

Percepção da Qualidade de Vida entre Médicos Anestesiologistas e Não Anestesiologistas

Helena Maria Arenson-Pandikow, TSA¹, Leandro Turra Oliviera², Carmen Regina Bortolozzo³, Simone Petry⁴, Thiago Fonseca Schuch⁴

Resumo: Arenson-Pandikow HM, Oliviera LT, Bortolozzo CR, Petry S, Schuch TF – Percepção da Qualidade de Vida entre Médicos Anestesiologistas e Não Anestesiologistas.

Justificativa e objetivos: A literatura aponta fatores da rotina com impacto negativo sobre a qualidade de vida dos anestesiologistas. Este trabalho se propõe a comparar a percepção da qualidade de vida de anestesiologistas e médicos não anestesiologistas.

Método: Estudo transversal procedente de três questionários específicos (epidemiológico, WHOQOL-BREF e SF-12®) aplicados em anestesiologistas (Grupo A) e não anestesiologistas (Grupo NA), de um hospital universitário e em um terceiro grupo de anestesiologistas do interior do estado (Grupo I). As análises das variáveis epidemiológicas e as relacionadas aos domínios de qualidade de vida do WHOQOL foram interpretadas pelo emprego de análise multivariada (programa SPSS).

Resultados: O número de respondentes do WHOQOL-BREF no Grupo A = 67; Grupo NA = 69; Grupo I = 53. O grupo de anestesiologistas do interior (Grupo I) foi excluído do estudo por falta de amostra adequada para as análises estatísticas. No seguimento, o total de respondentes para aferir o escore SF-12® foi de 61 no Grupo A e 68 no NA. Para a ferramenta WHOQOL-BREF, os escores do domínio físico foram $72,97 \pm 11,78$ para A e $77,17 \pm 10,85$ para NA ($p < 0,05$), no psicológico $66,44 \pm 13,66$ para A e $71,79 \pm 11,48$ para NA ($p < 0,05$), no domínio de relacionamento social $64,67 \pm 19,08$ para A e $73,36 \pm 15,37$ para NA ($p < 0,01$) e no domínio meio ambiente $68,14 \pm 11,56$ para A e $72,37 \pm 10,07$ para NA ($p < 0,05$). No SF-12® os componentes físico e mental não mostraram diferenças estatísticas.

Conclusões: A percepção da qualidade de vida dos anestesiologistas foi consistentemente inferior a dos médicos em geral, para a amostra estudada.

Unitermos: ANESTESIA, Especialidade; ANESTESIOLOGISTA, Qualidade de Vida.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

O médico passa praticamente todo o seu tempo em vigília no exercício da profissão. No atendimento aos pacientes, em reuniões, em trabalhos inesperados e na necessidade de atualização/educação continuada, ocorre uma sobrecarga gradual e crescente. Resta uma sufocante sensação de que, na verdade, ele se resignou a conviver com menos do que o mínimo e criou um abismo crescente entre as preocupações mais prementes no espectro da vida cotidiana e familiar e no anseio sobre o futuro¹. Nesse panorama ocorre prejuízo

no sono, alteração da psicoestrutura, da autoestima e do desempenho profissional, sobrando sentimentos contraditórios. De um lado, o prazer de exercer a profissão de escolha. No outro, vê-se dentro do sistema de saúde que virou uma engrenagem para viabilizar atendimentos em massa, sentindo-se descartável; uma mera peça de reposição. A tão prezada autonomia tornou-se encapsulada. O médico perdeu sua liberdade. Neste contexto, o anestesiologista, por peculiaridade própria da especialidade, convive com situações adicionais de estresse decorrentes da privação de sono por chamados noturnos, ambiente de trabalho altamente mutante que incorpora poluição sonora (equipamentos cirúrgicos e de aspiração, eletrocautérios, monitores e alarmes, ventiladores entre outros), exposição a radiação, calor ou frio excessivo, cadeiras desconfortáveis e salas cirúrgicas mal projetadas^{2,3}. Outros fatores relevantes recaem na falta de controle sobre a carga de trabalho e a dificuldade de comunicação com a equipe, sem mencionar a subordinação permanente à agenda dos cirurgiões⁴.

Na literatura, consideráveis contribuições dão respaldo à prevalência de alterações psicofisiológicas que estão ligadas ao desempenho profissional⁵⁻⁸. Tais evidências exigem reflexão e requerem mudanças estruturais no ambiente anestésico. A começar pela identificação de fatores intangíveis, prejudiciais à qualidade de vida no trabalho, os quais, por não serem reconhecidos, não são devidamente solucionados.

Recebido do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

1. PhD, Universidade de Londres Inglaterra; Corresponsável CET/SBA Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória (SAMPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Professora Associada de Anestesiologia, Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina (FAMED), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

2. Intensivista Pediátrico Anestesiologista; SAMPE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

3. Anestesiologista Especialista em Dor e Medicina Paliativa; SAMPE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

4. Anestesiologista; Contratado do SAMPE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Submetido em 3 de maio de 2011.

Aprovado para publicação em 3 de agosto de 2011.

Correspondência para:

Dra. Helena Maria Arenson-Pandikow
Rua André Puente, 185 Ap. 701
Bairro Independência
90035150 – Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: hpandikow@hcpa.ufrgs.br

O presente estudo propõe a avaliação da qualidade de vida de anestesiológicas e de um grupo-controle de médicos não anestesiológicas representativos da população médica do Rio Grande do Sul, para verificação comparativa da real situação do anestesiológica no nosso meio.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo

Transversal, analisando os dados coletados de três formulários específicos que foram aplicados de forma anônima aos participantes do projeto entre o período de agosto de 2007 e março de 2008. O primeiro questionário: epidemiológico relacionado à rotina de trabalho; o segundo: *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL-BREF)*; e o terceiro: SF-36® (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) na sua versão simplificada; SF-12®.

Definição dos grupos e tamanho da amostra

Grupo A, composto por médicos anestesiológicas que trabalham no Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória (SAMPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O Grupo NA incorporou médicos de diversas especialidades, não anestesiológicas, que também trabalham no HCPA. Esta amostra foi selecionada proporcionalmente às especialidades registradas no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. O Grupo I consistiu em anestesiológicas oriundos

de três cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul. Foram excluídos os médicos que se negaram a participar do projeto ou que não assinaram o termo de consentimento, aqueles com preenchimento incompleto dos formulários e os médicos que exerciam sua atividade profissional tanto na capital quanto no interior do estado. Considerando o limite do número de médicos contratados do SAMPE (70 contratados), para se obter $\alpha = 0,05$ e $\beta = 80\%$ foi necessário um tamanho amostral de 64 indivíduos em cada grupo.

Análise estatística

Os dados obtidos foram armazenados em banco específico, utilizando a planilha de dados Excel Microsoft® e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para o estudo das variáveis epidemiológicas. Os escores de qualidade de vida foram processados pelos modelos específicos de cada ferramenta utilizada e as correlações com as variáveis epidemiológicas foram obtidas por análise multivariada. Em todas as análises foram considerados dois desvios padrões, menores que 0,05, como significativamente estatísticos.

RESULTADOS

Os resultados do questionário epidemiológico aplicado nos três grupos estão descritos na Tabela I.

Os Grupos A e I não diferiram estatisticamente em relação ao Grupo NA quanto a idade, noites de sobreaviso e/ou

Tabela I – Resultados do Questionário Epidemiológico Aplicado nos Três Grupos

	Grupo NA Não Anestesiológicas (n = 69)	Grupo A Anestesiológicas da capital (n = 67)	Grupo I Anestesiológicas do interior (n = 53)
Sexo masculino	56,4%	48,5%	83% p < 0,01
Tempo de formado	15,81 p < 0,05	12,54	15,55 p < 0,05
Horas trabalhadas diariamente	9,91 ± 2,79	9,32 ± 2,58	11,20 ± 1,59 p < 0,01
Turnos de repouso semanal	1,83 ± 2,05	2,12 ± 1,34	0,97 ± 0,80 p < 0,01
Chamado noturno*	2,19 ± 3,12	1,68 ± 1,74	2,83 ± 1,72 p < 0,01
Relação de hierarquia no trabalho	47,2% p < 0,01	89,7%	98,6%
Relação com equipe de trabalho	Prazerosa 63,8% p < 0,01	Respeitosa/estressante 56,8%	Respeitosa/estressante 65,4%
Participação evento científico no último ano	94,1% p < 0,01	66,2%	58,4%
Artigo lido*	89,1% p < 0,01	76,5%	67,9%
Períodos de 7 ou mais dias de férias/ano	2 períodos 77,6%	2 períodos 64,1%	3 ou mais períodos 88,5% p < 0,01

*Duas últimas semanas.

plantão durante a semana ou finais de semana e prática de atividade física ou de lazer.

O número total de participantes em cada grupo para o escore WHOQOL-BREF foi de 67 anesthesiologistas da capital (A), 69 médicos não anesthesiologistas (NA) e 51 anesthesiologistas do interior (I) e para o escore SF-12 foi de 61 (A), 68 (NA) e 52 (I). Como o grupo do interior não atingiu o n necessário para a aplicação dos escores de qualidade de vida, este não pode ser incluído no seguimento da análise do trabalho.

Tabela II – Número Total de Participantes em Cada Grupo para o Escore WHOQOL-BREF

Domínios	Anesthesiologistas capital (A)	Médicos não Anesthesiologista (NA)
Físico	72,97 ± 11,78 (p < 0,05)	77,17 ± 10,85
Psicológico	66,44 ± 13,66 (p < 0,05)	71,79 ± 11,48
Relações sociais	64,67 ± 19,08 (p < 0,01)	73,36 ± 15,37
Meio ambiente	68,14 ± 11,56 (p < 0,05)	72,37 ± 10,07
Qualidade geral (overall)	62,31 ± 19,15 (p < 0,01)	72,82 ± 14,05

Tabela III – Número Total de Participantes em Cada Grupo para o Escore SF-12

	Anesthesiologistas capital Grupo A	Médicos não Anesthesiologistas Grupo NA
PCS*	55,24 ± 4,91	55,78 ± 4,28
MCS*	48,03 ± 10,80	51,07 ± 8,77

*PCS: *physical component summary*; *MCS: *mental component summary*.

Tabela IV – Análise Multivariada: Anesthesiologistas da Capital vs Médicos Não Anesthesiologistas

Domínios	Pior relação com equipe de trabalho	Menor tempo dedicado à atualização	Menor experiência profissional
Físico			
Psicológico	x		
Relações sociais	x	x	
Meio ambiente			x
Qualidade Geral (overall)	x		

O grupo de anesthesiologistas da capital apresentou escores significativamente inferiores aos do grupo de médicos não anesthesiologistas na ferramenta WHOQOL-BREF (Tabela II) nos domínios: físico, psicológicos, relação social, meio ambiente e qualidade de vida geral. Já os escores da ferramenta SF-12® (Tabela III) não diferiram significativamente entre os grupos.

Quando realizada a regressão multivariada (Tabela IV), para correlacionar as variáveis epidemiológicas com os escores alterados dos anesthesiologistas da capital, a menor participação em eventos científicos foi preditor de escores mais baixos no domínio meio ambiente, o pior relacionamento com a equipe de trabalho foi preditor de escores mais baixos nos domínios: psicológico, relações sociais e qualidade geral e o menor tempo de formado foi preditor de menores escores no domínio meio ambiente.

DISCUSSÃO

A literatura está repleta de trabalhos que relatam diferentes tipos de estresse a que estão submetidos os anesthesiologistas²⁻⁸, mas não há estudo específico que balize a sua percepção da qualidade de vida quando comparada com a dos médicos no geral. Em contrapartida, o nível de satisfação do anesthesiologista com a profissão é elevado^{4,9}, fato que poderia amenizar variáveis conjunturais duras e contribuir para melhor percepção de sua qualidade de vida. Todavia, nossos dados não apóiam essa suposição. Ao comparar os anesthesiologistas da capital com médicos em geral, ficou evidente que a “qualidade de vida” deles foi inferior em diversos aspectos da análise. Quando a mesma comparação foi pretendida com “anesthesiologistas do interior”, o tamanho da amostra do grupo não foi suficiente.

Os fatores que podem interferir no nível da qualidade de vida dos anesthesiologistas já foram bem lançados em publicações²⁻⁸. Recentemente Mansour¹⁰, ao comparar um grupo de anesthesiologistas com pacientes diabéticos e demais funcionários de um mesmo hospital, demonstrou escores gerais de fadiga significativamente maiores em anesthesiologistas. Chia¹¹ apontou para a relação inversa entre exaustão emocional e satisfação profissional ao analisar dados dos residentes em anestesia. Nyssen e col.⁴ documentaram que, apesar dos níveis médios de estresse mensurados de anesthesiologistas não terem sido superiores aos dos trabalhadores em geral, 40% destes apresentavam sofrimento emocional (*burnout syndrome*), com taxas mais elevadas entre residentes jovens. Nos programas americanos de residência em anestesia, foi detectado, após três anos da implantação de limites para horas de plantão, melhora no bem-estar dos residentes¹². Outros dados reforçam a tendência crescente entre anesthesiologistas americanos e australianos em reduzir a carga semanal de trabalho diretamente relacionada com anestesia¹³.

No presente estudo, que aplicou a ferramenta WHOQOL BREF devidamente validada^{14,15}, inclusive para grupos em ambiente laboral¹⁶, o Grupo A, de anesthesiologistas da capital, apresentou escores significativamente inferiores de qualidade de vida na totalidade dos domínios analisados (psicológico, relacionamento social, meio ambiente e físico). Contudo, na aplicação da ferramenta SF-12® não houve detecção de diferenças entre os grupos. Isso poderia ser atribuído ao instrumento, mais indicado para aferir desfechos clínicos e diferenciar estados de saúde quando comparado

ao WHOQOL-BREF¹⁷. Com efeito, a presente abordagem não tratou de populações com comorbidades específicas e tampouco grupos com alguma espécie de doença limitante. Mais, com respeito à escolha da versão simplificada da ferramenta (12 questões), que abreviaria tempo no preenchimento de três questionários, o tamanho da amostra no HCPA ficou reduzida para a obtenção apropriada de resultados.

Quanto ao grupo de anesthesiologistas do interior, cuja avaliação ficou inviabilizada por não apresentar um n estatisticamente suficiente, buscaremos ampliar esta enquete para outras localidades do estado.

Com base no perfil de trabalho da Tabela I, a análise multivariada acusa uma relação positiva entre os escores inferiores dos anesthesiologistas da capital e a pior relação destes com a equipe de trabalho. Este achado vem fortalecer as colocações de Jenkins e col.⁹ sobre o impacto significativo da postura do cirurgião frente ao anesthesiologista, e sua satisfação como profissional. A real importância deste componente tornou-se ainda mais evidente quando demonstramos no nosso estudo esta relação em mais de um domínio (psicológico e relações sociais) e no *overall*. Outros escores inferiores relacionados ao fator menor tempo dedicado a atualização, no domínio relações sociais, dão indício da importância de viagens para congressos, frequência aos seminários fora do ambiente de trabalho e discussões de artigos, entre outros, indispensáveis para a renovação/aquisição de habilidades cognitivas, afetivas e sociais. O grupo de Kinz e col.¹⁸ pautou bem a relevância das relações sociais e pessoais (maior tempo de leitura, cultivo de amizade, relações familiares) ao mostrar a maior confiança do anesthesiologista nas suas habilidades pessoais e intelectuais para lidar com as demandas diárias, superando até mesmo o suporte de colegas ou superiores. Na presente análise, o menor tempo de profissão mostrou correlação com escores inferiores no domínio meio ambiente, onde são avaliadas situações como segurança, qualidade do ambiente de trabalho e mobilidade. O estudo de Morais e col.¹⁹ favorece esses achados ao constatarem elevados níveis de estresse entre anesthesiologistas, sendo que o maior tempo de experiência profissional se correlacionou a índices menores de fadiga emocional. A troca mais frequente de local de trabalho causaria menos estresse, privilégio comumente adquirido só após o passar dos anos.

Na nossa busca por elementos ligados à qualidade de vida no trabalho dos anesthesiologistas quando comparados aos médicos em geral, além das limitações atribuídas ao tamanho da amostra, caberia referir uma característica peculiar no que refere profissionais vinculados a um hospital escola e, portanto, recebendo maior cobrança em termos acadêmicos. Essa condição, igualmente válida para o grupo-controle, pode não representar adequadamente médicos atuantes em instituições que não são de ensino. Ficou claro, contudo, que no caso específico de anesthesiologistas, sua percepção de qualidade de vida é bem inferior a dos demais médicos.

CONCLUSÕES

A percepção da qualidade de vida dos anesthesiologistas foi consistentemente inferior a dos médicos em geral para a amostra específica. O resultado deste estudo contribui com informações de significado para nortear ações saneadoras, sejam essas de caráter individual, em equipes ou de órgãos representativos da classe, sobre a conjuntura organizacional, ambiental e de logísticas de trabalho, possivelmente comprometedoras do bem-estar ocupacional da classe. Mais pesquisa torna-se necessária para verificar quais são as possíveis diferenças na QV dos anesthesiologistas atuantes em regiões fora da capital.

REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. Editorial da Revista do CREMERS nº43, junho de 2007.
2. Weinger MD, Englund CE – Ergonomic and human factors affecting anesthetic vigilance and monitoring performance in the operating room environment. *Anesthesiology*, 1990;73:995-1021.
3. Berry AJ, Katz JD – Hazards of working in the operating room. In Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, eds. *Clinical anesthesia*. 2nd ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1992;89-114.
4. Nyssen AS, Hansez I, Baele P et al. – Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*, 2003;90:333-337.
5. Jackson SH – The role of stress in anaesthetists' health and well-being. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1999;43:538-602.
6. Xiao Y, Mackenzie CF, Bernhard W et al. – Dynamics of stress during elective and emergency airway management. *Anesthesiology*, 1996;85(3A):A957.
7. Toung TJ, Donham RT, Rogers MC – Effect of previous medical training on the stress of giving anesthesia. *Anesthesiology*, 1986;65(3A):A473.
8. Azar I, Sophie S, Lear E – The cardiovascular response of anesthesiologists during induction of anesthesia. *Anesthesiology*, 1985;63(3A):A76.
9. Jenkins K, Wong D – A survey of professional satisfaction among Canadian anesthesiologists. *Can J Anesth*, 2001;48(7):637-645.
10. Mansour A – The occupational fatigue in anesthesiologists: illusion or real? *Middle East J Anesthesiol*, 2010;20(4):529-534.
11. Chia AC – Comparison of stress in anaesthetic trainees between Hong Kong and Victoria, Australia. *Anaesth Intensive Care*, 2008;36(6):855-862.
12. Swide CE – Duty hours restriction and their effect on resident education and academic departments: the american perspective. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2007;20(6):580-584.
13. McIntosh CA, Macario A, Streatfield K – How much work is enough? Results of a survey of US and Australian anesthesiologists' perception of part-time practice and part-time training *Anesthesiology Clin*, 2008;26:693-705.
14. The WHOQOL Group – Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assessment 1998*. *Psychol Med*, 1998;28:551-558.
15. Fleck MPA, Moreno AB, Faerstein E et al. – Propriedades psicométricas do instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2006;22(12):2585-2597.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M et al. – Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida 'WHOQOL-bref'. *Rev Saúde Pública*, 2000;34(2):178-83.
17. Huang IC, Wu A, Frangakis C – Do the SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from Ta population. *Quality of Life Research*, 2006;15:15-24.
18. Kinz JF, Traweger C, Trefalt E et al. – Work stress and gender-dependent coping strategies in anesthesiologists at a university hospital *J Clin Anesth*, 2007;19:334-338.
19. Morais A, Maia P, Azevedo A et al. – Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol*, 2006;23(5):433-439.