGIA** pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob orientação do Prof. PhD. José Carlos Rosa Pires de Souza.

Ao participar deste estudo fui esclarecido e estou ciente de que:

- a) a caso não me sinta à vontade com alguma questão, posso deixar de responder a ela, sem que isso implique algum prejuízo;
- b) as informações que fornecerei poderão mais tarde, ser utilizadas para trabalhos científicos e que minha identificação será mantida sob sigilo, isto é, não haverá chance de meu nome ser identificado, assegurando-se completo anonimato;
- c) minha participação é inteiramente voluntária e depende exclusivamente da minha vontade em colaborar com a pesquisa;
- d) estou livre para desistir de participar em qualquer momento da pesquisa;
- e) aceito participar voluntariamente desta atividade, sem ter sofrido nenhuma forma de pressão para tanto;
- f) caso necessite entrar em contato com o pesquisador, posso encontrá-lo no telefone ou e-mail abaixo descritos.

Campo Grande, / /

.....
Nome do participante da pesquisa Assinatura
Documento de identidade: SSP/.....

.....
Pesquisador
Med. Marcelo Henrique de Mello
e-mail: marcelomello123@hotmail.com
(67) 9281-5955 / 3251-4601

.....
Orientador
Prof. PhD. José Carlos Rosa Pires de Souza
e-mail: josecarlossouza@uol.com.br

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de coleta de dados

WHOQOL-100 – Versão em português

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
 Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil
 Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
 Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
 Universidade Federal do Rio Grande do Sul
 Porto Alegre, RS, Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha, entre as alternativas, a que lhe pareça NÃO É CORRETO? mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

O quanto você se preocupa com sua saúde?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você "nada" se preocupou com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

Muito obrigado por sua ajuda.

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

Por exemplo, sentimentos positivos tais como felicidade ou satisfação. Se você sentiu estas "extremamente", coloque um círculo no número abaixo de "extremamente". Se você não sentiu nenhuma delas, coloque um círculo no número abaixo de "nada". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "nada" e "extremamente", você deve colocar um círculo em um dos números entre esses dois extremos. As questões se referem às duas últimas semanas.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) o impede de fazer o que você precisa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que o faça não se sentir bem?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 O quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F15.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F18.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F19.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F20.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades completamente, coloque um círculo no número abaixo de “completamente”. Se você não foi capaz de fazer nenhuma delas, coloque um círculo no número abaixo de “nada”. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre “nada” e “completamente”, você deve colocar um círculo em um dos números entre esses dois extremos. As questões se referem às **duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações de que precisa no seu dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quão satisfeito (a), feliz ou bem você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às duas últimas semanas.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a “com que frequência” você sentiu ou experimentou certas coisas.

Por exemplo, o apoio de sua família ou amigos, ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta “nunca”. Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você as experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de “sempre”. As questões referem-se às duas últimas semanas.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer “trabalho” que você faça. Trabalho aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, trabalho, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia.

As questões referem-se às últimas duas semanas.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre “quão bem você é capaz de se locomover” referindo-se às duas últimas semanas. Isso em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas crenças pessoais, e ao quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e a outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se às duas últimas semanas.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Muito obrigado por sua ajuda !

ANEXO B – Autorizações para realização da pesquisa

Ao colega Dr. Marcelo Henrique de Mello

Campo Grande, abril de 2009,

Em resposta ao seu ofício de março de 2009, a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia-sucursal Mato Grosso do Sul (SBOT/MS), após deliberação da Diretoria e do Comitê de Ética, não observando nenhum ônus para a instituição ou qualquer demérito na questão, e vislumbrando a relevância para a sociedade e para cada médico Ortopedista, aprova seu pedido de pesquisa com seus integrantes, podendo desta forma, o pesquisador se dirigir a todos os nossos associados com a devida aceitação desta instituição, ressalvado que esta aprovação não se traduz na certeza de participação de cada membro, ficando a cargo de cada um, a decisão de participar ou não da pesquisa.

Campo Grande , 09 de abril de 2009



Dr.Claudio Marcos Mancini Junior

Presidente da SBOT-MS

CRM-MS 3751 / T.E.O.T. 7354

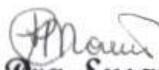


UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Valorizando talentos

Campo Grande, 29 de junho de 2009.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Qualidade de vida dos médicos ortopedistas do estado do Mato Grosso do Sul”** sob responsabilidade de **Marcelo Henrique de Mello**, orientação do **Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza**, protocolo nº **039/2009A**, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.


Prof. Dra. Susana Elisa Morena

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

MISSÃO SALESIANA DE MATO GROSSO - UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
Av. Tamandaré, 6000 – Jardim Seminário – CEP 79117-900 – CAMPO GRANDE – MS – BRASIL
CNPJ/MF: 03.226.149/0015-87 – Fone: 55 67 3312-3300 – Fax: 55 67 3312-3301 – www.ucdb.br
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa ☎ 3312-3615/3723 ☎ cep@ucdb.br