

Mariana Falcão Bormio

Médicos residentes: Estudo ergonômico a respeito da qualidade de vida e bem-estar

Relatório apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para cumprimento do programa de pós-doutoramento em Qualidade de Vida, sob a supervisão do Prof^a. Doutora Rute Meneses.

RESUMO

A residência é um período transitório, marcada por grandes transformações, onde o médico passa de estudante para profissional. Cabe ressaltar que essa fase é marcada pelo grande aumento de suas responsabilidades, exigências, assim como, em muitos casos, situações de estresses, insegurança e longas jornadas de trabalho. Entendendo o contexto exposto, o objetivo desse trabalho foi apresentar os resultados de um estudo, que desenvolveu uma análise interdisciplinar a respeito de como o médico residente se sente quanto à sua qualidade de vida, bem-estar subjetivo e aspectos ergonômicos, ao desempenhar suas atividades, durante o período em que cursa residência médica em ambiente hospitalar.

ABSTRACT

The residence is a transitional period, marked by great transformations, where the doctor goes from student to professional. It is noteworthy that this phase is marked by the great increase of their responsibilities, demands, as well as, in many cases, situations of stress, insecurity and long journeys to work. Understand the context, the objective of this work was to present the results of a study, which has developed an interdisciplinary analysis as to how the resident feels about their quality of life, subjective well-being and ergonomic aspects, to carry out its activities during the period in which studies medical residency in hospitals.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família, a de sangue e a de coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por prover tudo em minha vida.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
1.1. O Médico Residente	10
1.2. Qualidade de vida	12
1.3. Bem-estar.....	15
1.3. Ergonomia	16
CAPITULO 2 – METODOLOGIAS DE ANÁLISE ERGONÔMICA, QUALIDADE DE VIDA E BEM_ESTAR SUBJETIVO	18
2.1. Qualidade de vida	18
2.2. Bem-estar Subjetivo	20
2.3. Análise Ergonômica do Trabalho	21
CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS E METODOS	22
CAPÍTULO 4 - ESTUDO DE CASO	23
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

INTRODUÇÃO

O ser humano tem sido objeto de estudo das mais diferentes áreas de conhecimentos, estejam estas atreladas diretamente à saúde, como a medicina, fisioterapia e psicologia, ou indiretamente, como recursos humanos, segurança do trabalho, engenharias, arquitetura e design.

A interdisciplinaridade dessas e de outras áreas se faz presente na Ergonomia, cujos estudos não poupam esforços na busca por abordagens mais amplas, que auxiliem no entendimento do ser humano em sua complexidade e subjetividade.

Área de conhecimento recente, seus objetivos estão expressos em seu próprio nome, cujo significado foi galgado do grego *Ergon* - trabalho e *Nomos* – leis ou normas (Iida, 2006), ou seja, tem como foco o estudo do homem no desenvolvimento de atividades de uma maneira generalista, sejam estas laborais ou cotidianas, buscando sempre a adequada configuração de ambientes, objetos, sistemas, atendendo às exigências e particularidades físicas e psicológicas do ser humano, resultando em segurança, e melhora do bem-estar (BE) e Qualidade de Vida (QDV).

Qualidade de vida, para Pais Ribeiro (2009), é um termo popular, que faz parte da linguagem de especialistas e leigos, de gente culta ou inculta, uma vez que todos e cada um sabe o que é QDV. Tal fato torna fácil a discussão a respeito do tema, chegando ou não a um acordo, sem que de fato se esteja a discutir um mesmo conceito. Esse mesmo contexto também é observado quando fala-se em BE, subjetivo, ou seja, vários são os conceitos, que segundo Pais-Ribeiro (2005) pode ser entendido como sendo um estado em que o indivíduo se sente feliz, saudável ou afortunado, ou em que, pelo menos, tem a crença de que é feliz.

Destaca-se, no entanto, que tais verbetes, BE e QDV, são muitas vezes abordados de maneira superficial e sem muitos critérios na literatura científica da vertente da Ergonomia, sendo seu uso atrelado à busca por expressar aspectos positivos da vida humana.

Pode-se considerar, portanto, a importância de constantes buscas por reflexões a respeito de definições e conceitos de QDV e bem-estar, assim como discussões e pesquisas por metodologias adequadas para avaliações, principalmente quando feitas por áreas mais técnicas, habituadas ao desenvolvimento de análises de caráter mais objetivo, pautadas em padrões pré-definidos por normas e legislações.

Atentando a tal quadro, esse trabalho apresenta um estudo que se propôs a desenvolver uma análise interdisciplinar a respeito de como o médico residente se sente quanto à sua qualidade de vida, bem-estar subjetivo e aspectos ergonômicos, ao desempenhar suas atividades, durante o período em que cursa residência médica em ambiente hospitalar.

Justifica-se tais escolhas, por entender que esse período de transição de estudante para profissional é marcado por grandes transformações, como o aumentando de responsabilidades, exigências, estresses, insegurança e longas jornadas de trabalho, que podem influenciar a sua qualidade de vida e bem-estar.

Consequentemente, o ambiente estudado foi o hospitalar, que ora desempenha papel de local de estudo e outra de trabalho, sendo que em ambos os casos é responsável por influenciar o residente, uma vez que a maneira como este apresenta-se configurado, ou seja, a conjugação dos fatores ambientais, tais como iluminação, ruídos e temperatura, condiciona seu usuário de maneira física e psicológica.

Cabe citar ainda que o hospital é uma das instalações mais complexas da sociedade contemporânea, pois mescla as particularidades da estrutura física do edifício com uma ampla gama de serviços, a dinâmica de mudança da medicina em suas tecnologias e processos, além de uma diferenciada população de usuários (profissionais de saúde, pacientes, acompanhantes, entre outros).

Pode-se dizer, portanto, que toda essa complexidade, acaba por dificultar o desenvolvimento de projetos e estudos nesses locais, e que deficiências de abordagens são facilmente constatadas, ao não serem feitas em muitos casos em sua totalidade, pois em geral enfocam o paciente ou o profissional da saúde. Como consequência observa-se configurações de equipamentos, processos e ambientes deficientes e/ou inadequados, que geram a ocorrência de adoecimentos físico e psicológico no seu usuário.

Diante do quadro exposto, identifica-se a ergonomia e seu caráter interdisciplinar como sendo uma grande aliada para o desenvolvimento de estudos.

O estudo foi desenvolvido em etapas, sendo elas: revisão bibliográfica a respeito do tema, definição de metodologias (*World Health Organization Quality of Life-Bref - WHOQOL-Bref*; Índice de Bem-Estar Pessoal - IBP e *Ergonomic Workplace Analysis - EWA*); pré-teste e estudo de caso.

CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. O Médico Residente

De acordo com Nascimento Sobrinho (2006), a medicina é vista como função de alto valor social, interpretada como um dom, um sacerdócio, valorizada socialmente e assumida como atividade pública de alta relevância.

Segundo Tironi et al. (2009), nos últimos cinquenta anos, mudanças significativas ocorreram na organização do trabalho médico em consequência do grande desenvolvimento científico, tecnológico e da institucionalização da assistência à saúde. O local predominante da prática médica deslocou-se do consultório individual para as instituições hospitalares modernas. No interior dos hospitais e serviços de saúde, o trabalho médico passou a vivenciar a tensão entre a autonomia do modelo artesanal e a heteronomia da ordem social e institucional.

A dimensão científico-tecnológica da medicina tornou-se predominante, orientando os processos de trabalho atuais e impondo um novo padrão de formação escolar ancorado na estrutura altamente tecnicizada do hospital-escola, valorizando a aquisição de conhecimentos científicos e a integração ao mercado de trabalho por meio da especialização.

Sabe-se que a formação profissional do médico ocorre pelo desenvolvimento de competências e habilidades tanto técnicas como comportamentais. Este processo implica em um conhecimento (reconhecimento de limites pessoal-existenciais), para que o papel profissional não cause prejuízo à sua saúde física e psíquica. Este profissional precisa compreender e apropriar-se dos processos aos quais está submetido no cotidiano do seu trabalho e estar atento a fatores como a tensão emocional, o sentimento de impotência e a pressão frente à luta constante com o sofrimento, a dor e a morte (Tironi et al., 2009).

Embora o treinamento prático dos estudantes da área da saúde se inicie durante os estágios curriculares obrigatórios, é no processo de especialização, na residência

médica/aprimoramento profissional, que se propicia a verdadeira iniciação do profissional na prática (Feuerwerker, 1998, apud Lourenção, 2009).

Segundo Brent (1991), a residência médica é um processo de desenvolvimento no qual o residente deve fazer um balanço entre o desejo de cuidar e o desejo de curar, lidar com sentimentos de desamparo em relação ao complexo sistema assistencial e estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional.

Lourenção (2009) considera que os programas de residência médica e aprimoramento profissional são modalidades de ensino caracterizadas por treinamento em serviço sob supervisão, em tempo integral, constituindo a melhor maneira de aperfeiçoamento e especialização na área da saúde. Entretanto, o autor destaca que é preciso considerar que durante a formação nos programas de residência médica e aprimoramento profissional ocorrem muitos problemas físicos e emocionais entre os profissionais incluídos nos programas.

Torres et al. (2011) citam que ao desenvolverem revisão da literatura internacional, enfocando especificamente a saúde e a qualidade de vida de médicos residentes, foram identificadas incidências elevadas de estresse, fadiga, sonolência, depressão e estafa nessa população, para a qual sugere a implementação de programas de assistência específicos.

Para Tokarz et al. (1979, apud Lourenção, 2009), o período de transição aluno-médico, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono a sobrecarga de trabalho, o pavor de cometer erros e outros fatores inerentes ao treinamento estão associados a diversas expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais, que incluem: estados depressivos com ideação suicida, consumo excessivo de álcool, adição a drogas, raiva crônica e o desenvolvimento de um amargo ceticismo e um irônico humor negro, tornando os médicos residentes um grupo de risco para distúrbios emocionais. Gonçalves (2008) ainda cita o ambiente de enorme tensão, inúmeros agentes estressores, como estando entre as razões que têm levado investigadores a estudar esses profissionais.

É importante ressaltar, de acordo com Lourenção (2009), que a exposição dos residentes à vasta gama de fatores estressantes durante o treinamento pode repercutir em agravos à sua saúde, além de afetar a qualidade de assistência prestada aos pacientes. O autor cita que alguns estudos têm mostrado que a implementação de programas de

assistência aos residentes produz uma melhoria, tanto na qualidade da capacitação profissional em termos de lidar com o estresse do treinamento, como também na qualidade de vida pessoal.

Corroborando com o contexto exposto, Fiedler (2008) recomenda a avaliação a respeito da qualidade de vida do estudante de medicina, e considera que essa deve ocorrer não somente por uma ótica holística e transdisciplinar, mas também subjetiva e individual do estudante. Tal afirmação justifica a abordagem ergonômica desse trabalho, que se utiliza de conceitos e metodologias de diferentes áreas de conhecimento.

Pode-se concluir, portanto, que avaliar a qualidade de vida e bem-estar de médicos residentes permite conhecer a real situação e, se necessário, substituir ações para melhorar a qualidade de vida pessoal e profissional destes profissionais, promovendo uma melhoria na qualidade do atendimento prestado aos pacientes (Lourenção, 2009).

1.2. Qualidade de vida

Amplamente utilizada na contemporaneidade a expressão qualidade de vida se faz em evidência em todos os espaços por compreender desde um termo utilizado em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica (Pereira et al., 1994).

Para Fiedler (2008), pensar em qualidade de vida tem como causa e consequência avaliar a própria vida e os valores atribuídos ao viver através da experiência pessoal ou de forma coletiva, a partir do contexto social e histórico. Tal preocupação esteve presente desde a antiguidade, mesmo que ainda não se falasse no termo qualidade de vida, que é um construto moderno, os filósofos sempre estiveram interessados em refletir sobre o que significa ter uma vida satisfatória e feliz.

Meneses (2005) destaca que o conceito de QVD é ainda relativamente novo e tem vindo a ser definido e operacionalizado de modos muito diversos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), QDV é “a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objetivos, os seus desejos, as suas normas e as suas inquietudes. É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira

complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio “ (WHO, 1993, p.153).

Seidl e Zannon (2004) explicam que a subjetividade que envolve o conceito de qualidade de vida está relacionada à percepção que cada indivíduo tem sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida, e a multidimensionalidade se refere à concepção de que a qualidade de vida depende de vários aspectos/dimensões. Diante disso, pode-se afirmar que a QDV se torna algo pessoal, podendo ser avaliada somente pelo indivíduo e não por cientistas ou profissionais de saúde.

Para Minayo (2000), o termo é uma noção eminentemente humana, e tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Ainda segundo a autora, esta pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar ao abranger muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Fiedler (2008) apresenta uma evolução histórica de conceito de qualidade de vida: índice que agrupa segurança, autoestima e capacidade intelectual e física; grau de satisfação das necessidades físicas, psicológicas, sociais, relacionais, materiais e estruturais; sensação de bem-estar, advinda da satisfação na vida cotidiana; índice que mede as condições de saúde, através das taxas de morbidade e mortalidade.

Segundo Snaith (2003), o termo QVD depende de um determinado número de fatores como o suporte de amigos ou próximos, capacidade e interesse em trabalhar ou prazer noutras atividades e as expectativas para a situação. Otto (2000) alega que a QDV é aquilo que o indivíduo diz que é, pelo que pode ser avaliada pelo próprio.

Em seu trabalho Pais Ribeiro (1994) cita que a QDV abrange alguns domínios, mas que, no entanto, estes não são padronizados, podendo-se identificar diferenças entre autores.

É importante destacar, segundo Pais Ribeiro (2009), que a QDV é multifatorial e o seu estudo deve considerar várias dimensões, como a percepção pessoal, o tempo e a

subjetividade por basear-se em aspectos imateriais. Ainda segundo o autor, o caráter amplo e inclusivo da QDV acaba por não distinguir no desenvolvimento de escalas que a avaliam possíveis determinantes de QDV e a QDV por si, ou seja, ainda é necessário clarificar, não só, o que se entende por QDV, mas também o que contribui para a ela, e como se forma a percepção que se tem uma boa QDV.

Flanagan (1982) identificou como domínios o conforto material, saúde e segurança pessoal, relações familiares, ter e criar filhos, relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e encorajar os outros, participação em assuntos de governo locais, aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento, aumentar o conhecimento sobre si próprio e conhecer os seus pontos fortes e limitações, trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador, expressar-se de uma forma ativa, socializar-se com os outros, ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos, participar em recreação ativa.

Já Campbell et al. (1976) identificaram como domínio a comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, self, padrão de vida e trabalho.

Ribeiro Pais (2005) destaca que qualquer um dos domínios referidos pode ser estudado isoladamente, por si só, e cita como exemplo a abordagem da QDV no trabalho ou a QDV na saúde.

Pode-se dizer, portanto, segundo Ferreira (2011), que a centralidade da ação ergonômica aparece com toda força no conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), a medida em que as representações de bem-estar dos trabalhadores e, em consequência, o desempenho, é concebido como inexoravelmente associado, principalmente, a três dimensões interdependentes: as condições, a organização e as relações socioprofissionais de trabalho. Tal enfoque pode ser considerado de maneira mais ampla, i.e., dentro do princípio básico da ergonomia, ou seja, de acordo com a Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO), no “estudo das interações das pessoas com a tecnologia, a organização e o ambiente objetivando intervenções e projetos que visem melhorar; de forma integrada e não dissociada, a segurança, o conforto, o bem-estar e a eficácia das atividades humanas” (<http://www.abergo.org.br>).

É importante destacar que, para Pais Ribeiro (2002, 2004, 2005), o conceito de QDV não é unívoco e está-se ainda longe de chegar a uma definição clara do conceito,

assim como de identificar os componentes essenciais de QDV, de diferenciar a QDV propriamente dita daquilo que a determina e de possuir instrumentos consensuais que a avaliem.

1.3. Bem-estar

O conceito de qualidade de vida é similar à definição de felicidade ou estado de bem-estar, que, segundo Cloninger (2004), é uma compreensão coerente e lúcida do mundo e requer um modo coerente de viver, que depende do grau de consciência que as pessoas têm de seus objetivos e valores.

Bowling e Windson (2001, apud Pais Ribeiro, 2005) corroboram com o autor ao considerar que os conceitos de QDV, bem-estar e boa vida são foco de grande confusão, ao estarem próximos em suas definições, e que acabam sendo utilizados muitas vezes como sinônimos. Entretanto, nesse trabalho, ao entender a importância de cada um dos conceitos, opta-se pelo estudo dos dois de maneira individual.

Para iniciar uma conceituação ao respeito de bem-estar, Ryan e Deci (2001, apud Gonçalves, 2008) consideram que trata-se de um constructo complexo que implica experiências positivas com capacidade funcional. Segundo os autores, existem duas dimensões distintas para bem-estar, psicológica e subjetiva, cuja diferença se faz na diferença de perspectiva de abordagem, pois, enquanto uma foca a felicidade, que define o bem-estar focado no prazer e no evitar a dor, sendo esta perspectiva designada de bem-estar subjetivo, a outra abordagem é focada na realização pessoal que define o bem-estar como o degrau no qual uma pessoa está totalmente funcional, sendo esta perspectiva designada de bem-estar psicológico. Apesar destas dimensões estarem bem definidas, em algumas áreas elas divergem e noutras complementam-se.

Bem-estar subjetivo (BES) é definido por Horley (1984) como um estado em que o indivíduo se sente feliz, saudável ou afortunado, ou em que, pelo menos, tem a crença de que é feliz. Horley (1984) define ainda o conceito de satisfação como gratificação, numa proporção apropriada, dos maiores desejos da vida.

A revisão de Diener (1984) não só menciona definições de bem-estar, como também refere os seus componentes. Segundo o autor, a área do bem-estar tem três componentes distintos:

1. É subjetivo. O bem-estar reside na experiência de cada um. A definição de bem-estar subjetivo implica na necessidade de avaliar condições como saúde, conforto, riqueza, contudo, apesar destes fatores poderem influenciar o bem-estar subjetivo, não são considerados como inerentes ao conceito;
2. O bem-estar subjetivo inclui avaliações positivas, não implicando necessariamente a ausência de fatores negativos, já que é a relação entre estas duas vertentes que proporciona a avaliação pessoal e individual do bem-estar subjetivo, no entanto, esta relação não está totalmente compreendida;
3. As medidas do bem-estar subjetivo incluem normalmente uma avaliação global de todos os aspectos da vida do indivíduo, direcionando essa avaliação para um julgamento integrado de vida pessoal de cada um.

Apesar das várias perspectivas do conceito de bem-estar subjetivo, existe convergência de ideias e consenso sobre as suas três dimensões: afetos positivos e negativos e satisfação com a vida (Diener, 1984).

O afeto positivo é um sentimento temporário de prazer ativo que caracteriza um determinado momento e está associado a fatores como: entusiasmo pela vida, bons relacionamentos afetivos (implica prazer), excitação, atividade social e extroversão; enquanto que o afeto negativo também é momentâneo, mas inclui emoções desagradáveis, estando associado a fatores como: sensação de fraqueza e preguiça, sonolência, cansaço, letargia e solidão e sua ausência permite um sentimento de paz e relaxamento (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Gonçalves, 2008). Os afetos positivos e negativos são dimensões independentes e não oponentes como os nomes sugerem, isto é, podem ser sentidos em simultâneo, num determinado espaço de tempo (Gonçalves, 2008).

1.3.Ergonomia

Iida (2006) define ergonomia, por uma visão simplificada, como sendo a área de estudo que visa maneiras de se melhor obter a adaptação do trabalho ao homem, não se restringindo somente à sua relação com máquinas e equipamentos utilizados, mas também a toda situação em que ocorre o relacionamento entre o homem no desenvolvimento de atividades, no sistema que esse atua.

Para Moraes e Mont'Alvão (2010), o trabalho compreende qualquer atividade humana realizada com um propósito, particularmente se essa envolver algum grau de experiência ou esforço.

De acordo com Ferreira (2011), a ergonomia possui uma abordagem científica antropocêntrica que se fundamenta em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas e da saúde para, de um lado, compatibilizar os produtos e as tecnologias com as características e necessidades dos usuários e, de outro, humanizar o contexto sociotécnico de trabalho, adaptando-o tanto aos objetivos do sujeito e do grupo, quanto às exigências das tarefas.

Segundo Lucio (2007), através da integração entre acessibilidade, antropometria, design ergonômico, design universal, ergonomia e usabilidade, torna-se possível empregar soluções mais condizentes com as reais necessidades dos usuários, permitindo contemplar diversas potencialidades, que não seriam adequadamente atendidas através da ótica de uma única área do conhecimento.

A geração de dados das análises ergonômicas pode ocorrer de maneira objetiva, por meio de medições técnicas, ou subjetivas, por exemplo, ouvindo-se as opiniões dos usuários; sempre objetivando a geração de parâmetros que, ao serem implantados, sejam capazes de suprir as necessidades e características físicas, psíquicas e cognitivas do ser humano, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente, diminuindo, assim, constrangimentos, estresse, fadiga e possíveis acidentes.

De acordo com Iida (2006), o emprego da ergonomia é muito amplo, podendo ser contemplado na concepção de projetos (Ergonomia de concepção: normas e especificações de projeto), correção (Ergonomia de correção: modificações de situações existentes), organização de layouts (Ergonomia de arranjo físico: melhoria de sequências e fluxos de produção), conscientização (Ergonomia de conscientização: capacitação em ergonomia) e na prevenção (Ergonomia preventiva: evitando erros e melhorando o desempenho); seja de maneira pontual ou macro, envolvendo o ambiente físico, máquinas, mobiliários, equipamentos, ferramentas, etc., como também os aspectos organizacionais de programação e controle.

CAPITULO 2 – METODOLOGIAS DE ANÁLISE ERGONÔMICA, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO

Buscando um maior entendimento e conhecimento a respeito das metodologias existentes para o desenvolvimento de análises ergonômicas, QDV e BES, foi desenvolvida uma ampla revisão bibliográfica com esse enfoque, que buscou a compreensão da maneira como estas são estruturadas, quais os enfoques de análise e índices avaliativos, assim como estudos de casos que exemplifiquem suas aplicações. A partir do contexto identificado foram definidas três metodologias, consideradas com maior destaque e importância, que servirão como base metodológica desse projeto. São elas: *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref), Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP) e *Ergonomic Workplace Analysis* (EWA). A seguir apresentam-se essas metodologias mais detalhadamente.

2.1. Qualidade de vida

De acordo com Fleck (2000), a ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida por si, com uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural. Como não há um consenso sobre a definição de qualidade de vida, o primeiro passo para o desenvolvimento do instrumento WHOQOL foi a busca da definição do conceito. Assim, a OMS reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de

valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1995).

Como resultado dos trabalhos do grupo, Fleck (2000) cita primeiramente a metodologia WHOQOL-100, que é composta por cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas, sendo que cada uma é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida.

Buscando um método mais rápido de ser aplicado, mas que mantivesse o caráter abrangente do instrumento original, foi criado o WHOQOL-Bref (WHO, 1998), composto por 26 perguntas, das quais 24 são distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio é representado por várias facetas e suas questões foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com escala de intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom).

No que diz respeito aos domínios, a sua caracterização é apresentada de seguida:

- 1) Físico: percepção do indivíduo sobre sua condição física. Contém as facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho;
- 2) Psicológico: percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, cujas facetas são: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/ religião/ crenças pessoais;
- 3) Relações sociais: percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida, com as seguintes facetas: relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual; e
- 4) Meio ambiente: percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Contém 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; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ ruído/ trânsito/ clima); transporte.

Além dos quatro domínios, o instrumento apresenta duas questões gerais, sendo que uma se refere à autopercepção da qualidade de vida e a outra sobre satisfação com a saúde (Fleck et al., 2000; Hwang et al., 2003).

A versão brasileira do WHOQOLBref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi a utilizada neste estudo.

A utilização do WHOQOL-Bref neste estudo é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida (Hwang et al., 2003), e pela ausência de um instrumento validado e traduzido para o português com características tão abrangentes e de simples aplicabilidade.

Para desenvolver a análise dos dados obtidos com a aplicação do WHOQOL-bref, foi utilizado uma ferramenta desenvolvida Pedroso et al.(2010) a partir do Software Microsoft Excel, que efetua o cálculo dos escores e estatística descritiva da metodologia, seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL.

2.2. Bem-estar Subjetivo

De acordo com Pais Ribeiro e Cummins (2008), o Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP) desenvolvido pelo *International Wellbeing Group*. O IBP trata-se de um questionário que se propõe avaliar o BES através da satisfação que as pessoas têm a respeito de oito domínios diferentes da vida pessoal, sendo eles: o nível de vida, a saúde, o que se obtém da vida através do esforço pessoal, as relações pessoais, a segurança pessoal (física), a pertença à comunidade, a segurança no futuro e a religião.

As respostas devem ser feitas em uma escala que inclui 11 respostas possíveis, onde o “0” significa que se sente totalmente insatisfeito, o “10” significa que se sente satisfeito e o “5”, no meio da escala, significa neutro (nem satisfeito nem insatisfeito) (Pais Ribeiro e Cummins, 2008).

Gonçalves (2008) cita que o *Personal Wellbeing Index* foi aplicado à população portuguesa em 2006, sendo traduzido e validado por Pais Ribeiro e Cummins, em 2008.

2.3. Análise Ergonômica do Trabalho

Desenvolvido em 1984, pelo FIOH – *Finnish Institute of Occupational Health* (*Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional*) de Helsink, por Mauno Ahonen, Martti Launis e Tuulikki Kuorinka, a metodologia de Avaliação Ergonômica do Trabalho (EWA) possui uma abordagem ampla, que possibilita enfoques subjetivos e objetivos.

O método é capaz de desenvolver análises sob diferentes aspectos, que consequentemente resultam em material informativo capaz de transmitir informações a profissionais (projetistas como arquitetos e designers e especialistas da saúde) que podem auxiliar e/ou facilitar ações como: a contratação de pessoal, realização de correções checando a qualidade das melhorias feitas, tanto em um posto de trabalho, como nas tarefas, seja de um único posto de trabalho ou fazendo comparação de diferentes postos com o mesmo tipo de atividade e/ou desenvolvimento de novos projetos com configurações seguras, saudáveis e produtivas para os trabalhadores.

Segundo Bormio (2007), a aplicação do EWA é utilizada para a realização de análise ergonômica detalhada do local de trabalho, por meio de itens que enfocam aspectos da fisiologia do trabalho, biomecânica ocupacional, psicológicos e higiene ocupacional, em um modelo participativo com a organização do trabalho.

Bormio (2007) explica que o preenchimento do protocolo ocorre pela avaliação do usuário, cujas perguntas enfocam as percepções que este tem em relação ao local de trabalho, devendo essas ser respondidas mediante uma análise subjetiva expressa por uma classificação variável de bom, regular, ruim, muito ruim e péssimo e pela avaliação técnica realizada por profissionais qualificados sob os parâmetros definidos pelas normas vigentes e percepções.

CAPÍTULO 3 - OBJETIVOS E METODOS

O objetivo desse trabalho foi apresentar os resultados de um estudo, que desenvolveu uma análise interdisciplinar a respeito de como o médico residente se sente quanto à sua qualidade de vida, bem-estar subjetivo e aspectos ergonômicos, ao desempenhar suas atividades, durante o período em que cursa residência médica em ambiente hospitalar.

Esta pesquisa foi desenvolvida através de raciocínio indutivo, com dados colhidos a partir da aplicação de protocolos, que exploraram a problemática apresentada envolvendo usuários diretos – médicos residentes.

Por tratar-se de uma pesquisa realizada com seres humanos, antes de seu início foi submetida e aprovada por Comitê de Ética, e todo participante forneceu consentimento de participação por meio de um TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O desenvolvimento do trabalho ocorreu em duas etapas, sendo que na primeira foi realizado um pré-teste, que partir dos resultados obtidos, constatou a adequação das metodologias escolhidas (WHOQOL-Bref, IBP e EWA) aos objetivos da pesquisa, não havendo a necessidade de alterações e a segunda parte da pesquisa, que pode ser entendida como o estudo efetivo.

CAPÍTULO 4 - ESTUDO DE CASO

O estudo de caso foi desenvolvido em uma universidade pública de medicina, localizada em uma cidade do interior do estado de São Paulo, Brasil, que oferece programas em vinte e cinco áreas de conhecimento, sendo que a cada ano são abertas 93 para a Residência 1 - R1.

A amostragem foi composta por 15 médicos residentes, cuja a definição foi feita de maneira aleatória, diante do aceite do convite para participação. Uma vez aceito, o participante recebeu um *link* para acessar um questionário, a ser respondido de maneira autônoma online, a partir das orientações que recebe a respeito de como responder as questões. A estrutura do questionário é subdividida em 4 partes: Questionário Sócio demográfico, World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref), Índice de Bem-Estar Pessoal (IBP) e Ergonomic Workplace Analysis (EWA).

As respostas obtidas caracterizaram a amostra como sendo 80% do gênero feminino e 20% masculino, com idades variando entre 26 e 32 anos. Todos cursam residência de medicina na cidade de Marília – SP, Brasil, havendo uma distribuição homogeneia no início do curso, sendo que 33,3% iniciou a residência no ano de 2014, 33,33% em 2015 e 33,33% em 2016, que corresponde ao curso de R1 (33,3%), R2 (20%), R3 (33,3%) e R4 (13,3%).

Entre as especialidades de Residência que os entrevistados estão cursando identificou-se Reumatologia (13,3%), Ginecologia e Obstetrícia (40%), Dermatologia (26,6%) e Ortopedia (20%). Todos os participantes exercem a profissão de Médico, sendo que 33,3% em mais de um hospital, 26,6% em instituições públicas e em apenas um hospital, e 13,3% em Faculdades/escolas. Relativo à carga horária, foi identificado que 73,3% da amostra exerce sua profissão por mais de 40 horas semanais.

Nenhum dos residentes entrevistados citou sofrer de alguma doença crônica.

A segunda parte do questionário consiste no Protocolo de qualidade de Vida, WHOQOL – Bref (abreviado). Para responder tais questões, os participantes foram

orientados a escolher uma das alternativas que fosse mais apropriada ao sentimento que este acha da sua vida, levando em consideração seus valores, aspirações, prazeres e preocupações, tomando como referência as duas últimas semanas.

Os índices de avaliação podem variar, por isso é sempre destacado em cada uma das questões.

O quadro geral das respostas obtidas com a aplicação do WHOQL – Bref pode ser observado na Tabelas 01, a seguir.

Tabela 1: Quadro Geral Resultados WHOQL - Bref

Domínio	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	15,09	2,44	16,18	10,86	19,43	8,57
Psicológico	14,22	1,48	10,43	12,67	18,67	6,00
Relações Sociais	12,09	3,17	26,19	8,00	20,00	12,00
Meio Ambiente	14,90	2,28	15,28	11,50	18,00	6,50
Auto avaliação da QV	13,20	2,60	19,67	10,00	20,00	10,00
TOTAL	14,34	1,83	12,73	11,38	18,92	7,54

A terceira etapa consistiu na aplicação do Personal Wellbeing Index, Versão portuguesa traduzida pelo prof. José Luis Pais-Ribeiro.

Desenvolvendo uma análise descritiva, pode-se observar que quando os médicos residentes foram questionados a respeito do grau de satisfação com seu nível de vida, predominou a escolha do grau 5 por 33,3% dos participantes, que pode ser interpretada como sendo neutra. Observou-se ainda a escolha de 26,64% dos entrevistados pelo grau 9; 19,98% pelo grau 7; 13,32% pelo grau 8; e 6,66% pelo grau 10.

A questão 02 indagou a cerca do grau de satisfação com a saúde do entrevistado. As respostas obtidas mostraram-se em mesma porcentagem, 26,64%, para os graus 5, 8 e 9, e ainda 13,32% para o grau 6 e 6,66% para o grau 10.

Questionados na questão 3 relativo à satisfação com o que estão a conseguir obter da vida com o seu esforço, os entrevistados apresentaram os maiores percentuais de respostas próximo ao muito satisfeito, pois, observou-se que 46,62% responderam grau 7; 19,98% grau 9 e 10; sendo que somente 13,32% responderam grau 2.

O grau de satisfação com as relações pessoais foi questionado aos médicos residentes na questão 4. As respostas foram predominantemente por 26,64% como grau 7 e 8; 19,98% como grau 6; 13,32% como grau 3 e 6,666% responderam graus 9 e 10.

Na questão 5, os entrevistados foram questionados em relação ao grau de satisfação com a sua segurança, quando se deslocam pelas ruas. Para esse item houve o predomínio de respostas, 33,3%, como sendo grau 8; 19,98% como grau 0; 13,32% como graus 6, 9 e 10; e 6,66% como grau 7. Cabe destacar que somente esta questão e 7 apresentaram respostas com escolha de grau zero. Lembra-se ainda, que são as duas únicas questões que abordaram o aspecto segurança.

Os entrevistados, médicos residentes, quando questionados ao grau de satisfação com o sentimento de pertencer à sua comunidade (ao grupo de pertença de que faz parte, responderam predominantemente, 33,3%, como grau 7; 19,98% grau 10; 13,325 grau 5, 6 e 9; e 6,66% grau 4. Pode-se observar a predominância em respostas próximas ao grau máximo de satisfação – 10 (totalmente satisfeito).

A questão 7 abordou o grau de satisfação com a segurança do futuro. Os resultados mostraram-se predominantemente, 39,96%, como sendo grau 7; 19,98% como sendo grau 6; 13,32% grau 0 e 9; 6,66% graus 8 e 10.

Por fim a questão 8 questionou o grau de satisfação com a espiritualidade / religião. As respostas mostrou-se com uma distribuição homogênea, sendo que apesar da predominância do grau 8 em 33,3%, houve uma repetição do índice de 26,64% para o grau 4, 7 e 10, e aparece a escolha do grau 3 por 13,32% dos participante da pesquisa.

Por fim, na quarte etapa aplicou-se o *EWA – Ergonomic Workplace Analysis*, que foi respondido pelos residentes considerando o ambiente hospitalar, onde você desenvolve suas atividades de residência.

Lembra-se que de acordo com Moraes e Mont'Alvão (2010), o trabalho compreende qualquer atividade humana realizada com um propósito, particularmente se essa envolver algum grau de experiência ou esforço.

Relacionado ao espaço de trabalho pôde-se identificar o predomínio, em 46,62%, de respostas atribuídas ao índice 3 (nem todas as recomendações são seguidas: as posturas e movimentos adotados para o desenvolvimento das atividades são, portanto, inadequadas), seguida em 33,3% - 2 (existem limitações em atender às recomendações; entretanto, as posturas e movimentos para o desenvolvimento das atividades estão adequadas às necessidades da tarefa), 13,32% (há grandes desvios em relação aos padrões recomendados. A organização do espaço força o usuário a usar

posturas de trabalho ruins e tensas, bem como movimentos inadequados) e 6,66% (segue as recomendações das normas e é inteiramente ajustável pelo usuário).

Atividade física em geral foi considerada predominantemente como sendo ruim, 66,6%, pois as atividades dependem dos métodos de produção ou da organização do trabalho, sendo que o risco de um esforço excessivo devido a picos de carga de trabalho é relativamente frequente. Os demais entrevistados, 33,3%, a classificaram como sendo ruim, “atividade que depende inteiramente dos métodos de produção ou da organização do trabalho. O trabalho é razoavelmente pesado ou pesado, as pausas durante o trabalho não têm sido levadas em consideração. Ocorrem altos picos de carga de trabalho”.

De uma maneira geral o levantamento de cargas das atividades desenvolvidas foi considerado predominantemente como regular (66,6%), ruim e boa, pela mesma quantidade de entrevistados, 13,32%, e ótima (6,66%).

Posturas e movimentos foram classificados por 66,6% dos entrevistados como sendo regular, por 26,64% como ruim e por 6,66% como ótima.

Quando indagados a respeito das restrições no desenvolvimento das atividades, os entrevistados responderam predominantemente como sendo ruins (79,92%), ou seja, há ocasionalmente certas limitações no desenvolvimento das atividades e exige certo tempo de concentração. E 19,98% como sendo ótima, ao considerarem que as exigências das máquinas, processos, métodos de produção não limitam o desenvolvimento das atividades.

Os Riscos de acidentes foram considerados por 39,96% dos entrevistados como sendo regulares, ou seja, existem, mas não exigem preocupações; 26,64% como sendo pouco prováveis de ocorrerem e por 13,32% como sendo alta ocorrência.

Satisfação com as atividades desenvolvidas foi considerada como sendo regular por 53,28% dos entrevistados, como boa por 26,64%, ruim por 13,32% e ótima por 6,66%.

A comunicação entre trabalhadores e contatos pessoais foi considerada por 53,28% dos médicos residentes como sendo ruim, ou seja, é possível durante o dia de trabalho, mas ela é claramente limitada pela localização do posto, presença de ruído ou necessidade de concentração. Enquanto que 33,3% consideraram ótima (existe uma preocupação em fazer com que a comunicação e os contatos entre os trabalhadores sejam possíveis) e 13,32% péssima (a comunicação e o contato são completamente

limitados durante o turno de trabalho. Por exemplo, o trabalhador trabalha sozinho, à distância ou está isolado).

Enfocada a dificuldade da tomada de decisões, pela influencia do pelo grau de disponibilidade de informação e do risco envolvido na decisão. Os entrevistados, 46,64%, a consideraram como sendo boas, o trabalho é composto por tarefas que incluem informações, de forma que a comparação entre possíveis alternativas seja feita e a escolha dos modelos de atividade seja fácil. Enquanto que a mesma quantidade de entrevistados, 13,32%, a consideraram, ótima (uma vez que o trabalho é composto por tarefas que tem informações claras e não ambíguas) e ruim (o trabalho é composto por tarefas complicadas com várias alternativas de solução, sem possibilidade de comparação. É necessário que o trabalhador monitore seus próprios resultados); e 26,64% muito ruim (o trabalhador tem que fazer muitas escolhas sem informações suficientemente claras, para basear sua escolha. Uma decisão errada cria a necessidade de correção da atividade e do produto, ou cria sérios riscos pessoais).

Ao questionar a respeito da exigência de atenção, os entrevistados, em mesma quantidade, a consideraram como sendo média, grande e muito grande em 33,3%.

A Iluminação foi definida por 59,94% dos entrevistados como sendo boa, por 33,3% como regular e por 6,66% como ótima.

O mesmo se observou para a temperatura ambiente, que foi considerada predominantemente também como sendo boa 59,94%, e em mesma proporção, 13,32%, como sendo ruim, regular e ótima.

Por fim, o ruído ambiental foi classificado como sendo regular (66,6%), ruim e bom (13,32%) e ótimo (6,6%).

CONCLUSÃO

Essa pesquisa teve como objetivo desenvolver um estudo a respeito de como o médico residente se sente quanto à sua qualidade de vida, bem-estar subjetivo e aspectos ergonômicos, ao desempenhar suas atividades, durante o período em que cursa residência médica em ambiente hospitalar.

Após desenvolvido o estudo de caso, que utilizou as metodologias *World Health Organization Quality of Life-Bref* - WHOQOL-Bref, Índice de Bem-Estar Pessoal - IBP e o *Ergonomic Workplace Analysis* – EWA, tornou-se possível contatar, por meio das respostas obtidas, que os médicos residentes apresentaram predominantemente graus de satisfação quanto à qualidade de vida e bem-estar subjetivos próximos aos valores que expressam os graus máximos de satisfação. Conforme já descrito no capítulo anterior, onde foi apresentados os resultados e suas análises. Sendo que as questões que apresentaram maior insatisfação foram as que dizem respeito à segurança.

Especificamente no que tange os aspectos de análise ergonômica, sob o ponto de vista dos entrevistados, constatou-se insatisfações, que refletem problemas quanto ao ambiente onde desenvolvem suas atividades, de estudo e trabalho, posturas e movimentos adotados, riscos relacionados à necessidade de esforço excessivo devido à picos de carga de trabalho, levantamento de cargas, entre outras, que podem ser justificadas pelas grandes jornadas de trabalho e índices de exigências, enquanto concentração e dedicação para o exercício da profissão. No âmbito dos fatores ambientais (iluminação, temperatura e ruído) conforme esperado, por tratar-se de uma instituição que possui rigorosas normas para funcionamento, os médicos á classificaram como sendo predominantemente como sendo boas.

Ao final desse estudo pode-se concluir, conforme apresentado ao ser proposto, que a residência médica é um período de incertezas e grandes transformações, contexto

esse que justifica a continuidade desse estudo de maneira a buscar soluções para os problemas identificados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHONEN, Mauno; ILMARINEN, Raija; UORINKA, Ilkka; LAUNIS, Martti; LEHTELÄ, TIMO; LUOPAJAÄRVI, Tuulikki; SAARI, Jorma; SEPPALÄ, Pemtti; STÄLHAMMAR<Hannur. **Ergonomic workplace analysis**. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health, 1989.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TROCCOLI, B. T.. **Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo**. In: Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2004, 20 (2), 153 – 164.
- BORMIO, Mariana Falcão. **Avaliação Pós-Ocupação ambiental de escolas da cidade de Bauru (SP) e Lençóis Paulista (SP): um estudo ergonômico visto pela metodologia EWA**. Dissertação (Mestrado em Desenho Industrial - Ergonomia) Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação – UNESP, Bauru, 2007.
- BRENT, D. A.. **The residency as a developmental process**. J Med Educ. 1981; 56 (5):417 – 22.
- CAMPELL, A.; CONVERSE, P.; RODGERS, W.. **The quality of american life**. New York: Russell Sage Foundation. 1976.
- Cloninger (2004)
- DIENER, E.. **Subjective well-being**. Psychological bulletin, 1984, 95 (3), 542 – 575.
- FERREIRA, Mario César. **A Ergonomia da Atividade pode Promover a Qualidade de Vida no Trabalho? Reflexões de Natureza Metodológica**. In: Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 11, 1, jan-jun 2011, 8-20.
- FIEDLER, P.T.. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. São Paulo; 2008. Doutorado [Tese] — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva.

Flanagan, J.C.. **Measurement of quality of life: current state of the art.** In: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 1982, 63, 56-59.

FLECK, Marcelo PA et al.. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref".** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.2 [cited 2016-04-25], pp.178-183.

GONÇALVES, Anabela da Ascensão Pereira. **Bem-estar pessoal e satisfação profissional em profissionais de saúde oral.** Tese (mestrado) Instituto Superior de psicologia aplicada. 2008.

Horley (1984)

IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção.** 2º Edição ver. e ampl. São Paulo: Ed. Edgard Blücher, 2006.

LOURENÇÃO, Luciano Garcia. **Qualidade de vida de médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / SP.** Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, 2009.

LAU, A. L. D.; CUMMINS, R. A.. **Test-retest Reliability of the Personal Wellbeing Index.** In: Unpublished research report, The Hong Kong Polytechnic University. 2005. Disponível em: <http://www.acqol.com.au/iwbg/wellbeing-index/publications.php>. Acessado em 24/05/2016.

LUCIO, Cristina do Carmo. **Análise da acessibilidade de equipamentos médico-hospitalares para pacientes obesos da cidade de Bauru (SP).** Dissertação (Mestrado em Desenho Industrial - Ergonomia) Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação – UNESP, Bauru, 2007.

MENESES, R. F. **Promoção da qualidade de vida de doentes crônicos: contributos no contexto das Epilepsias.** Focais. Porto, Universidade Fernando pessoa & Fundação para Ciência e a Tecnologia. 2005.

MINAYO, Maria Cecília. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1) :7-18, 2000.

MORAES, Anamaria de; MONT'ALVÃO, Cláudia. **Ergonomia: conceitos e aplicações.** Rio de Janeiro: Ed. 2AB, 2010. 3º Edição.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes et al. **Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2006, vol.22, n.1, pp.131-140.

OTTON, Márcio Ludwig. **Avaliação ergonômica da multifuncionalidade.** Campinas, 1994. Dissertação (Mestre Engenharia de Produção). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

PAIS RIBEIRO, José Luis. **A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde.** Análise Psicológica (1994), 2-3 (XII): 179-191.)

Pais-Ribeiro, J.. **Quality of life – Are we talking about the same thing?** In: Educational Supplement of the 23rd ESPEN Congress (pp.61-63), 2001, Munich: ESPEN Commitee Publications.

PAIS RIBEIRO, J. L.. **A Qualidade de Vida Tornou-se um Resultado Importante no Sistema de Cuidados de Saúde.** In: Revista de Gastreterologia & Cirurgia, 2002, XIX (103),159-173..

PAIS RIBEIRO, J. L..**Quality of life is a primary end-point in clinical settings.** In: Clinical Nutrition, 2004, 23, 121–130.

PAIS RIBEIRO, J. L.; CUMMINS, R.. **O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala.** In: I. Leal, J.; Pais Ribeiro, J. L.; Silva, S.Marques (Edts.). Actas do 7º Congresso nacional de Psicologia da Saúde, 2008, (pp.505-508). Lisboa:

SEIDL, E. M.; ZANNON, C.M. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** In: Cad Saúde Pública. 2004; 20(2): 580-8.

TIRONI, Márcia Oliveira Staffa; NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes; BARROS, Dalton de Souza; REIS, José Farias Borges; MARQUES FILHO, Edson Silva; ALMEIDA, Alessandro; BITENCOURT, Almir; FEITOSA, Ana Isabela Ramos; NEVES, Flávia Serra; MOTA, Igor Carlos Cunha; FRANÇA, Juliana; BORGES, Lorena Guimarães; LORDÃO, Manuela Barreto de Jesus; TRINDADE, Maria Valverde; TELES, Marcelo Santos; ALMEIDA, Mônica Bastos T.; SOUZA, Ygor Gomes de. **O trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de burnout) em médicos intensivistas de salvador.** In: Rev Assoc Med Bras 2009; 55(6): 656-62.

TORRES, Albina Rodrigues; RUIZ Tânia; MULLER, Sérgio Swain; LIMA, Maria Cristina Pereira. **Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma**

autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. In: *Rev. Bras Epidemiol* 2011; 14(2): 264-75.

Veenhoven, R..**The four qualities of life- ordering concepts and measures of the good life.** *Journal Of Happiness Studies*, 2000, 1, 1-39.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Study protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL).** *Rev. Qual. Life*, Oxford, v.2, n.2, p.153-159, 1993.

The WHOQOL Group. **Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment.** *Psychol Med.* 1998;28:551-8.

<http://www.abergo.org.br>