



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
INSTITUTO DE GEOGRAFIA, GEOCIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

**NATALIA RODRIGUES DE SÁ**

**QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS E MÉDICAS UTI – ADULTO, UBERLÂNDIA  
– MINAS GERAIS**

**UBERLÂNDIA  
2026**

**NATALIA RODRIGUES DE SÁ**

**QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS E MÉDICAS UTI – ADULTO, UBERLÂNDIA  
– MINAS GERAIS**

Trabalho Equivalente apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia, Geociência e Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para o Título de Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

**Linha de Pesquisa:** Saúde do Trabalhador

**Orientador:** Prof. Dr. Paulo César Mendes

**Co-orientadora:** Profa. Dra. Rosuita Fratari Bonito

**UBERLÂNDIA  
2026**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

S111q  
2026      Sá, Natália Rodrigues de, 1974-  
Qualidade de vida de médicos e médicas UTI - Adulto, Uberlândia -  
Minas Gerais [recurso eletrônico] / Natália Rodrigues de Sá. - 2026.

Orientador: Paulo César Mendes.

Coorientadora: Rosuita Fratari Bonito.

Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Federal de  
Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do  
Trabalhador.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2026.5530>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Família - Saúde e higiene. I. Mendes, Paulo César, 1972-, (Orient.).  
II. Bonito, Rosuita Fratari, 1957-, (Coorient.). III. Universidade Federal  
de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde  
do Trabalhador. IV. Título.

---

CDU: 613.9

André Carlos Francisco  
Bibliotecário-Documentalista - CRB-6/3408



## ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional PPGSAT				
Data:	29/04/2026	Hora de início:	16h	Hora de encerramento:	18h
Matrícula do Discente:	12412GST026				
Nome do Discente:	Natália Rodrigues de Sá				
Título do Trabalho:	Qualidade de vida de médicos e médicas UTI - Adulto, Uberlândia - Minas Gerais				
Área de concentração:	Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador				
Linha de pesquisa:	Saúde do Trabalhador				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniu-se em web conferência, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, assim composta: Professores(as) Doutores(as):

Nome completo	Departamento/Faculdade de origem
Rosuíta Fratari Bonito	EBSERH/ Brasília
João Carlos de Oliveira	PPGSAT/UFU
Erlândia Silva Pereira	UNIARAXÁ
Paulo Cezar Mendes (Orientador)	ICHPO/UFU

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Paulo Cezar Mendes apresentou a Comissão Examinadora a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

**APROVADA**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Rosuita Fratari Bonito, Usuário Externo**, em 04/05/2026, às 21:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Carlos de Oliveira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 05/05/2026, às 08:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Cezar Mendes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 05/05/2026, às 10:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ERLANDIA SILVA PEREIRA, Usuário Externo**, em 05/05/2026, às 15:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **7272810** e o código CRC **086598FC**.

*“Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, meu diário, aos meus pais por tanta abdição, ao meu esposo pela parceria e tolerância e a minha filha pelas gargalhadas diárias, mesmo nos dias mais difíceis...”*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Rosuita pelo apoio, incentivo, contribuição, paciência e valiosas orientações ao longo de toda a trajetória. Com certeza, sem sua valiosa contribuição eu não teria realizado meu Mestrado.

Aos professores do Mestrado, membros da banca examinadora, pela disponibilidade, atenção e importantes contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos colegas do programa de pós-graduação, especialmente ao colega que se tornou um amigo, Wesley, pelas dicas, trocas de conhecimento, apoio e convivência ao longo deste período.

À minha família, pelo amor incondicional, compreensão e incentivo constante, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Aos amigos, pelo apoio, incentivo e por tornarem essa caminhada mais leve. Em especial ao meu colega de trabalho e amigo Walter, que se dispôs a mudar toda sua rotina para que eu pudesse participar das aulas do Mestrado.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

*"(...) dai-me força para mudar o que  
pode ser mudado,  
resignação para aceitar o que não pode  
ser mudado,  
e sabedoria para distinguir uma coisa da  
outra" (Oração da Serenidade)*

## RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Qualidade de vida (QV) como “[...] a percepção da pessoa sobre sua posição na vida dentro do contexto dos sistemas culturais e de valores nos quais ela vive e em relação a suas metas, expectativas pessoais e preocupações”. O médico intensivista é especialista em cuidados intensivos de pacientes gravemente enfermos e está inserido em todos os aspectos deste cuidado. Esta pesquisa trata-se de um estudo observacional do tipo transversal e avaliou a QV de 44 médicos e médicas que trabalham em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto pública em Minas Gerais através de uma pesquisa quantitativa. O objetivo principal da pesquisa é avaliar a QV dos médicos e médicas e ainda traçar o perfil sociodemográfico dos mesmos. Foram utilizados dois questionários - o primeiro avaliou as variáveis independentes de interesse para o estudo: gênero, idade, estado civil, especialidade, anos completos de término da graduação, carga horária laboral e quantidade de vínculos empregatícios (Apêndice A) e o segundo questionário utilizado foi o WHOQOL-bref (Anexo B). Os participantes foram majoritariamente homens, cisgênero (56,1%), com média de idade de  $42,8 \pm 8,46$  anos, brancos (68,3%), heterossexuais (92,8%), casados ou em união estável (70,7%) e pertencentes à classe econômica A (60,9%). O primeiro artigo analisou as diferenças ou correlações na QV com base nas características individuais de médicos/médicas intensivistas. Foi evidenciado que homens cisgênero tendem a ter escores maiores do que mulheres cisgênero para os domínios físico, psicológico, meio ambiente e geral. Divorciados/separados pontuaram menos que solteiros e casados / união estável para todos os domínios e solteiros menos que casados. Dessa forma, destaca-se a complexidade dos fatores que afetam a QV de médicos/médicas intensivistas em um serviço público, com destaque para as diferenças de gênero e do estado civil, e a forte influência da condição socioeconômica. O segundo artigo correlacionou a QV com as características laborais da população estudada e não foram vistas correlações fortes entre a especialidade, local e quantidade de vínculo, tempo de formação, carga horária semanal e QV desses profissionais. Evidenciou-se assim, neste grupo, que a QV pode ser mantida sem alterações a depender da perspectiva de cada indivíduo. Conclui-se que os resultados desta pesquisa poderão ser úteis na avaliação da QV de profissionais de saúde e na busca de fatores promovedores de uma melhor QV, não só dos médicos atuantes em UTIs, como também de demais profissionais da área da saúde.

**Palavras-chave:** Estudo transversal, WHOQOL-bref, saúde do trabalhador, profissionais médicos.

## ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines Quality of Life (QoL) as “[...] a person’s perception of their position in life in the context of the cultural and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations and concerns.” Intensive care physicians are specialists in the intensive care of critically ill patients and are involved in all aspects of this care. This research is a cross-sectional observational study that evaluated the QoL of 44 physicians working in a public adult Intensive Care Unit (ICU) in Minas Gerais through quantitative research. The main objective of the research is to evaluate the QoL of physicians and also to outline their sociodemographic profile. Two questionnaires were used – the first assessed the independent variables of interest to the study: gender, age, marital status, specialty, years since graduation, workload, and number of employment relationships (Appendix A), and the second questionnaire used was the WHOQOL-bref (Attachment B). The participants were mostly men, cisgender (56.1%), with a mean age of  $42.8 \pm 8.46$  years, white (68.3%), heterosexual (92.8%), married or in a stable relationship (70.7%) and belonging to economic class A (60.9%). The first article analyzed the differences or correlations in QoL based on the individual characteristics of intensive care physicians. It was shown that cisgender men tend to have higher scores than cisgender women for the physical, psychological, environmental, and general domains. Divorced/separated individuals scored lower than single and married/cohabiting individuals for all domains, and single individuals scored lower than married individuals. This highlights the complexity of the factors affecting the QoL of intensive care physicians in a public service, particularly the differences in gender and marital status, and the strong influence of socioeconomic status. The second article analyzed the differences or correlations between QoL and work characteristics of the studied population and found no strong correlations between specialty, location and number of employment contracts, length of training, weekly workload, and QoL of these professionals. It was thus shown that QoL can be maintained without changes depending on each individual's perspective. It is concluded that the results of this research may be useful in evaluating the QoL of healthcare professionals and in the search for factors that promote a better QoL not only for physicians working in ICUs but also for other healthcare professionals.

**Key-Words:** WHOQOL-bref, cross-sectional study, occupational health, medical professionals.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Artigo 2

**Figura 1** - Qualidade de vida de médicos e médicas intensivistas segundo os domínios do WHOQOL-bref,, Uberlândia-MG, 2025..... 51

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos participantes segundo identidade de gênero, raça/cor, orientação afetivo-sexual, estado civil, classe social, Uberlândia-MG, 2025. ....	31
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos participantes segundo os domínios do WHOQOL-bref, Uberlândia-MG, 2025.....	32
<b>Tabela 3</b> - Distribuição das comparações dos escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref, Uberlândia-MG, 2025.....	33
<b>Tabela 4</b> - Distribuição das medianas dos escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref, Uberlândia-MG, 2025.....	34
<b>Tabela 5</b> - Distribuição dos coeficientes de correlação de Spearman entre variáveis individuais e escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref, Uberlândia-MG, 2025. ....	35

### Artigo 2

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos participantes segundo perfil sociodemográfico, Uberlândia-MG, 2025 .....	50
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das comparações dos escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref., Uberlândia-MG, 2025.....	51
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos coeficientes de correlação de Spearman entre variáveis laborais e escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref., Uberlândia-MG, 2025 .....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AMB	Associação Médica Brasileira
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CEP/UFU	Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HCU-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IA	Inteligência Artificial
ICU	<i>Intensive Care Unit</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGSAT	Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
QV	Qualidade de vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
QoL	<i>Quality of Life</i>
RJU	Regime Jurídico Único
SMRT	Saúde Mental Relacionada ao Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life-100</i>

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>3. OBJETIVOS DA PESQUISA.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>21</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>22</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>Artigo 01 - Qualidade de vida de médicos e médicas de uma UTI pública – Uberlândia – Minas Gerais .....</b>	<b>25</b>
<b>Artigo 02 -Fatores Laborais e Qualidade de Vida de Médicos e Médicasde uma UTI Pública – Uberlândia – Minas Gerais .....</b>	<b>46</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>56</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A – PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO B – WHOQOL-bref.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO C - SUBMISSÃO DO ARTIGO 2 À REVISTA HYGEIA.....</b>	<b>73</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório traz minha trajetória no Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – PPGSAT e o processo de construção da minha pesquisa intitulada “Qualidade de vida de médicos e médicas de UTI – adulto, Uberlândia – Minas Gerais”.

Sou Natália Rodrigues de Sá, natural de Uberlândia-MG, filha de um casal extremamente humilde e dedicado ao trabalho e que não teve a oportunidade de estudar como eu. Meu pai se formou através do curso técnico em contabilidade e minha mãe completou a antiga oitava série (atual nono ano). Estudei em escola pública até o segundo ano do ensino médio e me ingressei na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) em 1995 no curso de Medicina. Quando falava na adolescência que faria Medicina, muitos duvidavam.

Durante a Graduação fui bolsista do PET-CAPES Medicina e membro do Diretório Acadêmico do Curso de Medicina. Fiz todas as monitorias que consegui e sempre fui muito vinculada aos pacientes. Especializei-me através da Residência Médica em Medicina Intensiva também no Hospital de Clínicas da UFU, onde trabalho desde 2002 na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. No final da Residência, tive o prazer de estagiar no HC-USP por 3 meses, onde me encantei pela dedicação do paulistano ao trabalho e à pesquisa.

Após a graduação, trabalhei no Pronto Socorro da UAI Planalto, onde trabalhei arduamente por 4 anos, coordenei a Central Municipal de Regulação de Urgências e Emergências por dois períodos e estruturei e coordenei duas UTIs particulares, por dois e 14 anos, respectivamente - UTI do Hospital Madrecor e UTI do Hospital Santa Marta. Trabalhei por dezesseis anos na rede privada, porém em 2021 (durante a pandemia pelo COVID), optei por permanecer exclusivamente na rede pública. Hoje trabalho apenas no HCU – UFU-HUBrasil na UTI adulto por dois vínculos (UFU e HUBrasil).

Além disso, também sou mãe (meu melhor projeto), esposa e apaixonada pela minha família. Com certeza, a parte mais importante da minha vida é e sempre será minha filha.

Optei por realizar mestrado profissional no PPGSAT visando um aperfeiçoamento acadêmico, melhoria do meu currículo e ganho profissional e financeiro. Busquei, através do Mestrado, adquirir novos e bons conhecimentos, não só acadêmicos, mas também pessoais, buscando novos horizontes dentro da área da Ciência da Saúde e que possam me ajudar a progredir como pessoa ativa e colaboradora do meu território. Por atuar na Medicina Intensiva e vivenciar as dificuldades que os médicos enfrentam nessa especialidade, optei por avaliar a Qualidade de Vida dos Médicos e Médicas Intensivistas.

A trajetória no PPGSAT foi gratificante e enriquecedora, tanto no desenvolvimento de habilidades acadêmicas uma vez que tive que “sair da minha zona de conforto” de assistência a pacientes críticos e voltar para a sala de aula para discutir temas como: Saúde Pública, Saúde do Trabalhador, Saúde Ambiental, temas que me fizeram repensar atitudes e hábitos da minha rotina e reavaliar meu papel como cidadã e profissional, através da aplicação prática do conhecimento adquirido.

## 2. INTRODUÇÃO

A Medicina surgiu na Antiguidade através da crença de que os males que afligiam ao homem eram de natureza demoníaca ou eram determinados por forças e potências sobrenaturais. Os feiticeiros foram os ancestrais dos médicos, há cerca de 10.000 anos a.C., pois eram capazes de diagnosticar a causa sobrenatural de cada enfermidade e através dos rituais mágicos, estabeleciam seu tratamento. Dessa forma, nasceu a Medicina Antiga (Vieira, 2019).

Com o passar do tempo a Medicina foi evoluindo em seus diagnósticos e tratamentos, até que no século V a.C surge na Grécia Antiga, Hipócrates, médico responsável por mudar a crença de que as doenças eram castigos dos deuses e mostrar que as causas poderiam ser ambientais ou hereditárias, além de aprimorar o exame físico e estabelecer critérios éticos. Por isso, foi intitulado como o “Pai da Medicina”, já que pontuou a prática médica como uma ciência que atua na prevenção e promoção de saúde (Kostakopoulos *et al.*, 2024).

No século XV a ciência médica alcançou mais um marco na sua trajetória, sendo conhecida como a era da Medicina Moderna. Isso se deu devido ao avanço dos estudos sobre anatomia humana com Andreas Vesalius. Nos séculos seguintes novas descobertas como o funcionamento da circulação sanguínea por Harvey ou da respiração e oxigênio por Lavoisier permitiram que a Medicina continuasse se transformando (Rezende, 2009).

Os avanços atingiram o ápice da Medicina Moderna quando o químico Louis Pasteur e o médico Robert Koch abordaram em suas pesquisas questões sobre germes, virulência, micróbios e bactérias. Isso permitiu que estudos sobre bacteriologia e infectologia fossem realizados, impulsionando debates sobre higiene na saúde e quarentena (Rezende, 2009).

Assim, durante experimentos realizados após a Primeira Guerra Mundial, o médico Alexander Fleming descobriu uma substância antibacteriana que pode ser considerada uma das principais inovações terapêuticas da Medicina. A penicilina foi o antibiótico que permitiu tratar os feridos durante a Segunda Guerra, diminuindo o número de óbitos e aumentando a expectativa de vida dos militares que em alguns casos retornavam às batalhas após o tratamento (Rezende, 2009).

Hoje, após longos anos, a Medicina sofreu uma transformação intensa, com o desenvolvimento de tecnologias extremamente evoluídas. Na Medicina Contemporânea, a Inteligência Artificial (IA) emerge de forma revolucionária, permitindo, como nunca antes possível, obter diagnóstico precoce e ainda estabelecer tratamentos individualizados para várias patologias (Ortega *et al.*, 2024). A IA é capaz de identificar padrões complexos e de oferecer

insights clínicos surpreendentes em períodos muito curtos, o que facilita a tomada de decisões e promove resultados extremamente benéficos aos pacientes.

Além dos avanços no que tange os dispositivos, as tecnologias e as técnicas médicas, os locais de exercer assistência em saúde também evoluíram com o passar dos anos. Na antiguidade, os doentes recebiam os cuidados na própria residência. No Brasil Colonial, foram instituídas as Santas Casas de Misericórdia, locais destinados para receber pobres, doentes, escravos e moradores de rua. Essas instituições serviam para prestar caridade aos necessitados, mas foi evoluindo como locais de assistência em saúde devido ao conhecimento em enfermagem de algumas freiras que assumiram a responsabilidade de gerir as Santas Casas e cuidar dos doentes (Brasil, 2021; Marinelli; Tramontano, 2006). A evolução da Medicina contribuiu para a transformação destes locais menos estruturados em hospitais de alta complexidade da atualidade. Isso impactou na forma que os profissionais da saúde atuam perante os pacientes, as doenças e as adversidades do ambiente de trabalho.

Tendo em vista as evoluções da área da saúde, a Medicina Intensiva surgiu da necessidade de vigilância contínua e de cuidados especializados a pacientes em estado crítico. O conceito de vigilância contínua teve origem no pioneirismo de Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia (1854), ao implementar práticas sistemáticas de observação e monitoramento dos pacientes hospitalizados (Nightingale, 1858; Lago; Garros; Piva, 2007). Em 1923, Walter Dandy criou os primeiros leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no Johns Hopkins Hospital, voltados aos cuidados de pacientes neurológicos graves (Bastos; Kanus, 1988). Posteriormente, em 1953, após a epidemia de poliomielite em Copenhague, Bjorn Ibsen estruturou a primeira UTI moderna europeia, dedicada ao tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda (Ibarlucea; Martin, 2009; Lago; Garros; Piva, 2007).

No Brasil, o desenvolvimento da Medicina Intensiva ocorreu de forma mais estruturada a partir da criação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) em 1980 e reconhecida como especialidade pela Associação Médica Brasileira (AMB) em 1981. Porém, o reconhecimento formal da especialidade pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) só ocorreu em 2002, por meio da Resolução nº 1.634, que consolidou a Medicina Intensiva como uma das áreas de especialidade médica no país (AMIB, [s.d]; CFM, 2002).

Dessa forma, as UTIs foram criadas com o intuito de oferecer suporte avançado de vida a pacientes em estado crítico e que apresentavam chances de sobreviver, ou seja, pacientes que possuem instabilidade clínica ou potencial para instabilidade. As UTIs são um ambiente de alta complexidade, que exigem muita dedicação e capacitação de seus profissionais uma vez que os pacientes internados nessas Unidades permanecem monitorados continuamente e exigem

cuidados intensivos. Além disso, os médicos devem estar sempre em alerta para qualquer situação de urgência, onde há grande fluxo de profissionais, acarretando dificuldades nas relações interprofissionais (Luz *et al.*, 2024; Pessini, 2016).

Portanto, atuar nesses locais gera muito cansaço, fadiga, estresse, pois a morte é frequente. O médico, inserido neste contexto, também lida com a ansiedade dos familiares, com rotinas rígidas e ainda com a necessidade constante de tomada de decisões ágeis e eficazes (Pessini, 2016). Diante deste cenário, é evidente que esses profissionais apresentem alta predisposição para serem acometidos pelo sofrimento psíquico, como sintomas de ansiedade, sensação de incapacidade e fadiga (Monteiro *et al.*, 2013).

De acordo com Dejours (2004, p. 28), “o trabalho não é em primeira instância da relação salarial ou o emprego; é o trabalhar, isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões.” Ressalta ainda que o trabalho é “aquilo que o sujeito (...) deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições.” Perez (2017, p. 288, *apud* Dejours, 2004), ressalta “a importância do trabalho como fator constituinte do humano, (...) o que remete à ideia de interligação entre identidade e saúde mental, já que, quando a identidade está abalada, há dúvidas importantes sobre quem se é.”

Por isso, as condições de trabalho vêm sendo estudadas como um dos principais pilares de investigação dentro do contexto laboral, já que quando inadequadas geram frequentemente mal-estar aos seus trabalhadores (Ferreira, 2015; Brunault *et al.*, 2014). As representações de bem-estar e de mal-estar no trabalho têm origem em cinco fatores: Condições de Trabalho, Organização do Trabalho, Relações Socioprofissionais de Trabalho, Reconhecimento e Crescimento Profissional, e Elo Trabalho-Vida Social (Ferreira, 2012).

No Brasil, a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) é um tema muito em voga nos últimos anos e constitui um campo de estudos devido à grande demanda de atendimentos em serviços públicos, afastamentos e invalidez (Jacques, 2007). Outrora, a doença mental do trabalhador surge, de acordo com Dejours (2004, p. 29), da “corporeização”, que busca nas experiências do fracasso, manter o sujeito “habitado” pelo sofrimento do trabalho.

Alguns estudos que correlacionam a doença mental com o sofrimento no trabalho, ainda questionam como o trabalho pode afetar a saúde mental dos trabalhadores, muitas vezes reforçando a “culpabilização da vítima”, buscando na homogeneização do trabalho, a ausência de identidade do trabalhador, visando modificar as pessoas e não o trabalho (Lima; Oliveira, 1995; Oliveira, 2007). Segundo Dejours (2004), a “psicodinâmica do trabalho é uma disciplina

clínica que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental.”

A saúde vai além da ausência de doença, ela está condicionada às necessidades do corpo, como poder dormir e repor os nutrientes, a liberdade de adaptação e ainda, quando esse corpo adoecer, poder cuidar-se, reforçando que o mais importante nesse processo é o indivíduo poder atuar, na busca de modificar aquilo que o faz sofrer. O ser humano deve ser caracterizado pela transformação, pelo movimento e por se diferenciar de si mesmo, ao longo da sua vida (Paparelli; Sato; de Oliveira, 2011). Então, os fatores laborais e as condições de trabalho podem afetar ou anular essa dinâmica e processo de saúde estabelecido pelo indivíduo, acarretando seu adoecimento ou afetando sua qualidade de vida (QV).

Sabe-se que os profissionais de saúde são frequentemente apontados como um grupo de risco ao adoecimento físico e mental (Rodrigues *et al.*, 2025). Assim, a relação entre o trabalho exercido e a saúde dos profissionais vem sendo cada vez mais explorada com o objetivo de entender o impacto do trabalho na vida dos trabalhadores, especialmente quanto ao surgimento de doenças ocupacionais (Ferreira *et al.*, 2022). Em acréscimo a isso, se faz necessário compreender a relação que o trabalhador tem com o trabalho e sua atuação profissional, principalmente médicos intensivistas devido às longas jornadas de trabalho, recursos limitados e gravidade dos casos clínicos (Melo *et al.*, 2023).

Portanto, ao avaliar a QV dos médicos e médicas atuantes numa UTI pública, busca-se encontrar fatores que possam, direta e/ou indiretamente, levar ao seu adoecimento físico, mas principalmente mental, já que a saúde mental não é visível, palpável, pois o que se avalia clinicamente é a produção materializada (Dejours, 2004). Um comportamento como o pertencimento e a empatia, no ambiente de trabalho, pode direcionar a uma Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) elevada, pois tais constructos auxiliam no aumento da motivação, influenciando assim na produtividade organizacional (Ferreira *et al.*, 2022). Para Ribeiro (2011, p. 632) é de suprema relevância a atividade educativa e reflexiva com a cúpula da organização, de modo a informá-la e sensibilizá-la para a presença de fatores que tornam suscetíveis à saúde do trabalhador em contexto organizacional, e estabelecer em conjunto, políticas preventivas e de promoção da saúde e QVT, com foco na redução dos fatores de risco.

Associado a isso, deve-se ampliar os fatores de proteção aos trabalhadores postos nas variadas atividades ocupacionais, além de promover o significado por parte dos colaboradores a respeito de sua atividade e função dentro da organização e do mérito destas, buscando dessa forma, a conquista dos objetivos organizacionais em conjunto com os objetivos pessoais de cada colaborador.

Dessa forma, compreender tópicos como oportunidade de aprendizagem, trabalhar com o que gosta e valorização do trabalho são essenciais para a satisfação laboral, redução dos níveis de estresse e satisfação no ambiente de trabalho. É importante definir fatores laborais que podem impactar negativamente na saúde do trabalhador para que o empregador possa estabelecer estratégias que atuam na prevenção de doenças ocupacionais, na redução de danos e na promoção de saúde (Caldeira *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que apesar de já existir no Brasil a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, ela não é resolutiva e efetiva na prevenção de adoecimento ocupacional, uma vez que atua através de uma gestão assistencialista que possibilita ao trabalhador retornar ao trabalho e voltar a adoecer até se tornar descartável e incapaz de realizar seu serviço. Assim, não só a saúde do trabalhador é afetada, mas também sua QV (Rafagnin; Rafagnin, 2020).

Ressalta-se assim, a importância de se estudar a QV dos médicos e médicas intensivistas e objetiva-se, com essa pesquisa avaliar a QV destes profissionais atuantes em uma UTI pública de Minas Gerais, haja vista a relevância dos mesmos para saúde pública e, secundariamente, possibilitar a melhoria na qualidade do atendimento aos pacientes em estado crítico.

### **3. OBJETIVOS DA PESQUISA**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar a QV dos médicos e médicas atuantes em uma UTI pública de Uberlândia-MG.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Para alcançar o objetivo geral deste estudo, serão considerados os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Avaliar a QV de médicos e médicas em UTIs adulto públicas de Uberlândia-MG;
- ✓ Traçar o perfil sociodemográfico de médicos e médicas em UTIs adulto públicas de Uberlândia-MG.

#### 4. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada com os médicos e médicas atuantes na UTI do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU- HUBrasil). Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal.

O HCU-UFU/HUBRASIL é uma referência para atendimentos de média e alta complexidades para municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além de oferecer assistência em quase todas as especialidades médicas clínicas e cirúrgicas, incluindo serviços de oncologia e transplantes, o HCU-UFU/HUBrasil participa da formação de recursos humanos nas diferentes áreas do conhecimento. O hospital tem 504 leitos e é também considerado um grande campo de pesquisa, possibilitando condições para o desenvolvimento de vários estudos.

A UTI do HCU-UFU/HUBrasil (UTIAD HC-UFU-HUBrasil) compreende 38 leitos divididos em quatro unidades (UTI coronariana, UTI cirúrgica, UTI neurológica e UTI geral), compostas por 8, 9, 9 e 12 leitos, respectivamente. Nestas unidades trabalhavam na época da pesquisa 44 médicos e médicas, segundo informações da coordenação do setor.

Utilizando a fórmula  $N / (1 + N * e^2)$  para cálculo da amostra ideal, identificou-se um total de 39,6 médicos/médicas que deveriam participar da pesquisa para se atingir uma amostra significativa.

O critério de inclusão utilizado na pesquisa foi ser médico e trabalhar como plantonista ou diarista em UTI Adulto HCU-UFU-HUBrasil; e como critério de exclusão foi não aderir à pesquisa e estar em férias ou em cumprimento de atestado ou afastado para exercer outras atividades.

A pesquisadora compareceu na UTIAD HCU UFU HUBrasil para identificar os profissionais médicos após contato prévio e autorização da Direção da instituição parceira. Os profissionais foram visitados no seu dia de trabalho e receberam as orientações e os esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa. Foram então solicitadas as participações por anuência verbal e assinatura do TCLE e, após a aplicação dos critérios de elegibilidade, receberam os dois questionários para coleta de dados.

O primeiro questionário foi elaborado pela pesquisadora, visando avaliar as variáveis independentes investigadas de interesse para o estudo: gênero, idade, estado civil, especialidade, anos completos de término da graduação, carga horária laboral semanal e vínculos empregatícios (Apêndice A).

Na avaliação da QV é primordial determinar o que é importante para o indivíduo, principalmente por se tratar de um instrumento para uso pluricultural (Saxena *et al.*, 2001). O Grupo de Qualidade de Vida da OMS realizou um projeto colaborativo em 15 centros e elaborou um instrumento capaz de avaliar a QV, denominado *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100), um questionário contendo 100 questões, que englobam 24 áreas definidoras da QV, cada uma contendo 4 questões (Kuyken *et al.*, 1995), (Kuyken *et al.*, 1998; WHO, 1998a; WHO, 1998b).

Devido à necessidade de um instrumento mais curto e de rápida aplicação foi desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref que, apesar de manter as 26 questões, cada uma é composta por uma única questão (Fleck *et al.*, 2000) e tem como vantagem a possibilidade de ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações portadoras de doenças crônicas. Este questionário foi desenvolvido pelo grupo WHOQOL da OMS (WHO, 1998a) e validado pelo contexto brasileiro por Fleck *et al.* (2000). Estudos adicionais demonstram sua adequação psicométrica em diferentes populações (Baker *et al.*, 2005; Pedroso *et al.*, 2009).

Os resultados foram submetidos à análise de normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Aqueles com distribuição normal foram submetidos a testes paramétricos e aqueles que não apresentaram tal distribuição, a testes não paramétricos.

Foi realizada estatística descritiva para caracterização dos participantes. As variáveis contínuas foram apresentadas como valores mínimo, máximo, média e erro padrão; ou como mediana, intervalo interquartil, mínimo e máximo, dependendo da presença ou não de normalidade nos dados. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa.

A relação entre os domínios de QV e os fatores demográficos foram avaliados pelos testes T e qui-quadrado. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes se  $p < 0,05$ .

## 5. RESULTADOS

O PPGSAT, em sua Resolução nº 02/2016 do colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador dispõe de diferentes modalidades para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso. Os pesquisadores optaram por apresentar a pesquisa como Trabalho Equivalente, na modalidade de dois (02) artigos científicos.

Nesta sessão apresentaremos os dois artigos produzidos. Ambos os artigos são estudos observacionais transversais realizados com 44 médicos e médicas da UTI adulto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU/EBSERH). O primeiro artigo analisa se há diferenças ou correlação entre QV com base nas características individuais de médicos e médicas atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o segundo artigo investiga as diferenças e correlações entre as características laborais e a QV dos médicos e médicas pesquisados.

Os artigos já estão formatados segundo as normas das revistas selecionadas, respectivamente, Revista Brasileira de Saúde Ocupacional e Revista Hygeia.

**SUGESTÃO DE REVISTA QUALIS B1 – Revista Brasileira de Saúde Ocupacional****PRODUTO 1:****Qualidade de vida de médicos e médicas de uma UTI pública - Uberlândia – Minas****Gerais****Quality of life among male and female physicians in a public ICU - Uberlândia - Minas Gerais**

Natália Rodrigues de Sá<sup>1\*</sup>, Rosuita Fratari Bonito<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia, Especialista/ Residência em Medicina Intensiva Adulto pela Universidade Federal de Uberlândia., Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia. ORCID: [0009-0002-2055-8696](https://orcid.org/0009-0002-2055-8696). E-mail: [sa.natalia@ebserh.gov.br](mailto:sa.natalia@ebserh.gov.br)

<sup>2</sup> Doutora em Geografia Médica pela Universidade Federal de Uberlândia, Mestre em Ciências da Saúde, Especialista/Residente em Medicina Geral Comunitário pela Universidade Federal de Goiás. Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia. ORCID: [0000-0001-8782-0404](https://orcid.org/0000-0001-8782-0404). E-mail: [rosuita@ufu.br](mailto:rosuita@ufu.br)

**\*Autor correspondente:**

Avenida Pará, 1720, bairro Umuarama, em Uberlândia/MG, CEP 38405-320. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU).

**Financiamento da pesquisa:** Financiado pelos próprios autores.

**Conflito de interesse:** Não há conflitos.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar diferenças e correlações na qualidade de vida (QV) de médicos intensivistas com base em características individuais. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado com 44 médicos e médicas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto do Hospital de Clínicas da UFU-HUBrasil. Foram aplicados dois questionários: um sobre características individuais, elaborado pelas pesquisadoras, e o WHOQOL-bref. **Resultados:** Os participantes eram majoritariamente homens, cisgênero (56,1%), com média de idade de  $42,8 \pm 8,46$  anos, brancos (68,3%), heterossexuais (92,8%), casados ou em união estável (70,7%) e pertencentes à classe econômica A (60,9%). Foi observado que a identidade de gênero, estado civil, classe econômica e número de dependentes influenciam a QV. **Conclusão:** O estudo destaca a complexidade dos fatores que influenciam a qualidade de vida de médicos e médicas intensivistas em um serviço público.

**Palavras-chave:** Médicos; Qualidade de Vida; Unidade de Terapia Intensiva.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to analyze differences or correlations between QoL based on the individual characteristics of intensive care physicians. **Methods:** This is a cross-sectional observational study conducted with 44 physicians from the adult Intensive Care Unit of the University Hospital of the Federal University of Uberlândia. Two questionnaires were applied, one on individual characteristics created by the researchers and the WHOQOL-bref. **Results:** The participants were mostly men, cisgender (56.1%), with a mean age of  $42.8 \pm 8.46$  years, white (68.3%), heterosexual (92.8%), married or in a stable relationship (70.7%), belonging to

economic class A (60.9%). Gender identity, marital status, economic class, and number of dependents can affect QoL. **Conclusion:** The study highlights the complexity of the factors that affect the QoL of intensive care physicians in a public service.

**Keywords:** Physicians; Quality of Life; Intensive Care Unit.

## INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) apresenta um conceito amplo e individualizado. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1994)<sup>1</sup> pode ser compreendida como a perspectiva que cada pessoa tem em relação ao contexto sociocultural, econômico e emocional em que está inserida. Assim, a percepção do indivíduo sobre valores, caráter, expectativas, sonhos e preocupações, entre outras coisas, podem interferir diretamente na sua QV.

É importante compreender a perspectiva de QV tanto de indivíduos no processo de diagnóstico, tratamento ou recuperação de uma doença, quanto daqueles que são os responsáveis pelo cuidado, pela conduta terapêutica e que prestam assistência. Moreira, Souza e Yamaguchi (2018)<sup>2</sup> mostraram que a maior taxa de prevalência (22%) de Síndrome de Burnout (SB) em especialidades médicas está entre os médicos e médicas Intensivistas.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) caracterizam-se por ser um ambiente tenso, com frequente contato com a morte, alta exigência de atenção para situações de urgência e grande fluxo de profissionais, o que pode dificultar as relações interprofissionais. O médico, inserido neste contexto, lida com a ansiedade dos familiares, com rotinas rígidas e ainda com a necessidade constante de tomada de decisões ágeis e eficazes<sup>3</sup>. Diante desse cenário, é evidente que esses profissionais apresentem alta predisposição para serem acometidos pelo sofrimento psíquico, como sintomas de ansiedade, sensação de incapacidade e fadiga<sup>4</sup>.

Uma forma de avaliar a QV relacionada à saúde é através do instrumento WHOQOL-bref, versão abreviada criada pela OMS. Ele permite analisar critérios que envolvem questões físicas, psicológicas, relações sociais e de meio ambiente do indivíduo<sup>5,6</sup>. As respostas são dadas em números e podem ser pontuadas com o auxílio da Escala de Likert ou com a transformação dos escores brutos para uma escala de 0 a 100<sup>5,7,8</sup>.

O objetivo deste estudo é avaliar se características gerais como gênero, raça/cor da pele, orientação afetivo-sexual, estado civil, idade, classificação socioeconômica e número de dependentes podem levar a diferenças ou correlações com a QV dos médicos e médicas atuantes em uma UTI pública de Uberlândia - Minas Gerais.

## **MÉTODOS**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), sob número CAAE 84532624.3.0000.5152. A pesquisa foi realizada com médicos e médicas atuantes nas UTIs do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU/HUBrasil). O HC-UFU/HUBrasil é uma referência para atendimentos de média e alta complexidades para municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba pelo Sistema Único de Saúde. Além de oferecer assistência em quase todas as especialidades médicas, o HC-UFU/HUBrasil tem 504 leitos e participa da formação de recursos humanos nas diferentes áreas do conhecimento. As UTIs adultas (UTIADs) do HC-UFU/HUBrasil abrangem 38 leitos divididos em quatro unidades (UTI coronariana, UTI cirúrgica, UTI neurológica e UTI geral), compostas por 8, 9, 9 e 12 leitos, respectivamente, onde trabalhavam 44 médicos, no período da pesquisa, segundo informações da coordenação do setor. Foi considerado critério de inclusão ser médico e trabalhar como plantonista ou diarista na UTIAD/HC-UFU/HUBrasil, e foram excluídos aqueles que estivessem em

cumprimento de férias ou de atestado ou em afastamento para exercer outras atividades. Utilizando o programa G\*Power<sup>9</sup>, consideramos análise de amostra mínima para comparação entre grupos, considerações da distribuição F, o tamanho de efeito  $f = 0,40$ , o nível de significância  $\alpha = 0,05$ , o poder do teste  $1-\beta = 0,80$  e a comparação entre 2 grupos, obtendo um número mínimo de 52 participantes. Dado que esse número é superior à população total de médicos atuantes no serviço, optou-se pela coleta de dados de toda a população, ou seja, 44 médicos.

O primeiro questionário foi elaborado pelas pesquisadoras, visando avaliar as características individuais: gênero, raça/cor da pele, orientação afetivo-sexual, estado civil, idade, classificação socioeconômica<sup>10</sup> e número de dependentes dos participantes. O segundo instrumento utilizado foi o WHOQOL-bref<sup>5,8</sup>, instrumento elaborado de forma colaborativa e multicêntrica, derivado do original *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100)<sup>5,8</sup>, amplamente utilizado para avaliar a QV relacionada à saúde, desenvolvido pela OMS. Oferece uma visão abrangente do bem-estar individual, considerando diversos aspectos da vida. Esta versão abreviada, mais curta e de rápida aplicação, contém 26 itens, os quais compõem quatro domínios: físico (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26), relações sociais (itens 20, 21 e 22), meio ambiente (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25) e um domínio geral (itens 1 e 2). Foram revertidos os escores das questões 3, 4 e 26. Para transformação dos escores para uma escala de 0 a 100 utilizou-se a equação abaixo:

**Equação 1.** Transformação dos escores brutos para uma escala de 0 a 100

$$Escore\ Transformado = \left[ \frac{Escore\ Bruto - (Número\ de\ itens)}{Número\ de\ itens \times 4} \right] \times 100$$

Após anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa HC-UFU/HUBrasil e aprovação do CEP/UFU, foram entregues duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) àqueles que concordaram participar da pesquisa. Em seguida, foi entregue o instrumento de coleta de dados para o autopreenchimento. Para garantir o anonimato, o TCLE e o questionário foram depositados em envelopes separados e o próprio participante depositou o seu questionário respondido no envelope.

Para fins de comparações entre grupos, foi excluído o único participante que se identificou como da raça amarela. Não foi possível comparar as categorias de orientação afetivo-sexual, pois observou-se apenas um participante em cada uma das categorias bissexual, homossexual e prefere não responder. Optou-se por utilizar a pontuação, e não a categorização, do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)<sup>10</sup> nas análises estatísticas, já que a grande maioria dos participantes (60,9%) faz parte da Classe A.

Para análise descritiva, apresentamos frequência absoluta e percentuais para variáveis categóricas e ordinais e média e desvio padrão para variáveis métricas. Para análise estatística, aplicamos o teste de normalidade Shapiro-Wilk para as variáveis idade ( $p = 0,297$ ), número de dependentes ( $p < 0,001$ ) e os domínios de QV físico ( $p = 0,042$ ), psicológico ( $p = 0,394$ ), relações sociais ( $p = 0,165$ ), meio ambiente ( $p = 0,366$ ) e geral ( $p = 0,005$ ). Para as comparações de grupos independentes, aplicamos o teste de Kruskal-Wallis, com tamanho de efeito  $\epsilon^2$  e comparações múltiplas DSCF. Para as correlações entre variáveis calculamos o coeficiente de correlação de Spearman. Para todas as análises, adotamos o nível de significância de 5%<sup>11,12</sup>. Todas as análises descritivas e estatísticas foram executadas no JAMOVI<sup>13</sup>.

## RESULTADOS

Para caracterização da amostra (Tabela 1), utilizamos as variáveis gênero, raça/cor da pele, orientação afetivo-sexual, estado civil, idade, classificação socioeconômica<sup>10</sup> e número de dependentes. Observamos que a maioria dos participantes são homens cisgênero, brancos, heterossexuais, casados ou em união estável e de classe econômica A. Os participantes apresentaram idade média de  $42,8 \pm 8,46$  anos, variando entre 29 e 61 anos. Observamos também que os participantes têm em média  $1,66 \pm 1,33$  dependentes, variando de zero a 4. Por fim, observamos que a pontuação média na CCEB<sup>10</sup> foi de  $46,6 \pm 9,24$ , variando de 26 a 63.

**Tabela 1.** Distribuição dos participantes segundo identidade de gênero, raça/cor, orientação afetivo-sexual, estado civil, classe social, Uberlândia-MG, 2025.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Identidade de gênero</b>		
Homem Cisgênero	23	56,1%
Mulher Cisgênero	18	43,9%
<b>Raça/cor da pele</b>		
Amarelo	1	2,4%
Branco	28	68,3%
Pardo	12	29,3%
<b>Orientação afetivo-sexual</b>		
Bissexual	1	2,4%
Heterossexual	38	92,8%
Homossexual	1	2,4%
Prefiro não dizer	1	2,4%
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)/União estável	29	70,7%
Divorciado(a)/Separado(a)	3	7,3%
Solteiro(a)	9	22,0%
<b>Critério de Classificação Econômica Brasil</b>		
Classe A	25	60,9%
Classe B1	7	17,1%
Classe B2	7	17,1%
Classe C1	2	4,9%

Fonte: RODRIGUES DE SÁ; BONITO, 2025

Na Tabela 2, apresentamos a análise descritiva dos escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref<sup>5,8</sup>. Vale ressaltar que 2 participantes não responderam a escala completa e foram excluídos das análises de QV.

**Tabela 2.** Distribuição dos participantes segundo os domínios do WHOQOL-bref, Uberlândia-MG, 2025.

<b>Domínio</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Físico	74,7	14,9	4,8	42,9	100,0
Psicológico	68,5	13,5	4,4	37,5	95,8
Relações sociais	65,2	16,1	5,2	25,0	100,0
Meio ambiente	66,9	12,6	4,1	37,5	90,6
Geral	65,7	20,0	6,5	25,0	100,0

Fonte: Rodrigues de Sá; Bonito, 2025.

Nota: IC- intervalo de confiança.

Nas comparações dos escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref entre as categorias das variáveis categóricas (Tabela 3 e 4), observamos que homens cisgênero tendem a ter escores maiores do que mulheres cisgênero para os domínios físico ( $W = -4,75$ ), psicológico ( $W = -4,09$ ), meio ambiente ( $W = -2,79$ ) e geral ( $W = -3,98$ ). Não observamos diferenças entre brancos e pardos. Observamos diferenças entre as categorias de estado civil, sendo que divorciados/separados pontuaram menos que solteiros ( $W = 2,26; 2,10$ ) e casados/união estável para todos os domínios ( $W = 3,79; 3,41$ ) e solteiros menos que casados ( $W = 4,11; 2,97$ ), para o domínio físico e meio ambiente, respectivamente.

**Tabela 3.** Distribuição das comparações dos escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref, Uberlândia-MG, 2025.

Variáveis Independentes	Variáveis Dependentes	H	gl	p	$\epsilon^2$
Identidade de gênero					
	Físico	<b>11,29</b>	<b>1</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,30</b>
	Psicológico	<b>8,37</b>	<b>1</b>	<b>0,004</b>	<b>0,22</b>
	Relações sociais	1,85	1	0,174	0,05
	Meio ambiente	<b>3,89</b>	<b>1</b>	<b>0,049</b>	<b>0,10</b>
	Geral	<b>7,93</b>	<b>1</b>	<b>0,005</b>	<b>0,21</b>
Raça/cor da pele					
	Físico	1,15	2	0,562	0,03
	Psicológico	0,17	2	0,917	0,00
	Relações sociais	2,06	2	0,356	0,05
	Meio ambiente	1,10	2	0,576	0,03
	Geral	2,12	2	0,346	0,06
Estado civil					
	Físico	<b>14,02</b>	<b>2</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,37</b>
	Psicológico	2,48	2	0,289	0,07
	Relações sociais	1,24	2	0,537	0,03
	Meio ambiente	<b>9,20</b>	<b>2</b>	<b>0,010</b>	<b>0,24</b>
	Geral	3,77	2	0,152	0,10

Fonte: Rodrigues de Sá; Bonito, 2025.

Nota: Em negrito, as comparações significativas.

**Tabela 4.** Distribuição das medianas dos escores transformados para cada categoria domínio do WHOQOL-bref, Uberlândia-MG, 2025.

	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Geral
<b>Identidade de gênero</b>					
Homem Cisgênero	82,1	75,0	66,7	68,8	75,0
Mulher Cisgênero	66,1	66,7	62,5	62,5	62,5
<b>Raça/cor da pele</b>					
Branco	78,6	70,8	66,7	62,5	75,0
Pardo	78,6	68,8	62,5	68,8	68,8
<b>Estado civil</b>					
Casado/União estável	82,1	70,8	66,7	68,8	75,0
Divorciado/Separado	53,6	62,5	50,0	43,8	62,5
Solteiro	67,9	66,7	66,7	59,4	62,5

Fonte: Rodrigues de Sá; Bonito, 2025.

Por fim, ao calcularmos os coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis métricas e os escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref (Tabela 5), observamos que há uma correlação moderada positiva entre número de dependentes e domínio físico e uma correlação forte e positiva entre pontuação do CCEB e os domínios físico e meio ambiente.

**Tabela 5.** Distribuição dos coeficientes de correlação de Spearman entre variáveis individuais e escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref, Uberlândia-MG, 2025.

	Idade		Número de dependentes		Pontuação CCEB	
	$\rho$	p	$\rho$	p	$\rho$	p
Físico	0,15	0,375	<b>0,47</b>	<b>0,003</b>	<b>0,66</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Psicológico	0,00	0,985	0,18	0,265	0,21	0,210
Relações sociais	-0,01	0,936	0,06	0,719	0,20	0,217
Meio ambiente	0,00	0,986	0,19	0,245	<b>0,51</b>	<b>0,001</b>
Geral	0,11	0,513	0,27	0,101	0,32	0,051

Fonte: Rodrigues de Sá; Bonito, 2025.

Nota: O grau de liberdade de todas as análises é igual a 37 CCEB: Critério de Classificação Econômica Brasil.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, o domínio físico foi o que apresentou os melhores resultados (Tabela 2) quando comparado com os outros, alcançando uma média de 74,7 pontos na escala de 0 a 100. Dessa forma, a maioria dos participantes da pesquisa estão satisfeitos com a qualidade do seu sono, capacidade de locomoção e de desenvolver atividades cotidianas, o que também reflete a satisfação deles em exercer seu trabalho nas UTIs.

Sabe-se que a profissão médica é considerada uma das mais desgastantes em parte devido às condições adversas de trabalho, como infraestrutura e recursos insuficientes, organização precária e jornadas longas de trabalho como demonstrado em um estudo realizado no Paraná, que evidenciou elevada prevalência de estresse e burnout entre médicos brasileiros, vinculada a condições negativas no ambiente de trabalho<sup>14,15</sup>. Isso acarreta mudanças no sono

e no ciclo circadiano do indivíduo, afetando processos fisiológicos, o metabolismo e a liberação hormonal<sup>14</sup>. No entanto, questões como renda maior que a média salarial nacional, poder aquisitivo, status e reconhecimento social por exercer uma profissão que ajuda outras pessoas, são fatores que contribuem na satisfação com o trabalho e conseqüentemente favorecem a percepção sobre QV<sup>14</sup>.

Nessa pesquisa, a maioria dos participantes (60,9%) foram classificados como classe A, de acordo com os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>10</sup>. Além de questões econômicas, esta pesquisa mostrou que há outros fatores que interferem no domínio físico, como a identidade de gênero e o estado civil.

Foi visto que pessoas casadas ou em união estável estão mais satisfeitas nos critérios que compõem o domínio físico, totalizando uma mediana de 82,1 pontos no escores transformados (Tabela 4). De acordo com os estudos recentes o estado civil pode influenciar a QV, já que casados ou em união estável apresentam perfis diferenciados de QV em comparação com outros grupos, o que pode refletir suporte social e estabilidade conjugal associados a melhores indicadores de bem-estar<sup>16</sup>. Ter um(a) parceiro(a) para compartilhar questões cotidianas, vivências do trabalho e dividir a cama durante o repouso, está associado como uma melhor qualidade do sono e sentimentos positivos, influenciando na QV<sup>17</sup>.

No que diz respeito à identidade de gênero, foi possível observar que esse é um fator que tem impacto na QV dos profissionais (Tabelas 3 e 4), pois as mulheres cisgênero do estudo alcançaram uma mediana de 66,1 enquanto os homens cisgênero superaram 82 pontos nos escores transformados. Em contextos ocupacionais brasileiros, homens apresentaram maiores níveis de QV quando comparados às mulheres, especialmente nos domínios físico e psicológico da avaliação da QV, sugerindo a presença de desigualdades de gênero no bem-estar percebido entre os trabalhadores formais<sup>18</sup>.

Um fator que pode explicar um maior desgaste físico das mulheres quando comparado com os homens, é que a maioria delas conciliam o trabalho com as atividades domésticas e cuidado com os filhos. De acordo com Vieira, Anido e Calife (2022)<sup>19</sup>, as mulheres que trabalham na área da saúde lidam com a carga horária do trabalho e afazeres em casa, sendo que quase a metade (48,5%) dessa população entende que a sobrecarga é decorrência da junção dessas atividades. Além disso, aproximadamente 70% das mulheres são as únicas responsáveis por desempenhar o trabalho doméstico na sua própria residência, enquanto menos da metade dos homens desempenham esse mesmo papel em seu domicílio. No geral, a população masculina tem o auxílio da esposa, mãe ou uma profissional terceirizada para realizar os afazeres domésticos<sup>19</sup>.

Já o domínio psicológico teve a segunda melhor média de escores transformados com 68,5 pontos (Tabela 2). Apesar desse resultado relativamente positivo, a profissão médica é considerada uma das mais estressantes, sendo umas das classes mais suscetíveis a desenvolver a SB<sup>20</sup>. Um estudo conduzido por Tironi *et al.* (2016)<sup>21</sup> foram avaliados 180 médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. Os resultados revelaram altos níveis de exaustão emocional, (50,6%), despersonalização (26,1%) e ineficácia (15,0%). A prevalência da SB foi de 61,7% quando considerado o alto nível em pelo menos uma das dimensões, e de 5% quando o nível elevado ocorreu simultaneamente nas três dimensões. Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001)<sup>22</sup>, a SB é caracterizada como uma síndrome psicológica, de esgotamento profissional, composta por três dimensões inter-relacionadas: exaustão emocional, despersonalização e ineficácia.

Ao analisar mais minuciosamente nossos resultados, foi visto que a identidade de gênero é um aspecto que interfere na QV sob a vertente psicológica (Tabela 3), pois homens cisgênero alcançaram uma mediana de 75 pontos, enquanto as mulheres com a mesma identidade de gênero pontuaram menos de 67 pontos (Tabela 4). Estudos recentes evidenciam níveis mais

elevados de burnout em mulheres, com relatos de maior exaustão emocional e menor sensação de realização pessoal em comparação com os homens<sup>23,24</sup>. Segundo Vieira, Anido e Calife (2022)<sup>19</sup>, a sobrecarga com o trabalho gera manifestações físicas e emocionais em homens e mulheres, porém a população feminina relata mais mudanças cognitivas, comportamentais como agitação e inquietação e aumento considerável de pesadelos quando comparado com os homens.

Neste estudo, o estado civil foi uma variável que impactou no domínio meio ambiente, já que pessoas casadas ou em união estável pontuaram uma mediana de 68,8 pontos, enquanto quem é divorciado ou separado pontuou apenas 43,8 (Tabela 4). Vários estudos já demonstraram que ter um(a) parceiro(a) impacta positivamente na QV, pois a pessoa possui alguém para compartilhar as atividades cotidianas, viver momentos de lazer, morar na mesma casa, dormir juntos e cuidar da saúde um do outro, gerando sentimentos positivos e perspectivas boas de futuro<sup>17,25</sup>.

Além disso, a classificação econômica e a identidade de gênero foram questões que impactaram a QV sob a perspectiva do meio ambiente. A maioria dos participantes da pesquisa fazem parte da classe econômica definida com “A”, e de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2024)<sup>10</sup> as pessoas pertencentes a essa classe têm uma renda média superior a vinte e cinco mil reais. Então, apesar dos desafios da profissão, o salário é um fator que pode impactar a QV dos médicos intensivistas<sup>14</sup>. Vale ressaltar que no Brasil ainda existe uma disparidade salarial entre homens e mulheres que atuam na medicina. De acordo com Vidale (2025)<sup>26</sup>, o salário das médicas brasileiras é cerca de 23% menor quando comparado com os dos homens da mesma classe profissional; elas recebem em média dezessete mil reais enquanto os médicos ganham mais de vinte dois mil reais. Apesar das mulheres terem uma jornada de trabalho semanal menor, a diferença salarial acontece pelo fato de que as médicas recebem menos pela hora trabalhada.

No WHOQOL-bref, o domínio geral é composto pelos dois tópicos iniciais do questionário. Nele vai ser pontuado como o participante avalia sua QV e seu nível de satisfação com a própria saúde, resultando em um índice de QV em geral<sup>5,8</sup>. O atual estudo mostrou que ao analisar o resultado desse domínio, os participantes alcançaram, em média, 65,7 pontos no escore transformado na escala de 0 a 100. Se corrigir esse valor para a interpretação da escala Likert<sup>5,27</sup> é visto que os participantes têm uma qualidade regular de vida em geral. Sabe-se que alguns fatores podem impactar nesse valor e o trabalho mostrou que a identidade de gênero é um deles. Os homens cisgênero participantes pontuaram 75 pontos, enquanto as mulheres cisgênero não alcançaram nem a média geral (65,7), pontuando 62,5. Portanto, pode-se afirmar que a QV dos homens é maior que a das mulheres<sup>5</sup>. Vale ressaltar que as perspectivas para definir QV e satisfação com saúde são subjetivas e individuais, porém diversos estudos mostram que os homens procuram menos os serviços de saúde. Isso ainda pode ser justificado pela persistência da visão hegemônica de masculinidade adotada pela sociedade, que entende o homem como o ser mais forte e viril quando comparado com a mulher<sup>28,29</sup>. Além da identidade de gênero, o estudo mostrou que o estado civil é outro fator que interfere na QV geral, pois os participantes casados ou em união estável apresentaram uma pontuação de 75 nesse domínio, enquanto os divorciados, separados ou solteiros fizeram apenas 62,5 pontos. Scorsolini-Comin *et al.* (2016)<sup>17</sup> reafirmam uma correlação entre relacionamento e bem-estar.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa ressalta a complexidade dos fatores que afetam a QV de médicos e médicas intensivistas em um serviço público, com destaque para as diferenças de gênero e do estado civil, e a forte influência da condição socioeconômica. Os achados deste estudo

demonstraram que a QV dos médicos intensivistas foi considerada regular, com escores do WHOQOL-bref superiores a 60, resultado que contraria a hipótese inicial de pior QV nessa população. Tal achado pode ser parcialmente explicada por características específicas da amostra analisada, uma vez que os participantes estão inseridos em um contexto institucional mais favorável, com melhores condições estruturais, suporte organizacional e maior estabilidade empregatícia, fatores que podem contribuir para maior satisfação profissional e bem-estar. Além disso, a homogeneidade da amostra, composta por médicos de um mesmo serviço especializado, bem como o tamanho amostral, podem ter limitado a variabilidade dos resultados e influenciado positivamente os escores de QV. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados com cautela, considerando as particularidades do cenário estudado e suas possíveis repercussões sobre a percepção de QV dos profissionais avaliados.

## REFERÊNCIAS

1 World Health Organization. Quality of life assessment: international perspectives.

Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41–60. doi:10.1007/978-3-642-79123-9-4.

2 Moreira H, Souza K, Yamaguchi M. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão

sistemática. Rev Bras Saude Ocup. 2018;43:e3. doi:10.1590/2317-6369000013316.

3 Pessini L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. Rev Bioét. 2016;24(1):54–63.

doi:10.1590/1983-80422016241106.

4 Monteiro J, *et al.* Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva.

Psicol Cienc Prof. 2013;33(2):366–379. doi:10.1590/S1414-98932013000200009.

5 Fleck MP, *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178–183.

doi:10.1590/S0034-89102000000200012.

6 World Health Organization. WHOQOL user manual. Geneva: World Health Organization; 1998a.

7 Fin T, *et al.* Instrumentos de avaliação da felicidade em pessoas idosas: uma revisão sistemática. *J Media Critiques.* 2024;10(26):1–19. doi:10.17349/jmcv10n26-023.

8 The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Qual Life Res.* 1998b;28(5):551–558. doi:10.1017/S0033291798006667.

9 Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175–191.

10 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2024.

11 Field A. *Discovering statistics using SPSS.* 3rd ed. London: Sage Publications; 2009.

12 Siegel S, Castellan NJ Jr. *Nonparametric statistics for the behavioral sciences.* 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2006.

13 The Jamovi Project. Jamovi (Version 2.3) [computer software]. Sydney: The Jamovi Project; 2022. Disponível em: <https://www.jamovi.org>.

14 Gracino M, *et al.* A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. Saude Debate. 2016;40(110):244–263. doi:10.1590/0103-1104201611019.

15 Gonçalves MB, Pereira AMB, Machado PGB. Estresse, burnout e engajamento no trabalho entre médicos do estado do Paraná, Brasil. Rev Bras Med Trab. 2023;21(2): 2023;21(2): e2022842 doi:10.47626/1679-4435-2022-842.

16 Souza EFX, *et al.* Qualidade de vida e nível de atividade física em usuários de serviços de saúde: associação com estado civil casado/união estável. Rev Qual Vida Saude. 2022. doi:10.29327/269776.2.1-8

17 Scorsolini-Comin F, *et al.* Fatores associados ao bem-estar subjetivo em pessoas casadas e solteiras. Estud Psicol (Campinas). 2016;33(2):261–270. doi:10.1590/1982-02752016000200013.

18 Louzado JA, Lopes Cortes M, Galvão Oliveira M, Moraes Bezerra V, *et al.* Gender differences in the quality of life of formal workers. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(11):5951. doi:10.3390/ijerph18115951.

19 Vieira J, Anido I, Calife K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? Saude Debate. 2022;46(132):82–94. doi:10.1590/0103-1104202213203.

20 Sousa EC, *et al.* Estresse ocupacional e síndrome de burnout em médicos que atuam em emergências. *Braz J Health Rev.* 2024;7(9):e74350. doi:10.34119/bjhrv7n9-066.

21 Tironi M, *et al.* Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(3):270–277. doi:10.5935/0103-507X.20160053.

22 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397–422.

23 Alenezi L, Gillespie GL, Smith C, Davis KG. Gender differences in burnout among US nurse leaders during COVID-19 pandemic: an online cross-sectional survey study. *BMJ Open.* 2024;14(11):e089885. doi:10.1136/bmjopen-2024-089885.

24 Fang Y, Tang X, Salmela-Aro K. Early career gender differences in job burnout trajectories: roles of work, family, and financial resources. *Int J Behav Dev.* 2024;48(5):450–461. doi:10.1177/01650254241266107.

25 Fuentes B, *et al.* Bed sharing versus sleeping alone associated with sleep health and mental health. *Sleep.* 2022;45(Suppl 1):zsac079.009. doi:10.1093/sleep/zsac079.009.

26 Vidale G. Desigualdade no mercado de trabalho médico: mulheres ganham 22,6% menos que os homens no Brasil. *O Globo.* 2025 mar 7. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2025/03/07/desigualdade-no-mercado-de-trabalho-medico-homens-ganham-226percent-mais-que-as-mulheres-no-brasil.ghtml>.

27 COSTA JR., J. F. et al. Um estudo sobre o uso da escala de Likert na coleta de dados qualitativos e sua correlação com as ferramentas estatísticas. *Contrib Cienc Soc.* 2024;17(1):360–376. doi:10.55905/revconv.17n.1-021.

28 Moura E, Gomes R, Pereira G. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. *Cienc Saude Colet.* 2017;22(1):291–300. doi:10.1590/1413-81232017221.17482015.

29 Brasil. Ministério da Saúde. O estigma social que envolve a saúde masculina. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2022/o-estigma-social-que-envolve-a-saude-masculina>.

## FATORES LABORAIS E QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS E MÉDICAS DE UMA UTI PÚBLICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

### WORK-RELATED FACTORS AND QUALITY OF LIFE OF PHYSICIANS IN A PUBLIC ICU AT A TEACHING HOSPITAL

#### RESUMO

Objetivo: Analisar diferenças ou correlações entre qualidade de vida (QV) e características laborais de médicos atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Método: Trata-se de um estudo observacional transversal realizado na UTI adulto pública de um hospital de ensino. Os participantes responderam um questionário criado pelas pesquisadoras sobre características laborais e o WHOQOL-bref. Resultado: O estudo contou com 44 médicos participantes e não foram vistas correlações fortes entre a especialidade, local e quantidade de vínculo, tempo de formação, carga horária semanal e QV desses profissionais. Conclusão: O estudo mostrou que os fatores laborais podem afetar diretamente a saúde ocupacional de alguns profissionais, porém a QV pode ser mantida sem alterações a depender da perspectiva de cada indivíduo, reforçando a importância de novas pesquisas acerca da temática e população.

**Palavras-chave:** Medicina Intensiva. Saúde Ocupacional. Trabalhadores com vínculo empregatício.

#### ABSTRACT

Objective: To analyze whether there are differences or correlations between quality of life (QoL) and work-related characteristics of physicians working in an Intensive Care Unit (ICU). Method: This is a cross-sectional observational study conducted in a public adult ICU of a teaching hospital. Participants completed a questionnaire developed by the researchers addressing work-related characteristics, as well as the WHOQOL-bref. Results: The study included 44 physicians, and no strong correlations were observed between specialty, workplace and number of employment ties, time since graduation, weekly workload, and the QoL of these professionals. Conclusion: The study showed that work-related factors may directly affect the occupational health of some professionals; however, QoL may be maintained without changes depending on everyone's perspective, reinforcing the importance of further research on this topic and population.

**Keywords:** Intensive Care Medicine. Occupational Health. Employees with Employment Bonds.

---

#### INTRODUÇÃO

O conceito de trabalho decente, segundo a Organização Internacional do Trabalho, refere-se à possibilidade de o trabalhador exercer suas atividades de forma produtiva em condições adequadas, que incluam ambiente seguro, liberdade de atuação, equidade e respeito à dignidade humana (Rodrigues; Faiad; Facas, 2020).

Nesse contexto, os fatores laborais são compreendidos como quaisquer condições, situações ou elementos presentes no ambiente de trabalho que possam gerar riscos psicossociais, físicos, químicos, biológicos e ergonômicos, impactando a saúde, o bem-estar e as relações de trabalho dos indivíduos (Abreu; Gonçalves; Simões, 2014; Rodrigues; Faiad; Facas, 2020).

Algumas áreas profissionais apresentam maior exposição a esses riscos, destacando-se a área da saúde, cujos profissionais lidam constantemente com o adoecimento físico e mental de terceiros, sendo responsáveis pela prevenção de agravos e tratamento de doenças, o que os torna mais suscetíveis a impactos negativos decorrentes do exercício profissional, incluindo o desenvolvimento de multimorbidades (Sanches, 2025).

Além dos fatores inerentes à profissão, muitos trabalhadores da saúde atuam em setores de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), caracterizadas pela assistência a pacientes em estado crítico, com risco iminente de morte e dependência de cuidados contínuos e especializados (Pessini, 2016; Melo *et al.*, 2023).

Os médicos intensivistas que atuam nessas unidades enfrentam, frequentemente, longas jornadas de trabalho, equipes reduzidas, limitações de recursos materiais, manejo de casos clínicos graves, exposição a microrganismos, além da responsabilidade de comunicar más notícias aos familiares e lidar com questões burocráticas relacionadas ao óbito (Melo *et al.*, 2023).

Essas condições podem impactar diretamente a qualidade de vida (QV) desses profissionais. A QV é um conceito multidimensional, relacionado à percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerando aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais (WHO, 1994). Para sua avaliação, destaca-se o instrumento WHOQOL-bref, que contempla esses diferentes domínios (Fleck *et al.*, 2000; WHO, 1998a).

Adicionalmente, o ambiente de trabalho em UTIs está frequentemente associado a elevados níveis de esgotamento profissional, síndrome de burnout e sofrimento psíquico entre médicos. O desgaste físico e emocional decorre da sobrecarga associada à tomada de decisões críticas, à elevada mortalidade dos pacientes e à constante pressão por resultados, podendo comprometer a QV, a segurança assistencial e a qualidade do cuidado prestado (Shanafelt *et al.*, 2015; West *et al.*, 2016).

Ademais, a busca por variados vínculos empregatícios é uma realidade entre médicos intensivistas, principalmente em países como o Brasil, em consequência da necessidade de complementação de renda e da instabilidade contratual, tendo como consequência o cumprimento de uma carga horária semanal maior, o que pode contribuir para a redução do tempo de lazer, exacerbação da fadiga e danos à saúde física e mental desses profissionais (Machado *et al.*, 2018).

Além disso, condições como excesso de trabalho, autonomia profissional reduzida e desequilíbrio entre vida pessoal e profissional estão diretamente associadas à redução da QV, além de levar ao aumento da incidência de transtornos mentais. Dessa forma, ressalta-se a relevância da análise desses fatores em busca de promover um ambiente de trabalho mais adequado e alinhado aos princípios do trabalho decente (Dall’Ora *et al.*, 2016; Panagioti *et al.*, 2019).

Diante desse contexto, o presente estudo busca compreender as características laborais dos médicos intensivistas, incluindo local de atuação, número de vínculos empregatícios, tempo de formação e carga horária de trabalho, bem como analisar sua correlação com a QV desses profissionais atuantes em UTIs.

## **METODOLOGIA**

### **Aspectos éticos**

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) em Seres Humanos da Universidade vinculada ao hospital de ensino onde a pesquisa foi realizada, sob número CAAE 84532624.3.0000.5152.

### **Participantes**

A pesquisa foi desenvolvida com médicos atuantes nas UTIs adulto de um hospital de ensino que se configura como centro de referência regional do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimentos de média e alta complexidade. Além da assistência hospitalar, a instituição desempenha papel estratégico na formação de recursos humanos em saúde e na produção científica, oferecendo cuidados em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, incluindo áreas de alta complexidade, como oncologia e transplantes. Atualmente, dispõe de 504 leitos hospitalares, constituindo um cenário relevante para atividades assistenciais, acadêmicas e de pesquisa.

As UTIs adultas da instituição totalizam 38 leitos, organizados em quatro unidades: UTI coronariana, com oito leitos; UTI cirúrgica, com nove leitos; UTI neurológica, também com nove leitos e UTI geral, composta por 12 leitos. Conforme dados fornecidos pela coordenação do serviço, o corpo clínico

dessas unidades é formado por 44 médicos em atividade. Foram considerados elegíveis os profissionais médicos que atuavam como plantonistas ou diaristas nas UTIs adultas no período do estudo. Foram excluídos aqueles que se encontravam afastados das atividades assistenciais por motivo de férias, licença médica ou outros afastamentos durante a fase de coleta de dados.

A estimativa do tamanho amostral foi realizada utilizando o software G\*Power, versão descrita por Faul *et al.* (2007), considerando uma análise de comparação entre grupos com distribuição F, tamanho de efeito estimado de  $f = 0,40$ , nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) e poder estatístico de 80% ( $1 - \beta = 0,80$ ). Para dois grupos de comparação, o cálculo indicou uma amostra mínima de 52 participantes; entretanto, como esse número superava o total de médicos disponíveis no serviço, optou-se pela inclusão de toda a população elegível.

### **Instrumentos**

Inicialmente, os participantes responderam a um questionário estruturado, desenvolvido pelas próprias pesquisadoras, com o objetivo de coletar informações sociodemográficas e individuais. O instrumento contemplou as seguintes variáveis: sexo, raça/cor da pele, orientação afetivo-sexual, estado civil, faixa etária, classificação socioeconômica segundo os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2024) e número de dependentes.

A avaliação da QV foi realizada por meio do WHOQOL-bref, instrumento validado e amplamente utilizado em estudos na área da saúde (Fleck *et al.*, 2000; WHO, 1998a). Trata-se da versão abreviada do WHOQOL-100 (Fleck *et al.*, 1999a; 1999b; WHO, 1994; 1998b), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde a partir de um estudo multicêntrico internacional. O WHOQOL-bref possibilita a mensuração de diferentes dimensões do bem-estar e é composto por 26 itens de fácil e rápida aplicação. Esses itens estão distribuídos em quatro domínios: físico (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26), relações sociais (itens 20, 21 e 22) e meio ambiente (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25), além de duas questões gerais referentes à percepção global de QV e saúde (itens 1 e 2).

Para a análise dos dados, realizou-se inicialmente a inversão dos escores das questões 3, 4 e 26, conforme recomendado pelos autores do instrumento. Posteriormente, os resultados foram transformados em uma escala padronizada de 0 a 100, utilizando a equação apresentada a seguir:

$$\text{Escore Transformado} = \left[ \frac{\text{Escore Bruto} - (\text{Número de itens})}{\text{Número de itens} \times 4} \right] \times 100$$

### **Procedimentos**

Após a obtenção da autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição e a aprovação do projeto pelo CEP, os profissionais que concordaram em participar receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foram assinadas e devidamente arquivadas. Em seguida, os instrumentos de coleta de dados foram entregues para autopreenchimento. Com o intuito de garantir o sigilo e o anonimato das informações, os termos de consentimento e os questionários foram acondicionados em envelopes distintos, sendo responsabilidade do próprio participante inserir o questionário respondido no envelope correspondente.

### **Análises de Dados**

A verificação da normalidade dos dados foi conduzida utilizando o teste de Shapiro–Wilk para as variáveis tempo de formação ( $p = 0,089$ ), carga horária semanal ( $p = 0,042$ ), número de vínculos profissionais ( $p < 0,001$ ) e para os domínios de QV: físico ( $p = 0,042$ ), psicológico ( $p = 0,394$ ), relações sociais ( $p = 0,165$ ), meio ambiente ( $p = 0,366$ ) e escore geral ( $p = 0,005$ ).

Na análise descritiva, as variáveis categóricas e ordinais foram apresentadas por meio de frequências absolutas e percentuais, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão.

Para a realização das comparações entre grupos, a variável “especialidade” foi dicotomizada em Medicina Intensiva e outras formações médicas. Da mesma forma, o local de vínculo profissional foi classificado em três categorias: Regime Jurídico Único da instituição, outros serviços públicos e serviços privados/outros.

Considerando a distribuição dos dados, as comparações entre grupos independentes foram realizadas por meio do teste de Kruskal–Wallis, com estimativa do tamanho de efeito pelo  $\epsilon^2$  e aplicação do procedimento DSCF para comparações múltiplas. As associações entre variáveis foram avaliadas utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. Em todas as análises, adotou-se nível de significância de 5% (Field, 2009; Siegel; Castellan Jr, 2006). As análises estatísticas foram conduzidas com o auxílio do software JAMOV (The Jamovi Project, 2022).

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra, tendo sido analisadas as variáveis gênero, raça/cor da pele, orientação afetivo-sexual, estado civil, idade, classificação socioeconômica (ABEP, 2024) e número de dependentes. Predominaram homens cisgênero, brancos, heterossexuais, casados ou em união estável e pertencentes à classe econômica A. A idade média foi de  $42,8 \pm 8,46$  anos (mínimo e máximo, respectivamente, 29 – 61 anos), com média de  $1,66 \pm 1,33$  dependentes (mínimo e máximo, respectivamente, 0 – 4 indivíduos). A pontuação média no Critério de Classificação Econômica Brasil foi de  $46,6 \pm 9,24$  (mínimo e máximo, respectivamente, 26 – 63 pontos).

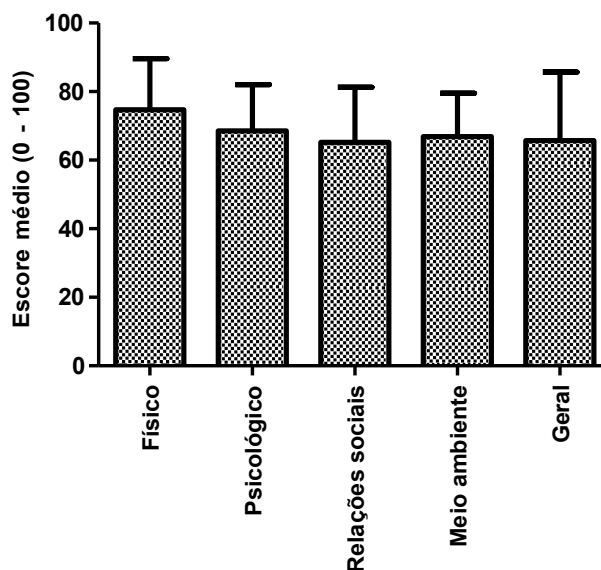
Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo perfil sociodemográfico, 2025.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Gênero</b>	
Homem Cisgênero	23 (56,1%)
Mulher Cisgênero	18 (43,9%)
<b>Autodeclaração de raça/cor</b>	
Branco	28 (68,3%)
Pardo	12 (29,3%)
Amarelo	1 (2,4%)
<b>Orientação afetivo-sexual</b>	
Heterossexual	38 (92,8%)
Homossexual	1 (2,4%)
Bissexual	1 (2,4%)
Prefiro não dizer	1 (2,4%)
<b>Estado civil</b>	
Casado(a)/União estável	29 (70,7%)
Divorciado(a)/Separado(a)/ Solteiro(a)	12 (29,3%)
<b>Critério de Classificação Econômica Brasil</b>	
Classe A	25 (60,9%)
Classe B1	7 (17,1%)
Classe B2	7 (17,1%)
Classe C1	2 (4,9%)

Fonte: OS AUTORES, 2025.

A Figura 1 apresenta os escores médios transformados dos domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-bref (Fleck *et al.*, 2000; WHO, 1998a). Dois participantes foram excluídos das análises de QV em razão do preenchimento incompleto do instrumento. O domínio físico apresentou o maior escore médio (74,7 ± 14,9; mínimo–máximo: 42,9–100,0), seguido pelos domínios psicológico (68,5 ± 13,5; 37,5–95,8), meio ambiente (66,9 ± 12,6; 37,5–90,6) e relações sociais (65,2 ± 16,1; 25,0–100,0). O escore geral de QV foi de 65,7 ± 20,0, com variação entre 25,0 e 100,0.

Figura 1 - Qualidade de vida de médicos intensivistas segundo os domínios do WHOQOL-bref, 2025.



Fonte: OS AUTORES, 2025.

Nas comparações dos escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref entre as categorias das variáveis categóricas (Tabela 2), não observamos diferenças entre as categorias de especialidade (Medicina Intensiva e Outra formação) ou Local de vínculo (Regime Jurídico Único da instituição, outros serviços públicos e serviços privados/outros) para as dimensões de QV.

**Tabela 2.** Distribuição das comparações dos escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref, 2025.

Variáveis Independentes	Variáveis Dependentes	H	gl	p	$\epsilon^2$
<b>Especialidades</b>					
	Físico	2,32	1	0,128	0,06
	Psicológico	0,13	1	0,719	0,00
	Relações sociais	0,24	1	0,622	0,01
	Meio ambiente	1,07	1	0,301	0,03
	Geral	1,20	1	0,274	0,03
<b>Local de vínculo</b>					
	Físico	4,29	2	0,117	0,11
	Psicológico	0,55	2	0,760	0,01
	Relações sociais	0,60	2	0,741	0,02
	Meio ambiente	1,11	2	0,573	0,03
	Geral	0,71	2	0,700	0,02

Fonte: OS AUTORES, 2025.

Por fim, ao calcularmos os coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis tempo de formação, carga horária semanal ou quantidade de vínculo empregatícios e os escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref (Tabela 3), não observamos correlações significativas.

**Tabela 3.** Distribuição dos coeficientes de correlação de Spearman entre variáveis laborais e escores transformados para cada domínio do WHOQOL-bref, 2025.

	Tempo de formação		Carga horária semanal		Quantidade de vínculo	
	$\rho$	p	$\rho$	p	$\rho$	p
Físico	0,21	0,210	-0,11	0,500	0,19	0,253
Psicológico	0,04	0,817	-0,19	0,254	0,02	0,925
Relações sociais	-0,01	0,960	-0,21	0,195	-0,01	0,960
Meio ambiente	0,07	0,675	-0,26	0,112	0,07	0,666
Geral	0,15	0,377	-0,06	0,730	0,07	0,684

Fonte: OS AUTORES, 2025.

## DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a especialidade dos participantes desse estudo não foi algo que impactou negativamente em algum dos domínios avaliados pelo instrumento WHOQOL-bref (Tabela 2) uma vez que a QV dessas pessoas não foi prejudicada independentemente se o profissional não era especialista em Medicina Intensiva ou ainda se era médico intensivista através do título de especialista apenas e/ou através da residência em Medicina Intensiva. O processo de especialização em Medicina Intensiva é considerado complexo e exaustivo, pois vai além de adquirir conhecimento técnico. O médico intensivista precisa integrar habilidades de diversas especialidades, lidar com o trabalho em equipe multiprofissional, desenvolver características de liderança e aprimorar a comunicação terapêutica e apoio aos familiares dos pacientes críticos (Gottardo, 2023).

Além disso, esses profissionais precisam estar em constante renovação do conhecimento devido ao desenvolvimento tecnológico que interfere no surgimento de novos dispositivos médicos, medicamentos, condutas clínicas e recursos terapêuticos. Assim, técnicas teórico-práticas desenvolvidas ao longo da formação em um nível superior podem ser consideradas como ultrapassadas com o passar do tempo (Gottardo, 2023).

Fatores laborais como especialidade e tempo de formação podem impactar diretamente na saúde ocupacional que é caracterizada pela promoção, prevenção e proteção do bem-estar dos trabalhadores. Assim, a QV desses profissionais durante a formação acadêmica e atuação prática pode ser afetada (Gomez; Vasconcelos; Machado, 2018; Barreto *et al.*, 2024). Contudo, neste estudo não evidenciamos um impacto na QV na população estudada.

O estudo também mostrou que o tempo de formação não é um aspecto que prejudica a QV dos médicos pesquisados, já que os resultados não apresentaram correlações fortes entre essa variável e os domínios do WHOQOL-bref (Tabela 3). Vale ressaltar que Gottardo (2023) pontua que os avanços científicos e tecnológicos podem ser um desafio após um tempo de formação se o profissional não tiver a capacidade de se adaptar às novas realidades.

Um fator causador do adoecimento ocupacional muito comum é o ambiente em que o profissional está vinculado, pois nem todos os locais vão ser supridos de recursos humanos e materiais suficientes, impactando na qualidade da assistência. Além disso, as longas jornadas semanais dos profissionais da saúde também é um fator que prejudica a saúde do trabalhador (Melo *et al.*, 2023). Porém, ao avaliar esses dois fatores no estudo atual (Tabela 2; Tabela 3), não foram vistas correlações significativas com os domínios do WHOQOL-bref. Logo, pode se afirmar que os participantes não consideram que o local que atuam e a carga horária são coisas que afetam sua QV.

Em alguns casos, os profissionais precisam atuar em mais de uma instituição trabalhando com uma carga horária semanal excessiva para garantir uma renda que permita ter uma estabilidade financeira. Isso acarreta sobrecarga de trabalho, afetando a saúde ocupacional dessa classe (Wen *et al.*, 2016; Jung *et al.*, 2023). Todavia, o atual trabalho evidenciou que o número de vínculos empregatícios de um médico intensivista não é algo que interfere na sua percepção de QV quando avaliada através dos domínios do WHOQOL-bref (Tabela 3).

A primeira limitação observada no estudo foi o tamanho da amostra, pois o local escolhido para realizar a coleta não contemplava o número de participantes de uma amostra mínima para realizar as comparações entre grupos, por isso foi coletado dados de toda a população estudada. Vale ressaltar que o estudo foi aplicado em uma UTI de uma instituição de alta complexidade, então conciliar o tempo dos profissionais participantes para responder os questionários também foi um desafio. Além disso, é um estudo transversal que avalia a percepção de uma determinada população em um momento específico. Nesse sentido, destaca-se a relevância da realização de novas investigações, uma vez que estas podem contribuir de forma significativa para a melhoria da QV dos médicos intensivistas, ao aprofundar a compreensão sobre os fatores laborais que impactam sua saúde ocupacional, permitindo, assim, a proposição de estratégias mais eficazes de intervenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo investigou as relações entre os fatores laborais e a QV de médicos que atuam em UTIs adulto pública de um hospital de ensino. No geral, este estudo aponta o conjunto de fatores laborais que podem afetar a saúde ocupacional de médicos intensivistas em um serviço público, destacando que nem sempre a QV vai ser afetada também. Os resultados diferem do que já é visto na literatura sobre QV desses profissionais, o que pode ser explicado, em parte, pelo tamanho amostral inferior à amostra mínima para se realizar a comparação entre os grupos. Adicionalmente, trata-se de uma amostra relativamente homogênea, composta por profissionais inseridos em um mesmo contexto institucional, o que pode ter atenuado variações nos fatores laborais analisados. Soma-se a isso o fato de que os participantes atuam em um ambiente com melhores condições estruturais quando comparado à grande parte dos serviços hospitalares do país, além de possuírem vínculos empregatícios mais estáveis, como o Regime Jurídico Único (RJU) e/ou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Esses aspectos podem contribuir para maior satisfação profissional e, conseqüentemente, para uma percepção mais favorável da QV, minimizando possíveis impactos negativos das condições de trabalho. Ressalta-se assim, a importância de novos estudos para compreender e atuar de forma efetiva na promoção da QV e saúde ocupacional de médicos que atuam nas UTIs.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2024.

ABREU, R.; GONÇALVES, R.; SIMÕES, A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386–393, maio/jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140051>

BARRETO, C. *et al.* Impacto da formação acadêmica na qualidade de vida de estudantes de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e18128.2024>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução n. 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidados intermediários, estabelecendo responsabilidade técnica, habilitações e atribuições da equipe médica necessária ao seu funcionamento. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2020.

DALL'ORA, C. *et al.* Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. **BMJ Open**, v. 5, n. 9, e008331, 2016. DOI: <https://doi:10.1136/bmjopen-2015-008331>.

FAUL, F. *et al.* **G\*Power 3**: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, v. 39, n. 2, p. 175–191, 2007. DOI: <https://doi.org/10.3758/bf03193146>.

FIELD, A. **Discovering Statistics Using SPSS**. 3. ed. London: Sage Publications, 2009.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198–205, 1999a.

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

FLECK, M. *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. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.

GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L.; MACHADO, J. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>.

GOTTARDO, P. **Desafios do médico intensivista: cuidado complexo e unido pela vida**. 2023. Disponível em: <https://crmpb.org.br/artigos/artigo-desafios-do-medico-intensivista-cuidado-complexo-e-unido-pela-vida>. Acesso em: 2 fev. 2026.

JUNG, F. U. *et al.* Burnout, work engagement and work hours – how physicians’ decision to work less is associated with work-related factors. **BMC Health Services Research**, v. 23, n.1, art.157, p.1-8, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09161-9>.

MACHADO, M. H. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2018.

MELO, A. *et al.* Fatores estressantes relacionados à Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Foco**, Curitiba, v. 16, n. 9, e3179, p. 1–7, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n9-169>.

PANAGIOTI, M. *et al.* Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, v. 179 n. 4, p. 596, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0155>.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 43–50, jan./abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241106>.

RODRIGUES, C.; FAIAD, C.; FACAS, E. Fatores de risco e riscos psicossociais no trabalho: definição e implicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 36, número especial, p. e36nspe19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe19>.

SANCHES, K. **Estudos observam adoecimentos de profissionais do sistema de saúde pública**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2025/marco/estudos-observam-adoecimentos-de-profissionais-do-sistema-de-saude-publica>. Acesso em: 2 fev. 2026.

SHANAFELT, T. D. *et al.* Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 90, n. 12, p. 1600–1613, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR., N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

THE JAMOVI PROJECT. **Jamovi** [software]. Sydney: The Jamovi Project, 2022. Disponível em: <https://www.jamovi.org>. Acesso em: 15 abr. 2025.

WEST, C. P. *et al.* Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 388, n. 10057, p. 2272–2281, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X).

WEN, J. *et al.* Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: a cross-sectional study. **Bioscience Trends**, v. 10, n. 1, p. 27–33, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5582/bst.2015.01175>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHOQOL Group. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)**. In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (org.). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41–60. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL user manual**. Geneva: World Health Organization, 1998a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref quality of life assessment. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998b. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos e médicas atuantes nas UTIs, sejam os especialistas em Medicina Intensiva ou não especialistas desempenham um papel crucial nos cuidados de pacientes em estado crítico e como citado nessa pesquisa estão constantemente expostos a um constante estresse e a diversos riscos, comprometendo sua saúde física e mental.

Apesar de trazer contribuições relevantes, esta pesquisa apresentou algumas limitações, como a amostra pequena (número abaixo da amostra mínima necessária) e homogênea e a realização da pesquisa em um grupo restrito de médicos e médicas de um único setor (UTI do HCU – UFU - HUBrasil) com vínculos empregatícios estáveis (RJU/UFU e CLT/HUBrasil) e ainda inserido em um hospital público com melhores condições de trabalho. Esse fator ressalta a necessidade de futuros estudos com uma amostra maior para avaliar de forma mais detalhada os fatores sócios-demográficos-laborais que afetam a QV dos médicos e médicas atuantes em UTIs.

Os resultados desta pesquisa poderão ser úteis na avaliação da QV de profissionais de saúde e na busca de fatores promovedores de uma melhor QV não só dos médicos atuantes em UTIs como também de demais profissionais da área da saúde.

## 7. REFERÊNCIAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 27/06/2024. São Paulo: ABEP, 2024. Disponível em: [https://www.abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01\\_cceb\\_2024.pdf](https://www.abep.org/wp-content/uploads/2024/09/01_cceb_2024.pdf). Acesso em: 10 out. 2024.

ABREU, R.; GONÇALVES, R.; SIMÕES, A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 386-393, maio/jun. 2014. DOI: 10.5935/0034-7167.20140051.

ALENEEZI, L.; GILLESPIE, G. L.; SMITH, C.; DAVIS, K. G. Gender differences in burnout among US nurse leaders during COVID-19 pandemic: an online cross-sectional survey study. **BMJ Open**, v. 14, n. 11, e089885, 2024. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-089885.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2024.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **História da Medicina Intensiva no Brasil**. São Paulo: AMIB, [s.d.]. Disponível em: <https://www.amib.org.br>. Acesso em: 12 out. 2024.

BAKER, F. *et al.* Quality of life in older community-dwelling adults: psychometric properties of the WHOQOL-BREF. **Quality of Life Research**, v. 14, n. 7, p. 1707–1714, 2005.

BARRETO, C. *et al.* Impacto da formação acadêmica na qualidade de vida de estudantes de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, 2024. DOI: 10.25248/reas.e18128.2024.

BASTOS, P. G.; KNAUS, W. A. História da terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 2, n. 1, p. 5–12, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. O estigma social que envolve a saúde masculina. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2022/o-estigma-social-que-envolve-a-saude-masculina>. Acesso em: 12 nov. 2025.

BRUNAUT, P. *et al.* Do transactive memory and participative teamwork improve nurses' quality of work life? **Western Journal of Nursing Research**, v. 36, n. 3, p. 329-345, mar. 2014. DOI: 10.1177/0193945913493015.

CALDEIRA, V. C. *et al.* Os fatores de resiliência para profissionais da equipe de enfermagem no trabalho em saúde mental. In: COLOQUIO ESTADUAL DE PESQUISA MULTIDISCIPLINAR E CONGRESSO NACIONAL DE PESQUISA MULTIDISCIPLINAR, 3. e 1., 2018, Mineiros. **Anais [...]**. Mineiros: Centro Universitário de Mineiros, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM n. 1.634, de 28 de maio de 2002**. Dispõe sobre normas éticas para o exercício da medicina. Brasília, DF: CFM, 2002. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1634\\_2002.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1634_2002.pdf). Acesso em: 12 fev. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução n. 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidados intermediários, estabelecendo responsabilidade técnica, habilitações e atribuições da equipe médica necessária ao seu funcionamento. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2020. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 90, 14 fev. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>. Acesso em: 12 fev. 2026.

DALL'ORA, C. *et al.* Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. **BMJ Open**, v. 5, n. 9, e008331, 2016.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

FANG, Y.; TANG, X.; SALMELA-ARO, K. Early career gender differences in job burnout trajectories: roles of work, family, and financial resources. **International Journal of Behavioral Development**, v. 48, n. 5, p. 450–461, 2024. DOI: 10.1177/01650254241266107.

FAUL, F. *et al.* G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**, v. 39, n. 2, p. 175–191, 2007. DOI: 10.3758/bf03193146.

FERREIRA, D. L. *et al.* Espiritualidade e qualidade de vida no trabalho: um estudo subjetivo utilizando a metodologia Q. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, e26711225648, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25648.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores**. Brasília: Paralelo 15, 2012.

FERREIRA, M. C. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): do assistencialismo à promoção efetiva. **Laboreal**, v. 11, n. 2, 2015. DOI: 10.4000/laboreal.3552. Disponível em: <http://journals.openedition.org/laboreal/3552>. Acesso em: 17 nov. 2024.

FIELD, A. **Discovering statistics using SPSS**. 3. ed. London: Sage Publications, 2009.

FIN, T. *et al.* Instrumentos de avaliação da felicidade em pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Journal of Media Critiques**, v. 10, n. 26, p. 1–19, 2024. DOI: 10.17349/jmcv10n26-023.

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. DOI: 10.1590/S0034-89102000000200012.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198–205, 1999a.

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

FUENTES, B. *et al.* Bed sharing versus sleeping alone associated with sleep health and mental health. **Sleep**, v. 45, supl. 1, jun. 2022. DOI: 10.1093/sleep/zsac079.009.

GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04922018.

GONÇALVES, M. B.; PEREIRA, A. M. B.; MACHADO, P. G. B. Estresse, burnout e engajamento no trabalho entre médicos do estado do Paraná, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 20, 2022. DOI: 10.47626/1679-4435-2022-842.

GOTTARDO, P. **Desafios do médico intensivista: cuidado complexo e unido pela vida**. 2023. Disponível em: <https://crmpb.org.br/artigos/artigo-desafios-do-medico-intensivista-cuidado-complexo-e-unido-pela-vida>. Acesso em: 2 fev. 2026.

GRACINO, M. *et al.* A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 244-263, jul./set. 2016. DOI: 10.1590/0103-1104201611019.

IBARLUCÉA, I.; MARTÍN, M. C. Historia de la medicina intensiva. **Medicina Intensiva**, v. 33, n. 9, p. 444-451, 2009.

JACQUES, M. G. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. esp. 1, p. 112-119, 2007. DOI: 10.1590/S0102-71822007000400015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/K5n86jffsmCF6PDzLm9bjqk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2024.

JUNG, F. U. *et al.* Burnout, work engagement and work hours – how physicians' decision to work less is associated with work-related factors. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, art. 157, p. 1-8, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09161-9.

DA COSTA, J. *et al.* Um estudo sobre o uso da escala de Likert na coleta de dados qualitativos e sua correlação com as ferramentas estatísticas. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 1, p. 360-376, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.1-021.

KOSTAKOPOULOS, N. *et al.* Hippocrates of Kos (460–377 BC): the founder and pioneer of clinical medicine. **Cureus**, v. 16, n. 10, e70602, 1 out. 2024. DOI: 10.7759/cureus.70602.

KUYKEN, W. *et al.* 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.

KUYKEN, W. *et al.* The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1569–1585, 1998.

LAGO, P. M.; GARROS, D.; PIVA, J. P. Unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: origem, história e perspectivas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 2, p. 220-225, 2007.

LIMA, A. B.; OLIVEIRA, F. Repercussões psicossociais da LER: grupos de qualidade de vida e ideologia da culpabilização. In: CODO, W.; ALMEIDA, M. C. C. G. (org.). **Lesões por esforços repetitivos: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 136-159.

LOUZADO, J. A. *et al.* Gender differences in the quality of life of formal workers. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 11, p. 5951, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18115951.

LUZ, K. R. da; CABALLERO, L. G.; VIANA, R. A. P. P.; VIEIRA, D. F. V. B. Intensive care unit – past, present and future: an invitation to reflect. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 23, e20246736, 2024. DOI: 10.17665/1676-4285.20246736.

MACHADO, M. H. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2018.

MARINELLI, A.; TRAMONTANO, M. **Evolução da assistência à saúde**. Disponível em: [http://www.nomads.usp.br/disciplinas/SAP5846/mono\\_alexandra\\_marinelli.pdf](http://www.nomads.usp.br/disciplinas/SAP5846/mono_alexandra_marinelli.pdf). Acesso em: 12 fev. 2026.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 397-422, 2001.

MELO, A. *et al.* Fatores estressantes relacionados à unidade de terapia intensiva. **Revista Foco**, Curitiba, v. 16, n. 9, e3179, p. 01-07, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n9-169.

MONTEIRO, J. *et al.* Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013. DOI: 10.1590/S1414-98932013000200009.

MOREIRA, H.; SOUZA, K.; YAMAGUCHI, M. Síndrome de burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, e3, 2018. DOI: 10.1590/2317-6369000013316.

MOURA, E.; GOMES, R.; PEREIRA, G. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 291-300, jan. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.17482015.

NIGHTINGALE, F. **Notes on matters affecting the health, efficiency, and hospital administration of the British Army**. London: Harrison and Sons, 1858.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **OECD reviews of health systems: Brazil 2021**. Paris: OECD Publishing, 2021. DOI: 10.1787/146d0dea-en.

OLIVEIRA, O. A persistência da noção de ato inseguro e a construção da culpa: os discursos sobre os acidentes de trabalho em uma indústria metalúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 19-27, 2007. DOI: 10.1590/S0303-76572007000100003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/pNzfHH5wYRztV6KTf43zkFL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2024.

ORTEGA, C. S. S. *et al.* O potencial da inteligência artificial no diagnóstico precoce e tratamento personalizado: avanços e desafios na medicina moderna. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 4, e0813445367, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i4.45367.

PANAGIOTI, M. *et al.* Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, v. 179, n. 4, p. 596, 2019. DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.0155.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011. DOI: 10.1590/S0303-76572011000100011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/YfMz55kDCyzXjny74jw6DbN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2024.

PEREZ, V. K.; BOTTEGA, C. G.; MERLO, A. R. C. Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 287-298, jun. 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S224. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QTS7hML3vsnbNyhNtSYfWCG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2024.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 54-63, jan./abr. 2016. DOI: 10.1590/1983-80422016241106. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/TZNdxQ5McVJDSTBr7yWvTMS/?format=pdf>. Acesso em: 17 nov. 2024.

RAFAGNIN, M. S. S.; RAFAGNIN, T. R. Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: uma reflexão sobre a gestão da saúde e doença da classe-que-vive-do-trabalho. **Barbarói**, n. 57, p. 88-102, 5 jul. 2020. DOI: 10.17058/barbaroi.v0i0.15069.

REZENDE, J. Os Construtores da Moderna Medicina. In: **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 181-200. (História da Medicina, v. 2). ISBN 978-85-61673-63-5. DOI: 10.7476/9788561673635.0021.

RIBEIRO, A. C. de A. *et al.* Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 623-633, out./dez. 2011.

RODRIGUES, C.; FAIAD, C.; FACAS, E. Fatores de risco e riscos psicossociais no trabalho: definição e implicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 36, n. esp., p. e36nspe19, 2020. DOI: 10.1590/0102.3772e36nspe19.

RODRIGUES, F. C. T. *et al.* Revisão narrativa dos fatores de risco psicossociais associados ao adoecimento mental em trabalhadores da saúde. **Revista Aracê**, v. 7, n. 12, p. 1–17, 2025. DOI: 10.56238/arev7n12-096. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/10913>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SANCHES, K. **Estudos observam adoecimentos de profissionais do sistema de saúde pública**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/comunicacao/noticias/noticias/2025/marco/estudos-observam-adoecimentos-de-profissionais-do-sistema-de-saude-publica>. Acesso em: 12 fev. 2026.

SAXENA, S. *et al.* Cross-cultural quality-of-life assessment at the end of life: the WHOQOL-BREF. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 10, n. 8, p. 711–721, 2001.

SCORSOLINI-COMIN, F. *et al.* Fatores associados ao bem-estar subjetivo em pessoas casadas e solteiras. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 33, n. 2, p. 251-262, abr./jun. 2016. DOI: 10.1590/1982-02752016000200013.

SHANAFELT, T. D. *et al.* Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 90, n. 12, p. 1600–1613, 2015. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR., N. J. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SOUSA, E. C. *et al.* Estresse ocupacional e síndrome de burnout em médicos que atuam em emergências. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 9, e74350, 2024.

SOUZA, E. F. X. *et al.* Qualidade de vida e nível de atividade física em usuários de serviços de saúde: associação com estado civil casado/união estável. **Revista Qualidade de Vida e Saúde**, 2022. DOI: 10.29327/269776.2.1-8.

THE JAMOVI PROJECT. **Jamovi** [software]. Sydney: The Jamovi Project, 2022. Disponível em: <https://www.jamovi.org>. Acesso em: 15 abr. 2025.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (org.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer-Verlag, 1994. p. 41-60. DOI: 10.1007/978-3-642-79123-9\_4.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. **Quality of Life Research**, v. 28, n. 5, p. 551-558, 1998b. DOI: 10.1017/S0033291798006667.

TIRONI, M. *et al.* Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 270-277, jul./set. 2016. DOI: 10.5935/0103-507X.20160053.

VIDALE, G. Desigualdade no mercado de trabalho médico: mulheres ganham 22,6% menos que os homens no Brasil. **O Globo**, São Paulo, 7 mar. 2025. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2025/03/07/desigualdade-no-mercado-de-trabalho-medico-homens-ganham-226percent-mais-que-as-mulheres-no-brasil.ghtml>. Acesso em: 12 fev. 2026.

VIEIRA, J.; ANIDO, I.; CALIFE, K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 81-94, jan./mar. 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213203.

VIEIRA, P. D. R. M. V. Uma história breve da medicina. **ACTA MSM – Periódico da EMSM**, v. 3, n. 1, p. 9-47, 2019. Disponível em: [https://revista.souzamarques.br/index.php/ACTA\\_MSM/article/view/89](https://revista.souzamarques.br/index.php/ACTA_MSM/article/view/89). Acesso em: 24 out. 2025.

WEN, J. *et al.* Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: a cross-sectional study. **Bioscience Trends**, v. 10, n. 1, p. 27–33, 2016. DOI: 10.5582/bst.2015.01175.

WEST, C. P. *et al.* Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 388, n. 10057, p. 2272–2281, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31279-X.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL user manual**. Geneva: World Health Organization, 1998a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref quality of life assessment. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998b. DOI: 10.1017/S0033291798006667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (org.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41–60. DOI: 10.1007/978-3-642-79123-9\_4.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Por favor, responda as questões abaixo relacionadas a você. Lembre-se de que não há resposta errada.

1. Qual é a sua identidade de gênero?
  - a. Homem Cisgênero
  - b. Homem Transgênero
  - c. Mulher Cisgênero
  - d. Mulher transgênero
  - e. Não binário
  - f. Prefiro não dizer
  - g. Outros \_\_\_\_\_
  
2. Qual é a sua raça/cor da pele?
  - a. Amarelo
  - b. Branco
  - c. Indígena
  - d. Pardo
  - e. Preto
  - f. Prefiro não dizer
  - g. Outros \_\_\_\_\_
  
3. Qual é a sua orientação afetivo-sexual?
  - a. Assexual
  - b. Bissexual
  - c. Heterossexual
  - d. Homossexual
  - e. Pansexual
  - f. Prefiro não dizer
  - g. Outros \_\_\_\_\_
  
4. Qual é a sua idade em anos completos?
  - a. \_\_\_\_\_
  
5. Qual é o seu estado civil
  - a. Casado(a)/União estável
  - b. Divorciado(a)/Separado(a)
  - c. Solteiro(a)
  - d. Viúvo(a)
  - e. Prefiro não dizer
  - f. Outros \_\_\_\_\_
  
6. Quantos dependentes você tem?
  - a. \_\_\_\_\_
  
7. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Itens de conforto	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Lava roupa					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

Trabalhador Doméstico	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
Quantidade de trabalhadores mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	Resposta
Rede geral de distribuição	1
Poço ou nascente	2
Outro meio	3

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	Resposta
Asfaltada/Pavimentada	1
Terra/Cascalho	2

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	Resposta
Analfabeto / Fundamental I incompleto	1
Fundamental I completo / Fundamental Incompleto	2
Fundamental completo/Médio Incompleto	3
Médio completo/Superior incompleto Incompleto	4
Superior completo	5

8. Em qual ano você concluiu a graduação em medicina?

a. \_\_\_\_\_

9. Há quantos anos você trabalha no serviço de cuidados intensivos?
- a. \_\_\_\_\_
10. Em relação a formação posterior à graduação, você possui alguma especialidade?
- a. Não tenho
- b. Medicina Intensiva: Título de Especialista em Medicina Intensiva
- c. Medicina Intensiva: Residência em Medicina Intensiva
- d. Medicina Intensiva: Residência e Título de Especialista em Medicina Intensiva
- e. Outra especialidade. Qual? \_\_\_\_\_
11. Qual é a sua carga horária de trabalho semanal?
- a. \_\_\_\_\_
12. Você possui vínculo empregatício com quantos locais distintos?
- a. \_\_\_\_\_
13. Assinale abaixo os tipos de vínculo que você possui:
- a. UFU
- b. HUBrasil
- c. Serviço privado
- d. Outro: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### ANEXO A – PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Fatores associados à qualidade de vida de médicos de Unidade de Terapia Intensiva

**Pesquisador:** Rosuita Fratari Bonito

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 84532624.3.0000.5152

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.266.818

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

## ANEXO B – WHOQOL-bref

WHOQOL - ABREVIADO (FLECK *et al*, 2000) - Versão em Português

### Instruções

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

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

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	-	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfei	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes,	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

## ANEXO C – SUBMISSÃO ARTIGO 2 À REVISTA HYGEIA

no-reply@sistemas.ufu.br

😊 Responder ↶ Responder a todos → Encaminhar 🗉

Para: © Natalia Rodrigues De Sa

Qua, 15/04/2026 15:4

Prezado(a) Natalia Rodrigues de Sá Rodrigues de Sá,

Obrigado pela sua submissão para Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Recebemos sua submissão, Fatores laborais e qualidade de vida de médicos e médicas de uma UTI pública de um hospital de ensino, e um membro de nossa equipe editorial a verá em breve. Você receberá um e-mail quando uma decisão inicial for tomada e poderemos entrar em contato com você para obter mais informações.

Você pode visualizar sua submissão e acompanhar seu progresso por meio do processo editorial no seguinte local:

URL de submissão: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/authorDashboard/submission/82223>

Se você tiver sido desconectado, poderá fazer login novamente com o nome de usuário nataliasa.

Se tiver alguma dúvida, entre em contato comigo pelo [painel de submissão](#).

Obrigado por considerar Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde como um local para o seu trabalho.