



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

DIANA CRISTINA ALMEIDA DA SILVA

***AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MÉDICOS
DO ACES DO BAIXO MONDEGO***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO
MESTRE ANTÓNIO MANUEL PINTO BROCHADO MOREIRA MORAIS**

JANEIRO 2015

Diana Cristina Almeida da Silva

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS
MÉDICOS DO ACES DO BAIXO MONDEGO**

Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra, Portugal

Rua Wenceslau Martins de Carvalho, nº 29

3150-148 Condeixa-a-Nova

diana_cristina1991@hotmail.com

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina, sob orientação científica do Professor Doutor Luiz Miguel Santiago e coorientação do Mestre António Manuel

Pinto Brochado Moreira Morais.

Índice

Resumo	5
Abstract	7
Introdução	9
Materiais e Métodos	12
Resultados	15
Discussão	20
Conclusão	26
Referências Bibliográficas	27
Agradecimentos	29
Anexos	30
Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética da ARSC	30
Anexo 2: Carta aos Coordenadores.....	32
Anexo 3: Questionário	33

Resumo

Introdução: A qualidade de vida e a vulnerabilidade ao stress devem ser estudadas para evitar o aparecimento de situações de maior gravidade, nomeadamente o burnout.

Objetivo: Estudo da qualidade de vida e da vulnerabilidade ao stress nos médicos do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego: sua avaliação e verificação do impacto do tipo de estrutura em que trabalham.

Materiais e Métodos: Numa amostra aleatória e representativa dos médicos do ACES do Baixo Mondego, foi aplicado um questionário epidemiológico (idade, sexo, especialista/interno e local de trabalho) e os instrumentos EQ-5D e 23-QVS com fiabilidade já verificada para a população portuguesa. A amostra foi obtida por sorteio das Unidades de Saúde Familiares (USFs) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSPs) ordenadas por ordem alfabética após conhecimento do número de médicos em cada unidade. Foi efetuada estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Foi obtida uma amostra de 105 elementos (proporção de resposta de 62,1%), com uma média de idades de $40,1 \pm 13,3$ anos, sendo 70,5% mulheres, 59,0% trabalhadores em USF e 49,5% especialistas em MGF. No EQ-5D verificamos que 71,4% dos inquiridos apresentam um resultado acima da média de corte da população portuguesa, sem diferenças estatísticas para sexo, grau na carreira e unidade de trabalho. No 23-QVS, 81,0% dos médicos mostraram-se resistentes ao stress psicológico, sem diferenças estatísticas para as variáveis sociodemográficas consideradas. Verificou-se correlação entre os resultados do 23-QVS e do EQ-5D ($r=-0,213$; $p=0,029$). Em função

do EQ-5D verificamos que apenas o Fator 6 do 23-QVS (subjugação) apresenta diferença significativa ($p=0,043$).

Discussão: A subjugação será matéria de estudo em futuras investigações que permitam conhecer os seus determinantes e como intervenções podem obviar o desenvolvimento de quadros psicológicos adversos futuros.

Conclusões: Existe uma boa qualidade de vida e resistência psicológica ao stress a nível dos médicos do ACES do Baixo Mondego. As variáveis sociodemográficas analisadas não contribuem para os resultados obtidos.

Na correlação entre EQ-5D e 23-QVS inferimos que melhor qualidade de vida levará a maior resistência ao stress.

Concluimos, ainda, que o Fator que mais contribui para o desenvolvimento de stress é o Fator 6 (subjugação).

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Stress; Burnout; EQ-5D; 23-QVS; Medicina; USF; UCSP.

Abstract

Introduction: Quality of life and vulnerability to stress must be studied to avoid the appearance of more severe situations, namely burnout.

Objective: Study of the quality of life and vulnerability to stress among doctors of the Grouped Health Centers of Baixo Mondego: evaluation and verification of the impact of their work structure.

Materials and Methods: In a random representative sample comprising doctors of the Grouped Health Centers of Baixo Mondego, an epidemiologic survey (age, sex, family doctors or trainees and workplace) and the instruments EQ-5D and 23-QVS, with verified reliability in the Portuguese population, were applied. To choose the sample a draw was made in total of the Family Healthcare Units (FHCUs) and Personalized Healthcare Units (PHCUs) arranged in alphabetical order after knowing the number of doctors in each unit to have a representative sample. Descriptive and inferential statistical analyses were performed.

Results: A sample of 105 elements (answering ratio of 62.1%), with a mean age of 40.1 ± 13.3 years old, was obtained. In this sample, 70.5% of the elements were female, 59.0% belonged to the USFs and 49.5% were family doctors. For the EQ-5D, 71.4% of the surveyed had a result above the cut point for the Portuguese population, without statistical differences for sex, career degree and working unity. For the 23-QVS, 81.0% of the doctors were resistant to the psychological stress, with no statistical differences for the sociodemographic variables. A correlation was verified between the results of

23-QVS and EQ-5D ($r=-0,213$; $p=0,029$). Relating EQ-5D with the factors of 23-QVS, only Factor 6 (relating to subjugation) shows statistical significance ($p=0,043$).

Discussion: The subjugation will be matter of study in future investigations that will allow to know their determinants and how interventions can prevent the development of future adverse psychological events.

Conclusion: It exists good quality of life and psychological resistance to stress in the doctors of the Grouped Health Centers of Baixo Mondego. The sociodemographic variables do not contribute to the obtained results.

In the correlation between EQ-5D and 23-QVS we infer that a better quality of life results in a greater stress resistance.

Furthermore, we conclude that the major contributive Factor for stress development is the Factor 6 (subjugation).

Key-words: Quality of life; Stress; Burnout; EQ-5D; 23-QVS; Medicine; FHCU; PHCU.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a Qualidade de Vida define-se como a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores, no qual habita e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.¹

Para que qualquer estudo nesta área possa ser de interesse é necessário que se verifique a não saturação dos instrumentos de medida e que estes estejam validados, ou seja, que meçam objetivamente o que é suposto medirem, pelo que se tomou a decisão de utilizar dois testes que já se encontram validados em Portugal, nomeadamente o EQ-5D e o 23-QVS.

O EQ-5D é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. É baseado num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Para além do preenchimento deste sistema descritivo é pedido ao respondente que registe a avaliação que faz do seu estado de saúde em geral numa escala visual analógica de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável) denominada por termómetro EQ-VAS.²

Quanto ao 23-QVS, este é constituído por 23 questões que se destinam a avaliar a vulnerabilidade que um indivíduo tem ao stress.³ Esta avaliação torna-se importante, uma vez que o facto de um indivíduo se sentir ou não em stress é ditado pelo grau de

vulnerabilidade ou de auto-confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas.⁴ Ao aplicar esta escala é, ainda, possível aferir qual o aspeto no perfil do indivíduo que mais contribui para a sua vulnerabilidade através da obtenção dos seguintes Fatores: Perfeccionismo e Intolerância à Frustração (F1), Inibição e Dependência Funcional (F2), Carência de Apoio Social (F3), Condições de Vida Adversa (F4), Dramatização da Existência (F5), Subjugação (F6) e, por fim, Deprivação de Afeto e Rejeição (F7).³ Esta vulnerabilidade ao stress pode predispor o indivíduo a determinada doença ou dano, como é o caso do burnout.⁵ Este define-se como uma resposta prolongada a stresses emocionais e interpessoais no trabalho e é definido por três dimensões de exaustão, cinismo e ineficácia.⁶

Através destes questionários pretendemos realizar uma avaliação da qualidade de vida e da vulnerabilidade ao stress nos médicos do ACES do Baixo Mondego, verificando se existem variáveis sociodemográficas ou traços da personalidade que intervenham nestas dimensões.

O ACES, Agrupamento de Centros de Saúde, é a entidade de serviços de saúde com autonomia administrativa, constituída por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, e que tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.⁷ Este estudo ocorreu em Unidades de Saúde Familiar (USFs) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSPs) de um ACES da região centro, sendo um dos objetivos comparar os resultados entre estas unidades, para perceber se existe alguma intervenção do local de trabalho para a qualidade de vida ou desenvolvimento de stress.

As UCSPs e as USFs apresentam estrutura idêntica, constituída por médicos, enfermeiros e administrativos. Cada uma delas rege-se por um regulamento interno e apresenta um coordenador de equipa.^{7,8} As USFs apresentam, ainda, um conselho técnico (médico e enfermeiro responsáveis por avaliação da qualidade) e um conselho geral (todos elementos da USF).⁸ Por fim, as USFs podem pertencer a um de três modelos (A, B, C), que diferem no grau de autonomia organizacional, no modelo retributivo e incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.⁹

As UCSPs representam a continuidade dos centros de saúde numa linha de subordinação muito semelhante à que existia antes da Reforma de Cuidados de Saúde Primários ocorrida em 2006.

Este estudo pretende fazer um ponto da situação atual do ACES do Baixo Mondego, tentando perceber o seu estado e a eventual necessidade de alertar para a tomada de medidas que permitam evitar o aparecimento de problemas de maior gravidade, como é o caso do burnout.

Materiais e Métodos

Nesta investigação propôs-se estudar a qualidade de vida e a resistência ao stress dos médicos do ACES do Baixo Mondego através da aplicação de um questionário entre o mês de junho e agosto de 2014.

Para este propósito foi requerida a aprovação do Diretor do ACES e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro em fevereiro de 2014. Posteriormente foi, ainda, apresentada a proposta deste estudo à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, bem como aos Senhores Professores Pedro Lopes Ferreira (EQ-5D) e Adriano Vaz Serra (23-QVS).

Após a autorização deste estudo foi iniciada a construção do questionário, sendo composto por inquérito epidemiológico (idade, sexo, USF/UCSP, especialista/interno) e por dois questionários já validados em Portugal: EQ-5D e 23-QVS. A primeira página do questionário correspondia a uma folha de rosto com uma explicação sobre o objetivo do estudo e uma declaração de consentimento informado, referindo-se a liberdade de não participação no mesmo a qualquer momento. Foi, ainda, redigida uma carta para os coordenadores das unidades, na qual se expunha a investigação e solicitava a participação da sua unidade.

Realizou-se estudo observacional e transversal em amostra aleatória dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e de Internos de Especialidade, representativa do Universo do ACES Baixo Mondego. Para o cálculo do tamanho da amostra foi pedida a colaboração do Diretor do ACES para saber o número de médicos que trabalha em cada unidade e foi acedido o site <http://www.vsaí.pt/amostragem.php>

que mostrou que para um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 7% era necessário estudar uma amostra de 91 elementos. Sabendo-se da distribuição numérica por USF e por UCSP do ACES Baixo Mondego, foi definido serem estudadas 50% das USFs e 50% das UCSPs, por haver garantia de que com uma proporção de respostas de 50% ser atingido o tamanho calculado para a amostra.

Posteriormente foram sorteadas as unidades. Para este efeito e segundo ordenação alfabética, as USFs foram numeradas de 1 a 15, enquanto as UCSPs foram numeradas de 1 a 15 de forma inversa, tendo sido sorteados 8 números. A partir daqui foram elaborados os envelopes para as unidades.

A distribuição dos questionários realizou-se pelas seguintes unidades:

- USF: Aracetti, Briosa, Buarcos, CelaSaúde, Fernando Namora, Marquês de Marialva, São Julião e Topázio;
- UCSP: Celas, Juiz de Fora, Mealhada, Norton de Matos, Penacova, Santa Clara, Soure.

A entrega dos envelopes foi feita em mão aos coordenadores das unidades. Neste pedido de colaboração recomendou-se a distribuição e preenchimento dos questionários durante uma reunião de serviço e, no caso de faltas ou em unidades em que as reuniões de serviço são escassas, aconselhou-se a sua distribuição individual. Os questionários foram distribuídos e preenchidos entre junho e agosto de 2014.

Com a informação proveniente dos questionários foi realizada uma base de dados Excel, que continha colunas para a identificação, valor das respostas ao EQ-5D e 23-QVS, bem

como os seus valores globais. Para a realização das cotações recorreu-se ao Programa EQ-5D Scores utilizando a Tarifa Portuguesa e ao Programa de Cotação do 23-QVS do Professor Doutor Adriano Vaz Serra.

Para fazer uma análise das cotações obtidas foi necessário fazer uma pesquisa de forma a poder realizar a sua interpretação. No EQ-5D, os valores podem variar entre -0,50 e 1,00, sendo que a média estimada do score de utilidade na população portuguesa é de 0,758.¹⁰ Quanto ao 23-QVS, um valor de 43 obtido no seu preenchimento constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress. Quanto ao Fator mais implicado em cada indivíduo, este corresponderá ao que tiver um valor relativo mais elevado.³

Esta base de dados foi, posteriormente, transferida para o programa “SPSS software for Windows – version 19.0” (SPSS Inc, Chicago, IL), onde se efetuou a análise estatística descritiva e inferencial, esta por χ^2 , Kruskal-Wallis e t de student após verificação da normalidade dos dados. Por fim, realizou-se correlação bi-variada com o coeficiente de Pearson com teste de significância por p de duas caudas.

Resultados

De acordo com os dados do ACES, foram enviados 169 questionários, dos quais foram recebidos 105, obtendo uma proporção de resposta de 62,1%. Foi recebida uma proporção de 72,9% de questionários de USF e de 51,2% de UCSP. Para vários questionários, sabe-se a sua proveniência (USF/UCSP), contudo existem dados não preenchidos no quadro de caracterização epidemiológica.

Nesta amostra (Tabela 1), os médicos apresentam idades entre os 25 e os 64 anos, com uma idade média de $40,1 \pm 13,3$. Como podemos verificar na tabela a média de idades é superior nas UCSPs, com significado estatístico ($p=0,011$), com um valor de $44,4 \pm 14,8$ contra $37,4 \pm 11,6$ em USF. Quanto ao sexo, a amostra é constituída por 74 mulheres (70,5%), 21 homens (20,0%), sendo que 10 questionários não possuem esta informação preenchida (9,5%). Destes 105 médicos, 62 pertencem a USFs (59,0%), enquanto 43 pertencem a UCSPs (41,0%). A amostra é composta por 52 especialistas (49,5%) e 38 internos (36,2%), existindo 15 questionários com este campo em branco (14,3%).

Tabela 1: Distribuição da amostra por sexo, grau na carreira e idade em função do tipo de unidade em que trabalha

Variável	USF	UCSP	p-value
Sexo			
Feminino	48 (64,9)	26 (35,1)	0,498
Masculino	13 (61,9)	8 (38,1)	
Grau na carreira			
Especialista	30 (57,7)	22 (42,3)	0,089
Interno	28 (73,7)	10 (26,3)	
Idade			
Média±dp	$37,4 \pm 11,6$	$44,4 \pm 14,8$	0,011
95% ic	24,5 a 40,4	39,5 a 49,3	

Quanto ao EQ-5D (Tabela 2), 71,4% dos inquiridos encontram-se acima da média de corte da população portuguesa. Nos resultados obtidos não foram encontradas diferenças com significado estatístico para o sexo ($p=0,152$), grau na carreira ($p=0,461$) e unidade de trabalho ($p=0,147$). De notar que a maioria dos resultados no caso de uma boa qualidade de vida é de 71,4%, exceto nas UCSPs em que a percentagem é de 65,1%, sem diferença significativa entre as USFs e UCSPs.

Tabela 2: Distribuição da amostra por sexo, grau na carreira e unidade de trabalho em função do limite de corte do EQ-5D

		EQ 5D		p-value
		Baixa QoL	Boa QoL	
		n (%)	n (%)	
Sexo				
	Feminino	21 (28,4)	53 (71,6)	0,152
	Masculino	3 (14,3)	18 (85,7)	
Total		24 (25,3)	71 (74,7)	
Grau na carreira				
	Especialista	14 (26,9)	38 (73,1)	0,461
	Interno	9 (23,7)	29 (76,3)	
Total		23 (25,6)	67 (74,4)	
Unidade de Trabalho				
	USF	15 (24,2)	47 (75,8)	0,147
	UCSP	15 (34,9)	28 (65,1)	
Total		30 (28,6)	75 (71,4)	

Quanto ao EQ-VAS e em função do limite de corte para o EQ-5D, este apresenta um valor de $6,8 \pm 1,8$ para uma baixa qualidade de vida e de $8,3 \pm 1,0$ para uma boa qualidade de vida ($p < 0,001$). Em função do limite de corte para uma boa resposta ao stress psicológico não se percebem diferenças na pontuação do EQ-VAS com $p=0,119$.

No 23-QVS (Tabela 3), 81,0% dos inquiridos obtiveram uma pontuação inferior a 43 (não vulnerável ao stress). Verifica-se novamente que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo ($p=0,507$), grau na carreira ($p=0,458$)

e unidade de trabalho ($p=0,110$). Também aqui verificamos que as UCSPs apresentam um valor mais baixo para a resistência psicológica ao stress, na ordem dos 74,4% contra 85,5% no ambiente de uma USF, sem diferença estatística.

Tabela 3: Distribuição da amostra por sexo, grau na carreira e unidade de trabalho em função do limite de corte do 23-QVS

		23 QVS		p-value
		Não vulnerável ao stress	Vulnerável ao stress	
		n (%)	n (%)	
Sexo				
	Feminino	61 (82,4)	13 (17,6)	0,507
	Masculino	18 (85,7)	3 (14,3)	
Total		79 (83,2)	16 (16,8)	
Grau na carreira				
	Especialista	44 (84,6)	8 (15,4)	0,458
	Interno	31 (81,6)	7 (18,4)	
Total		75 (83,3)	15 (16,7)	
Unidade de Trabalho				
	USF	53 (85,5)	9 (14,5)	0,110
	UCSP	32 (74,4)	11 (25,6)	
Total		85 (81,0)	20 (19,0)	

A correlação entre o EQ-5D e o 23-QVS (Tabela 4) obteve um coeficiente de correlação de Pearson de -0,213 para um p-value de 0,029, correlacionando-os negativamente de forma significativa.

Tabela 4: Correlação entre valores do EQ-5D e 23-QVS

		QV23_Score	EQ_5D Pt
QV23_Score	Correlação de Pearson	1	-,213*
	Valor p bi-caudado		,029
	N	105	105
EQ_5D Pt	Correlação de Pearson	-,213*	1
	Valor p bi-caudado	,029	
	N	105	105

Os resultados globais dos dois instrumentos utilizados (Tabela 5) mostram que, sem diferença com significado ($p=0,163$), haverá maior resistência psicológica ao stress (81%) do que melhor qualidade de vida (71,4%).

Tabela 5: Resultados Globais do EQ-5D e 23-QVS

Questionário	Bom resultado	Mau resultado	p-value
	n (%)	n (%)	
EQ5D	75 (71,4)	30 (28,6)	0,163
23QVS	85 (81,0)	20 (19,0)	

Em função do limite de corte do 23-QVS (Tabela 6), observamos que existem diferenças estatísticas significativas para os Fatores 1 ($p<0,001$), 2 ($p<0,001$), 5 ($p=0,034$), 6 ($p=0,003$) e 7 ($p=0,016$). As diferenças estatísticas não são significativas no caso dos Fatores 3 ($p=0,364$) e 4 ($p=0,480$).

Tabela 6: Fatores do 23-QVS segundo o limite de corte do Questionário 23-QVS

	Limite de vulnerabilidade	N	Média	Desvio Padrão	p-value
F1	Não vulnerável ao stress	76	2,22	0,94	<0,001
	Vulnerável ao stresss	18	3,25	0,67	
F2	Não vulnerável ao stress	76	0,55	0,79	<0,001
	Vulnerável ao stresss	18	1,58	0,89	
F3	Não vulnerável ao stress	76	0,56	0,69	0,364
	Vulnerável ao stresss	18	0,76	1,21	
F4	Não vulnerável ao stress	76	0,53	0,84	0,480
	Vulnerável ao stresss	18	0,70	1,12	
F5	Não vulnerável ao stress	76	1,58	0,91	0,034
	Vulnerável ao stresss	18	2,12	1,12	
F6	Não vulnerável ao stress	76	1,11	1,04	0,003
	Vulnerável ao stresss	18	1,93	0,98	
F7	Não vulnerável ao stress	76	0,51	0,80	0,016
	Vulnerável ao stresss	18	1,07	1,06	

Segundo o limite de corte para a população portuguesa para o EQ-5D (Tabela 7), não existem diferenças estatísticas significativas para a maioria dos fatores, exceto para o Fator 6 ($p=0,043$).

Tabela 7: Fatores do 23-QVS em função do limite de corte do EQ-5D

	Corte aos 0,758	N	Média	Desvio-Padrão	p-value
F1	Má QoLPt	25	2,51	0,85	0,613
	Boa QoLPt	69	2,39	1,02	
F2	Má QoLPt	25	0,63	0,75	0,443
	Boa QoLPt	69	0,79	0,95	
F3	Má QoLPt	25	0,58	0,81	0,881
	Boa QoLPt	69	0,61	0,82	
F4	Má QoLPt	25	0,54	1,12	0,885
	Boa QoLPt	69	0,57	0,81	
F5	Má QoLPt	25	1,73	1,01	0,781
	Boa QoLPt	69	1,67	0,97	
F6	Má QoLPt	25	1,66	1,16	0,043
	Boa QoLPt	69	1,13	1,01	
F7	Má QoLPt	25	0,91	0,98	0,054
	Boa QoLPt	69	0,51	0,83	

Discussão

Esta investigação implicou a aplicação de questionários de forma aleatória pelos médicos de Medicina Geral e Familiar que laboram em unidades de cuidados de saúde primários do ACES do Baixo Mondego. Dado que tanto a falta de tempo, como a falta de noção do impacto destes estudos poderiam ser fatores importantes para a falta de adesão, foi feita a opção de solicitar às unidades a resposta ao questionário em reunião de unidade, após autorização do Diretor Executivo do ACES. Foram recebidos questionários provenientes de todas as unidades de cuidados de saúde primários, excetuando-se um centro de saúde. Apesar desta problemática, a proporção de respostas foi superior a 50%, com uma amostra de 105 médicos para uma amostra de tamanho estimado de $n=91$, obtendo uma amostra representativa do universo em questão. De referir que tivemos uma maior participação por parte das USFs (72,9% contra 51,2%), um maior número de respostas do sexo feminino e de especialistas em MGF. Existe uma média de idades menor na população das USFs, com significado estatístico.

Quanto aos vieses a ser considerados, temos o de voluntarismo, o de memória (recordações presentes no momento do preenchimento), o de desejabilidade social (terem respondido consoante o que querem fazer transparecer e não consoante a realidade) e o de informação (falhas no preenchimento do questionário epidemiológico).

Em relação aos resultados obtidos, podemos concluir que existe uma boa qualidade de vida e resistência psicológica ao stress a nível dos médicos do ACES do Baixo Mondego. Verificamos que não existem diferenças significativas entre o sexo, grau na

carreira e unidade de trabalho, tanto para a qualidade de vida como para a vulnerabilidade e resistência ao stress psicológico.

Não tendo o presente estudo abordado o burnout, mas sim fatores que podem de alguma forma advir dele ou ser causa dele, verificamos pela literatura que, ao longo dos anos, os estudos efetuados nesta área têm tido resultados discrepantes. Em 1988, José Nogueira fez um estudo piloto de sintomas de stress, burnout e prevalência de depressão em 182 médicos de carreira de Clínica Geral do distrito do Porto, 109 do sexo feminino, sendo que os resultados revelaram níveis graves de stress (86,8% dos Clínicos Gerais apresentavam sintomas de burnout e 82% destes encontravam-se na fase 3 ou seguintes do síndrome de burnout). Felício e Pereira (1994) fizeram um estudo piloto sobre o stress ocupacional em 60 clínicos gerais de ambos os sexos (30,30) de três centros de saúde do distrito de Lisboa. Os resultados revelaram níveis moderados de stress ocupacional, não existindo diferenças significativas entre os dois sexos no nível geral de stress ocupacional.¹¹ Noutro estudo realizado em 1994, detetou-se que 52,4% dos médicos percecionam burnout, sendo que este é mais prevalente a nível dos clínicos gerais, seguidos pelos médicos hospitalares e sem significado nos médicos com funções exclusivamente administrativas.¹²

Um dos objetivos da avaliação da vulnerabilidade ao stress, além do seu conhecimento, era a hipotética adoção de medidas que permitissem evitar a sua possível evolução para o burnout, já que pesquisas realizadas mostram uma relação entre o stress e o burnout. Um estudo efetuado em polícias portuguesas, utilizando o 23-QVS e o MBI-GS, demonstrou que existe uma relação causal preditiva e estatisticamente significativa entre a vulnerabilidade ao stress, o burnout e as suas diferentes dimensões.⁵ Outras

investigações realizadas a nível dos médicos do Reino Unido revelaram, igualmente, uma relação entre o stress e o burnout, sendo que a exaustão emocional eleva os níveis de stress dos médicos e, por sua vez, o próprio stress torna os médicos mais exaustos emocionalmente. Em relação à despersonalização, esta provoca uma redução do stress, provavelmente por um mecanismo de defesa do ego. A realização pessoal aumenta o stress tanto diretamente como indiretamente através do aumento da exaustão emocional.¹³

Pensando nesta relação positiva entre o stress e o burnout, caso se confirmasse que existia vulnerabilidade ao stress e, uma vez que, mais facilmente estes médicos poderiam vir a sofrer de burnout, seria necessário a tomada de medidas pelas entidades competentes de forma a prevenir este acontecimento.

Um estudo realizado nos Médicos de Família Portugueses ocorrido entre 2010 e 2011, avaliando o Burnout, revelou que em relação aos Médicos de Família de outros países, os médicos portugueses apresentam níveis mais baixos de burnout. Não demonstrou a existência de uma relação entre o sexo e o burnout. A idade mais elevada e o trabalho em UCSPs estavam relacionados com maiores níveis de burnout (sem significado estatístico).¹⁴

Neste estudo foram avaliadas variáveis sociodemográficas que não seriam passíveis de modificação caso ocorresse uma pior qualidade de vida ou vulnerabilidade ao stress numa delas. No entanto, considera-se importante a avaliação de outras fontes de stress relacionadas com o trabalho, que seriam possivelmente alteráveis, e, ainda, de possíveis atenuantes. Por exemplo, investigações indicam como maiores stressores nos clínicos

gerais as exigências dos utentes, a carga de trabalho e a hostilidade no trabalho. Nomeadamente, em Portugal, Hespanhol relacionou o elevado número de doentes a cargo dos clínicos gerais e o responder a mais de 125 consultas com a insatisfação laboral e o stress. Outro estudo correlacionou positivamente as exigências do trabalho (multiplicidade de intervenções, longas horas de trabalho, decisões sob pressão de tempo e o trabalho individual) como os stressores mais negativos e sublinhou como moderador o apoio entre pares e o apoio familiar. Outro fator de stress importante e que cada vez mais se encontra presente no quotidiano de um médico é o excesso de atos burocráticos, como as baixas, o preenchimento de impressos, entre outros.¹²

Um dado que chama a atenção nos resultados é o facto de nas UCSPs os valores obtidos se encontrarem mais baixos que os das outras variáveis, na ordem dos 10%, tanto na qualidade de vida como na vulnerabilidade ao stress, apesar de não ocorrer uma diferença estatística significativa entre as UCSPs e as USFs. Isto pode ocorrer por variadas razões, como a média de idades ser mais elevada e o sistema de gestão destas unidades.

Contudo novos estudos seriam de realizar para investigar este fenómeno, suas causas, relevância desta discrepância e quais as possíveis atuações.

Confirmámos, também, que existe uma correlação entre o EQ-5D e o 23-QVS, sendo que a melhor qualidade de vida (maior score no EQ-5D) está associada a maior resistência ao stress (menor score no 23-QVS). Obtivemos um bom resultado em 71,4% dos questionários no caso do EQ-5D e 81,0% no 23-QVS, o que nos poderia levar a

pensar que apesar de uma má qualidade de vida, os médicos apresentam resistência psicológica ao stress, no entanto sem significado estatístico ($p=0,163$).

Por fim, relacionámos a vulnerabilidade ao stress e a qualidade de vida com os Fatores do 23-QVS. No caso da vulnerabilidade ao stress, observámos que os Fatores 1, 2, 5, 6 e 7 contribuem para o aumento da sua ocorrência. Quando olhamos para os Fatores do 23-QVS em função do EQ-5D, verificamos que o Fator que mais contribui para o desenvolvimento de stress é o Fator 6. Sendo este um Fator coincidente em ambos os casos, sugere-se a diminuição do seu impacto, de forma a reduzir o desenvolvimento de stress nos médicos.

O Fator 6 exprime a subjugação e está relacionado com 4 perguntas do questionário do 23-QVS (14, 11, 13 e 15). Estas são: “Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades; Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim; As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito; Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão.”³ Seria nestes aspetos do perfil dos indivíduos que se deveria atuar, sendo que as medidas a tomar se podem situar no âmbito da estrutura e do processo de trabalho.

Será importante alargar estes estudos a outros pontos do país de forma a comparar os resultados, uma vez que muito provavelmente estes irão variar consoante a zona (litoral, interior, norte, centro, sul, grande ou pequena cidade) em que será efetuado e, ainda, noutras especialidades médicas. Além disso, poderia ser importante avaliar outras variáveis epidemiológicas, como por exemplo o número de horas de trabalho por

semana, número total de doentes, estado civil, existência de hobbies e existência de apoios, e aferir se estas afetam a qualidade de vida ou a resistência ao stress. Consoante os resultados obtidos em estudos futuros, poderá ser importante chamar a atenção das entidades competentes, a Ordem dos Médicos incluída, para a necessidade de serem criadas medidas que protejam os nossos médicos do “dis”-stress associado a esta profissão, capacitando-os e criando mecanismos de defesa e salvaguarda.

Conclusão

Neste estudo conclui-se que existe uma boa qualidade de vida e resistência ao stress entre os médicos do ACES do Baixo Mondego, comprovando-se a existência de uma relação entre ambas.

Verificámos que as variáveis sociodemográficas analisadas não interferem na qualidade de vida e vulnerabilidade ao stress.

Por fim, demonstra-se que o Fator que mais contribui para o desenvolvimento de stress é o Fator 6 (Subjugação), recomendando-se intervenção a este nível.

Referências Bibliográficas

1. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [acedido a 10/01/2015]
2. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port* 2013;26(6):664-676.
3. Serra AV. Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatr. Clínica* 2000;21(4):279-308.
4. Serra AV. A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatr. Clínica* 2000;21(4):261-278.
5. Seabra AC. Síndrome de Burnout e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional. [Tese de Doutoramento em Ciências de Saúde Mental]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto; 2008
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 2001;52:397-422.
7. Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República, 1.ª série — N.º 38*. Ministério da Saúde.
8. Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. *Diário da República, 1.ª série — N.º 161*. Ministério da Saúde.
9. Despacho n.º 24 100/2007 de 22 de Outubro. *Diário da República, 2ª série — N.º 203*. Ministério da Saúde.
10. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual. Life Res.* 2013;23(2):1-6. doi:10.1007/s11136-013-0488-4.
11. McIntyre TM. Stress e os Profissionais de Saúde: Os que Tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica* 1994;2-3(XII):193-200.

12. Frasquilho MA. Medicina, Médicos e Pessoas: Compreender o stresse para prevenir o burnout . *Acta Med Port* 2005;18:433-444.
13. McManus I, Winder B, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002;359(9323):2089-2090. doi:10.1016/S0140-6736(02)08915-8.
14. Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open* 2012;2(3):1-8. doi:10.1136/bmjopen-2012-001050.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Luiz Santiago, por toda a sua disponibilidade, apoio, paciência, dedicação, motivação e ensinamentos durante todo este trabalho.

Ao meu coorientador, Mestre António Morais, por toda a sua ajuda e colaboração, imprescindíveis para a realização deste trabalho

Ao Doutor Pedro Ferreira pela autorização de utilização da escala de qualidade de vida e cooperação no tratamento de dados EQ-5D.

Ao Professor Adriano Vaz Serra pela autorização de utilização da escala 23-QVS e pela revisão do manuscrito.

Aos meus pais por todo o seu apoio, paciência, motivação ao longo do meu curso e por toda a sua ajuda preciosa neste projeto.

À Liliana, Inês Santos, Inês Moreira, Susana, Francisco, Mariana e João pelos seus contributos na realização deste trabalho.

A toda a minha família e a todos os meus amigos por todo o apoio e incentivo que me têm dado ao longo destes anos.

Muito Obrigada.

Anexos

Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética da ARSC



ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora
Dra. Diana Cristina Almeida da Silva

diana_cristina1991@hotmail.com

009373 14 04-04 08:53

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Avaliação da qualidade de vida nos profissionais de saúde das USF's e USCP's do Baixo Mondego"

Serve o presente para informar V. Ex^a., que o Conselho Directivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

No respectivo e-mail, o "transmissor notificado". Em cada cópia imprimir-se de um exemplar.

AL



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL: FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO: <i>Trabalho bem estruturado e com interesse</i> <i>Final do processo de</i> <i>Ética para a Saúde</i> <i>2.4.2014</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente,</p>
<p>Estudo 17/14</p>	
<p>ASSUNTO: Avaliação da qualidade de vida nos Profissionais de Saúde das USFs e USCPs do Baixo Mondego</p> <p>Trabalho bem estruturado e com interesse</p> <p>O Relator</p> <p><i>Padre José António</i> _____ (Padre José António)</p>	<p>Dr. Fernando José B. Lopes de Almeida Vice-Presidente, Dr. Luís Manuel Mendes Cabral Dr. Maria Augusta Mata Vogal,</p> <p>O Presidente da CES</p> <p><i>Prof. Dr. Fontes Ribeiro</i> _____ (Prof. Dr. Fontes Ribeiro)</p>

Anexo 2: Carta aos Coordenadores

Coimbra, 23 de maio de 2014

Exmo/a Sr/a Coordenador/a,

Sou estudante do 5º ano de Medicina da Universidade de Coimbra encontrando-me no início do meu trabalho final do 6º ano, sob a orientação do Doutor Luiz Miguel Santiago, sendo no decorrer deste que o contacto.

O meu trabalho de Mestrado Integrado tem o título “*Avaliação da Qualidade de Saúde dos Médicos do ACES do Baixo Mondego*”.

Venho pedir a colaboração Sua e dos Médicos, quer especialistas quer internos de especialidade, para o preenchimento do questionário que se anexa, de preferência em reunião de Unidade. Foi selecionada, por sorteio, uma amostra representativa das Unidades de Saúde do ACES.

Pensamos que este estudo será da maior relevância, visto que a quantidade de estudos neste campo é extremamente reduzida numa classe que se pensa estar muito suscetível ao stress com conseqüente prejuízo do seu estado de saúde e qualidade de vida, importando, assim realizar o diagnóstico de situação para poder ser feita intervenção. Os instrumentos utilizados estão validados para Portugal, sendo eles o EQ-5D, o SF-12 e o 23-QVS.

Foi obtida a autorização do Exm Sr Diretor do ACES e o parecer positivo da Comissão de Ética da ARS do Centro. Esta Tese tem como Orientador o Sr. Professor Doutor Luiz Miguel Santiago.

Oportunamente a contactarei para a recolha dos questionários.

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade,

Com os melhores cumprimentos,

Diana Silva

Aluna do MIM da FMUC

Luiz Miguel Santiago

MD, PhD

Anexo 3: Questionário

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NOS MÉDICOS DO ACES BAIXO MONDEGO

A qualidade de vida e a capacidade de resistência ao esforço laboral devem ser estudados para evitar o “burn-out”. Numa Tese de Mestrado Integrado na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, estamos a tentar perceber o estado da situação para que seja possível encontrar estratégias que permitam evitar o desgaste patológico, pela aplicação de questionário validado numa amostra representativa e aleatória de médicos do ACES.

Agradecemos a sua resposta voluntária ao questionário. Querendo participar poderá, em qualquer ocasião deixar de responder a este trabalho que foi aprovado pelo ACES Baixo Mondego e pela Comissão de Ética da ARS do Centro. Garantimos-lhe o sigilo, o anonimato e a confidencialidade deste trabalho.

Atenciosamente,

Diana Silva

Investigadora

Luiz Miguel Santiago

Orientador

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NOS MÉDICOS DO ACES BAIXO MONDEGO

Idade ____ Sexo ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ; USF <input type="checkbox"/> UCSP <input type="checkbox"/> ; Especialista <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/>

EQ-5D

Assinale com uma cruz um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje.

Mobilidade	Não tenho problemas em andar	1
	Tenho alguns problemas em andar	2
	Tenho de estar na cama	3
Cuidados Pessoais	Não tenho problemas em cuidar de mim	1
	Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	2
	Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	3
Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)	Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	1
	Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	2
	Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	3
Dor / Mal Estar	Não tenho dores ou mal estar	1
	Tenho dores ou mal estar moderados	2
	Tenho dores ou mal estar extremos	3
Ansiedade / Depressão	Não estou ansioso/a ou deprimido/a	1
	Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	2
	Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	3

Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:

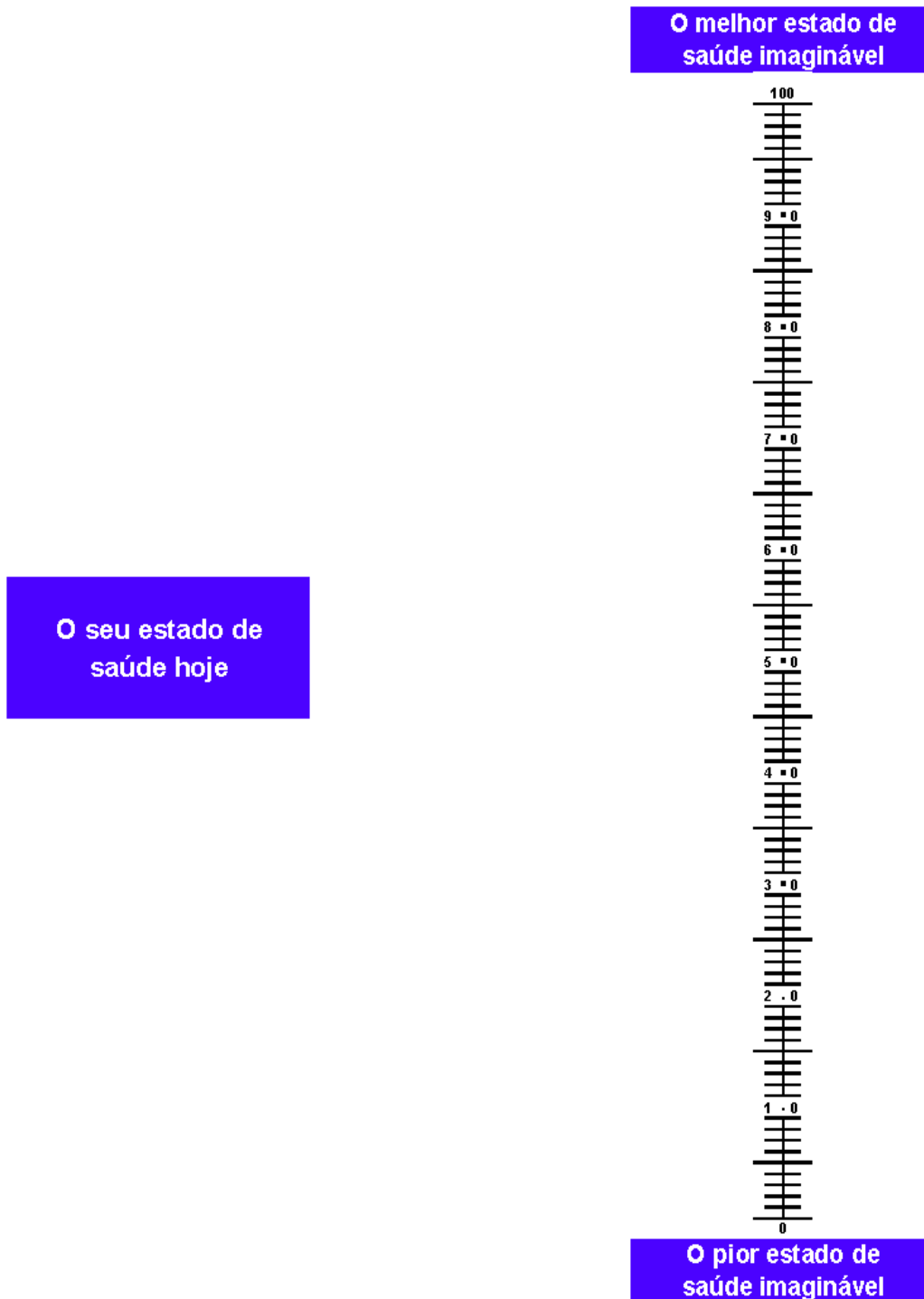
Melhor ____¹

O mesmo ____²

Pior ____³

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.



23-QVS

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (X) no quadrado respetivo aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo Bastante	Discordo em Absoluto
Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas					
Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas					
Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes					
Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais					
Preocupo-me facilmente com os contratemplos do dia a dia					
Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar					
Dou e recebo afeto com regularidade					
É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem					
Perante as dificuldades do dia a dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver					
Sou um indivíduo que se enerva com facilidade					
Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim					
Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado					
As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito					
Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades					
Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão					
Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas					
Há em mim aspetos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas					
Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto					
Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero					
Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem					
O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais					
Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar					
Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço					

Agradecemos a sua colaboração!