

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – UNIFENAS

Ana Luiza de Sousa Lima Cerqueira Araújo

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES DE ORTOPEDIA
BRASILEIROS**

Belo Horizonte

2018

Ana Luiza de Sousa Lima Cerqueira Araújo

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES DE ORTOPEDIA
BRASILEIROS**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional
da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS,
como requisito para obtenção do título de Mestre em
Ensino em Saúde.**

Orientadora: Prof. Dra. Eliane Perlatto Moura

Belo Horizonte

2018

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

61-057:617.3

A663a

Araújo, Ana Luiza de Sousa Lima Cerqueira.

Avaliação da Qualidade de Vida dos Residentes de Ortopedia
Brasileiros [manuscrito] / Ana Luiza de Sousa Lima Cerqueira Araújo.
-- Belo Horizonte, 2018.

102f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano,
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde,
2017.

Orientadora : Prof^a. Dr^a. Eliane Perlatto Moura.

1. Qualidade de Vida. Médicos residentes. Ortopedia.
I. Moura, Eliane Perlatto. II. Título.

Bibliotecária responsável: Kely A. Alves CRB6/2401



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Vice-diretora de Pesquisa e Pós Graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

Certificado de Aprovação

“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS RESIDENTES DE ORTOPEDIA BRASILEIROS”

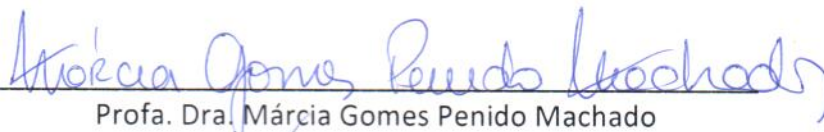
AUTORA: Ana Luiza de Sousa Lima Cerqueira Araújo

ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura

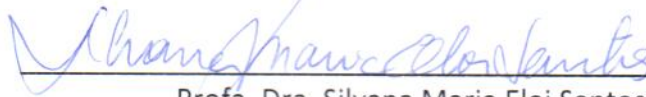
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Profa. Dra. Eliane Perlatto Moura



Profa. Dra. Márcia Gomes Penido Machado



Profa. Dra. Silvana Maria Eloi Santos

Belo Horizonte, 27 de abril de 2018.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Eliane Perlatto Moura, pela competência, amizade e paciência para me guiar pelos caminhos do conhecimento.

Ao meu pai, Nelson Baisi Cerqueira, pelo exemplo de competência, dedicação, seriedade e carinho com sua família e seus pacientes e por me inspirar a seguir o nobre caminho da Medicina e da Ortopedia.

À minha mãe, Camita, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas na vida, pelo exemplo de mulher forte e decidida.

Ao meu irmão Eduardo, por sempre confiar em minhas decisões e sempre ficar na minha retaguarda e proteção.

Ao meu marido Rodrigo, grande companheiro na vida e na Ortopedia, por todo amor e suporte.

Aos meus queridos filhos, Dante e Bruno, pelo amor incondicional, e por tornarem-me cada vez mais forte e humana.

Aos professores e colegas do Mestrado em Ensino em Saúde da Unifenas, pela caminhada tão inspiradora e agradável.

Aos meus residentes, minha motivação primeira, que os resultados deste trabalho lhes possam ser úteis.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão dessa nova etapa!

Meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A residência médica é caracterizada por um período de desenvolvimento pessoal e profissional marcado por diversas mudanças de estilo de vida, que podem levar a um prejuízo na saúde física e mental, interferindo na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos residentes de Ortopedia brasileiros, e os fatores que a influenciam. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, transversal e quantitativo que foi conduzido por meio de questionário autorrespondido para avaliação da qualidade de vida dos residentes de Ortopedia do Brasil. Foram utilizados o questionário WHOQOL-Abreviado de Qualidade de Vida e um questionário sociodemográfico elaborado pela pesquisadora. **Resultados:** Participaram deste estudo 250 residentes de Ortopedia, do terceiro ano. Observou-se que o residente do terceiro ano (R3) de Ortopedia brasileiro caracteriza-se por ser, em sua maioria, do sexo masculino, com idade média de 30 anos, solteiro, sem filhos, de cor branca, morar sozinho, possuir automóvel próprio, ter pais com nível de escolaridade superior completo ou pós-graduação, ter até 6 anos de formado, não apresentar outra especialidade médica e já ter escolhido a subespecialidade em Ortopedia. Em relação aos hábitos de vida, em sua maioria não são fumantes, bebem, encontram-se acima do peso, apesar de praticarem atividades físicas regularmente. Apresentam qualidade de sono regular a ruim e não utilizam medicamento de uso contínuo. Em relação aos hábitos de estudo, relatam estudar em média 1 a 4 horas/dia, estudam em LAPTOPS/TABLETS, utilizam conteúdos on-line como fonte para estudo, têm acesso a banco de dados médico-científicos e dominam a língua inglesa. Em relação aos hábitos de trabalho, a maioria encontra-se nas capitais, dá plantões além do exigido pela residência, trabalhando em torno de 41 a 80 horas semanais, recebe bolsa ou compensação financeira e avalia seu desempenho na residência em 7,4 (escala de 1 a 10) e o seu serviço de residência em 7,4 (escala de 1 a 10). O serviço de residência situa-se na capital e possui biblioteca básica, bem como, reuniões clínicas semanais. Observou-se neste estudo, que os residentes distribuíram-se em três grupos com graus de Qualidade de Vida distintos (com diferença significativa entre eles): grau III > grau II > grau I. Os indivíduos do grupo grau três, que apresentaram maiores pontuações em todos os domínios (71,7 a 81,1), na sua maioria caracterizam-se por já terem escolhido a subespecialidade na Ortopedia, apresentar uma excelente/boa qualidade de sono, autoavaliar-se bem em seu desempenho na residência médica. **Conclusão:** Esse estudo possibilitou a caracterização do residente de Ortopedia e dos serviços de residência de Ortopedia brasileiros, sob a ótica do residente, e a identificação dos fatores que influenciam na Qualidade de Vida dos mesmos.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida. Médicos residentes. Ortopedia.

ABSTRACT

Main Objective: To evaluate the quality of life of Brazilian orthopedic residents and the factors that influence it. **Method:** This was a descriptive, cross-sectional and quantitative study that was conducted through the self-administered questionnaire to evaluate the quality of life of Brazilian orthopedic residents. The WHOQOL-Bref Quality of Life questionnaire and a sociodemographic questionnaire prepared by the researcher were used. **Results:** 250 third-year orthopedic residents participated in this study. It was observed that the resident of the third year (R3) of Brazilian orthopedics is characterized by the majority of males, average 30 years old, single, without children, white, living alone, owning a car, having parents with a college or university degree, up to 6 years of training, there is no other medical specialty and has already chosen the subspecialty in orthopedics. Regarding lifestyle habits, most are not smokers, they drink, are overweight, although they practice regular physical activities. They have poor and regular sleep quality and do not use continuous use medication. In relation to study habits, they study on average 1 to 4 hours / day, study in LAPTOPS / TABLETS, use online content as a source for study, access medical-scientific database and dominate the English language. Related to work habits, most of them live in the capitals, work on medical shifts beyond the required by the medical residence, working 41 to 80 hours a week, earn financial compensation or scholarship, and evaluate its performance in the residence in 7.4 (scale of 1 to 10) and your residence service at 7.4 (scale from 1 to 10). The residence service is located in the capital and has basic library as well as weekly clinical meetings. It is observed in the study that it is distributed in three groups with different degrees of quality of life (grade different among them): grade III > grade II > grade I. The residents of the grade three group, which presented higher scores in all domains (71.7% to 81.1%), that is, presented better quality of life, most of them characterized by having already chosen the subspecialty in orthopedics, presenting excellent / good sleep quality, self-evaluating well in their performance in the medical residency and evaluate your medical residency service well. **Conclusion:** This study allowed the characterization of the Brazilian orthopedic resident and the Brazilian orthopedic residency services, from the perspective of the resident, and an identification of the factors that influence their quality of life.

Keywords: Quality of Life. Medical residents. Orthopedic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	- Distribuição dos residentes quanto aos 3 grupos criados (<i>Clusters</i>) no que se refere ao grau de Qualidade de Vida de acordo com a Análise de Conglomerados, baseando-se nos 4 fatores do questionário que avalia a Qualidade de Vida.....	60
Gráfico 2	- Média dos 10 fatores gerados pela Análise Fatorial em relação aos 3 grupos (<i>Clusters</i>) de residentes formados pela Análise de Conglomerados.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis pessoais	33
Tabela 2 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis de formação médica	35
Tabela 3 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de vida.....	37
Tabela 4 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de estudo	38
Tabela 5 - Caracterização dos residentes em relação às características do serviço da residência	40
Tabela 6 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de trabalho	42
Tabela 7 - Caracterização dos residentes em relação às outras variáveis de interesse	43
Tabela 8 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores do questionário que avalia a Qualidade de Vida	44
Tabela 9 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se as variáveis pessoais	45
Tabela 10 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se as variáveis de formação médica	48
Tabela 11 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se os hábitos de vida	49
Tabela 12 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se os hábitos de estudo.....	52
Tabela 13 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se as características do serviço da residência.....	55
Tabela 14 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se os hábitos de trabalho	56
Tabela 15 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se as outras variáveis de interesse.....	58
Tabela 16 - Média dos 4 fatores do questionário que avalia Qualidade de Vida em relação aos 3 grupos (<i>Clusters</i>) de residentes formados pela Análise de conglomerados.....	60
Tabela 17 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis pessoais, considerando-se os grupos formados pela análise de conglomerados.....	62
Tabela 18 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis de formação médica, considerando-se os grupos formados pela análise de conglomerados.....	64

Tabela 19 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de vida, considerando-se os grupos formados pela análise de conglomerados	65
Tabela 20 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de estudo, considerando-se os grupos formados pela análise de conglomerados.....	66
Tabela 21 - Caracterização dos residentes em relação às características do serviço da residência, considerando-se os grupos formados pela análise de conglomerados.....	69
Tabela 22 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de trabalho, considerando-se os grupos formados pela análise de conglomerados.....	70
Tabela 23 - Caracterização dos residentes em relação às outras variáveis de interesse, considerando-se os grupos formados pela análise de conglomerados.....	71
Tabela 24 - Caracterização dos residentes em relação à autoavaliação da Qualidade de Vida e satisfação com a saúde	72
Tabela 25 - Caracterização dos residentes em relação à Qualidade de Vida, considerando-se os fatores	73
Tabela 26 - Medidas descritivas de cada uma das 26 questões que compõem o questionário que avalia a Qualidade de Vida residente.....	74

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CBOT	Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia
QV	Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
QVE	Qualidade de Vida dos Estudantes
R 3	Médico cursando o terceiro ano de residência
SBOT	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
SF-36	Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey
TCLE	Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido
TEOT	Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia
WHOQOL- Bref	World Health Organization Quality of Life-Bref
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life-100
WHOQOL- Abreviado	World Health Organization Quality of Life-Abreviado
WHOQOL GROUP	World Health Organization Quality of Life Group

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Conceito de Qualidade de Vida	12
1.2	Qualidade de Vida e saúde	14
1.3	Instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida	15
1.4	Qualidade de Vida e formação médica	17
1.5	A Residência Médica	18
1.6	A Residência de Ortopedia e Traumatologia	20
2	JUSTIFICATIVA	22
3	OBJETIVO	23
3.1	Objetivo Geral	23
3.2	Objetivos Específicos	23
4	METODOLOGIA	24
4.1	Desenho do estudo	24
4.2	População alvo	24
4.3	Tamanho amostral	24
4.4	Crítérios de inclusão	25
4.5	Crítérios de exclusão	25
4.6	Instrumentos para coleta de dados	25
4.6.1	<i>Questionário Sociodemográfico</i>	25
4.6.2	<i>Questionário WHOQOL-Abreviado</i>	28
4.7	Aspectos éticos	29
4.8	Processamento e análise dos dados	30
4.8.1	<i>Estatísticas descritivas</i>	30
4.8.2	<i>Análise de conglomerados</i>	30
4.8.3	<i>Teste t de Student para amostras independentes</i>	31
4.8.4	<i>Análise de variância com 1 fator</i>	31
4.8.5	<i>Teste do Qui-Quadrado</i>	31
4.8.6	<i>Probabilidade de significância (p)</i>	32
5	RESULTADOS	33
5.1	Caracterização dos residentes em relação às variáveis de interesse	33
5.2	Avaliação da influência das variáveis de interesse nos escores médios dos fatores	

	que avaliam a Qualidade de Vida	44
5.3	Análise de conglomerados	60
5.4	Comparação dos conglomerados em relação às variáveis de interesse	61
5.5	Medidas descritivas do WHOQOL-Abreviado.....	72
6	DISCUSSÃO	75
7	CONCLUSÃO.....	82
8	SUGESTÕES	84
	REFERÊNCIAS	85
	ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 Conceito de Qualidade de Vida

A preocupação com o tema da influência da Qualidade de Vida na saúde, remonta à antiguidade e persiste cada vez mais constante e atual. Aristóteles, em 384 e 322 a.C., Hipócrates, em 460 e 370 a.C. e Galeno em 132 e 200 d.C afirmavam que a felicidade estava associada ao bem-estar e que a saúde estava relacionada equilíbrio (GORDON, 2002; DINIZ; SCHOR, 2006).

Epicteto, filósofo estóico do Império Romano, que viveu entre 55 e 135 d.C., influenciou grandes pensadores com suas obras. Seus preceitos para uma vida de qualidade consistiam em dominar os desejos, desempenhar as obrigações e aprender a pensar com clareza a respeito de si mesmo e de seu relacionamento com a comunidade, fundamentos da moderna psicologia de auto gerência (FIEDLER, 2008).

Entretanto, o termo “Qualidade de Vida” (QV) ganhou força, principalmente, no período posterior à Segunda Guerra mundial, nos Estados Unidos, onde, inicialmente, foi utilizado para avaliar o impacto da aquisição de bens materiais na qualidade de vida das pessoas e, logo após, também passou a englobar a avaliação dos avanços alcançados nas áreas de educação, saúde e economia (CARR; THOMPSON; KIRVAN, 1996).

Na década de 1970, a qualidade de vida passou a ser ainda mais utilizada como uma reação aos critérios economicistas que regem os chamados informes sociais, de contabilidade social ou estudos de nível de vida. Posteriormente, nos anos noventa do mesmo século, veio a integrar os discursos informais entre as pessoas e a mídia em geral (RUEDA, 2005; SOUZA, 2002; CARVALHO; ALMEIDA, 2003). A partir de então, tem sido referência para inúmeros discursos acadêmicos, políticos e ideológicos movidos, principalmente, pelo interesse das Nações Unidas de mensurar os níveis de vida de diversas comunidades mundiais (RUIZ, 2005). Mas mesmo já fazendo parte do jargão cotidiano, o conceito de QV permanece sem uma definição precisa, não existindo um consenso a seu respeito. O que tem sido uma tendência expressa nos últimos anos, contudo, é ampliar o conceito de QV com fatores mais subjetivos da experiência humana (CATUNDA; RUIZ, 2008).

Petrone (1994) define Qualidade de Vida no sentido de satisfação, realização das aspirações e desejos, conscientes ou não, superando de modo positivo os obstáculos da vida, nas suas diferentes fases. E relaciona Qualidade de Vida com autoconhecimento, afirmando que o indivíduo que se conhece sabe definir o que é sua qualidade de vida, avalia melhor suas escolhas e seus comportamentos, evitando circunstâncias que favoreçam o aparecimento de doenças ou assume estratégias mais úteis, com a finalidade de limitar danos, criando projetos de vida envolvendo outras pessoas, favorecendo o crescimento pessoal.

Rodrigues (1994) afirma que a expressão Qualidade de Vida descreve, também, valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais, em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. Por outro lado, para Ferreira (1997), Qualidade de Vida é a busca constante da satisfação pessoal, por meio de acesso a novas tecnologias para o equilíbrio entre o corpo e a mente. Martin e Stockler (1998) sugerem que a Qualidade de Vida seja definida em termos de distância entre expectativas individuais e a realidade, sendo que, quanto menor a distância, melhor. Moreira (2001) evidenciou a importância dos aspectos da sensibilidade, cultura, meios econômicos e frustrações na Qualidade de Vida.

A Qualidade de Vida está relacionada às condições que os indivíduos possuem de desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Além disso, a qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, com conotações diferentes para cada indivíduo, decorrente de sua inserção na sociedade (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010).

A sociedade é marcada por um contexto em que as atividades rotineiras são executadas de forma cada vez mais rápida. Ao mesmo tempo em que as facilidades tecnológicas permitem ganho de tempo para a execução dessas tarefas cotidianas, este ganho faz com que as pessoas aumentem a quantidade de tarefas, sendo executadas de uma só vez, deixando de lado tempo para descanso e lazer. Nesse cenário, o indivíduo, para atender às exigências da modernidade, transforma o seu comportamento para conseguir realizar todas suas atividades, buscando a

excelência esperada pelo meio em que se insere. Entretanto, essa mudança de comportamento interfere no seu equilíbrio e na sua Qualidade de Vida de forma negativa (FIEDLER, 2008). Dois aspectos relevantes do conceito de Qualidade de Vida, a subjetividade e a multidimensionalidade, vem consolidando-se como consenso entre os estudiosos da área, a partir da década de 1990. No que concerne à “subjetividade”, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida. A “natureza multidimensional” está relacionada a quatro percepções: (1) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (2) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (3) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (4) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive (SEIDL; ZANNON, 2004).

Assim, o termo abrange 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 (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Diante disto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a Qualidade de Vida como “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Sendo esta a definição na qual este estudo se baseou.

1.2 Qualidade de Vida e saúde

Condizente com a mudança do perfil de morbimortalidade, tendência universal também em países em desenvolvimento, nota-se aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas. Os avanços nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessas enfermidades têm acarretado o aumento da sobrevida e/ou a vida longa das pessoas acometidas por esses agravos. Por conseguinte, houve aumento do interesse pela qualidade de vida (FLECK, 1998).

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor, as informações sobre Qualidade de Vida têm sido incluídas, tanto como indicadores para avaliação de eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para controle de problemas de saúde.

A qualidade de vida também é utilizada como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, na avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição. Esse conhecimento pode influenciar decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde.

Com a visão mais ampla de saúde, definida em 1988, pela OMS, como não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também, a presença de bem-estar físico, mental e social, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas para o setor nos campos de promoção da saúde e da prevenção de doenças (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; SEIDL; ZANNON, 2004).

1.3 Instrumentos para avaliação da Qualidade de Vida

Tentando sintetizar a complexidade da noção de Qualidade de Vida e de sua relatividade perante diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm sido construídos. Os instrumentos mais relacionados à análise de condições gerais da qualidade de vida enfatizam questões sobre domínios físicos (dor, fadiga, capacidades e limitações), psicológicos (percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal), relações sociais (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais), nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, capacidade para o trabalho) e noções sobre o bem-estar (corporal, emocional, saúde mental e vitalidade) (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). A Qualidade de Vida pode ser medida por meio de instrumentos genéricos e/ou específicos. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a Qualidade de Vida de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma

doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Como desvantagem, não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da Qualidade de Vida de uma determinada doença ou condição. Os instrumentos específicos têm, como vantagem, a capacidade de detectar particularidades da Qualidade de Vida, em determinadas situações. Eles avaliam, de maneira individual e específica, determinados aspectos da Qualidade de Vida como as funções físicas, sexual, o sono, a fadiga, entre outros. Apresentam como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento, especialmente devido ao reduzido número de itens e amostras insuficientes (FAYERS; HAND, 2002). Estudos recentes estão utilizando questionários genéricos com mais frequência do que questionários específicos, devido a sua capacidade de avaliar a Qualidade de Vida de uma forma mais ampla, embora questões específicas possam ser negligenciadas (BERBER J.; KUPEK; BERBER S., 2005; CHEN et al., 2005; QUADROS et al., 2006; GORDIA et al., 2011).

O questionário “Medical Outcome Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36)” é um dos instrumentos mais utilizados para mensuração da QV de diversas populações (BANEGAS et al., 2006; ACREE et al., 2006; BOWE; YOUNG; FURUYA, 2006). O SF-36 é composto por 36 questões pertencentes a oito domínios da QV relacionada à saúde física e mental, e avalia as últimas quatro semanas vividas pelo respondente (WARE; SHERBOURNE, 1992).

Outro instrumento genérico, extensivamente utilizado para a avaliação da QV, é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) denominado WHOQOL-100, composto por 100 questões referentes a quatro aspectos: físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente (FLECK et al., 2000). Porém, em busca de um instrumento menos complexo e de rápida aplicação, desenvolveu-se o WHOQOL-Abreviado, um questionário (com a mesma essência do WHOQOL-100) contendo 26 questões. O instrumento WHOQOL-Abreviado é composto por 26 questões e considera os últimos quinze dias vividos pelos respondentes. Duas questões referem-se à percepção individual a respeito da QV e as demais 24 estão subdivididas em quatro domínios, e representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), tais como: Domínio I - Físico, com ênfase nas seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; Domínio II – Psicológico, focalizando as seguintes facetas:

sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; Domínio III – Relações Sociais, abordando as facetas: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; Domínio IV – Meio Ambiente, com as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte) (FLECK; HARTZ; BUSS, 2000). Este instrumento tem apresentado alta aceitação e vem sendo testado e validado em diversos países, inclusive no Brasil (FLECK; HARTZ; BUSS, 2000; MORENO et al., 2006). Através da criteriosa e rigorosa análise dos resultados obtidos no WHOQOL–Abreviado, pode-se inferir sobre a QV de indivíduos e populações, além de identificar as principais demandas para a elaboração de políticas públicas relativas à promoção da saúde.

1.4 Qualidade de Vida e formação médica

Tornar-se médico é um complexo processo de aquisição de competências, resultantes da interação de fatores individuais e ambientais. Wolf (1994) afirma que o curso de Medicina não é bom para a saúde do aluno, tendo em vista o estresse inerente ao curso, a consolidação da sua identidade, a aquisição de atitudes e valores éticos, além de um estilo de vida diferente, calcado em sacrifícios, que dificultam o equilíbrio entre a vida pessoal e acadêmica.

O curso de Medicina é considerado uma fonte de estresse, que afeta em maior ou menor grau, a Qualidade de Vida dos estudantes (FIEDLER, 2008). Uma pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo (BALDASSIN et al., 2008) mostrou que 38,2% dos alunos do curso de Medicina apresentavam sintomas depressivos (BALDASSIN et al., 2008).

No que se refere à Qualidade de Vida de estudantes universitários, Cherchiare (2004) menciona que, em 1972, Hartnett abordou, pela primeira vez, a importância de se estudá-la, em editorial do Journal of the American School Health Association. Mas foi somente quinze anos após essa publicação (entre 1983 e 1984) que Milbrath e Doyno publicaram um estudo desenvolvido na "State University of New York", enfatizando a necessidade de se conhecer a

Qualidade de Vida da população universitária, segundo o mesmo autor. No Brasil, a preocupação em conhecer a Qualidade de Vida do estudante universitário é bem mais recente.

Um dos estudos pioneiros nesse sentido, foi o de Benjamim (1994), que realizou uma revisão de trabalhos que vinham merecendo atenção em outros países, desde a década de 80, do século passado (OLIVEIRA, 2005). O estudo tinha como um dos seus objetivos a elaboração de uma definição clara do conceito de qualidade de vida e, para tanto, foi utilizada uma taxonomia que classifica os trabalhos publicados por domínios (social, institucional e estudante), e também pela abordagem de investigação (com tendência mais interna – subjetiva, ou externa – objetiva), obtendo seis categorias classificatórias para a produção científica examinada: social, com abordagem interna e externa; institucional, com abordagem interna e externa; e estudante, com abordagem interna e externa. A análise feita levou o autor a conceituar a Qualidade de Vida dos Estudantes (QVE) como “a percepção de satisfação e felicidade, por parte do estudante, em relação a múltiplos domínios de vida, à luz de fatores psicossociais e contextuais relevantes e estruturas de significados pessoais”. Além de ser mais recente, a preocupação com essa área específica de estudo no meio brasileiro é relativamente escassa (CATUNDA; RUIZ, 2008).

Alves et al. (2010), mostrou que a Qualidade de Vida dos estudantes de Medicina, quando avaliada pelo instrumento WHOQOL-abreviado, sofre desgastes no domínio psicológico, durante o curso médico.

Zonta, Robles e Grosseman (2006) em estudo qualitativo, apontaram as seguintes estratégias para reduzir o estresse, durante o curso médico: valorização dos relacionamentos interpessoais e de fenômenos do cotidiano; equilíbrio entre estudo e lazer; organização do tempo; cuidados com a saúde, alimentação e sono; prática de atividade física; religiosidade; trabalhar a própria personalidade para lidar com situações adversas; procura por assistência psicológica.

1.5 A Residência Médica

O período da residência médica é uma fase complexa da vida do indivíduo, na qual ele está exposto a vários tipos de privações, como por exemplo, horas de sono, lazer e convívio familiar (HARRIS et al., 2015). Essa exposição desencadeia estresse emocional com alto nível de exaustão e de despersonalização. Constatou-se alta taxa de incidência de Síndrome de

Burnout, que consiste de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional, provocada por condições de trabalho desgastantes, em residentes, sendo mais frequente nas áreas de Ortopedia, Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (BARRACK et al., 2006; LIMA et al., 2007). Segundo Daniels, Depasse e Kamal (2016) a síndrome de Burnout afeta metade dos ortopedistas americanos, com índices maiores em residentes e professores do departamento de ortopedia.

O processo de profissionalização que se desenvolve durante o curso de Medicina consolida-se durante a residência médica (MARTINS, 2010). Embora o treinamento prático dos estudantes de Medicina inicie-se durante os estágios curriculares obrigatórios, é no processo de especialização na residência médica, que se propicia a verdadeira iniciação do profissional na prática (FEUERWERCKER, 1998). Durante o treinamento, o residente vai constituir as bases da sua identidade profissional, que se apoia no desenvolvimento do clássico tripé psicopedagógico: conhecimentos, habilidades e atitudes (MARTINS, 2005).

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. Nesse momento, o residente depara-se com as dificuldades do exercício profissional, tendo que lidar com os intensos estímulos emocionais que acompanham o adoecer, com as incertezas e limitações do conhecimento médico, bem como com as expectativas dos pacientes e familiares (BRENT, 1981; LOURENÇÃO; MORCARDINI; SOLER, 2010).

Embora no Brasil a legislação (Decreto 80.281/1997) já regulamente uma jornada máxima de 60 horas semanais, devendo 80 % a 90 % da carga horária anual ser desenvolvida em serviço e o restante em atividades teórico-complementares, muitos trabalhos apontam importantes problemas de saúde decorrentes da excessiva jornada de trabalho, como a síndrome de *Burnout*, depressão, fadiga, estresse e ansiedade. Os residentes, muitas vezes, complementam sua renda mensal com plantões fora da residência médica, aumentando sua jornada de trabalho. Esses resultados apontam a necessidade de reestruturação do serviço e do processo de formação do residente, visando uma melhor qualidade de vida para o profissional e, conseqüentemente, melhor qualidade de assistência prestada ao paciente nos serviços de saúde (LOURENÇÃO; MORCARDINI; SOLER, 2010).

Avaliando 128 residentes de clínica médica e cirúrgica, Macedo (2004) observou que estar no segundo ou terceiro ano, satisfação com o treinamento, ter tempo suficiente para lazer e atender paciente crítico por menos do que 30 horas semanais, foram fatores associados a melhor Qualidade de Vida. O componente mental da Qualidade de Vida foi o mais prejudicado, indicando a importância do cuidado da saúde mental, especialmente durante o primeiro ano da residência, período quando eles estão sobrecarregados por pacientes críticos. Entretanto, Tile et al. (1995), reportaram que os médicos residentes do primeiro ano apresentam ,significativamente, melhores escores de saúde mental, assim como, melhor percepção geral de saúde e função social ,do que os residentes do segundo e terceiro anos.

Ferreira relatou que a opção por fazer residência médica foi citada por 98% dos estudantes de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, em pesquisa realizada em 2000. Percentuais muito próximos foram encontrados entre estudantes de Santa Catarina (86,1%) e Botucatu (92%).

A expansão das vagas em medicina principalmente a partir de 2013 foi uma resposta do governo federal à falta de médicos, para suprir a demanda da população brasileira. Um dos efeitos que esse aumento deve provocar, segundo a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), é uma maior concorrência para as vagas oferecidas na residência. Enquanto o número de formados, todos os anos aumenta, o número de vagas em residências médicas, mantém-se em entre 15 mil e 20 mil, todos os anos (SCHEFFER, 2015).

1.6 A Residência de Ortopedia e Traumatologia

No Brasil, na década de 40, o Hospital das Clínicas da FMUSP, foi o pioneiro na criação da Residência Médica, na especialidade de Ortopedia; e também, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (SAMPAIO, 1984). Em Minas Gerais, foi criado o Serviço Especial de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, em 1957, sendo seus membros, docentes do departamento (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2015).

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) foi fundada em 19 de setembro 1935. Em 80 anos, a SBOT tornou-se a maior instituição de Ortopedia e Traumatologia da América

Latina e uma das maiores do mundo. O Exame para Obtenção do Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) e o Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia transformaram-se em referências mundiais, pelo número de participantes, alto padrão de organização e rigor científico.

A SBOT foi uma das primeiras sociedades médicas brasileiras a elaborar e aplicar um exame de titulação (o TEOT).

Em 1972, foi realizada a primeira prova de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT), em Belo Horizonte, com aprovação de 54 dos 59 participantes. Em 2017 o TEOT (Exame de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia) aprovou 653 novos ortopedistas, no TEOT realizado em Campinas, em março (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 2017).

Existem 168 serviços de residência em Ortopedia e Traumatologia, credenciados pela SBOT, em todo o Brasil, e 2032 residentes de Ortopedia inscritos em serviços credenciados pela SBOT distribuídos nos três anos de residência (R1 ao R3), sem contar os residentes nas subespecialidades, que não foram avaliados nesse estudo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 2017).

Diante do aumento de serviços de residência em Ortopedia e Traumatologia no Brasil e, conseqüentemente, do número crescente de residentes, faz-se necessário melhor conhecimento sobre a qualidade de vida desta população. A avaliação da qualidade de vida dos residentes é de extrema relevância, no intuito de servir de base para a elaboração e a implementação de programas de assistência aos residentes, visando melhorias na capacitação profissional nesse período, bem como, a preservação de uma qualidade de vida digna, que sem dúvida, impactarão em uma boa assistência ao paciente.

2 JUSTIFICATIVA

A residência médica proporciona fatores que podem causar um estresse elevado, isso pode gerar problemas de saúde e interferir, fortemente, na qualidade de vida, e conseqüentemente, no atendimento prestado ao paciente.

Não identificou-se no levantamento bibliográfico, estudos específicos sobre a qualidade de vida do residente de Ortopedia brasileiro. Destacou-se, portanto, a originalidade e importância desse trabalho.

O conhecimento sobre a qualidade de vida dos residentes de Ortopedia poderá ser útil para promover debates nessa área, que contribuirão para a melhoria das condições de trabalho e aprendizado dos médicos residentes, bem como, para a implantação de estratégias que possam dar suporte psicológico que impactarão no âmbito pessoal e na qualidade de sua prática clínica.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a Qualidade de Vida dos residentes de Ortopedia brasileiros.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e acadêmico do residente do terceiro ano de Ortopedia brasileiro.
- Determinar os fatores sociodemográficos e acadêmicos que influenciam na Qualidade de Vida dos residentes de Ortopedia.
- Identificar as características dos residentes associadas à Qualidade de Vida.
- Identificar as características da residência, sob a ótica do residente, associadas à Qualidade de Vida.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo e qualitativo, que foi conduzido por meio de questionário autorrespondido para avaliação da Qualidade de Vida dos residentes de Ortopedia do Brasil.

4.2 População alvo

A população alvo foi constituída por residentes de Ortopedia que estavam cursando o último ano (R3), de serviços de Ortopedia credenciados pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) de todo o Brasil. A escolha pelos residentes do terceiro ano (R3) foi devido ao fato de os mesmos estarem finalizando a residência, e, portanto, já terem passado por todas as fases. Segundo Girard et al., 1991, o terceiro ano tende a ser mais estável e gratificante, quando a maioria das dificuldades adaptativas ,vinculadas ao treinamento, estão resolvidas.

4.3 Tamanho amostral

A fim de garantir a qualidade dos testes, foi utilizada a proporção de dez indivíduos para cada item do instrumento a ser validado (HAIR et al., 2005), indicada para a análise multivariada para até 20 variáveis. Com isso, recomendou-se um tamanho de amostra igual a 200 (n = 200).

Foram aplicados 271 questionários, dos quais 250 respondidos foram utilizados nesse estudo, e 21 foram descartados, de acordo com os critérios de exclusão.

A amostra foi determinada por conveniência dentre os residentes do último ano dos serviços de residência credenciados da SBOT presentes no 48º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT), que aconteceu nos dias 17, 18 e 19 de novembro de 2016, na cidade de Belo Horizonte - Minas Gerais. Estes foram selecionados aleatoriamente entre os residentes do terceiro ano, presentes no Congresso, que se ofereceram a preencher o

questionário, contendo dados sociodemográficos e a versão brasileira do WHOQOL-Abreviada, baseada na versão abreviada do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (FLECK, 1998; FLECK et al., 2000).

4.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: residentes brasileiros de Ortopedia, cursando o último ano do programa de residência médica, presentes no CBOT ,e que responderam corretamente todas as questões do instrumento de pesquisa, bem como, seu entendimento por completo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5 Critérios de exclusão

Recusa do preenchimento do questionário ou preenchimento inapropriado; não assinatura do TCLE; ser residente de Ortopedia em programas fora do Brasil; não estar no último ano de residência médica em Ortopedia; estar em residências que não sejam credenciados pela SBOT.

4.6 Instrumentos para coleta de dados

Dessa forma, foi utilizado nesse estudo, um questionário contendo 82 questões, sendo 56 sóciodemográficas (ANEXO D), e 26 da versão brasileira do WHOQOL-Abreviado (ANEXO B) baseada na versão abreviada do Instrumento de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF), instrumento este já validado (FLECK, 1998).

Um questionário piloto (idêntico ao original aplicado na pesquisa) foi aplicado para um grupo de residentes R2 para avaliação de compreensão e tempo de preenchimento do mesmo.

4.6.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico constou de 56 questões para identificação dos fatores, comportamentais, de saúde e relacionados ao *background* familiar e ao ambiente de ensino. As variáveis analisadas foram:

- Variáveis Independentes

- ✓ Nome: é a identificação do entrevistado conforme registro em certidão de nascimento ou casamento, informado pelo entrevistado.
- ✓ Naturalidade: cidade e estado de nascimento do entrevistado.
- ✓ Cidade/Estado onde reside: cidade e estado onde o entrevistado reside atualmente. Cidade/Estado da sua residência médica atual: cidade e estado onde o entrevistado realiza sua residência médica em ortopedia.
- ✓ Gênero: caracterização do entrevistado entre os sexos masculino ou feminino.
- ✓ Idade: idade em anos completos relatados pela mulher/homem no momento do preenchimento do questionário.
- ✓ Estado Civil: estado marital definido pela mulher/homem no momento da pesquisa, categorizada em Casada (o)/União estável, Solteiro(a), Separado(a), Viúvo(a), Outro, informado pela entrevistada(o). Divorciado (a)
- ✓ Tem filhos: sim/não. Se sim quantos filhos tem: em número de filhos.
- ✓ Cor: raça, identificada pelo entrevistado entre Branca, Parda, Negra, Amarela, Indígena ou Outra.
- ✓ Tem outra especialidade médica: se possui outra especialidade além da Ortopedia (sim/não).
- ✓ Já escolheu a subespecialidade na Ortopedia: Sim/Não
- ✓ Qual subespecialidade escolhida (se respondeu sim em ter escolhido a subespecialidade): Tumor, Mão, Pé e Tornozelo, Ombro, Joelho, Coluna, Infantil, Quadril, Fixador externo ou Trauma.
- ✓ Se fuma: Nunca fumei, Fumante, Ex-fumante
- ✓ Fumante, quantos cigarros por dia: em número de cigarros/dia
- ✓ Tem hábito de beber: Sim, bebo; Já bebi, mas não bebo mais; Nunca bebi.
- ✓ Pratica atividade física regularmente: Sim/Não
- ✓ Qual a frequência da atividade física: Ocasionalmente (Menos de uma vez/semana), Uma vez por semana, Duas ou três vezes por semana, De quatro a seis vezes por semana, Todos os dias da semana.
- ✓ Altura: em cm Peso: em Kg
- ✓ Leitura não relacionada com Medicina nos últimos três meses: Sim/Não
- ✓ Assinante de livro/revista não relacionado à área médica: Sim/Não

- ✓ Localização do serviço de residência do entrevistado: Capital/Interior
- ✓ Plantão fora da residência: Sim/Não
- ✓ Frequência de Plantões fora da residência: Ocasionalmente, (menos de uma vez/semana), uma vez por semana, duas ou três vezes por semana, de quatro a seis vezes por semana, todos os dias da semana.
- ✓ Mora com a família: Sim/Não
- ✓ Recebe compensação financeira (bolsa) para fazer a residência: Sim/Não
- ✓ Serviço de residência apresenta todas as subespecialidades ortopédicas: Sim/Não
- ✓ Quais subespecialidades o serviço não tem: Tumor, Mão, Pé e Tornozelo, Ombro, Joelho, Coluna, Infantil, Quadril, Fixador externo ou Trauma.
- ✓ Serviço possui biblioteca: Sim/Não
- ✓ Serviço possui bibliografia básica da SBOT (Bibliografia recomendada pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia para a obtenção do Título de Especialista): Sim/Não
- ✓ Como classifica sua qualidade de sono: Excelente, Boa, Regular, Ruim, Péssima.
- ✓ Utiliza algum medicamento de uso contínuo: Sim/Não
- ✓ Se utiliza algum medicamento de uso contínuo, quais: Estimulante, Ansiolítico, Inibidores de apetite, Ergogênico, Outro.
- ✓ Possui automóvel próprio: Sim/Não
- ✓ Possui LAPTOP ou TABLET no auxílio no estudo: Sim/Não
- ✓ Foi aprovado em algum concurso público na sua área de atuação: Sim/Não
- ✓ Estuda, em média, quantas horas por dia: Menos de 1 hora/dia, De 1 a 2 horas/dia, De 3 a 4 horas/dia, mais de 4 horas/dia.
- ✓ Costuma fazer resumos da matéria estudada (manual ou digital): Sim/Não
- ✓ Utiliza, como forma de estudo, algum conteúdo on-line: Sim/Não
- ✓ Tem acesso a algum banco de dados médico-científico: Sim/Não
- ✓ Considera-se disciplinado para o estudo: Sim/Não
- ✓ Como avalia sua residência médica, em uma escala de 1 a 10, onde 10 seria a melhor nota: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ou 10.
- ✓ Como avalia seu próprio desempenho na residência médica, em uma escala de 1 a 10, cujo 10 seria a melhor nota: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ou 10.
- ✓ Serviço faz reuniões clínicas: Sim/Não

- ✓ Frequência, aproximada, das reuniões clínicas se são realizadas: Diária, Semanal, Quinzenal, Mensal, Trimestral, Semestral, Anual.
- ✓ Domina alguma língua estrangeira: Sim/Não
- ✓ Qual (is) língua(s) você domina; Inglês, Francês, Espanhol, Italiano, Alemão, Mandarim, Outra.
- ✓ Nível de escolaridade da mãe: Ensino fundamental incompleto, Fundamental completo, Ensino médio completo, Superior incompleto, Superior completo, Pós-graduação.
- ✓ Quantas horas trabalha, por semana, na residência: em número de horas.
- ✓ Quantas horas trabalha, por semana, fora da residência: em número de horas.
- ✓ Primeira vez que faz a prova de título: Sim/Não
- ✓ Primeira prova para título de especialista em Ortopedia: Sim/Não

4.6.2 Questionário WHOQOL-Abreviado

O instrumento WHOQOL-Abreviado é um instrumento de pesquisa já validado. Trata-se de um questionário com 26 questões com resposta em uma escala do tipo *Likert* com 5 pontos, com escala de intensidade (nada/extremamente), capacidade (nada/completamente), frequência (nunca/sempre) e avaliação (muito insatisfeito/muito satisfeito; muito ruim/muito bom). Seu autopreenchimento leva cerca de dez a quinze minutos (FLECK, 1998; FLECK et al., 2000).

Dessas 26 questões, duas são gerais de Qualidade de Vida e, as demais 24 representam as facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). Na análise deste instrumento, foram considerados os 4 domínios / fatores já definidos na validação listados a seguir:

Domínio 1 - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
4. Mobilidade
5. Atividades da vida cotidiana
6. Dependência de medicação ou de tratamentos

7. Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

8. Sentimentos positivos
9. Pensar, aprender, memória e concentração
10. Autoestima
11. Imagem corporal e aparência
12. Sentimentos negativos e
13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

14. Relações pessoais
15. Suporte (apoio) social
16. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

17. Segurança física e proteção
18. Ambiente no lar
19. Recursos financeiros
20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
22. Participação e oportunidades de recreação/lazer
23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
24. Transporte

A análise desse questionário foi realizada segundo os critérios de Harper e Power (2013) em nome do WHOQOL Group.

4.7 Aspectos éticos

Como se trata de pesquisa com seres humanos, foram cumpridas as diretrizes e normas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e os princípios éticos propostos pela Declaração de Helsinque, de 2000 (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 2000). O residente foi convidado a participar do estudo de livre e espontânea vontade, e foi

lido, ou oferecido para leitura logo no início da entrevista, o TCLE (ANEXO C). Este termo consta de esclarecimentos sobre sua participação, referindo-se à confiabilidade e à privacidade de seus dados pessoais.

Após a coleta de dados pessoais, os nomes dos participantes foram retirados do instrumento passando a constar, somente, um número como identificação, para preservar o anonimato. O residente foi informado que sua participação não traria, benefício imediato para si próprio, mas ajudará, a saber, sobre a Qualidade de Vida dos residentes de Ortopedia brasileiros.

Foi informada que sua participação consistiria em entrevista autorrespondida através de questionário. O residente teve assegurada a liberdade de se recusar a participar da pesquisa sem prejuízo algum, bem como, retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem constrangimento algum.

O participante teve liberdade de fazer perguntas e esclarecer todas as dúvidas sobre sua participação no estudo e, caso necessite de outras informações no decorrer da pesquisa, poderá entrar em contato com os pesquisadores e também o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS, por meio da Plataforma Brasil.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFENAS (CAAE: 60243816.0.0000.5143/ 1798869 (ANEXO D).

4.8 Processamento e análise dos dados

Utilizou-se nesse estudo o SPSS 14.0 for Windows (*Software Estatístico*).

4.8.1 Estatísticas descritivas

Neste estudo foram apresentadas as medidas descritivas Mínimo, Máximo, Mediana, Média e desvio-padrão (d.p.), além, de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas (JOHNSON; BHATTACHARYYA, 1986).

4.8.2 Análise de conglomerados

A metodologia de Análise de Conglomerados (*Cluster*) baseado no método *K-médias* foi utilizada com o objetivo de determinar perfis diferenciados dos residentes de Ortopedia quanto aos Fatores, que avaliam a Qualidade de Vida. Esta análise tem como princípio agrupar elementos (no caso, residentes) cujas características sejam semelhantes, dadas às variáveis escolhidas para tal avaliação, no caso desta pesquisa, os 4 Fatores. Os grupos de residentes gerados têm como características a homogeneidade interna em cada grupo e diferenças significativas entre os grupos (*clusters*) (JOHNSON; WICHERN, 1988; HAIR et al., 2005).

4.8.3 Teste *t* de Student para amostras independentes

Com o objetivo de comparar grupos independentes quanto à medida de uma variável de interesse do tipo escalar (escores) foi utilizado o teste *t* de Student para amostras independentes.

Ressalta-se que o teste de Levene foi utilizado com o objetivo de averiguar a homogeneidade das variâncias de cada variável estudada, por grupo. Neste presente estudo decidiu-se por assumir a heterogeneidade das variâncias, com isso, optou-se por utilizar os valores do teste *t* de Student assumindo a não igualdade de variâncias, o que contribui com resultados mais robustos (JOHNSON; BHATTACHARYYA, 1986).

4.8.4 Análise de variância com 1 fator

As comparações entre às médias dos escores dos 4 fatores de qualidade de vida foram realizadas, utilizando-se a técnica da Análise de Variância com um fator. Nos casos em que a análise indicou a existência de alguma diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos realizaram-se as comparações múltiplas de médias, segundo o teste de Duncan para verificar entre quais grupos existiu tal diferença (JOHNSON; BHATTACHARYYA, 1986; MONTGOMERY, 1991).

4.8.5 Teste do Qui-Quadrado

A associação / relação entre duas variáveis do tipo categóricas (Exemplo: Grau de qualidade de vida e Sexo) foram realizadas utilizando-se o teste do *Qui-quadrado*. E, em tabelas com dimensões superiores a 2x2 utilizou-se a técnica de particionamento de tabela com objetivo de verificar entre quais grupos (níveis da variável em estudo) existiu diferença estatisticamente significativa (CONOVER, 1980).

4.8.6 Probabilidade de significância (p)

Todos os resultados foram considerados significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos residentes, em relação às variáveis de interesse

Participaram deste estudo 250 residentes de Ortopedia, sendo a maioria do sexo masculino (93,6%). A idade variou de 24 a 52 anos, sendo em média igual a 30,2 anos. Observaram-se 24,4% de residentes de 24 a 27 anos, 41% de 28 a 30 anos, 24,4% de 31 a 35 anos e 10,2% com mais de 35 anos. Entre os residentes, 68,4% eram solteiros e 29,6% casados. A maioria não tinha filhos (83,2%) e entre aqueles que tinham filhos (16,8%), a maioria tinha apenas um filho (78,1%). Em relação à cor, a maioria se declarou de cor branca (72,1%) e 21,9% de cor parda (TAB. 1).

A maioria dos residentes não mora com a família (66%) possui automóvel próprio (94,8%), os pais possuem pelo menos o ensino superior completo (mãe → 65,6% e pai → 68%) e nunca foi aprovado em algum concurso público (77,6%) (TAB. 1).

Tabela 1 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis pessoais

(Continua)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Sexo		
<i>Masculino</i>	234	93,6
<i>Feminino</i>	16	6,4
TOTAL	250	100,0
Idade (anos)		
<i>Média ± d.p (Mediana)</i>	30,2 ± 3,7 (29,0) anos	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(29,7; 30,7) anos	
<i>Mínimo - Máximo</i>	24,0 – 52,0 anos	
Faixa etária		
<i>De 24 a 27 anos</i>	57	24,4
<i>De 28 a 30 anos</i>	96	41,0
<i>De 31 a 35 anos</i>	57	24,4
<i>Acima de 35 anos</i>	24	10,2
TOTAL	234	100,0
Estado Civil		
<i>Casado(a) / União estável</i>	74	29,6
<i>Solteiro(a)</i>	171	68,4
<i>Separado(a)</i>	2	0,8
<i>Outro</i>	3	1,2
TOTAL	250	100,0

Tabela 1 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis pessoais

(continuação)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Filhos		
<i>Sim</i>	42	16,8
<i>Não</i>	208	83,2
TOTAL	250	100,0
Número de filhos		
<i>1</i>	32	78,1
<i>2</i>	6	14,6
<i>3 ou 4</i>	3	7,3
TOTAL	41	100,0
Cor		
<i>Branca</i>	178	72,1
<i>Parda</i>	54	21,9
<i>Negra</i>	5	2,0
<i>Outras</i>	10	4,0
TOTAL	247	100,0
Mora com sua família		
<i>Sim</i>	85	34,0
<i>Não</i>	165	66,0
TOTAL	250	100,0
Possui automóvel próprio		
<i>Sim</i>	237	94,8
<i>Não</i>	13	5,2
TOTAL	250	100,0
Nível de escolaridade da mãe		
<i>Ensino fundamental incompleto</i>	6	2,4
<i>Ensino fundamental completo</i>	18	7,2
<i>Ensino médio completo</i>	34	13,6
<i>Ensino superior incompleto</i>	28	11,2
<i>Ensino superior completo</i>	109	43,6
<i>Pós-graduação</i>	55	22,0
TOTAL	250	100,0
Nível de escolaridade do pai		
<i>Ensino fundamental incompleto</i>	10	4,0
<i>Ensino fundamental completo</i>	20	8,0
<i>Ensino médio completo</i>	38	15,2
<i>Ensino superior incompleto</i>	12	4,8
<i>Ensino superior completo</i>	118	47,2
<i>Pós-graduação</i>	52	20,8
TOTAL	250	100,0

Tabela 1 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis pessoais

Variáveis	Frequência	
	n	%
(conclusão)		
Aprovado em algum concurso público		
<i>Sim</i>	56	22,4
<i>Não</i>	194	77,6
TOTAL	250	100,0

Base de dados: 250 residentes

Nota: **d.p.** → Desvio-padrão **I.C. da média** → Intervalo de confiança de 95% da média.

A diferença do total de residentes e o total de cada variável apresentado na tabela refere-se ao número de casos sem informação

Como pode ser observado na TAB. 2, a maioria dos residentes possui até 06 anos de formados, sendo que 51,8% dos residentes concluíram a graduação em medicina nos anos de 2013 e 2014 e 36,5% nos anos de 2011 e 2012. A grande maioria dos residentes (90,4 %) não possui outra especialidade médica. Aproximadamente, 84% dos residentes já escolheram a subespecialidade na Ortopedia, indicando principalmente ombro (25,9%), joelho (19,6%), quadril (15,8%) e pé / tornozelo (10,5%).

Tabela 2 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis de formação médica

Variáveis	Frequência	
	n	%
(Continua)		
Ano de formação em medicina (*)		
<i>Antes de 2000</i>	2	0,8
<i>2005 a 2010</i>	27	10,9
<i>2011 a 2012</i>	90	36,5
<i>2013 a 2014</i>	128	51,8
TOTAL	247	100,0
Outra especialidade médica (*)		
<i>Sim</i>	24	9,6
<i>Não</i>	226	90,4
TOTAL	250	100,0
Escolheu a subespecialidade na ortopedia (*)		
<i>Sim</i>	209	83,6
<i>Não</i>	41	16,4
TOTAL	250	100,0

Tabela 2 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis de formação médica
(conclusão)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Subespecialidade escolhida? (**)		
<i>Tumor</i>	1	0,5
<i>Mão</i>	14	6,7
<i>Pé e tornozelo</i>	22	10,5
<i>Ombro</i>	54	25,9
<i>Joelho</i>	41	19,6
<i>Coluna</i>	15	7,2
<i>Infantil</i>	13	6,2
<i>Quadril</i>	33	15,8
<i>Fixador Externo</i>	3	1,4
<i>Trauma</i>	13	6,2
TOTAL	209	100,0

Base de dados: (*) 250 residentes / (**) 209 residentes

Nota: A diferença do total de residentes e o total de cada variável apresentado na tabela refere-se ao número de casos sem informação

A maioria dos residentes nunca fumou (81,2%), e entre aqueles que fumam, (10%) a maioria fuma até 5 cigarros (54,5%). Por outro lado, a maioria tem o hábito de beber (83,6%). Menos de 25% dos residentes estão com peso normal, a maioria (62,7%) está acima do peso e os demais com obesidade (grau I → 12%, grau II → 2,8% e grau III → 0,4%). A prática de atividade física é um hábito de 66% dos residentes, sendo que destes a maioria (58,2%) pratica de 2 a 3 vezes, por semana. Quando questionados em relação à qualidade de sono, 30,4% consideram que possuem uma boa qualidade de sono, 42,4% uma qualidade regular e 20,4% uma qualidade ruim. A maioria dos residentes (82%) não faz uso contínuo de medicamentos. Entre aqueles que utilizam algum medicamento (18%), os mais citados foram estimulantes (24,4%) e ansiolíticos (35,6%) (TAB. 3).

Tabela 3 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de vida

(Continua)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Hábito de fumar (*)		
<i>Nunca fumou</i>	203	81,2
<i>Fumante</i>	22	8,8
<i>Ex-fumante</i>	25	10,0
TOTAL	250	100,0
Hábito de beber (*)		
<i>Sim, bebe</i>	209	83,6
<i>Já bebeu, mas não bebe mais</i>	18	7,2
<i>Nunca bebeu</i>	23	9,2
TOTAL	250	100,0
Classificação do IMC (*)		
<i>Peso normal</i>	55	22,1
<i>Acima do peso</i>	156	62,7
<i>Obesidade Grau I</i>	30	12,0
<i>Obesidade Grau II</i>	7	2,8
<i>Obesidade Grau III</i>	1	0,4
TOTAL	249	100,0
Prática de atividades físicas regulares (*)		
<i>Sim</i>	165	66,0
<i>Não</i>	85	34,0
TOTAL	250	100,0
Frequência da atividade física (**)		
<i>Ocasionalmente</i>	12	7,3
<i>Uma vez por semana</i>	16	9,7
<i>De 2 a 3 vezes por semana</i>	96	58,2
<i>De 4 a 6 vezes por semana</i>	32	19,4
<i>Todos os dias da semana</i>	9	5,4
TOTAL	165	100,0
Classificação da qualidade de sono (*)		
<i>Excelente</i>	9	3,6
<i>Bom</i>	76	30,4
<i>Regular</i>	106	42,4
<i>Ruim</i>	51	20,4
<i>Péssimo</i>	8	3,2
TOTAL	250	100,0

Tabela 3 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de vida

(conclusão)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Utilização de medicamento de uso contínuo (*)		
<i>Sim</i>	45	18,0
<i>Não</i>	205	82,0
TOTAL	250	100,0
Medicamento utilizado (***)		
<i>Estimulante</i>	11	24,4
<i>Ansiolítico</i>	16	35,6
<i>Inibidores de apetite</i>	1	2,2
<i>Outro</i>	20	44,4

Base de dados: (*) 250 residentes / (**) 165 residentes / (***) 45 residentes

Nota: A diferença do total de residentes e o total de cada variável apresentado na tabela refere-se ao número de caso sem informação (***) as porcentagens somam mais de 100% ,pois o aluno poderia citar mais de um medicamento

Os resultados mostraram que a maioria dos residentes (57,6%) não leu livro não relacionado com a Medicina nos últimos 3 meses e a maioria (69,5%) não assina livros ou revistas não relacionadas à área médica. Entre os residentes, 49,2% estudam de 1 a 2 horas por dia e 28,4% de 3 a 4 horas por dia. A maioria (65,6%) tem o hábito de fazer resumo da matéria estudada de forma manual / digital e mais de 90% dos residentes têm o hábito de estudar em aparelhos com laptops ou tablets. Além disso, estudar algum conteúdo on-line é o hábito de 91,2% e 76,4% têm acesso algum banco de dados médico-científico. A maioria dos residentes (54,4%) não se considera disciplinada para o estudo e a maioria (94,8%) possui laptops ou tablets. O domínio de alguma língua estrangeira está presente em 69,2% dos residentes, sendo o Inglês, a língua mais citada (90,8%), seguida do Espanhol (19,1%) (TAB. 4).

Tabela 4 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de estudo

(Continua)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Leitura de livro não relacionado à medicina nos últimos 3 meses (*)		
<i>Sim</i>	106	42,4
<i>Não</i>	144	57,6
TOTAL	250	100,0

Tabela 4 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de estudo

(continuação)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Assinatura de livro ou revista não relacionado a área médica (*)		
<i>Sim</i>	76	30,4
<i>Não</i>	174	69,6
TOTAL	250	100,0
Média de horas de estudo por dia (*)		
<i>Menos de 1 hora/dia</i>	26	10,4
<i>De 1 a 2 horas/dia</i>	123	49,2
<i>De 3 a 4 horas/dia</i>	71	28,4
<i>Mais de 4 horas/dia</i>	30	12,0
TOTAL	250	100,0
Costume de fazer resumo da matéria estudada de forma manual / digital (*)		
<i>Sim</i>	164	65,6
<i>Não</i>	86	34,4
TOTAL	250	100,0
Costume de estudar em LAPTOPS/TABLETS (*)		
<i>Sim</i>	229	91,6
<i>Não</i>	21	8,4
TOTAL	250	100,0
Estudo de algum conteúdo on-line (*)		
<i>Sim</i>	228	91,2
<i>Não</i>	22	8,8
TOTAL	250	100,0
Acesso a algum banco de dados médico-científico (*)		
<i>Sim</i>	191	76,4
<i>Não</i>	59	23,6
TOTAL	250	100,0
Disciplinado para o estudo (*)		
<i>Sim</i>	114	45,6
<i>Não</i>	136	54,4
TOTAL	250	100,0
LAPTOP / TABLET no auxílio do estudo (*)		
<i>Sim</i>	237	94,8
<i>Não</i>	13	5,2
TOTAL	250	100,0
Domínio de língua estrangeira (*)		
<i>Sim</i>	173	69,2
<i>Não</i>	77	30,8
TOTAL	250	100,0

Tabela 4 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de estudo

(conclusão)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Qual língua estrangeira domina (**)		
<i>Inglês</i>	157	90,8
<i>Francês</i>	13	7,5
<i>Espanhol</i>	33	19,1
<i>Italiano</i>	3	1,7
<i>Alemão</i>	4	2,3
<i>Mandarin</i>	2	1,2

Base de dados: (*) 250 residentes / (**) 173 residentes

Nota: A diferença do total de residentes e o total de cada variável apresentado na tabela refere-se ao número de casos sem informação (**) as porcentagens somam mais de 100%, pois o aluno poderia citar mais de uma língua estrangeira

Entre os residentes, 63,2% fazem a residência em alguma capital. Segundo 44% dos residentes, todas as subespecialidades da Ortopedia são apresentadas nos seus serviços de residência. Nos serviços que não possuem todas as subespecialidades, as mais citadas como não existentes foram: fixador externo (51,4%), tumor (50%), infantil (38,6%) e coluna (32,1%). Aproximadamente 89,2% dos residentes, fazem residência em serviços que possuem biblioteca, para 80% o serviço possui a bibliografia básica da SBOT e 95,2% declararam que o serviço faz reuniões clínicas, semanalmente (TAB. 5).

Tabela 5 - Caracterização dos residentes em relação às características do serviço da residência

(Continua)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Localidade do serviço de residência (*)		
<i>Capital</i>	158	63,2
<i>Interior</i>	92	36,8
TOTAL	250	100,0
Apresentação de todas as subespecialidades pelo serviço de residência (*)		
<i>Sim</i>	110	44,0
<i>Não</i>	140	56,0
TOTAL	250	100,0

Tabela 5 - Caracterização dos residentes em relação às características do serviço da residência (conclusão)

Variáveis	Frequência	
	n	%
Subespecialidades que o serviço de residência não possui (**)		
<i>Tumor</i>	70	50,0
<i>Mão</i>	28	20,0
<i>Pé e tornozelo</i>	28	20,0
<i>Ombro</i>	15	10,7
<i>Joelho</i>	11	7,9
<i>Coluna</i>	45	32,1
<i>Infantil</i>	54	38,6
<i>Quadril</i>	14	10,0
<i>Fixador Externo</i>	72	51,4
<i>Trauma</i>	25	17,9
Serviço possui biblioteca (*)		
<i>Sim</i>	223	89,2
<i>Não</i>	27	10,8
TOTAL	250	100,0
Serviço possui bibliografia básica da SBOT (*)		
<i>Sim</i>	200	80,0
<i>Não</i>	50	20,0
TOTAL	250	100,0
Reuniões clínicas no serviço (*)		
<i>Sim</i>	238	95,2
<i>Não</i>	12	4,8
TOTAL	250	100,0
Frequência das Reuniões clínicas (***)		
<i>Diária</i>	51	21,4
<i>Semanal</i>	168	70,6
<i>Quinzenal</i>	7	3,0
<i>Mensal</i>	11	4,6
<i>Anual</i>	1	0,4
TOTAL	238	100,0

Base de dados: (*) 250 residentes / (**) 140 residentes / (***) 238 residentes

Nota: A diferença do total de residentes e o total de cada variável apresentado na tabela refere-se ao número de casos sem informação (**) as porcentagens somam mais de 100% pois o aluno poderia citar mais de uma especialidade

A maioria dos residentes (87,2%) dá plantão fora daqueles exigidos na residência médica, sendo que a frequência destes plantões é, ocasionalmente, para 24,8%, uma vez por semana para 33,2% e de 2 a 3 vezes por semana para 26,8%. Os residentes trabalham, em sua maioria

(52%), de 41 a 60 horas por semana na residência e 21,2% trabalham de 61 a 80 horas por semana. E, 40,8% trabalham até 20 horas por semana fora da residência e 37,2% de 21 a 40 horas (TAB. 6).

Tabela 6 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de trabalho

Variáveis	Frequência	
	n	%
Plantão fora da residência médica		
<i>Sim</i>	218	87,2
<i>Não</i>	32	12,8
TOTAL	250	100
Frequência dos plantões fora da residência médica		
<i>Ocasionalmente</i>	62	24,8
<i>Uma vez por semana</i>	83	33,2
<i>De 2 a 3 vezes por semana</i>	67	26,8
<i>De 4 a 6 vezes por semana</i>	6	2,4
TOTAL	218	87,2
Horas por semana trabalhadas na residência		
<i>Até 20 horas</i>	8	3,2
<i>De 21 a 40 horas</i>	28	11,2
<i>De 41 a 60 horas</i>	130	52,0
<i>De 61 a 80 horas</i>	53	21,2
<i>Mais de 80 horas</i>	31	12,4
TOTAL	250	100,0
Horas por semana trabalhadas fora da residência		
<i>Nenhuma</i>	38	15,2
<i>Até 20 horas</i>	102	40,8
<i>De 21 a 40 horas</i>	93	37,2
<i>De 41 a 60 horas</i>	17	6,8
TOTAL	250	100,0

Base de dados: 250 residentes

Nota: **d.p.** → Desvio-padrão **I.C. da média** → Intervalo de confiança de 95% da média.

A diferença do total de 250 residentes e o total de cada de variável apresentado na tabela refere-se ao número de casos sem informação

A maioria dos residentes (90,4%) recebe bolsa ou compensação financeira para fazer a residência. Solicitados para avaliarem a residência médica e o desempenho na residência médica com uma nota de 1 a 10, a maioria dos residentes deu uma nota média de 7,4 nas duas avaliações. Para mais de 95% dos residentes será a primeira vez que farão uma prova de título e para 98% será a primeira prova para título de especialista em ortopedia (TAB. 7).

Tabela 7 - Caracterização dos residentes em relação à outras variáveis de interesse

Variáveis	Frequência	
	n	%
Recebimento de bolsa ou outra compensação financeira para fazer a residência		
<i>Sim</i>	226	90,4
<i>Não</i>	24	9,6
TOTAL	250	100,0
Avaliação da residência (nota de 1 a 10)		
<i>Média ± d.p (Mediana)</i>	7,4 ± 1,4 (8,0) pontos	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(7,2; 7,5) pontos	
<i>Mínimo - Máximo</i>	1,0 – 10,0 pontos	
TOTAL		
Avaliação do próprio desempenho na residência (nota de 1 a 10)		
<i>Média ± d.p (Mediana)</i>	7,4 ± 1,3 (7,0) pontos	
<i>I.C. da média (95%)</i>	(7,2; 7,5) pontos	
<i>Mínimo – Máximo</i>	1,0 – 10,0 pontos	
TOTAL		
Primeira vez que faz prova de título de Especialista		
<i>Sim</i>	242	96,8
<i>Não</i>	8	3,2
TOTAL	250	100,0
Primeira vez que faz prova de título de Especialista em Ortopedia		
<i>Sim</i>	245	98,0
<i>Não</i>	5	2,0
TOTAL	250	100,0

Base de dados: 250 residentes

Nota: **d.p.** → Desvio-padrão **I.C. da média** → Intervalo de confiança de 95% da média.

A diferença do total de 250 residentes e o total de cada de variável apresentado na tabela refere-se ao número de casos sem informação

A TAB. 8 mostra uma caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida. A variação destes fatores é de 0 a 100 %, sendo que para todos os domínios a média foi superior ou igual a 60 %.

Tabela 8 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores do questionário que avalia a Qualidade de Vida

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

Base de dados: 250 residentes

Nota: **d.p.** → Desvio-padrão **I.C. da média** → Intervalo de confiança de 95% da média.

5.2 Avaliação da influência das variáveis de interesse nos escores médios dos fatores que avaliam a Qualidade de Vida

Os resultados mostraram que a maioria das variáveis de interesse não influenciou significativamente nos escores dos fatores da Qualidade de Vida (TAB. 9).

Tabela 9 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se as variáveis pessoais

(Continua)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Sexo				
<i>Masculino</i> ^M	70,0 ± 12,6	64,9 ± 14,2	70,0 ± 16,8	62,7 ± 12,6
<i>Feminino</i> ^F	69,6 ± 13,8	64,6 ± 13,1	70,3 ± 11,4	60,4 ± 10,4
p*	0,929	0,930	0,932	0,405
Conclusão	F = M	F = M	F = M	F = M
Faixa etária				
<i>De 24 a 27 anos</i> ^{F1}	69,9 ± 11,5	64,6 ± 13,6	70,0 ± 16,7	63,8 ± 12,3
<i>De 28 a 30 anos</i> ^{F2}	71,7 ± 12,5	67,4 ± 13,9	72,1 ± 14,8	64,0 ± 12,8
<i>De 31 a 35 anos</i> ^{F3}	67,3 ± 12,4	63,4 ± 12,9	68,6 ± 17,7	59,8 ± 10,8
<i>Acima de 35 anos</i> ^{F4}	67,6 ± 15,4	60,6 ± 18,3	65,6 ± 18,6	58,3 ± 14
p**	0,162	0,113	0,292	0,062
Conclusão	F ₁ = F ₂ = F ₃ = F ₄	F ₁ = F ₂ = F ₃ = F ₄	F ₁ = F ₂ = F ₃ = F ₄	F ₁ = F ₂ = F ₃ = F ₄
Estado Civil				
<i>Casado(a) / União estável</i> ^C	69,9 ± 12,2	64,2 ± 15,3	69,5 ± 17,2	60,6 ± 12,5
<i>Solteiro(a)</i> ^S	69,8 ± 12,7	65,2 ± 13,4	70,3 ± 16,1	63,1 ± 12,5
p*	0,929	0,614	0,737	0,158
Conclusão	C = S	C = S	C = S	C = S
Filhos				
<i>Sim</i> ^S	68,6 ± 12,7	66,8 ± 14,7	69,6 ± 18,8	61,2 ± 12,1
<i>Não</i> ^N	70,2 ± 12,6	64,5 ± 14,0	70,2 ± 16,1	62,8 ± 12,5
p*	0,463	0,359	0,870	0,428
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N

Tabela 9 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se as variáveis pessoais
(continuação)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Cor				
<i>Branca</i> ^B	69,7 ± 12,7	64,9 ± 14,1	70,7 ± 16,6	62,6 ± 12,8
<i>Outras</i> ^O	70,5 ± 12,3	64,4 ± 13,8	67,5 ± 15,5	62,0 ± 11,4
p^A	0,652	0,817	0,153	0,692
Conclusão	B = O	B = O	B = O	B = O
Mora com a família				
<i>Sim</i> ^S	70,3 ± 12,8	65,8 ± 13,6	68,9 ± 16,9	62,0 ± 13,4
<i>Não</i> ^N	69,8 ± 12,6	64,4 ± 14,4	70,7 ± 16,3	62,8 ± 12
p^A	0,755	0,454	0,438	0,637
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Possui automóvel próprio				
<i>Sim</i> ^S	70,2 ± 12,7	65,1 ± 13,9	70,0 ± 16,3	62,7 ± 12,4
<i>Não</i> ^N	65,9 ± 11,3	60,6 ± 17,0	71,8 ± 21,1	60,1 ± 13,5
p^A	0,212	0,363	0,764	0,515
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Nível de escolaridade da mãe				
<i>Até ensino fundamental completo</i> ^{E1}	68,3 ± 14,2	63,0 ± 18,3	65,6 ± 21,2	59,0 ± 12,1
<i>Ensino médio completo</i> ^{E2}	68,5 ± 10,9	65,1 ± 12,1	68,9 ± 12,5	59,8 ± 9,0
<i>Ensino superior incompleto</i> ^{E3}	69,6 ± 14,6	64,9 ± 16,7	71,7 ± 20,8	62,3 ± 14,9
<i>Ensino superior completo</i> ^{E4}	70,5 ± 11,7	65,5 ± 12,3	71,0 ± 14,6	63,9 ± 12,0
<i>Pós-graduação</i> ^{E5}	70,6 ± 13,8	64,2 ± 15,5	70,0 ± 17,6	63,2 ± 13,8
p^B	0,873	0,945	0,636	0,292
Conclusão	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = E ₅	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = E ₅	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = E ₅	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = E ₅

Tabela 9 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se as variáveis pessoais (conclusão)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Nível de escolaridade do pai				
<i>Até ensino fundamental completo</i> ^{E1}	68,3 ± 15,3	62,4 ± 18,2	67,5 ± 18,1	58,3 ± 10,3
<i>Ensino médio completo</i> ^{E2}	72,0 ± 12,8	65,5 ± 14,1	71,5 ± 13,2	63,4 ± 10,7
<i>Ensino superior incompleto</i> ^{E3}	67,9 ± 12,4	62,8 ± 14,4	72,9 ± 21,7	61,7 ± 12,2
<i>Ensino superior completo</i> ^{E4}	69,4 ± 11,4	65,5 ± 12,8	69,2 ± 16,3	62,7 ± 11,6
<i>Pós-graduação</i> ^{E5}	71,0 ± 13,7	64,9 ± 14,6	71,8 ± 17,1	64,1 ± 16,1
p^B	0,668	0,829	0,692	0,343
Conclusão	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = E ₅	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = E ₅	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = E ₅	E ₁ = E ₂ = E ₃ = E ₄ = E ₅
Aprovação em concurso público				
<i>Sim</i> ^S	70,2 ± 13,2	64,0 ± 15,7	70,1 ± 18,0	62,8 ± 12,7
<i>Não</i> ^N	69,9 ± 12,5	65,1 ± 13,6	70,1 ± 16,1	62,5 ± 12,4
p^A	0,859	0,626	0,991	0,865
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se à média () e ao desvio-padrão (**d.p.**) →

a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t de Student (A) ou Análise de Variância (B)

Houve diferença significativa entre os residentes que já escolheram a subespecialidade da residência e aqueles que ainda não escolheram no que diz respeito ao fator *Meio ambiente*, sendo que aqueles que já escolheram-nas, apresentaram valores significativamente ($p < 0,05$) superiores (TAB. 10).

Tabela 10 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se as variáveis de formação médica

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Ano de formação em medicina				
<i>Até 2010</i> ^{A1}	69,3 ± 15,8	62,2 ± 15,4	68,7 ± 17,2	59,4 ± 12,4
<i>2011 a 2012</i> ^{A2}	70,5 ± 11,3	66,3 ± 14,3	72,1 ± 14,9	63,2 ± 11,8
<i>2013 a 2014</i> ^{A3}	69,9 ± 12,7	64,8 ± 13,3	69,3 ± 16,9	63,2 ± 12,3
p^B	0,889	0,389	0,380	0,286
Conclusão	A ₁ = A ₂ = A ₃	A ₁ = A ₂ = A ₃	A ₁ = A ₂ = A ₃	A ₁ = A ₂ = A ₃
Outra especialidade médica				
<i>Sim</i> ^S	67,7 ± 13,4	65,3 ± 17,7	72,2 ± 15,5	62,6 ± 12,1
<i>Não</i> ^N	70,2 ± 12,6	64,8 ± 13,7	69,8 ± 16,6	62,5 ± 12,5
p^A	0,394	0,904	0,482	0,965
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Escolha da subespecialidade na ortopedia				
<i>Sim</i> ^S	70,5 ± 12,1	65,5 ± 13,7	70,9 ± 16,5	63,8 ± 12,2
<i>Não</i> ^N	67,3 ± 14,9	61,6 ± 15,5	65,7 ± 16,2	56,3 ± 12,2
p^A	0,213	0,138	0,061	0,001
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S > N

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se à média () e ao desvio-padrão (**d.p.**) →

a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t de Student (A) ou Análise de Variância (B)

A qualidade de sono foi uma variável que influenciou, significativamente em todos os domínios avaliados, sendo que os residentes com qualidade de sono excelente ou boa, apresentaram valores ,significativamente, superiores (melhor Qualidade de Vida) e aqueles com qualidade de sono ruim ou péssima, apresentaram valores, significativamente, inferiores (pior Qualidade de Vida) (TAB. 11).

Houve resultado significativo em relação ao uso contínuo de medicamento no fator *Físico*, sendo que os residentes que não fazem uso de medicação apresentaram valores, significativamente, superiores quando comparados com aqueles que fazem uso contínuo de algum medicamento (TAB. 11).

Tabela 11 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se os hábitos de vida

(Continua)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Hábito de fumar				
<i>Nunca fumou</i> ^{HF1}	70,3 ± 12,3	64,9 ± 14,2	69,6 ± 16,4	62,7 ± 11,9
<i>Fumante</i> ^{HF2}	70,0 ± 12,6	64,0 ± 14,3	77,3 ± 13,7	60,4 ± 13,5
<i>Ex-fumante</i> ^{HF3}	67,3 ± 15,0	65,5 ± 13,7	67,7 ± 18,4	62,8 ± 16,0
p^B	0,539	0,937	0,086	0,699
Conclusão	HF ₁ = HF ₂ = HF ₃	HF ₁ = HF ₂ = HF ₃	HF ₁ = HF ₂ = HF ₃	HF ₁ = HF ₂ = HF ₃
Hábito de beber				
<i>Sim, bebe</i> ^{HB1}	70,6 ± 12,5	65,5 ± 13,2	70,5 ± 15,6	62,9 ± 12,4
<i>Já bebeu, mas não bebe mais</i> ^{HB2}	68,7 ± 15,7	63,9 ± 19,5	71,8 ± 17,4	62,7 ± 13,2
<i>Nunca bebeu</i> ^{HB3}	64,6 ± 10,5	60,1 ± 16,9	64,5 ± 22,4	58,8 ± 12,5
p^B	0,084	0,218	0,226	0,329
Conclusão	HB ₁ = HB ₂ = HB ₃	HB ₁ = HB ₂ = HB ₃	HB ₁ = HB ₂ = HB ₃	HB ₁ = HB ₂ = HB ₃
Classificação do IMC (*)				
<i>Peso normal</i> ^{CI1}	71,7 ± 12,7	66,0 ± 13,5	70,2 ± 14,0	63,6 ± 10,5
<i>Acima do peso</i> ^{CI2}	70,1 ± 12,5	65,4 ± 14,2	70,9 ± 17,6	62,9 ± 13,4
<i>Obesidade Grau I / II / III</i> ^{CI3}	67,4 ± 12,8	61,3 ± 14,3	66,9 ± 15,3	59,9 ± 10,7
p^B	0,271	0,219	0,410	0,319
Conclusão	CI ₁ = CI ₂ = CI ₃	CI ₁ = CI ₂ = CI ₃	CI ₁ = CI ₂ = CI ₃	CI ₁ = CI ₂ = CI ₃

Tabela 11 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se os hábitos de vida (conclusão)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Prática de atividades físicas regulares				
<i>Sim</i> ^S	70,8 ± 13,0	65,3 ± 14,9	70,3 ± 16,6	63,6 ± 13,0
<i>Não</i> ^N	68,3 ± 11,7	64,0 ± 12,4	69,6 ± 16,3	60,5 ± 11,2
p^A	0,132	0,445	0,752	0,051
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Classificação da qualidade de sono				
<i>Excelente / Bom</i> ^{QS1}	77,2 ± 11,6	70,0 ± 13,6	72,9 ± 15,7	66,1 ± 13,6
<i>Regular</i> ^{QS1}	69,1 ± 10,5	65,4 ± 11,4	70,1 ± 16,3	63,0 ± 11,2
<i>Ruim / Péssimo</i> ^{QS1}	61,1 ± 11,5	56,6 ± 15,4	65,8 ± 17,2	56,5 ± 10,7
p^B	< 0,001	< 0,001	0,038	< 0,001
Conclusão	QS ₁ > QS ₂ > QS ₃	QS ₁ > QS ₂ > QS ₃	QS ₁ > QS ₃	QS ₁ > QS ₂ > QS ₃
Utilização de medicamento de uso contínuo				
<i>Sim</i> ^S	65,2 ± 14,6	61,9 ± 11,8	69,1 ± 18,9	61,9 ± 12,5
<i>Não</i> ^N	71,0 ± 12,0	65,5 ± 14,5	70,3 ± 16,0	62,7 ± 12,5
p^A	0,015	0,073	0,690	0,732
Conclusão	S < N	S = N	S = N	S = N

Base de dados: (*) 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se à média () e ao desvio-padrão (d.p.) →

a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t de Student (A) ou Análise de Variância (B)

Como pode ser observado na TAB. 12, o tempo dedicado por dia aos estudos influenciou, significativamente, os resultados dos fatores *Físico*, *Psicológico* e *Meio ambiente*. Os residentes que estudam menos de 1 hora por dia apresentaram valores para esses fatores, significativamente, inferiores aos observados nos grupos que estudam pelo menos 1 hora por dia.

O fato de terem acesso a algum banco de dados médico-científico também foi uma variável que influenciou, significativamente, os resultados dos fatores *Físico*, *Psicológico* e *Meio ambiente*, sendo que os residentes com acesso apresentaram valores, significativamente, superiores (TAB. 12).

Os residentes que se consideram disciplinados para o estudo apresentaram melhores resultados para a Qualidade de Vida avaliada nos fatores *Físico*, *Psicológico* e *Meio ambiente*, quando comparados com aqueles que não são disciplinados para o estudo (TAB. 12).

O domínio da língua estrangeira influenciou, demasiadamente, nos resultados do fator *Meio ambiente*, sendo que valores, significativamente, superiores foram observados no grupo que tem domínio de alguma língua estrangeira (TAB. 12).

Tabela 12 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se os hábitos de estudo

(Continua)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Leitura de livro não relacionado à medicina nos últimos 3 meses				
<i>Sim</i> ^S	70,7 ± 12,6	65,4 ± 14,3	70,8 ± 17,4	63,8 ± 13,5
<i>Não</i> ^N	69,4 ± 12,6	64,5 ± 14,0	69,6 ± 15,9	61,6 ± 11,5
p^A	0,446	0,630	0,578	0,167
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Assinatura de livro ou revista não relacionado à área médica				
<i>Sim</i> ^S	70,6 ± 12,5	66,6 ± 11,9	72,5 ± 14,7	63,5 ± 12,4
<i>Não</i> ^N	69,7 ± 12,7	64,1 ± 14,9	69,0 ± 17,2	62,1 ± 12,5
p^A	0,596	0,173	0,106	0,420
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Média de horas de estudo por dia				
<i>Menos de 1 hora/dia</i> ^{HE1}	62,4 ± 14,0	57,9 ± 13,4	66,3 ± 19,5	56,5 ± 12,0
<i>De 1 a 2 horas/dia</i> ^{HE2}	70,1 ± 12,3	64,0 ± 13,9	69,9 ± 16,0	62,6 ± 11,5
<i>De 3 a 4 horas/dia</i> ^{HE3}	71,4 ± 11,6	67,3 ± 14,2	70,8 ± 15,4	65,0 ± 14,0
<i>Mais de 4 horas/dia</i> ^{HE4}	72,6 ± 13,1	68,8 ± 13,4	72,2 ± 18,5	61,8 ± 11,5
p^B	0,008	0,010	0,580	0,029
Conclusão	HE ₁ < (HE ₂ = HE ₃ = HE ₄)	HE ₁ < (HE ₂ = HE ₃ = HE ₄)	HE ₁ = HE ₂ = HE ₃ = HE ₄	HE ₁ < (HE ₂ = HE ₃ = HE ₄)
Costume de fazer resumo da matéria estudada de forma manual/digital				
<i>Sim</i> ^S	70,3 ± 12,5	65,1 ± 13,8	70,2 ± 16,8	63,1 ± 11,9
<i>Não</i> ^N	69,3 ± 12,9	64,4 ± 14,8	69,8 ± 16,1	61,4 ± 13,4
p^A	0,572	0,734	0,834	0,309
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N

Tabela 12 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se os hábitos de estudo

(continuação)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Costume de estudar em LAPTOPS/TABLETS				
<i>Sim</i> ^S	69,7 ± 12,7	65,1 ± 13,9	70,1 ± 16,2	62,7 ± 12,2
<i>Não</i> ^N	72,6 ± 11,8	61,9 ± 16,3	69,4 ± 19,8	60,3 ± 15,3
p^A	0,290	0,387	0,880	0,480
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Estudo de conteúdo on-line				
<i>Sim</i> ^S	70,2 ± 12,4	65,2 ± 14,1	70,3 ± 16,4	62,9 ± 12,4
<i>Não</i> ^N	67,0 ± 15,0	61,6 ± 13,6	67,4 ± 18,2	59,1 ± 13,1
p^A	0,346	0,244	0,478	0,209
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Acesso a algum banco de dados médico-científico				
<i>Sim</i> ^S	71,1 ± 12,1	66,4 ± 13,5	70,6 ± 15,2	63,9 ± 11,9
<i>Não</i> ^N	66,1 ± 13,6	59,8 ± 15	68,4 ± 20,2	58,2 ± 13,4
p^A	0,013	0,003	0,436	0,005
Conclusão	S > N	S > N	S = N	S > N
Disciplinado(a) para o estudo				
<i>Sim</i> ^S	71,7 ± 12,4	68,5 ± 14,1	71,0 ± 17,0	64,3 ± 13,2
<i>Não</i> ^N	68,4 ± 12,7	61,9 ± 13,4	69,3 ± 16,1	61,0 ± 11,6
p^A	0,039	< 0,001	0,427	0,040
Conclusão	S > N	S > N	S = N	S > N

Tabela 12 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a qualidade de vida, considerando-se os hábitos de estudo

(conclusão)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
LAPTOP/TABLET no auxílio ao estudo				
<i>Sim</i> ^S	69,7 ± 12,6	65,1 ± 13,8	70,1 ± 16,2	62,8 ± 12,1
<i>Não</i> ^N	73,6 ± 13,6	61,2 ± 19,3	69,2 ± 22,7	58,2 ± 17,4
p^A	0,331	0,490	0,892	0,365
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Domínio de língua estrangeira				
<i>Sim</i> ^S	70,6 ± 12,0	65,7 ± 13,5	71,4 ± 16,0	64,2 ± 12,0
<i>Não</i> ^N	68,4 ± 13,8	63,1 ± 15,2	67,0 ± 17,3	58,7 ± 12,6
p^A	0,214	0,207	0,057	0,002
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S > N

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se à média () e ao desvio-padrão (**d.p.**) →

a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t de Student (A) ou Análise de Variância (B)

As características do serviço de residência (se possui biblioteca e se realiza reuniões clínicas) não interferiram na Qualidade de Vida (TAB. 13).

Tabela 13 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se as características do serviço da residência

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Localidade do serviço de residência				
<i>Capital</i> ^C	69,2 ± 13,4	63,9 ± 14,1	69,8 ± 16,4	62,1 ± 13,4
<i>Interior</i> ^I	71,2 ± 11,1	66,5 ± 13,9	70,6 ± 16,7	63,3 ± 10,8
p^A	0,209	0,165	0,720	0,440
Conclusão	C = I	C = I	C = I	C = I
Apresentação de todas as subespecialidades pelo serviço de residência				
<i>Sim</i> ^S	70,8 ± 12,9	65,8 ± 14,2	70,2 ± 17,1	64,0 ± 12,8
<i>Não</i> ^N	69,3 ± 12,4	64,1 ± 14,0	69,9 ± 16,1	61,4 ± 12,1
p^A	0,356	0,358	0,893	0,098
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Serviço possui biblioteca				
<i>Sim</i> ^S	70,1 ± 12,9	65,3 ± 14,2	70,6 ± 16	63 ± 12,4
<i>Não</i> ^N	68,4 ± 9,8	61,1 ± 13,1	65,7 ± 20,3	58,7 ± 12,4
p^A	0,407	0,127	0,241	0,097
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Serviço possui bibliografia básica da SBOT				
<i>Sim</i> ^S	70,3 ± 12,6	65,8 ± 13,8	70,4 ± 15,6	62,5 ± 12,9
<i>Não</i> ^N	68,4 ± 12,8	61,3 ± 14,9	68,8 ± 19,8	62,6 ± 10,6
p^A	0,351	0,055	0,610	0,943
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Reuniões clínicas no serviço				
<i>Sim</i> ^S	70,1 ± 12,5	65,1 ± 14,0	70,1 ± 16,5	62,8 ± 12,4
<i>Não</i> ^N	67,3 ± 14,8	60,4 ± 15,7	70,1 ± 16,5	57,8 ± 12,8
p^A	0,528	0,333	0,988	0,215
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se à média () e ao desvio-padrão (d.p.) →
a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t de Student (A)

Também não foi observada a interferência dos hábitos de trabalho (frequência de plantões e horas trabalhadas, dentro e fora da residência) na Qualidade de Vida dos residentes de Ortopedia. (TAB. 14)

Tabela 14 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se os hábitos de trabalho

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Plantão fora da residência médica				
<i>Sim</i> ^S	70,0 ± 12,9	64,9 ± 14,1	70,4 ± 16,2	62,8 ± 12,8
<i>Não</i> ^N	69,8 ± 10,5	64,7 ± 14,0	68,0 ± 18,8	60,9 ± 9,9
p^A	0,916	0,948	0,496	0,354
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Frequência dos plantões fora da residência médica				
<i>Ocasionalmente</i> ^{F1}	69,1 ± 11,5	67,0 ± 11,5	70,4 ± 15,8	61,3 ± 12,6
<i>Uma vez por semana</i> ^{F2}	71,1 ± 12,7	65,2 ± 14,9	71,0 ± 15,3	63,7 ± 12,6
<i>De 2 a 6 vezes por semana</i> ^{F3}	69,5 ± 14,3	62,8 ± 15,2	69,6 ± 17,6	62,9 ± 13,3
p^B	0,601	0,220	0,874	0,553
Conclusão	F ₁ = F ₂ = F ₃	F ₁ = F ₂ = F ₃	F ₁ = F ₂ = F ₃	F ₁ = F ₂ = F ₃
Horas por semana trabalhadas na residência				
<i>Até 40 horas</i> ^{HR1}	69,5 ± 14,3	65,7 ± 13,1	76,2 ± 14,8	63,4 ± 10,4
<i>De 41 a 60 horas</i> ^{HR2}	70,6 ± 11,9	65,4 ± 14,8	69,2 ± 16,3	62,2 ± 13,3
<i>De 61 a 80 horas</i> ^{HR3}	69,2 ± 12,8	64,6 ± 14,1	68,7 ± 15,2	63,4 ± 11,5
<i>Mais de 80 horas</i> ^{HR4}	68,8 ± 13,5	61,8 ± 12,3	68,8 ± 20,3	61,2 ± 13
p^B	0,835	0,614	0,123	0,832
Conclusão	HR ₁ = HR ₂ = HR ₃ = HR ₄	HR ₁ = HR ₂ = HR ₃ = HR ₄	HR ₁ = HR ₂ = HR ₃ = HR ₄	HR ₁ = HR ₂ = HR ₃ = HR ₄
Horas por semana trabalhadas fora da residência				
<i>Nenhuma</i> ^{HF1}	69,4 ± 10,8	63,7 ± 13,7	70,2 ± 19,2	60,4 ± 9,8
<i>Até 20 horas</i> ^{HF2}	70,5 ± 12,2	64,9 ± 13,5	69,3 ± 15,7	63,1 ± 12,2
<i>De 21 a 40 horas</i> ^{HF3}	69,2 ± 13,8	65,5 ± 14,5	69,7 ± 16,3	62,7 ± 13,5
<i>De 41 a 60 horas</i> ^{HF4}	72,1 ± 12,7	63,5 ± 17,2	76,5 ± 15,7	62,9 ± 14
p^B	0,787	0,889	0,420	0,707
Conclusão	HF ₁ = HF ₂ = HF ₃ = HF ₄	HF ₁ = HF ₂ = HF ₃ = HF ₄	HF ₁ = HF ₂ = HF ₃ = HF ₄	HF ₁ = HF ₂ = HF ₃ = HF ₄

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se à média () e ao desvio-padrão (**d.p.**) →

a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t de Student (A) ou Análise de Variância (B)

Os residentes, que atribuíram até 6 pontos na avaliação da residência médica, apresentaram valores ,significativamente, inferiores para o fator *Psicológico* quando comparados com os observados grupos que atribuíram de 7 a 8 pontos ou de 9 a 10 pontos. Além disso, os alunos que atribuíram até 6 pontos apresentaram valores, significativamente, inferiores para o fator *Meio ambiente*, e aqueles que atribuíram notas de 9 a 10 pontos, apresentaram valores, significativamente, superiores (TAB. 15).

Já a nota atribuída ao desempenho na residência médica foi uma variável que influenciou todos os fatores da Qualidade de Vida. No que diz respeito ao fator *Físico*, os resultados mostraram valores, significativamente, superiores no grupo de residentes, que atribuíram notas de 9 a 10 pontos, quando comparados com os demais grupos. Para os fatores *Psicológico* e *Meio ambiente*, valores, significativamente, superiores foram observados no grupo com notas de 9 a 10 pontos e valores, significativamente, inferiores foram observados no grupo com até 6 pontos. E para o fator *Relações sociais*, valores significativamente inferiores foram observados no grupo que atribuiu até 6 pontos para o próprio desempenho, quando comparado com os demais grupos (TAB. 15).

Tabela 15 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se as outras variáveis de interesse

(Continua)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Recebimento de bolsa ou outra compensação financeira para fazer a residência				
<i>Sim</i> ^S	70,0 ± 12,6	64,8 ± 14,0	69,6 ± 16,4	62,6 ± 12,1
<i>Não</i> ^N	69,2 ± 13,1	65,1 ± 15,2	74,3 ± 17,2	62,2 ± 15,6
p^A	0,771	0,936	0,212	0,924
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N
Avaliação da residência (nota de 1 a 10)				
<i>Até 6 pontos</i> ^{PR1}	67,4 ± 14	60 ± 13,9	68,8 ± 16	57,8 ± 13,1
<i>De 7 a 8 pontos</i> ^{PR2}	70,4 ± 12	65,4 ± 14	69,3 ± 16,5	62,8 ± 12,2
<i>De 9 a 10 pontos</i> ^{PR3}	71,2 ± 13	68,9 ± 13,4	74,6 ± 16,8	67,3 ± 10,7
p^B	0,270	0,008	0,165	0,001
Conclusão	PR ₁ = PR ₂ = PR ₃	PR ₁ < (PR ₂ = PR ₃)	PR ₁ = PR ₂ = PR ₃	PR ₁ < PR ₂ < PR ₃
Avaliação do próprio desempenho na residência (nota de 1 a 10)				
<i>Até 6 pontos</i> ^{PD1}	65,8 ± 12,9	57,0 ± 15,0	63,8 ± 17,7	57,3 ± 13,5
<i>De 7 a 8 pontos</i> ^{PD2}	69,9 ± 12,4	65,1 ± 13,1	70,9 ± 16,1	62,7 ± 11,8
<i>De 9 a 10 pontos</i> ^{PD3}	74,6 ± 11,7	72,5 ± 13	73,5 ± 15,5	67,5 ± 12,2
p^B	0,006	< 0,001	0,015	0,001
Conclusão	(PD ₁ = PD ₂) < PD ₃	PD ₁ < PD ₂ < PD ₃	PD ₁ < (PD ₂ = PD ₃)	PD ₁ < PD ₂ < PD ₃
Primeira vez que faz prova de título de especialista				
<i>Sim</i> ^S	69,9 ± 12,6	64,8 ± 14,0	69,8 ± 16,4	62,6 ± 12,3
<i>Não</i> ^N	70,1 ± 15,1	67,7 ± 16,9	78,1 ± 17,2	61,7 ± 16,7
p^A	0,978	0,642	0,217	0,893
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N

Tabela 15 - Caracterização dos residentes em relação aos fatores que avaliam a Qualidade de Vida, considerando-se as outras variáveis de interesse

(conclusão)

Variáveis	Fatores			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio-ambiente
Primeira vez que faz prova de título de especialista em ortopedia				
<i>Sim</i> ^S	69,9 ± 12,7	64,9 ± 14,1	70,0 ± 16,6	62,6 ± 12,5
<i>Não</i> ^N	70,7 ± 6,9	60,8 ± 15,2	71,7 ± 15,1	56,9 ± 12,4
p ^A	0,815	0,580	0,823	0,359
Conclusão	S = N	S = N	S = N	S = N

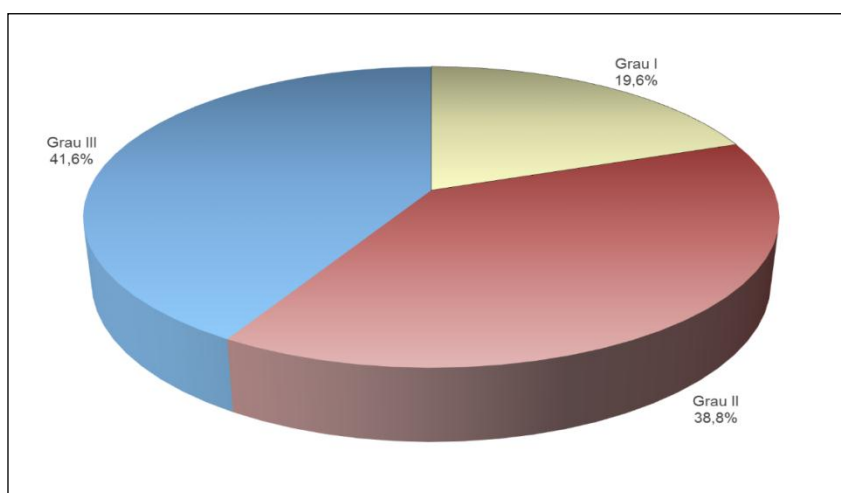
Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se à média () e ao desvio-padrão (**d.p.**) →

a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste t de Student (A) ou Análise de Variância (B)

Baseando-se nos 4 fatores que avaliam a Qualidade de Vida, a Análise de Conglomerados (*Clusters*) foi utilizada para identificar possíveis grupos (*Clusters*) de residentes de Ortopedia com características únicas. E os resultados indicaram 3 Conglomerados (grupos) distintos de residentes baseados, conjuntamente nos 4 Fatores, cujo 19,6% dos alunos apresentam grau I, 38,8% apresentam grau II e 41,6% apresentam grau III (GRAF. 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos residentes quanto aos 3 grupos criados (*Clusters*) no que se refere ao grau de Qualidade de Vida de acordo com a Análise de Conglomerados, baseando-se nos 4 fatores do questionário que avalia a Qualidade de Vida



Base de dados: 250 alunos

A TAB. 16 apresenta os escores médios dos 3 Conglomerados (grupos) gerados por cada um dos 4 Fatores. Além disso, esses resultados mostram que os 3 grupos (*Clusters*) formados de residentes diferem, estatisticamente entre si, ou seja, as médias de cada um dos 10 Fatores diferem, significativamente, ($p < 0,05$) entre os grupos com Grau I, II e III. Portanto, cada grupo (*Cluster*) formado é único e caracterizado por homogeneidade interna em cada grupo.

Tabela 16 - Média dos 4 fatores do questionário que avalia Qualidade de Vida em relação aos 3 grupos (*Clusters*) de residentes formados pela Análise de Conglomerados

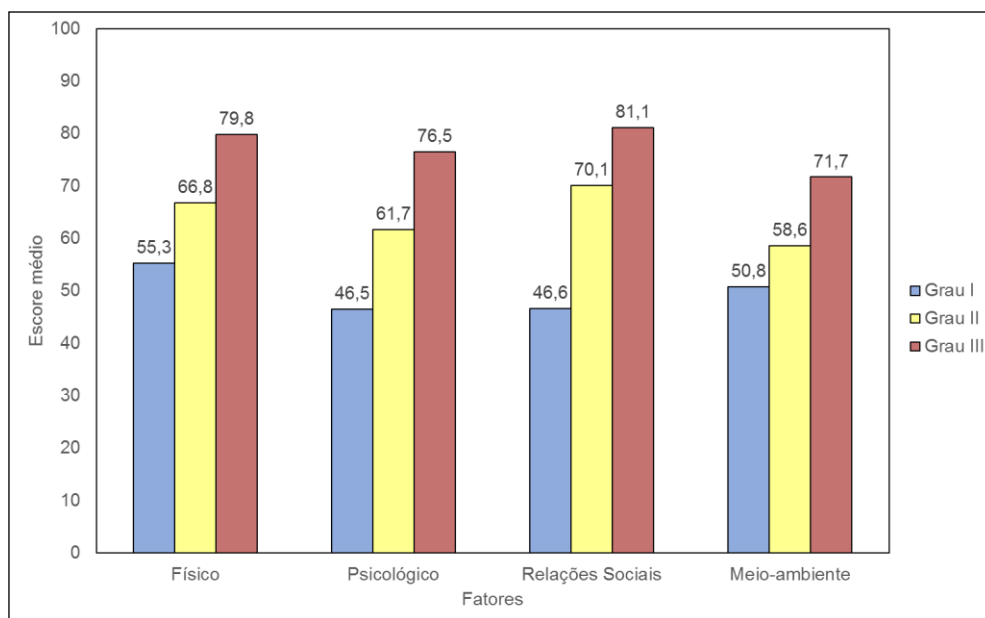
Fatores	Nível de qualidade de vida			Análise de variância	
	Grau I	Grau II	Grau III	p	Conclusão
Físico	55,3	66,8	79,8	< 0,001	I < II < III
Psicológico	46,5	61,7	76,5	< 0,001	I < II < III
Relações Sociais	46,6	70,1	81,1	< 0,001	I < II < III
Meio ambiente	50,8	58,6	71,7	< 0,001	I < II < III

Base de dados: 250 residentes

Nota: $p \rightarrow$ Probabilidade de significância do teste *t de student*

O GRAF. 2 apresenta as médias dos 4 Fatores para cada um dos 3 grupos que avaliam a qualidade de vida. Como pode ser observado, o grupo com grau I apresentou a média sempre estatisticamente inferior aos demais grupos e o grupo com grau III, apresentou, a média sempre estatisticamente superior aos demais grupos. Assim, pode-se concluir que existe um grupo com melhor qualidade de vida (grau III), um segundo grupo com qualidade de vida inferior (grau I) e um terceiro grupo com uma qualidade de vida intermediária. Vale ressaltar-se que apesar de se ter 3 grupos distintos, não se pode dizer que existe um grupo de residentes com baixa qualidade de vida.

Gráfico 2 - Média dos 4 fatores gerados pela Análise Fatorial em relação aos 3 grupos (*Clusters*) de residentes formados pela Análise de Conglomerados



Base de dados: 250 residentes

5.4 Comparação dos Conglomerados em relação às variáveis de interesse

As TAB. 17 a 23 mostram a associação entre os grupos formados pela análise de Conglomerados e as variáveis de interesse. Como pode ser observado, para a maioria das variáveis, nenhuma associação significativa foi identificada (TAB. 17).

Tabela 17 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis pessoais, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados
(Continua)

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			P
	Grau I	Grau II	Grau III	
Sexo				
<i>Masculino</i> ^M	46 (19,6%)	90 (38,5%)	98 (41,9%)	0,943 ^B
<i>Feminino</i> ^F	3 (18,7%)	7 (43,8%)	6 (37,5%)	
Faixa etária				
<i>De 24 a 27 anos</i> ^{F1}	12 (21,1%)	24 (42,1%)	21 (36,8%)	0,170 ^B
<i>De 28 a 30 anos</i> ^{F2}	15 (15,6%)	30 (31,3%)	51 (53,1%)	
<i>De 31 a 35 anos</i> ^{F3}	13 (22,8%)	26 (45,6%)	18 (31,6%)	
<i>Acima de 35 anos</i> ^{F4}	6 (25,0%)	10 (41,7%)	8 (33,3%)	
Estado Civil				
<i>Casado(a) / União estável</i> ^C	15 (20,3%)	29 (39,2%)	30 (40,5%)	0,982 ^A
<i>Solteiro(a)</i> ^S	33 (19,3%)	67 (39,2%)	71 (41,5%)	
Filhos				
<i>Sim</i> ^S	8 (19%)	17 (40,5%)	17 (40,5%)	0,971 ^A
<i>Não</i> ^N	41 (19,7%)	80 (38,5%)	87 (41,8%)	
Cor				
<i>Branca</i> ^B	34 (19,1%)	68 (38,2%)	76 (42,7%)	0,845 ^A
<i>Outras</i> ^O	15 (21,7%)	27 (39,1%)	27 (39,1%)	
Mora com a família				
<i>Sim</i> ^S	17 (20%)	32 (37,6%)	36 (42,4%)	0,965 ^A
<i>Não</i> ^N	32 (19,4%)	65 (39,4%)	68 (41,2%)	

Tabela 17 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis pessoais, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados (conclusão)

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			P
	Grau I	Grau II	Grau III	
Possui automóvel próprio				
<i>Sim</i> ^S	45 (19%)	91 (38,4%)	101 (42,6%)	0,292 ^B
<i>Não</i> ^N	4 (30,8%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	
Nível de escolaridade da mãe				
<i>Até ensino fundamental completo</i> ^{E1}	8 (33,3%)	9 (37,5%)	7 (29,2%)	0,290 ^B
<i>Ensino médio completo</i> ^{E2}	6 (17,6%)	18 (52,9%)	10 (29,4%)	
<i>Ensino superior incompleto</i> ^{E3}	6 (21,4%)	10 (35,7%)	12 (42,9%)	
<i>Ensino superior completo</i> ^{E4}	17 (15,6%)	44 (40,4%)	48 (44%)	
<i>Pós-graduação</i> ^{E5}	12 (21,8%)	16 (29,1%)	27 (49,1%)	
Nível de escolaridade do pai				
<i>Até ensino fundamental completo</i> ^{E1}	9 (30%)	11 (36,7%)	10 (33,3%)	0,920 ^B
<i>Ensino médio completo</i> ^{E2}	6 (15,8%)	15 (39,5%)	17 (44,7%)	
<i>Ensino superior incompleto</i> ^{E3}	2 (16,7%)	5 (41,7%)	5 (41,7%)	
<i>Ensino superior completo</i> ^{E4}	24 (20,3%)	46 (39%)	48 (40,7%)	
<i>Pós-graduação</i> ^{E5}	8 (15,4%)	20 (38,5%)	24 (46,2%)	
Aprovação em concurso público				
<i>Sim</i> ^S	11 (19,6%)	22 (39,3%)	23 (41,1%)	0,995 ^A
<i>Não</i> ^N	38 (19,6%)	75 (38,7%)	81 (41,8%)	

Base de dados: 250 residentes.

Nota: os valores apresentados referem-se ao número de residentes (n) e ao percentual em relação ao total da linha. A probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-Quadrado (A) ou teste exato de Fisher (B)

Observou-se que a maioria dos residentes (51,2%), que não escolheram a subespecialidade na Ortopedia, pertenciam ao grupo com grau II de Qualidade de Vida e no grupo que já fez essa escolha, a maior proporção (45,4%) pertencia ao grupo de grau III de Qualidade de Vida. Ressalta-se que essas diferenças foram significativas (TAB. 18).

Tabela 18 - Caracterização dos residentes em relação às variáveis de formação médica, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			p
	Grau I	Grau II	Grau III	
Ano de formação em medicina				
<i>Até 2010</i> ^{A1}	6 (20,7%)	13 (44,8%)	10 (34,5%)	0,506 ^A
<i>2011 a 2012</i> ^{A2}	14 (15,6%)	39 (43,3%)	37 (41,1%)	
<i>2013 a 2014</i> ^{A3}	28 (21,9%)	43 (33,6%)	57 (44,5%)	
Outra especialidade médica				
<i>Sim</i> ^S	5 (20,8%)	11 (45,9%)	8 (33,3%)	0,669 ^B
<i>Não</i> ^N	44 (19,5%)	86 (38,0%)	96 (42,5%)	
Escolha da subespecialidade na ortopedia				
<i>Sim</i> ^S	38 (18,2%)	76 (36,4%)	95 (45,4%)	0,020^A
<i>Não</i> ^N	11 (26,8%)	21 (51,2%)	9 (22,0%)	

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se ao número de residentes (n) e ao percentual em relação ao total da linha. A probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-Quadrado (A) ou teste exato de Fisher (B)

No grupo com qualidade de sono excelente ou boa, a maioria dos residentes pertencia ao grupo com grau III de Qualidade de Vida. No grupo com qualidade de sono regular, a maior proporção pertencia ao grupo com grau II de qualidade de vida e no grupo II com qualidade de sono ruim ou péssima, a maioria pertencia ao grupo com grau II de Qualidade de Vida. Sendo que essas diferenças se mostraram significativas (TAB. 19).

Tabela 19 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de vida, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados
(Continua)

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			p
	Grau I	Grau II	Grau III	
Hábito de fumar				
<i>Nunca fumou</i> ^{HF1}	42 (20,7%)	74 (36,4%)	87 (42,9%)	0,483 ^B
<i>Fumante</i> ^{HF2}	2 (9,1%)	11 (50,0%)	9 (40,9%)	
<i>Ex-fumante</i> ^{HF3}	5 (20,0%)	12 (48,0%)	8 (32,0%)	
Hábito de beber				
<i>Sim, bebe</i> ^{HB1}	38 (18,2%)	82 (39,2%)	89 (42,6%)	0,147 ^B
<i>Já bebeu, mas não bebe mais</i> ^{HB2}	3 (16,7%)	5 (27,8%)	10 (55,5%)	
<i>Nunca bebeu</i> ^{HB3}	8 (34,8%)	10 (43,5%)	5 (21,7%)	
Classificação do IMC (*)				
<i>Peso normal</i> ^{CI1}	11 (20,0%)	17 (30,9%)	27 (49,1%)	0,494 ^B
<i>Acima do peso</i> ^{CI2}	29 (18,6%)	62 (39,7%)	65 (41,7%)	
<i>Obesidade Grau I / II / III</i> ^{CI3}	8 (21,0%)	18 (47,4%)	12 (31,6%)	
Prática de atividades físicas regulares				
<i>Sim</i> ^S	32 (19,4%)	58 (35,1%)	75 (45,5%)	0,182 ^A
<i>Não</i> ^N	17 (20,0%)	39 (45,9%)	29 (34,1%)	

Tabela 19 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de vida, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados (conclusão)

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			p
	Grau I	Grau II	Grau III	
Classificação da qualidade de sono				
<i>Excelente / Bom</i> ^{QS1}	10 (11,8%)	22 (25,9%)	53 (62,3%)	< 0,001 ^A
<i>Regular</i> ^{QS1}	20 (18,9%)	44 (41,5%)	42 (39,6%)	
<i>Ruim / Péssimo</i> ^{QS1}	19 (32,2%)	31 (52,5%)	9 (15,3%)	
Utilização de medicamento de uso contínuo				
<i>Sim</i> ^S	10 (22,2%)	23 (51,1%)	12 (26,7%)	0,071 ^A
<i>Não</i> ^N	39 (19,0%)	74 (36,1%)	92 (44,9%)	

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se ao número de residentes (n) e ao percentual em relação ao total da linha a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-Quadrado (A) ou teste exato de Fisher (B)

Não foram identificadas associações entre os hábitos de estudo e nível de Qualidade de Vida, como mostra a TAB. 20.

Tabela 20 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de estudo, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados (Continua)

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			p
	Grau I	Grau II	Grau III	
Leitura de livro não relacionado à Medicina nos últimos 3 meses				
<i>Sim</i> ^S	18 (17,0%)	43 (40,6%)	45 (42,4%)	0,662 ^A
<i>Não</i> ^N	31 (21,5%)	54 (37,5%)	59 (41,0%)	

Tabela 20 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de estudo, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados

(Continuação)

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			p
	Grau I	Grau II	Grau III	
Assinatura de livro ou revista não relacionado à área médica				
<i>Sim</i> ^S	12 (15,8%)	35 (46,0%)	29 (38,2%)	0,272 ^A
<i>Não</i> ^N	37 (21,3%)	62 (35,6%)	75 (43,1%)	
Média de horas de estudo por dia				
<i>Menos de 1 hora/dia</i> ^{HE1}	10 (38,5%)	11 (42,3%)	5 (19,2%)	0,096 ^A
<i>De 1 a 2 horas/dia</i> ^{HE2}	23 (18,7%)	50 (40,6%)	50 (40,7%)	
<i>De 3 a 4 horas/dia</i> ^{HE3}	11 (15,5%)	24 (33,8%)	36 (50,7%)	
<i>Mais de 4 horas/dia</i> ^{HE4}	5 (16,7%)	12 (40,0%)	13 (43,3%)	
Costume de fazer resumo da matéria estudada de forma manual/digital				
<i>Sim</i> ^S	31 (18,9%)	67 (40,9%)	66 (40,2%)	0,655 ^A
<i>Não</i> ^N	18 (20,9%)	30 (34,9%)	38 (44,2%)	
Costume de estudar LAPTOPS/TABLETS				
<i>Sim</i> ^S	46 (20,1%)	87 (38,0%)	96 (41,9%)	0,736 ^B
<i>Não</i> ^N	3 (14,3%)	10 (47,6%)	8 (38,1%)	
Estudo de conteúdo on-line (*)				
<i>Sim</i> ^S	42 (18,4%)	90 (39,5%)	96 (42,1%)	0,333 ^B
<i>Não</i> ^N	7 (31,8%)	7 (31,8%)	8 (36,4%)	

Tabela 20 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de estudo, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados (conclusão)

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			p
	Grau I	Grau II	Grau III	
Acesso a algum banco de dados médico-científico				
<i>Sim</i> ^S	32 (16,8%)	76 (39,8%)	83 (43,4%)	0,121 ^A
<i>Não</i> ^N	17 (28,8%)	21 (35,6%)	21 (35,6%)	
Estudo de conteúdo on-line (*)				
<i>Sim</i> ^S	42 (18,4%)	90 (39,5%)	96 (42,1%)	0,333 ^B
<i>Não</i> ^N	7 (31,8%)	7 (31,8%)	8 (36,4%)	
Acesso a algum banco de dados médico-científico				
<i>Sim</i> ^S	32 (16,8%)	76 (39,8%)	83 (43,4%)	0,121 ^A
<i>Não</i> ^N	17 (28,8%)	21 (35,6%)	21 (35,6%)	
Disciplinado(a) para o estudo				
<i>Sim</i> ^S	18 (15,8%)	40 (35,1%)	56 (49,1%)	0,076 ^A
<i>Não</i> ^N	31 (22,8%)	57 (41,9%)	48 (35,3%)	
LAPTOP/TABLET no auxílio ao estudo				
<i>Sim</i> ^S	46 (19,4%)	92 (38,8%)	99 (41,8%)	0,934 ^B
<i>Não</i> ^N	3 (23,0%)	5 (38,5%)	5 (38,5%)	
Domínio de língua estrangeira				
<i>Sim</i> ^S	31 (17,9%)	62 (35,8%)	80 (46,3%)	0,082 ^A
<i>Não</i> ^N	18 (23,4%)	35 (45,4%)	24 (31,2%)	

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se ao número de residentes (n) e ao percentual em relação ao total da linha a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-Quadrado (A) ou teste exato de Fisher (B)

Segundo os resultados apresentados na TAB. 21, não houve associações significativas entre as características do serviço de residência e o nível de Qualidade de Vida.

Tabela 21 - Caracterização dos residentes em relação às características do serviço da residência, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			p
	Grau I	Grau II	Grau III	
Localidade do serviço de residência				
<i>Capital</i> ^C	32 (20,3%)	63 (39,9%)	63 (39,9%)	0,768 ^A
<i>Interior</i> ^I	17 (18,5%)	34 (37,0%)	41 (44,6%)	
Apresentação de todas as subespecialidades pelo serviço de residência				
<i>Sim</i> ^S	23 (20,9%)	38 (34,5%)	49 (44,5%)	0,473 ^A
<i>Não</i> ^N	26 (18,6%)	59 (42,1%)	55 (39,3%)	
Serviço possui biblioteca				
<i>Sim</i> ^S	39 (17,5%)	88 (39,5%)	96 (43,0%)	0,051 ^A
<i>Não</i> ^N	10 (37,0%)	9 (33,3%)	8 (29,6%)	
Serviço possui bibliografia básica da SBOT				
<i>Sim</i> ^S	35 (17,5%)	79 (39,5%)	86 (43,0%)	0,241 ^A
<i>Não</i> ^N	14 (28,0%)	18 (36,0%)	18 (36,0%)	
Reuniões clínicas no serviço				
<i>Sim</i> ^S	47 (19,7%)	92 (38,7%)	99 (41,6%)	0,960 ^B
<i>Não</i> ^N	2 (16,7%)	5 (41,7%)	5 (41,7%)	

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se ao número de residentes (n) e ao percentual em relação ao total da linha a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-Quadrado (A) ou teste exato de Fisher (B)

Os resultados mostraram que o nível de Qualidade de Vida, também, não está associado aos hábitos de trabalho, como mostra a TAB. 22.

Tabela 22 - Caracterização dos residentes em relação aos hábitos de trabalho, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			p
	Grau I	Grau II	Grau III	
Plantão fora da residência médica				
<i>Sim</i> ^S	43 (19,7%)	81 (37,2%)	94 (43,1%)	0,342 ^A
<i>Não</i> ^N	6 (18,8%)	16 (50,0%)	10 (31,2%)	
Frequência dos plantões fora da residência médica				
<i>Ocasionalmente</i> ^{F1}	13 (21,0%)	22 (35,5%)	27 (43,5%)	0,941 ^A
<i>Uma vez por semana</i> ^{F2}	17 (20,5%)	29 (34,9%)	37 (44,6%)	
<i>De 2 a 6 vezes por semana</i> ^{F3}	13 (17,8%)	30 (41,1%)	30 (41,1%)	
Horas por semana trabalhada na residência				
<i>Até 40 horas</i> ^{HR1}	3 (8,3%)	15 (41,7%)	18 (50,0%)	0,330 ^A
<i>De 41 a 60 horas</i> ^{HR2}	26 (20,0%)	49 (37,7%)	55 (42,3%)	
<i>De 61 a 80 horas</i> ^{HR3}	12 (22,6%)	18 (34,0%)	23 (43,4%)	
<i>Mais de 80 horas</i> ^{HR4}	8 (25,8%)	15 (48,4%)	8 (25,8%)	
Horas por semana trabalhadas fora da residência				
<i>Nenhuma</i> ^{HF1}	6 (15,8%)	21 (55,3%)	11 (28,9%)	0,332 ^B
<i>Até 20 horas</i> ^{HF2}	23 (22,6%)	34 (33,3%)	45 (44,1%)	
<i>De 21 a 40 horas</i> ^{HF3}	18 (19,3%)	34 (36,6%)	41 (44,1%)	
<i>De 41 a 60 horas</i> ^{HF4}	2 (11,8%)	8 (47,0%)	7 (41,2%)	

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se ao número de residentes (n) e ao percentual em relação ao total da linha
a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-Quadrado (A) ou teste exato de Fisher (B)

No grupo de residentes com desempenho na residência médica de até 6 pontos observou-se concentração nos grupos de grau I e II de Qualidade de Vida. No grupo com nota de 7 a 8, a concentração foi nos grupos de grau II e III, e no grupo com nota de 9 a 10 a maioria apresentou grau III de Qualidade de Vida, com diferenças significativas entre os grupos (TAB. 23).

Tabela 23 - Caracterização dos residentes em relação às outras variáveis de interesse, considerando-se os grupos formados pela análise de Conglomerados

Variáveis	Nível de Qualidade de Vida			P
	Grau I	Grau II	Grau III	
Recebimento de bolsa ou outra compensação financeira para fazer a residência				
<i>Sim</i> ^S	46 (20,4%)	88 (38,9%)	92 (40,7%)	0,616 ^B
<i>Não</i> ^N	3 (12,5%)	9 (37,5%)	12 (50%)	
Avaliação da residência (nota de 1 a 10)				
<i>Até 6 pontos</i> ^{PR1}	12 (23,5%)	26 (51%)	13 (25,5%)	0,093 ^A
<i>De 7 a 8 pontos</i> ^{PR2}	30 (18,9%)	59 (37,1%)	70 (44%)	
<i>De 9 a 10 pontos</i> ^{PR3}	7 (17,5%)	12 (30%)	21 (52,5%)	
Avaliação do próprio desempenho na residência (nota de 1 a 10)				
<i>Até 6 pontos</i> ^{PD1}	14 (32,6%)	19 (44,2%)	10 (23,3%)	0,013^A
<i>De 7 a 8 pontos</i> ^{PD2}	30 (17,9%)	67 (39,9%)	71 (42,3%)	
<i>De 9 a 10 pontos</i> ^{PD3}	5 (12,8%)	11 (28,2%)	23 (59,0%)	
Primeira vez que faz prova de título de especialista				
<i>Sim</i> ^S	48 (19,8%)	93 (38,4%)	101 (41,7%)	0,808 ^B
<i>Não</i> ^N	1 (12,5%)	4 (50%)	3 (37,5%)	
Primeira vez que faz prova de título de especialista em ortopedia				
<i>Sim</i> ^S	48 (19,6%)	95 (38,8%)	102 (41,6%)	1,000 ^B
<i>Não</i> ^N	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	

Base de dados: 250 residentes

Nota: os valores apresentados referem-se ao número de residentes (n) e ao percentual em relação ao total da linha
a probabilidade de significância (p) refere-se ao teste Qui-Quadrado (A) ou teste exato de Fisher (B)

5.5 Medidas descritivas do WHOQOL-Abreviado

Como pode ser observado na TAB. 24, 64% dos residentes consideram que têm uma qualidade de vida muito boa ou boa. Aproximadamente, 21% dos residentes consideram que possuem uma Qualidade de Vida nem ruim e nem boa e os demais (15,2%) possuem uma qualidade de vida ruim ou muito ruim.

Em relação à satisfação com a saúde, observou-se que 3,6% de residentes estão muito insatisfeitos com a saúde, 18% estão insatisfeitos, 27,6% estão nem insatisfeitos e nem satisfeitos, sendo que 50,8 % estão satisfeitos ou muito satisfeitos (TAB. 24).

Tabela 24 - Caracterização dos residentes em relação à autoavaliação da Qualidade de Vida e satisfação com a saúde

Variáveis	Frequência	
	n	%
Avaliação da própria qualidade de vida		
<i>Muito ruim</i>	6	2,4
<i>Ruim</i>	32	12,8
<i>Nem ruim, nem boa</i>	52	20,8
<i>Boa</i>	142	56,8
<i>Muito boa</i>	18	7,2
TOTAL	250	100
Satisfação com a própria saúde		
<i>Muito insatisfeito</i>	9	3,6
<i>Insatisfeito</i>	45	18,0
<i>Nem insatisfeito, nem satisfeito</i>	69	27,6
<i>Satisfeito</i>	106	42,4
<i>Muito satisfeito</i>	21	8,4
TOTAL	250	100

A TAB. 25 mostra uma avaliação da qualidade de vida em relação a cada um dos fatores avaliados, realizada segundo os critérios de Harper e Power (2013), em nome do WHOQOL Group.

Na análise do WHOQOL - Abreviado, foi identificado que 5,6% percebem que precisam melhorar a qualidade de vida em relação ao fator *Físico*, 8% em relação ao fator *Relações sociais*, 11,2% em relação ao fator *Psicológico* e 12,8% em relação ao fator *Meio ambiente*. Além disso, os residentes apresentaram uma melhor qualidade de vida em relação ao fator *Relações Sociais*, cuja maioria (58,8%) apresentou-se uma qualidade de vida boa ou muito boa. Por outro lado, para os demais fatores, a maioria apresentou uma qualidade de vida regular ou que precisa melhorar (FLECK et al., 2000).

Tabela 25 - Caracterização dos residentes em relação à Qualidade de Vida considerando-se os fatores

Fatores	Qualidade de vida				Total
	Precisa melhorar	Regular	Boa	Muito boa	
<i>Físico</i>	14 (5,6%)	132 (52,8%)	102 (40,8%)	2 (0,8%)	250
<i>Psicológico</i>	28 (11,2%)	143 (57,2%)	78 (31,2%)	1 (0,4%)	250
<i>Relações Sociais</i>	20 (8,0%)	83 (33,2%)	131 (52,4%)	16 (6,4%)	250
<i>Meio ambiente</i>	32 (12,8%)	173 (69,2%)	45 (18,0%)	0 (0,0%)	250

Na TAB. 26 pode-se observar o comportamento dos residentes para cada uma das questões que avaliam a Qualidade de Vida. As respostas estão caracterizadas de 1 (nada), 2 (muito pouco), 3 (médio), 4 (muito) a 5 (completamente).

Tabela 26 - Medidas descritivas das outras 24 questões que compõem o questionário que avalia a qualidade de vida do residente

Questões	Resposta				
	1	2	3	4	5
Dor física impede realização das atividades diárias	49,6	29,6	17,6	3,2	0,0
Necessidade de tratamento médico para a vida diária	58,0	31,2	9,2	0,8	0,8
O quanto aproveita a vida	3,2	15,6	44,4	34,4	2,4
Vida tem sentido	2,0	5,2	15,2	43,6	34,0
Capacidade de concentração	1,6	12,0	46,8	36,4	3,2
Segurança na vida diária	2,0	8,8	35,2	46,4	7,6
Ambiente físico salutar (clima, barulho, poluição, atrativos)	1,6	17,2	43,6	35,2	2,4
Energia suficiente para o dia-a-dia	0,8	5,6	50,4	35,6	7,6
Aceitação da aparência física	1,2	4,8	25,6	42,4	26,0
Dinheiro suficiente para satisfazer necessidades próprias	1,6	17,6	52,0	21,6	7,2
Disponibilidade das informações necessárias no próprio dia-a-dia	0,8	3,2	35,6	52,0	8,4
Oportunidades de atividades de lazer	2,0	32,4	44,0	18,0	3,6
Capacidade de locomoção	1,2	1,2	4,8	36,4	56,4
Satisfação com o próprio sono	5,6	29,6	29,6	32,4	2,8
Satisfação com a própria capacidade de desempenho das atividades diárias	1,6	12,4	33,6	48,8	3,6
Satisfação com a própria capacidade para o trabalho	1,2	8,0	25,2	59,6	6,0
Satisfação com si próprio	0,8	8,0	26,4	54,8	10,0
Satisfação com as próprias relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)	1,6	8,4	20,8	57,6	11,6
Satisfação com a vida sexual	1,2	4,4	16,4	56,8	21,2
Satisfação com o apoio que recebe dos amigos	0,0	5,6	22,8	58,4	13,2
Satisfação com as condições do local onde mora	0,4	6,0	13,2	59,2	21,2
Satisfação com o acesso aos serviços de saúde	1,2	7,2	22,8	56,4	12,4
Satisfação com o meio de transporte utilizado	2,0	4,8	9,6	60,4	23,2
Frequência de sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão	11,2	50,8	24,0	12,0	2,0

6 DISCUSSÃO

Os primeiros programas brasileiros de residência médica surgiram em 1944 e se multiplicaram ao longo da década de 60 e 70, fundamentando a tendência de formação especializada. Entretanto, apesar desse serviço existir há várias décadas, a preocupação com a qualidade de vida dos residentes brasileiros é, relativamente, recente. Estudos relatam que as dificuldades encontradas no exercício profissional, bem como as características da especialidade escolhida são determinantes que comprometem a saúde e a qualidade de vida dos residentes (MACEDO, 2004; OLIVEIRA FILHO; STURN; SARTORATO, 2005; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010). Diante disso, este estudo se propôs a investigar o perfil do residente de Ortopedia brasileiro, que se encontra no estágio final (R3) da residência de Ortopedia e sua associação com a Qualidade de Vida.

A originalidade deste estudo reside no fato de avaliar a Qualidade de Vida, especificamente de residentes de Ortopedia de diversos serviços de residência distribuídos no Brasil, e avaliar os fatores individuais e contextuais que possam estar relacionados. Pode-se afirmar que tal desenho de pesquisa conseguiu alcançar os objetivos propostos pelo estudo.

Partindo-se do princípio de que a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), é o indivíduo, portanto, quem melhor percebe e quantifica sua própria qualidade de vida. Assim, o ponto de partida desse estudo foi conhecer o perfil do residente de ortopedia (R3) brasileiro, como ele percebe o serviço de residência de Ortopedia no qual está inserido, bem como, a nota que este atribui para a sua qualidade de vida.

Observou-se que os resultados revelaram que o perfil do residente do terceiro ano (R3) de Ortopedia brasileiro caracteriza-se por ser do sexo masculino, com idade média de 30 anos, solteiro, sem filhos, de cor branca, morar sozinho, possuir automóvel próprio, ter pais com nível de escolaridade superior completo ou pós-graduação, ter até 6 anos de formado. Em relação aos hábitos de estudo, o residente de terceiro ano relata estudar em média 1 a 4 horas/dia, estuda em LAPTOPS/TABLETS, utiliza conteúdos on-line como fonte para estudo, tem acesso a banco de dados médico-científico e domina a língua inglesa. Sobre a

especialidade e subespecialidade, esse residente é caracterizado por não apresentar outra especialidade médica e já ter escolhido a subespecialidade dentro da Ortopedia.

Em relação aos hábitos de trabalho, a maioria encontra-se nas capitais, dá plantão além do exigido pela residência, trabalhando em torno de 41 a 80 horas semanais, possui bolsa e avalia seu desempenho em 7,4 (escala de 1 a 10) e a sua residência médica em 7,4 (escala de 1 a 10). A maioria dos serviços de residência situa-se na capital e possui biblioteca básica exigida pela SBOT para os serviços credenciados, bem como reuniões clínicas semanais.

Neste estudo, no que diz respeito à maioria das variáveis sociodemográficas acima citadas, não foram observadas correlações significativas com a Qualidade de Vida. Uma preocupação desta pesquisadora foi investigar melhor, na literatura, a influência do gênero na Qualidade de Vida, uma vez que a maioria quase absoluta (93,6%) de indivíduos da nossa amostra era do sexo masculino, como é o observado para essa especialidade médica. Fiedler, em estudo de 2008 com estudantes de Medicina, observou que a autoavaliação da qualidade de vida no curso foi maior nos homens ($6,8 \pm 1,6$) do que nas mulheres ($6,5 \pm 1,5$). Entretanto, em relação aos residentes, esta variável sociodemográfica parece não apresentar uma influência significativa na Qualidade de Vida, uma vez que estudos realizados com residentes de outras especialidades, nas quais não se observa uma discrepância entre os sexos, mostraram não haver diferença na percepção da qualidade de vida (MACEDO et al., 2009; ASAIAG et al., 2010; REZENDE et al., 2011; TORRES et al., 2011).

Em relação aos hábitos de vida, observou-se neste estudo, que os residentes de Ortopedia (R3) em sua maioria relatam que não são fumantes, bebem e encontram-se acima do peso, apesar de praticarem atividades físicas regularmente. Apresentam qualidade de sono regular a ruim e não utilizam medicamento de uso contínuo. Estudos relatam ser grande a prevalência de sintomas depressivos em residentes médicos, especialmente se solteiros, estando associada ao consumo de bebidas alcoólicas, morar sozinho e utilizar medicamentos. Já é do conhecimento dos especialistas em estresse, que a sensação de sobrecarga subjetiva que acompanha a prática médica, pode desencadear doenças psicossomáticas (NOGUEIRA-MARTINS, 1994; GABRIEL, 2005; GARDELL, 1982). Um estudo sobre jornada de trabalho e fadiga, realizado com residentes de ginecologia e obstetrícia, na Venezuela, mostrou que, especialmente os profissionais do sexo masculino ingerem bebidas estimulantes e que os residentes, nessas condições, apresentam maior percentual de fadiga que os padrões aceitáveis (FLORES, 1994).

Além disso, estudos demonstram que o consumo excessivo de álcool parece interferir negativamente na Qualidade de Vida das pessoas (GORDIA, 2011). Em pesquisa on-line realizada em 2017, com 566 residentes americanos de especialidades cirúrgicas, como é o caso da residência de Ortopedia, Lebares et al. (2017) encontraram uma percentagem de depressão e abuso ou dependência de álcool duas vezes maior que a da população em geral, de pensamentos suicidas três vezes maior e de altos níveis de estresse mais de cinco vezes maior que o da população, em geral.

No estudo de Lebares, devido ao perfil encontrado, infere-se que os residentes de Ortopedia devem ser considerados como uma população de risco para o desenvolvimento de depressão-doença, sendo, portanto, necessária uma maior atenção para a saúde mental destes. Vale ressaltar que, os residentes que relataram uso contínuo de medicamentos (estimulantes e ansiolíticos) apresentaram valores, significativamente, mais baixos no fator físico, quando comparados com os que não utilizam esses medicamentos.

A satisfação dos residentes com a saúde física foi baixa (média de 58,5%), o que pode estar relacionada ao sobrepeso, uma vez que 77,9% deles encontram-se acima do peso, bem como, com a insatisfação com a qualidade do sono (média de 49,3 %).

Em pesquisa desenvolvida por Ford et al. (2001), realizada com 109.076 indivíduos de ambos os sexos que autorrelataram sua massa corporal e estatura, objetivou analisar a relação entre o IMC e a qualidade de vida da população adulta dos EUA. Os resultados demonstraram que tanto sujeitos com baixo peso quanto obesos, apresentaram maior chance de possuir qualidade de vida ruim quando comparados com seus pares com peso normal. Com base nos resultados destes, observa-se que a manutenção do peso corporal dentro de uma faixa considerada saudável pode ser um importante aliado para que as pessoas possuam uma percepção positiva da qualidade de vida.

A qualidade do sono foi uma variável que influenciou, significativamente, na qualidade de vida dos residentes de Ortopedia em todos os domínios analisados, uma vez que aqueles que relataram ter qualidade de sono excelente ou boa perceberam-se como tendo uma melhor Qualidade de Vida.

Os dados corroboram com o estudo de Lebensohn et al., 2013, relatando que o sono reparador e exercícios físicos foram associados ao bem-estar em residentes médicos americanos.

A privação do sono a que o residente se submete, pode levá-lo à deterioração mental, psicológica e física, com diminuição da capacidade de raciocínio, da capacidade de reter informações, de resolução de problemas e da interpretação de exames. Esta privação é interpretada como símbolo de dedicação à profissão médica, o que, em curto prazo, parece aumentar a produtividade tanto nos estudos como no atendimento, mas em longo prazo provoca queda da produtividade, déficit cognitivo, desmotivação, desordens psiquiátricas menores, enfim, prejuízo da saúde geral e da qualidade de vida. A literatura confirma a associação entre sonolência diurna e queda da qualidade de vida (OLIVEIRA, 2005; ASAIAG, 2010).

Encontraram-se, ainda, diferenças significativas nos aspectos psicopedagógicos, sendo que ser disciplinado para o estudo, o tempo diário dedicado aos estudos (1 hora ou mais), o fato de ter acesso a banco de dados científicos e o domínio de língua estrangeira apresentaram correlação positiva com a qualidade de vida. Observou-se, também, forte influência da autoavaliação do desempenho na residência médica, bem como, da avaliação da residência nos domínios de qualidade de vida, sendo que notas maiores se correlacionaram com melhor qualidade de vida.

Na análise dos domínios do WHOQOL, a OMS não determina escores mínimos para cada grupo. As avaliações fazem-se, em geral, por comparação entre eles. Os resultados são analisados dentro de cada domínio, pois não existe um escore total para esse questionário.

Neste estudo, a análise geral dos domínios do WHOQOL foi de 69,9% \pm 12,6 no domínio *físico*, 64,9% \pm 14,1 no domínio *psicológico*, 70,1% \pm 16,5 no domínio de *relações sociais* e 62,5% \pm 12,5 no domínio *meio ambiente*.

No que diz respeito ao domínio *físico* da Qualidade de Vida, os residentes pesquisados, demarcam uma percepção positiva. A percepção positiva do domínio *físico* demonstra que os residentes, em geral, encontram-se satisfeitos com suas condições físicas, fato que pode estar relacionado à capacidade íntegra de realização das tarefas cotidianas e corriqueiras, bem como, com a sua capacidade de locomoção. Deve-se considerar que nos dias atuais são muitos aqueles que exercem inúmeras atividades diárias, além dos estudos (MANZATO et al., 2011),

para tanto, a habilidade em realizá-las, sem que haja algum tipo de desconforto e/ou dificuldade, contribui para a percepção positiva desse domínio. Deve-se ressaltar, entretanto, que a qualidade de sono considerada regular, ruim ou péssima pela maioria dos residentes, interferiu na pontuação deste domínio.

Em relação aos 4 domínios do questionário WHOQOL-Abreviado, o domínio *psicológico* obteve um escore menor. A percepção relativa a esse domínio indica que os residentes estão satisfeitos consigo mesmos, em relação à aparência pessoal, entretanto encontram-se insatisfeitos com sua capacidade de concentração, devido ao provável ambiente estressante no qual se encontram.

No domínio *relações sociais*, a média mostrou-se acima das demais obtidas nos outros domínios, o que aponta uma percepção positiva da qualidade de vida dos residentes de Ortopedia em relação ao convívio social. O resultado propõe que o convívio social estimula a construção de novas amizades e intensifica as relações profissionais. Mendes (2002) assinala que o bom relacionamento interpessoal é uma característica marcante para a construção de uma boa identidade social. Logo, relacionando-se melhor e cultivando as amizades, o ser humano tende, então, a posicionar-se mais flexivelmente, quanto às dinâmicas sociais.

O domínio *meio ambiente* apresentou a menor pontuação diante dos 4 domínios do questionário, resultado observado, também, no estudo de Macedo (2004) e Rezende (2011) ao estudarem a Qualidade de Vida de residentes e por Fiedler (2008) e Martins (2002) ao estudarem a Qualidade de Vida de estudantes de Medicina. Supõe-se que o escore baixo referente a esse domínio, tenha relação com possíveis implicações financeiras, que podem surgir diante à rotina da residência, provavelmente pelo fato da remuneração financeira recebida durante a residência estar aquém da necessária para suas necessidades, e a pouca disponibilidade para atividades de recreação e lazer. Observou-se, nesse estudo, que 78,4 % dos residentes relataram possuir pouca ou nenhuma oportunidade de atividade de lazer. Semelhante a Macedo (2004), que encontrou que 83,6 % dos residentes avaliados em seu estudo consideraram insuficiente o tempo que dispunham e dedicavam às atividades de lazer. De acordo com Macedo (2004), as atividades de lazer são consideradas fundamentais para o alívio das tensões resultantes de tarefas ou rotinas consideradas desgastantes e estressantes. A população de residentes de Medicina, sabidamente, tem um prejuízo grande nesse fator, pois a carga horária semanal de atividades fica em torno de 60 horas, e os plantões geram

consequências sérias no funcionamento global dos indivíduos, como a perda de interesse por outras atividades, cansaço, fadiga, alterações de sono e apetite, e desta forma resta pouco tempo e disposição para dedicarem-se às atividades de lazer. Neste aspecto, observou-se que a manutenção de atividades de lazer, conduzem a uma melhor qualidade de vida do residente. Rezende (2011) relata que a baixa remuneração do residente contribui negativamente para sua qualidade de vida, na medida em que os impede de investir em melhores materiais de estudo e programas de crescimento profissional. Os aspectos relacionados à segurança pública, também podem ter influências sobre o resultado obtido nesse domínio.

Na avaliação da qualidade de vida geral, considerando-se as duas primeiras perguntas do questionário WHOQOL-Abreviado, observou-se que 64 % dos residentes avaliados consideraram sua qualidade de vida boa ou muito boa, e 50,8 % estão satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde.

Observou-se ainda que, os residentes se distribuíram em três grupos com graus de qualidade de vida distintos (com diferença significativa entre eles): grau III > grau II > grau I

Os indivíduos do grupo grau III, que apresentaram maiores pontuações em todos os domínios (71,7 a 81,1), na sua maioria caracterizou-se por já ter escolhido a subespecialidade na Ortopedia, apresentar uma excelente/ boa qualidade de sono e se autoavaliar bem no próprio desempenho na residência médica.

Os indivíduos do grupo grau II apresentaram médias intermediárias nos domínios (58,6 e 70,1), apresentaram mais indivíduos que não escolheram a subespecialidade ortopédica em relação ao grupo de grau III e apresentaram maior proporção de indivíduos com a qualidade de sono regular ou ruim.

Os indivíduos do grupo grau I, que apresentaram médias inferiores em todos os domínios (46,5 a 55,3), foram aqueles que se avaliaram pior no próprio desempenho na residência, e apresentaram menor porcentagem de indivíduos com uma qualidade de sono excelente/boa.

Portanto, pode-se dizer que os residentes de Ortopedia brasileiros apresentam uma Qualidade de Vida boa no domínio *relações sociais* e regular nos demais domínios estudados. E, quando analisados separadamente, demonstram possuir características particulares que os distribuem

em diferentes níveis no que diz respeito aos domínios analisados para se mensurar a Qualidade de Vida.

Não obstante, o estudo apresenta algumas limitações. Admite-se que os resultados obtidos são representativos da população de residentes (R3) presentes no 48º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT), mas não se pode afirmar que sejam generalizáveis para todos os residentes de ortopedia do Brasil, por se tratar de uma amostra de conveniência.

O construto Qualidade de Vida é subjetivo e muito pessoal. A Qualidade de Vida permeia tudo o que se é, aquilo que se faz e, principalmente, como se faz. Levando em conta que o trabalho é parte indissociável da Qualidade de Vida, e que os residentes de Medicina passam cerca de 60 horas semanais dentro do hospital, em contato direto com as dificuldades e sofrimento dos doentes, poder medir e avaliar o nível de Qualidade de Vida dos mesmos, bem como, os fatores que estão relacionados com ela, constitui-se um material de grande riqueza para mediar futuras intervenções que visem minimizar os efeitos negativos que a residência exerce na vida profissional e pessoal dos residentes (MACEDO, 2004).

7 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a caracterização do residente de Ortopedia e dos serviços de residência de Ortopedia brasileiros, sob a ótica do residente, e a identificação dos fatores que influenciam na Qualidade de Vida dos mesmos.

Foi possível demonstrar que a maioria dos residentes de Ortopedia brasileiros considera sua Qualidade de Vida boa ou muito boa (64 %). Apesar disso, em 3 dos quatro domínios avaliados pelo questionário WHOQOL-Abreviado (*físico, psicológico e meio ambiente*) identificou-se que a Qualidade de Vida da maioria dos residentes de Ortopedia brasileiros é regular. Somente no domínio das *relações sociais*, a maioria dos residentes apresenta uma Qualidade de Vida boa ou muito boa.

Observou-se, neste estudo, que os residentes se distribuíram em três grupos com graus de Qualidade de Vida distintos (com diferença significativa entre eles): grau III > grau II > grau I.

A qualidade do sono, escolha da subespecialidade e autoavaliação do residente sobre seu desempenho na residência, influenciaram, significativamente, a Qualidade de Vida. Outras variáveis, como o tempo dedicado por dia ao estudo, o acesso a algum banco de dados médico-científico, considerar-se disciplinado para o estudo, domínio de uma língua estrangeira e boa avaliação da residência médica pelo residente, influenciaram, positivamente, alguns aspectos da Qualidade de Vida. Enquanto o uso contínuo de medicamentos se relacionou com a piora da qualidade de vida.

Também é preciso ressaltar que, embora o WHOQOL-Abreviado seja um dos instrumentos mais utilizados nas pesquisas relacionadas à qualidade de vida, apresenta limitações típicas de um instrumento de autorrelato. Outros instrumentos podem ser utilizados em pesquisas futuras para complementar esse estudo.

Com esses resultados em mente, fica claro que medidas devem ser tomadas em direção a uma melhoria do ambiente de trabalho da residência e do suporte psicológico ao residente de ortopedia, e ao desenvolvimento de estratégias para promover a Qualidade de Vida e preparar o residente para lidar com o estresse durante a residência médica.

Concluindo, os resultados foram satisfatórios na medida em que melhoraram a compreensão sobre a Qualidade de Vida do residente de Ortopedia brasileiro e os fatores que a influenciam.

8 SUGESTÕES

Baseando-se no presente estudo, nos fatores que interferem negativamente na Qualidade de Vida dos Residentes, que são a má qualidade do sono, fazer uso contínuo de medicação, não ter disciplina para o estudo (estudar menos de 1 h por dia), não ter acesso a banco de dados médico-científico, não dominar uma língua estrangeira (principalmente a língua inglesa), não ter escolhido a subespecialidade na Ortopedia e a má avaliação do próprio desempenho na residência e do serviço de residência, algumas sugestões podem ser úteis para melhoria da Qualidade de Vida:

- Proporcionar áreas verdes diárias na grade curricular da residência para que o residente possa se dedicar aos estudos, e instituição de folga pós-plantão;
- Adequar o número de residentes à carga assistencial;
- Orientar os residentes sobre as subespecialidades ortopédicas e proporcionar o contato do mesmo com todas as subespecialidades. Caso não haja alguma subespecialidade no serviço de residência, proporcionar o acesso do residente às subespecialidades inexistentes no serviço;
- Garantir acolhimento, feedback, com supervisão diuturna aos residentes;
- Proporcionar aos residentes acesso a acompanhamento médico e psicológico. Criação de programas de atenção à saúde e qualidade de vida dos residentes;
- Estimular o aprendizado de língua estrangeira (principalmente de língua inglesa).
- Proporcionar acesso a banco de dados médico-científico;
- Realização de fóruns internos permanentes de avaliação dos programas de residência, com participação ativa dos médicos residentes;
- Fomentar as atividades alternativas como meio de reduzir o estresse do dia a dia.

Lebares et al. (2017) sugeriram a técnica de meditação “*Mindfulness*”, traduzida para o português como “Consciência Plena”, como forma de ajudar os residentes a lidarem melhor com o estresse relacionado ao trabalho. Segundo eles, essa técnica de meditação foi responsável por reduzir em 85 % as taxas de estresse relacionado ao trabalho nos residentes avaliados.

REFERÊNCIAS

- ACREE, L. S. et al. Physical activity is related to quality of life in older adults. **Health Health and quality of life outcomes**, London, v. 4, n. 37, 2006.
- ALVES, J. G. B. et al. Qualidade de Vida em estudantes de Medicina, no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 91-6, 2010.
- ASAIAG, P. E. et al. Avaliação da Qualidade de Vida, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 422 - 429, 2010.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinque**. Edimburgo, 2000. Disponível em:<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/declaracao_de_helsinque>. Acesso em: 05 fev. 2017.
- BALDASSIN, S. et al. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. **BMC medical education**, London, v. 8, p. 60, Dec. 2008.
- BANEGAS, J. R. et al. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. **American Journal of Hypertension**, New York, v. 19, n. 7, p. 686-693, Jul. 2006.
- BARRACK, R. L. et al. Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. **Clinical orthopaedics and related research**, New York, v. 449, p. 134 - 137, Aug. 2006.
- BENJAMIN, M. The quality of student life: Toward a coherent conceptualization. **Social Indicators Research**, [S.l.], v. 31, p. 205-264, 1994.
- BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr. 2005.
- BOWE, S.; YOUNG, A. F.; FURUYA, H. Transforming the SF-36 to account for death in longitudinal studies with three-year follow-up. **Medical Care**, Hagerstown, v. 44, n. 10, p. 956-959, Oct. 2006.
- BRENT, D. A. The residency as a developmental process. **Academic Medicine**, Washington, v. 56, n. 5, p. 417 - 422, May 1981.
- CARR, A. J.; THOMPSON, P. W.; KIRVAN, J. R. Outcome series series editors: dl scott and a. silman: quality of life measures. **Rheumatology**, Oxford, v. 35, n. 3, p. 275-281, 1996.
- CARVALHO, I. M. M. C.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-122, abr./jun. 2003.

CATUNDA, M. A. P.; RUIZ, V. M. Qualidade de Vida de universitários. **Pensamento Plural Revista Científica da UNIFAE**, São João da Boa Vista, SP, v. 2, n.1, p. 22-31, 2008.

CHEN, X. et al. Associations of lifestyle factors with quality of life (QOL) in Japanese children: a 3-year follow-up of the Toyama Birth Cohort Study. **Child: Care, Health and Development**, [S.l.], v. 1, n. 4, p. 433-439, 2005.

CHERCHIARE, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. 2004. 248f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313371/1/Cerchiari_EdneiaAlbinoNunes_D.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2017.

CONOVER, W. J. **Practical Nonparametric Statistics**, New York: John Wiley & Sons, 1980, 493p.

DANIELS, A. H.; DEPASSE, J. M.; KAMAL, R. N. Orthopaedic surgeon burnout: Diagnosis, treatment, and prevention. **Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, Philadelphia, v. 24, n. 4, p. 213 - 219, Apr. 2016.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Qualidade de Vida–Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar**. São Paulo: Unifesp, 2006.

FAYERS, P. M.; HAND, D. J. Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. **Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)**, v. 165, n. 2, p. 233-253, Jun. 2002.

FERREIRA, E. M. Qualidade de Vida. **Revista Parceria em Qualidade**, Curitiba, v. 5, n. 22, p. 36, 1997.

FERREIRA, R. A. et al. O estudante de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 224-231, 2000.

FEUERWERKER, L. Changes in medical education and medical residency in Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998.

FIEDLER, P. T. **Avaliação da Qualidade de Vida do estudante de Medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 308f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLECK, M. P. A. (Coord.). **Whoqol – Abreviado**. Genebra: OMS, 1998. Disponível em:<<http://www.brasileirosnomundo.itamaraty.gov.br/temas-sociais/questionarios-socio-economicos/programa-de-saude-mental>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178 - 183, abr. 2000.

FLORES, F. **Jornada prolongada y fatiga en médicos residentes del gineco-obstetricia:** Hospital Central de Maracay, Venezuela 1994. Macaray: Universidad de Carabobo, 1994.

FORD, E. S. et al. Self-reported body mass index and health-related quality of life: findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. **Obesity research**, Baton Rouge, v. 9, n. 1, p. 21-31, Jun. 2001.

GABRIEL, S. A. et al. Rastreamento epidemiológico da sintomatologia depressiva em residentes e estudantes de Medicina. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. v. 7, n. 3, p. 15-19, 2005.

GARDELL, B. Scandinavian research on stress in working life. **International Journal of Health Service**, Los Angeles, v. 12, n. 1, p. 31-41, 1982.

GIRARD, D. E. et al. A prospective study of internal medicine residents' emotions and attitudes throughout their training. **Academic Medicine**, Philadelphia v. 66, n. 2, p. 111-114, Feb. 1991.

GORDIA, A. P. et al. Qualidade de Vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista brasileira de qualidade de vida**, Curitiba, v. 3, n. 1 p. 40-52, 2011.

GORDON, R. **A assustadora Historia Da Medicina**, São Paulo: Ediouro, 2002.

HAIR JR., J. R. et al. **Análise Multivariada de Dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p

HARPER, A.; POWER, M. **Steps for checking and cleaning data and computing domain scores for the WHOQOL-bref**. [S.l.], 2013. Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Sintaxe.pdf>>. Acesso e m: 23 out. 2018.

HARRIS, J. D. et al. What effects have resident work-hour changes had on education, quality of life, and safety? A systematic review. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, Philadelphia, v. 473, n. 5, p. 1600 - 1608, May 2015.

JOHNSON, R.; BHATTACHARYYA. G. K. **Statistics Principles and Methods**. New York: John Wiley & Sons, 1986. 578p.

JOHNSON, R.; WICHERN, D. W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**. New Jersey: Prentice Hall, 1988, 607p.

LEBARES, C. C. et al. Burnout in US Surgery Residents: Do Year of Training and Mindfulness Matter? **Journal of the American College of Surgeons**, [S.l.], v. 225, n. 4, p. 20, Oct. 2017.

LEBENSCHN, P. et al. Resident wellness behaviors: relationship to stress, depression, and burnout. **Family medicine**, Shawnee Mission, v. 45, n. 8, p. 541-549, 2013.

LIMA, F. D. et al. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 137- 46 maio/ago. 2007.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e Qualidade de Vida de médicos residentes. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 81 - 91, 2010.

MACEDO, P. C. M. **Avaliação da Qualidade de Vida em Residentes de Medicina da UNIFESP / EPM**. 2004. 115f. Tese (Mestrado em Educação Médica) - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2004.

MACEDO, P. C. M. et al. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 119-124, Jun. 2009.

MANZATO, L. et al. Consumo De álcool e qualidade de vida em estudantes universitários. **Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da Unicamp**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 37-53, jan./abr. 2011.

MARTIN, A. J.; STOCKLER, M. Quality-of-life assessment in health care research and practice. **Evaluation & the health professions**, Newbury Park, v. 21, n. 2, p. 141-156, 1998.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. 85f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Faculdade de Engenharia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

MARTINS, L. A. Qualidade de Vida dos médicos residentes: revisão de estudos brasileiros. **Caderno ABEM**, [S.l.], v. 6, p. 12 - 18, 2010.

MARTINS, L. A. **Residência médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 201p.

MENDES, E. A evolução da atenção primária à saúde no Brasil. In: _____. **A atenção primária a saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. cap. 3, p. 23-29.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7 - 18, 2000.

MONTGOMERY, D. C. **Design and Analysis of Experiments**. New York: John Wiley & Sons, 1991, 649p.

MOREIRA, W. W. (Org.). **Qualidade de Vida: complexidade e educação**. Campinas: Papirus, 2001.

MORENO, A. B. et al. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22, n. 12, p. 2585-2597, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse**. 1994. 252f. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo

OLIVEIRA FILHO, G. R.; STURM, E. J.; SARTORATO, A. E. Compliance with common program requirements in Brazil: its effects on resident's perceptions about quality of life and the educational environment. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 80, n. 1, p. 98-102, 2005.

OLIVEIRA, R. A. **A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de Enfermagem**. 2005. 246f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PETRONE, L. **Qualidade da Vida e as doenças psicossomáticas**. São Paulo, Lemos Editorial, 1994.

QUADROS, T. M. B. et al. Qualidade de vida de acadêmicos do curso de educação física do sexo masculino. **Revista Científica JOPEF**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 51-54, 2006.

REZENDE, G. L. et al. The quality of life among Otorhinolaryngology residents in Distrito Federal (Brazil). **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 77, n. 4, p. 466-472, 2011.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no trabalho**. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 1994.

RUEDA, S. **Habitabilidad y Calidad de Vida: aproximación al concepto de calidad de vida**. [S.l.], 2005. Disponível em: < <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html> >. Acesso em: 25 maio 2017.

RUIZ, V. M. Psicologia e qualidade de vida. In: PESQUISAS e temáticas em desenvolvimento social. Itu, SP: UNIFAE, 2005. p. 129-143.

SAMPAIO, S. A. P. A implantação da residência médica no Hospital das Clínicas. **Estudos Fundap residência médica**. São Paulo, p. 2-3, 1984.

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

SCHEFFER, M. (Coord.). **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, 2015, 284p. Disponível em: < <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf> >. Acesso em: 03 mar. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. **História da SBOT**. São Paulo, 2017. Disponível em: < <https://portalsbot.org.br/sobre-a-sbot/historia/> >. Acesso em: 05 out. 2017.

SOUZA, H. M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n. 6, p. 10-15, dez. 2002.

TILE, L. et al. Health status assessment of postgraduate trainees in Internal Medicine. **Anais Royal College of Physicians e Surgeons of Canada**, [S.l.], v. 28, p. 403-406, 1995.

TORRES, A. R. et al. Qualidade de Vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 264-275, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Centenário do professor José Henrique Godoy da Matta Machado**. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/inicial/centenario-do-professor-jose-henrique-godoy-da-matta-machado/>>. Acesso em: 05 out. 2017.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, Hagerstown, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WOLF, T. M. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. **Medical Education**, Oxford, v. 28, n. 1, p. 8 – 17, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403 - 1409, 1995.

ZONTA, R.; ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 147-153, 2006.

ANEXO A – Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	
1. NOME:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
2. NATURALIDADE (Cidade/Estado)	<input style="width: 80%;" type="text"/>
3. Cidade / Estado em que reside:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
4. Cidade / Estado da sua residência médica atual:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
5. Qual ano em que você formou em medicina?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
6. SEXO: <input type="checkbox"/> 1.Masculino <input type="checkbox"/> 2.Feminino	7. Qual a sua idade? <input style="width: 80%;" type="text"/>
8. Qual seu estado civil? <input type="checkbox"/> 1.Casado(a) / União estável <input type="checkbox"/> 2.Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3.Separado(a) <input type="checkbox"/> 4.Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 5.Outro	
9. Você tem filhos? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Vá p/ Q11)	
10. Se SIM, quantos filhos tem?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
11. Qual sua cor? <input type="checkbox"/> 1.Branca <input type="checkbox"/> 2.Parda <input type="checkbox"/> 3.Negra <input type="checkbox"/> 4.Amarela <input type="checkbox"/> 5.Indígena <input type="checkbox"/> 6.Outra	
12. Você tem outra especialidade médica? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
13. Você já escolheu a subespecialidade na ortopedia? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
14. Qual a subespecialidade escolhida?	<input type="checkbox"/> 01.Tumor <input type="checkbox"/> 02.Mão <input type="checkbox"/> 03.Pé e Tornozelo <input type="checkbox"/> 04.Ombro <input type="checkbox"/> 05.Joelho <input type="checkbox"/> 06.Coluna <input type="checkbox"/> 07.Infantil <input type="checkbox"/> 08.Quadril <input type="checkbox"/> 09.Fixador Externo <input type="checkbox"/> 10.Trauma
15. Você fuma? <input type="checkbox"/> 1.Nunca fumei (Vá p/ Q17) <input type="checkbox"/> 2.Fumante (Vá p/ Q16) <input type="checkbox"/> 3.Ex-fumante (Vá p/ Q17)	
16. Se "fumante", quantos cigarros por dia?	<input style="width: 80%;" type="text"/>
17. Você tem hábito de beber? <input type="checkbox"/> 1.Sim, bebo <input type="checkbox"/> 2.Já bebi, mas não bebo mais <input type="checkbox"/> 3.Nunca bebi	
18. Você pratica atividade física, regularmente? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
19. Qual a frequência da atividade física?	<input type="checkbox"/> 1.Ocasionalmente (Menos de 1 vez/semana) <input type="checkbox"/> 2.Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3.Duas ou 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 4.De 4 a 6 vezes por semana <input type="checkbox"/> 5.Todos os dias da semana
20. Qual a sua altura (cm)? <input style="width: 80%;" type="text"/>	21. Qual o seu peso (Kg)? <input style="width: 80%;" type="text"/>
22. Você leu algum livro não relacionado com medicina nos últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
23. Você assina algum livro ou revista não relacionado a área médica? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
24. O seu serviço de residência médica em ortopedia se situa: <input type="checkbox"/> 1.Capital <input type="checkbox"/> 2.Interior	
25. Você dá plantão fora daqueles exigidos na residência médica? <input type="checkbox"/> 1.Sim (Vá p/ Q26) <input type="checkbox"/> 2.Não (Vá p/ Q27)	
26. Qual a frequência destes plantões?	<input type="checkbox"/> 1.Ocasionalmente (Menos de 1 vez/semana) <input type="checkbox"/> 2.Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 3.Duas ou 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 4.De 4 a 6 vezes por semana <input type="checkbox"/> 5.Todos os dias da semana
27. Você mora com sua família? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
28. Você recebe bolsa ou compensação financeira para fazer a residência? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

29. O seu serviço de residência apresenta todas as subespecialidades da ortopedia? <input type="checkbox"/> 1.Sim (Vá p/ Q31)	
<input type="checkbox"/> 2.Não (Vá p/ Q30)	
30. Qual ou quais as subespecialidade seu serviço não tem?	
<input type="checkbox"/> 01.Tumor	<input type="checkbox"/> 03.Pé e Tornozelo
<input type="checkbox"/> 02.Mão	<input type="checkbox"/> 04.Ombro
<input type="checkbox"/> 05.Joelho	<input type="checkbox"/> 06.Coluna
<input type="checkbox"/> 07.Infantil	<input type="checkbox"/> 08.Quadril
<input type="checkbox"/> 09.Fixador Externo	<input type="checkbox"/> 10.Trauma
31. Seu serviço possui biblioteca? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
32. O serviço onde você faz ou fez residência possui a bibliografia básica da SBOT (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia)? <input type="checkbox"/> 1.Sim	
<input type="checkbox"/> 2.Não	
33. Como você classifica, atualmente, a qualidade de seu sono?	
<input type="checkbox"/> 1.Excelente	<input type="checkbox"/> 2.Bom
<input type="checkbox"/> 3.Regular	<input type="checkbox"/> 4.Ruim
<input type="checkbox"/> 5.Péssimo	
34. Você utiliza algum medicamento de uso contínuo? <input type="checkbox"/> 1.Sim (Vá p/ Q35) <input type="checkbox"/> 2.Não (Vá p/ Q36)	
35. Se "SIM", Qual(is)? <input type="checkbox"/> 1.Estimulante <input type="checkbox"/> 3.Inibidores de apetite <input type="checkbox"/> 5.Outro	
<input type="checkbox"/> 2.Ansiolítico <input type="checkbox"/> 4.Erogênico	
36. Você possui automóvel próprio? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
37. Você possui LAPTOP ou outro dispositivo como TABLET no auxílio no estudo? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
38. Você já foi aprovado em algum concurso público na sua área de atuação? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
39. Você estuda, em média, quantas horas por dia?	
<input type="checkbox"/> 1.Menos de 1 hora/dia	<input type="checkbox"/> 2.De 1 a 2 horas/por dia
<input type="checkbox"/> 3.De 3 a 4 horas / dia	<input type="checkbox"/> 4.Mais de 4 horas/dia
40. Você costuma fazer resumos da matéria estudada (de forma manual ou digital)? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
42. Você utiliza como forma de estudo algum conteúdo on-line? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
43. Você tem acesso a algum banco de dados medico-científico? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
44. Você se considera disciplinado para o estudo? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
45. Como você avalia a sua residência médica, numa escala de 1 a 10, onde 10 seria a melhor nota?	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
46. Como você avalia o seu desempenho na residência médica, numa escala de 1 a 10, onde 10 seria a melhor nota?	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
47. Seu serviço faz reuniões clínicas? <input type="checkbox"/> 1.Sim (Vá p/ Q48) <input type="checkbox"/> 2.Não (Vá p/ Q49)	
48. Se "SIM", Qual a frequência aproximada?	
<input type="checkbox"/> 1.Diária	<input type="checkbox"/> 2.Semanal
<input type="checkbox"/> 3.Quinzenal	<input type="checkbox"/> 4.Mensal
<input type="checkbox"/> 5.Trimestral	<input type="checkbox"/> 6.Semestral
<input type="checkbox"/> 7.Anual	
49. Você domina alguma língua estrangeira? <input type="checkbox"/> 1.Sim (Vá p/ Q50) <input type="checkbox"/> 2.Não (Vá p/ Q51)	
50. Se SIM, qual(is)? <input type="checkbox"/> 1.Inglês <input type="checkbox"/> 2.Francês <input type="checkbox"/> 3.Espanhol <input type="checkbox"/> 4.Italiano <input type="checkbox"/> 5.Alemão <input type="checkbox"/> 6.Chinês <input type="checkbox"/> 7.Outra	
51. Qual o nível de escolaridade da sua mãe?	
<input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> 3. Ensino médio completo
<input type="checkbox"/> 2. Fundamental completo	<input type="checkbox"/> 4. Superior incompleto
<input type="checkbox"/> 5. Superior completo	<input type="checkbox"/> 6. Pós-graduação
52. Qual o nível de escolaridade do seu pai?	
<input type="checkbox"/> 1. Ensino Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> 3. Ensino médio completo
<input type="checkbox"/> 2. Fundamental completo	<input type="checkbox"/> 4. Superior incompleto
<input type="checkbox"/> 5. Superior completo	<input type="checkbox"/> 6. Pós-graduação
53. Quantas horas você trabalha por semana na residência?	
54. Quantas horas você trabalha por semana fora da residência?	
55. Esta é a 1ª vez que você faz a prova de título? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	
56. É a 1ª prova para título de especialista em ortopedia? <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não	

ANEXO B – Questionário WHOQOL-ABREVIADO

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Por favor, nas questões a seguir, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve marcar o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

NÃO DEIXE NENHUMA QUESTÃO EM BRANCO.
Resposta em relação às DUAS ÚLTIMAS SEMANAS

57. Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Nem ruim, nem boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Muito boa	
58. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?					
<input type="checkbox"/> Muito insatisfeito	<input type="checkbox"/> Insatisfeito	<input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
59. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. O quanto você aproveita a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. O quanto você consegue se concentrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
66. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Quão bem você é capaz de se locomover?					
<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Nem ruim, nem bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Muito bom	
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
72. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
79. Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> freqüentemente	<input type="checkbox"/> Muito freqüentemente	<input type="checkbox"/> Sempre	

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano que está descrita em detalhes abaixo.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:

Nome: _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Responsável Legal (se aplicável): _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

2. Dados da pesquisa:

a. Título do Projeto:

PERFIL DOS MÉDICOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA.

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso:

Unifenas-BH / Medicina

c. Projeto: Unicêntrico Multicêntrico

d. Instituição Co-participante:

e. Patrocinador:

f. Professores Orientadores:

Dr Alexandre Pereira; Dra Ana Lúcia Ribeiro Valadares; Dra Eliane Perlatto Moura

Pesquisador Responsável: Estudante de Pós-graduação Professor Orientador

3. Objetivo da pesquisa:

Avaliar o perfil dos médicos residentes em ortopedia e sua associação com qualidade de vida, empatia e aprovação no TEOT.

1. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

4. Justificativa da pesquisa:

Existe uma taxa de reprovação elevada no TEOT e lacunas em relação aos fatores associados a esse insucesso. Além disso, os fatores associados à qualidade de vida e empatia desse grupo de residentes são pouco conhecidos.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

Um estudo transversal será conduzido com médicos residentes finalizando o terceiro ano de ortopedia no Brasil. Todos os residentes presentes no congresso Brasileiro de Ortopedia serão convidados a participar do estudo. Aqueles que concordarem em participar do estudo preencherão um questionário e serão incluídos na amostra. Será utilizado um instrumento para coleta de dados que conterá perguntas sobre condições socioeconômicas, clínicas e comportamentais; a versão brasileira do WHOQOL-BRIEF da Organização Mundial de Saúde, e a Escala Jefferson de Empatia Médica. Os dados compilados serão avaliados e associados com resultados do TEOT

6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

(x) Risco Mínimo () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Alto

Apesar de assegurarmos total sigilo das informações coletadas, este estudo poderá eventualmente, trazer algum constrangimento ao sujeito participante ao responder questionamentos que porventura possam ser desconfortáveis.

7. Descrição dos benefícios da pesquisa:

Um maior conhecimento sobre o perfil dos residentes em ortopedia poderá contribuir para a tomada de decisões que efetivamente impactem de forma positiva na formação profissional e pessoal dos jovens médicos. Do ponto de vista individual, este estudo poderá contribuir para melhorar a auto percepção dos problemas vivenciados em sua vida profissional, o que poderá abrir uma janela para soluções.

8. Despesas, compensações e indenizações:

- a. Você não terá despesa pessoal nessa pesquisa incluindo transporte, exames e consultas.
- b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

9. Direito de confidencialidade:

- a. Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- b. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- c. Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

10. Acesso aos resultados da pesquisa:

Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

11. Liberdade de retirada do consentimento:

Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.

12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Professor Orientador:
 Telefone: (31) 982267999
 Email: elianeperlatto@gmail.com
anarvaladares@gmail.com
alex68@uol.com.br

13. Acesso à instituição responsável pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:
 Rua Líbano, 66
 Tel: (31) 34974300
 Email: comitedeetica@unifenas.br
 segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário	
------------	--

_____ Representante Legal	<table border="1"><tr><td>Voluntário</td><td>Representante Legal</td></tr></table>	Voluntário	Representante Legal
Voluntário		Representante Legal	
_____ Pesquisador Responsável			

ANEXO D - Aprovação do Estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unifenas

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERFIL DOS MÉDICOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA E SUA ASSOCIAÇÃO COM OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA.

Pesquisador: Eliane Perlatto Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60243816.0.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.798.869

Apresentação do Projeto:

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada digno de nota.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rodovia MG 179 km 0

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137

Fax: (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br