

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS TRINDADE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MEDICINA

RYAN MATOS MENDES

**Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão
entre os Médicos do Hospital Universitário
Polydoro Ernani de São Thiago**

Florianópolis

2021

RYAN MATOS MENDES

**Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão entre os
Médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani
de São Thiago**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito para
a conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araújo

Professora Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Maykot Prates Michels

Professor Coorientador: Prof. Dr. Lúcio José Botelho

Florianópolis

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Mendes, Ryan Matos

Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão entre os Médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago / Ryan Matos Mendes; orientador, Ana Maria Maykot Prates Michels, coorientador, Lúcio José Botelho, 2021. 52 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Médicos. 3. Qualidade de vida. 4. Depressão. 5. Ansiedade. I. Michels, Ana Maria Maykot Prates. II. Botelho, Lúcio José. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Medicina. IV. Título.

Florianópolis

2021

Dedico este trabalho de conclusão de curso principalmente a minha família, que é minha fortaleza e inspiração para que a cada dia eu me torne uma pessoa melhor. Aos meus amigos que me apoiaram durante esses 6 anos de formação. Em especial, também gostaria de dedicar este trabalho aos médicos e residentes, que enfrentam diversos desafios durante o dia a dia da atuação médica, em especial durante esse tempo de pandemia sempre procurando “curar quando possível, aliviar quase sempre, consolar sempre” todos aqueles afetados diretamente ou indiretamente por essa terrível doença que ceifou tantas vidas precocemente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Rony e Dionisia, os quais sempre procuraram prover toda o suporte e a estrutura necessária para que eu pudesse chegar hoje. Por serem meus exemplos de vida, por apoiarem meus projetos, por acreditarem em mim e por lutarem comigo para a concretização dos meus sonhos. Pai e mãe, vocês são a força que me move.

À minha família, avós, tios e primos por compartilharem da minha felicidade diante da realização dos meus objetivos.

Agradeço aos meus amigos que são muito mais do que colegas que ganhei na universidade, são a família que construí durante os 6 anos da graduação. Poder contar com a amizade de vocês tornou essa jornada um pouco mais suave.

Minha sincera gratidão à professora Dra. Ana Michels, minha orientadora, e ao professor Dr. Lúcio José Botelho, meu coorientador, que foram sempre atenciosos e preocupados em esclarecer as possíveis dúvidas seja através de nossos e-mails enviados ou por reuniões. Professores, vocês não apenas me orientaram, vocês auxiliaram a construir cada etapa deste trabalho, estimulando e incentivando o conhecimento e a pesquisa sobre o tema. Agradeço também à Helena, minha colega de curso, que auxiliou na construção e na coleta dos dados para a pesquisa. Vocês foram fundamentais durante este trabalho.

Agradeço em especial aos médicos e residentes que participaram desta pesquisa, pois sem a contribuição de vocês este trabalho de conclusão de curso não seria possível.

“Sucesso é encontrar aquilo que se tenciona ser e depois fazer o que é necessário para isso”

Epicteto

RESUMO

Objetivo: O objetivo desse estudo é comparar a qualidade de vida (QV) de médicos e residentes do HU-UFSC e determinar suas possíveis associações. Nossa hipótese é que médicos e residentes que apresentam maior sintomatologia para ansiedade e depressão, apresentam pior qualidade de vida.

Métodos: Estudo observacional, transversal. A qualidade de vida foi avaliada de acordo com a *World Health Organization Quality of Life - versão abreviada (WHOQOL – Bref)*; os sintomas de ansiedade e depressão com a Escala Hospitalar de Avaliação da Ansiedade e Depressão – HADS (do inglês *Hospitalar Anxiety and Depression Scale*).

Resultados: Foram avaliados 81 médicos e residentes. Os achados desse estudo significativamente apontaram que o sexo, uso de álcool, renda familiar e encontrar-se frequentemente com amigos estão independentemente associados a um ou mais domínios da qualidade de vida. Ademais, sintomas importantes de ansiedade e depressão foram independentemente associados a uma piora na qualidade de vida em todos os 5 domínios. As análises de regressão linear simples demonstraram uma moderada correlação negativa, em que maiores escores da escala HADS ansiedade e depressão estiveram associadas a baixas pontuações na escala WHOQOL-BREF de Qualidade de vida.

Conclusão: A presença de sintomas importantes de ansiedade e depressão estão associados significativamente a pior qualidade de vida em todos os seus domínios. Ser mulher, não encontrar amigos com frequência e uma pior remuneração foi relacionado a uma pior qualidade de vida em um ou mais de seus domínios. O consumo de álcool foi relacionado a uma melhor qualidade de vida ambiental e psicológica.

Palavras chaves: Médicos e residentes; qualidade de vida; sintomas depressivos; sintomas ansiosos.

ABSTRACT

Objective: The aim for this study is to compare the quality of life (QoL) of physicians and residents from HU-UFSC and determinate its correlations with sociodemographics factors. Our hypothesis is that physicians and residents who presents more symptoms of anxiety and depression, have worse quality of life.

Methods: Observational, cross-sectional study. Quality of life was assessed according to the World Health Organization Quality of Life - abbreviated version (WHOQOL - Bref); Anxiety and depression symptoms with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results: 81 physicians and residentes were evaluated. The findings of this study shows that gender, alcohol drinking, income and meeting friends regularly were independly associated with one or more domains of quality of life. Moreover, symptoms of anxiety and depression were associated with worse quality of life in all 5 domains. The analysis from linear regressions demonstrated a moderate negative correlation, which higher scores in HADS-A and HADS-D are associated with lower scores in WHOQOL-BREF scale.

Conclusion: The presence of significant symptoms of anxiety and depression were associated with worse quality of life in every of its domains. Being a woman, lack of meeting with friends and worse income were related with worse quality of life in one or more of its domains. Alcohol ingestion were related with better environment and psychological quality of life.

Keywords: Physicians and residents; quality of life; depressive symptoms; anxiety symptoms.

SUMÁRIO

Resumo.....	VII
<i>Abstract</i>	VIII
1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3 MÉTODOS	12
3.1 Tipo de estudo e amostra.....	12
3.2 Instrumentos de Pesquisa.....	14
3.2.1 <i>WHOQOL-Bref</i>	14
3.2.2 <i>Escala HADS</i>	14
3.3 Análise estatística.....	15
3.4 Aspectos Éticos.....	15
4 RESULTADO	16
5 DISCUSSÃO	18
6 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

NORMAS ADOTADAS	28
TABELAS E FIGURAS	29
APÊNDICE	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	35
Questionário sócio-demográfico.....	40
ANEXOS	45

1. INTRODUÇÃO

A prática médica tem como característica inerente lidar com situações onde é exigido muito da saúde emocional e mental dos profissionais, como aquelas envolvendo contato íntimo com o sofrimento, dor e morte de pacientes, a comunicação de notícias ruins para pacientes e familiares, assim como o manejo de pacientes graves e/ou em estado terminal, e questões envolvendo intimidade emocional e corporal^{1,2}. Além de tais questões, os profissionais da saúde estão expostos a fatores estressores crônicos durante sua jornada de trabalho, como a elevada demanda de trabalho tanto físico quanto emocional, conflitos familiares devido a profissão, ansiedade, exaustão, distúrbios do sono, raiva e abuso de substâncias³. Em uma pesquisa durante o período de pandemia, de 442 participantes, 286 (64,7%) apresentaram sintomas importantes de depressão, 224 (51,6%) apresentaram sintomas importantes de ansiedade⁴. Segundo outro estudo, 86% dos médicos sofriam de privação de sono (menos do que 6 horas de sono), e 73% indicaram que seu trabalho afetava negativamente sua vida familiar⁵.

Levando em consideração todos esses fatores que influenciam na carga emocional dos médicos, pode-se inferir que essa classe constitui uma população de risco para vários transtornos mentais e de comportamento, assim como para tentativas e cometimento de suicídio^{6,7,8}.

A qualidade de vida (QV) tem sido definida como uma percepção do sujeito em relação a sua posição individual na vida e no contexto de sua cultura e sistema de valores em que está inserido, bem como em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações^{9,10}.

A avaliação da QV dos médicos ganha relevância uma vez que a classe médica é considerada por vários estudos populacionais, como de risco para desfechos emocionais mais intensos, e quando comprometida, pode interferir negativamente tanto na própria prática médica individual do dia-a-dia como na sociedade, aumentando os riscos de erros médicos irreversíveis⁹.

Considerando a profissão médica e suas características como potenciais estressores tanto na vida pessoal como na atividade profissional, com possíveis repercussões na saúde mental e QV, o presente estudo tem como objetivo avaliar a QV dos médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH, assim como a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos nessa população.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a associação entre fatores sociodemográficos e sintomas importantes de ansiedade e depressão com a qualidade de vida dos médicos e residentes do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH.
- Avaliar a qualidade de vida entre os médicos da instituição.
- Quantificar sintomas depressivos e ansiosos em médicos do HU durante o período de pandemia.
- Identificar, caracterizar e quantificar fatores associados com menor qualidade de vida em médicos do HU durante o período de pandemia.

3. MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO E AMOSTRA

Estudo transversal, analítico, que foi realizado com os médicos do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH no ano de 2020 durante o período de pandemia de COVID-19.

O Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) foi fundado em 1980 e atende exclusivamente usuários do sistema único de saúde, o SUS. Se localiza em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. É um hospital de referência no

estado, além de ser o único hospital federal do Estado de Santa Catarina. O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se, permitindo que o HU se estruturasse em quatro áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, pediatria e tocoginecologia e possui total de 224 leitos de enfermaria cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES – HU/UFSC – CNES: 3157245). Possui residência médica em 19 especialidades desde 1987, formando 53 médicos-residentes ao ano. Atuando nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário; o HU possui infraestrutura moderna e é também referência estadual em procedimentos de alta complexidade, com grande demanda na área de cirurgias de grande porte, em diversas especialidades.

Todos os médicos que estiveram em atuação no HU-UFSC no momento da pesquisa (incluindo médicos residentes) foram convidados a participar do estudo, totalizando 345 sujeitos de pesquisa. Aqueles que aceitaram participar concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). No total, 81 médicos responderam à pesquisa.

Os indivíduos convidados a participar do estudo foram submetidos à aplicação do protocolo por via online através do Google Forms.

Os pesquisados receberam link da pesquisa via email, podendo responder a mesma quando possível, submetendo as respostas dentro do tempo determinado da coleta de dados que foi de aproximadamente 40 minutos.

A primeira parte do formulário foi uma cópia assinada por todos os pesquisadores da pesquisa e digitalizada do TCLE que estava disponível para download através de um link disponibilizado nessa mesma parte do questionário, sendo que para prosseguir na pesquisa e ser encaminhado para a parte dos questionários em si, teriam que escolher entre duas alternativas disponíveis logo abaixo do TCLE: uma declarando que leram o TCLE e que concordam em participar da pesquisa, e logo em seguida foram encaminhados para o formulário; e outra declarando que leram mas que não gostariam de responder à pesquisa, sendo que nesse caso foram encaminhados para o final da pesquisa, sem serem encaminhados para os questionários.

O tempo previsto para respostas de todos os questionários era de 30 a 40 minutos.

Coleta de dados: 03/04/2020 até 30/06/2020

3.2 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para a coleta de dados, foram aplicados: um questionário sócio demográfico (Apêndice 2); o questionário de qualidade de vida - *World Health Organization Quality of Life* - versão abreviada, WHOQOL – bref¹¹ (Anexo 1) e a Escala Hospitalar de Avaliação da Ansiedade e Depressão – HADS¹² (Anexo 2).

3.2.1 WHOQOL-Bref

O instrumento para avaliar a qualidade de vida será o WHOQOL-Bref, elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS). Inicialmente, esse grupo desenvolveu o WHOQOL-100, um questionário composto de 100 questões, visando obter um instrumento dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional. Devido à necessidade de um instrumento com aplicação mais rápida, o mesmo grupo desenvolveu o WHOQOL-Bref, composto de 26 questões, sendo que duas dizem respeito à qualidade de vida geral e à saúde e as outras 24 questões são divididas em quatro domínios específicos: psicológico, físico, relações sociais e meio ambiente.

Trata-se de um questionário auto-aplicado, mas que pode também ser aplicado pelo entrevistador. Esse instrumento foi validado para aplicação na população brasileira¹¹.

O WHOQOL- Bref é um dos instrumentos de pesquisa mais usados para avaliação de qualidade de vida em saúde mental. Ele acessa a percepção do indivíduo dentro do seu contexto cultural e dos seus sistemas de valores, levando em conta suas metas e suas preocupações. O WHOQOL-Bref foi desenvolvido com a colaboração de vários centros pelo mundo e tem sido validado em vários países¹¹.

3.2.2 Escala HADS

A escala HADS foi desenvolvida para avaliar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes hospitalizados por doenças não psiquiátricas, sendo posteriormente utilizada em outros tipos de pacientes, como pacientes não internados e indivíduos sem doença diagnosticada. A HADS é uma escala auto-aplicada, mas que pode ser aplicada pelo

entrevistador, e válida para medir sintomas de ansiedade e depressão em indivíduos com doenças clínicas e transtornos mentais (em duas subescalas). Este instrumento foi validado para utilização na população brasileira^{12,13}.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi utilizado o aplicativo Microsoft Excel 2013 e o aplicativo estatístico Epi Info 7, versão 7.2.4.0 em inglês, disponível gratuitamente no site oficial do CDC.

Os dados foram inicialmente analisados com técnicas descritivas (média e desvio padrão para dados contínuos e frequência para variáveis categóricas).

As variáveis com os escores do HADS-A e HADS-D foram dicotomizadas em pontos de corte baseado na literatura, no caso maior ou igual a 9 em cada esfera (depressão e ansiedade)¹³.

Cada variável foi associada independentemente em uma regressão linear simples com cada um dos 5 domínios e aquelas significativas entraram em uma regressão linear múltipla a fim de identificar variáveis de confusão. As variáveis HADS não entraram no modelo final de regressão linear múltipla por não atender ao critério de variável de confusão, pois também é considerado um efeito indireto do desfecho¹⁴. Exposições com $p < 0,05$ foram considerados significativas e entraram em uma análise final a fim de quantificar a diferença entre as médias dos domínios entre as categorias da variável associada.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos sob parecer consubstanciado 3.853.363 e CAAE 19008919.0.0000.0121. Todos os entrevistados foram adequadamente informados e esclarecidos sobre os objetivos de aplicação dos instrumentos, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos.

Os sujeitos dispunham de plena liberdade para desistirem da pesquisa em qualquer momento da coleta dos dados e não sofreram nenhum tipo de prejuízo por essa decisão. Os pacientes foram informados que a negativa, participação ou desistência do estudo não teria qualquer penalidade.

4. RESULTADOS

De 345 médicos contratados e residentes elegíveis a fazer parte do estudo, 81(23,4%) concordaram em participar e responderam à pesquisa no período de coleta de dados previsto, que foi, de fevereiro a junho de 2020. Os resultados dos dados sociodemográficos estão apresentados na tabela 1. A maioria dos participantes foi composta por mulheres 54(66,7%), a média de idade foi de 41,3($\pm 10,6$) anos e 31(38,3%) dos entrevistados são procedentes de Florianópolis. Com relação à religião, 26(32,1%) relataram ser praticantes e 52(64,2%) se declaram católicos. Além disso, 70(86,4%) afirmam estar em um relacionamento estável, 57(70,4%) disseram praticar atividade física ao menos uma vez na semana, 68(84%) encontram-se com amigos frequentemente e 63(77,8%) fazem uso regular de álcool.

Em relação ao trabalho, a carga horária semanal média é de 52,5h ($\pm 14,5$); sendo que 55 sujeitos (68,7%) reportam renda familiar acima de 10 salários mínimos, em que 44(54,3%) se declararam os principais responsáveis pela mesma. Ademais, 63(77,8%) realizam até 4 plantões por semana, 41(50,6%) atendem a plantões noturnos ou em finais de semana e 61(75,3%) trabalham também em outro local.

Quanto aos escores da escala HADS, foi encontrado uma prevalência de 35,8%(29) de sintomas importantes de ansiedade (HADS-A > 8) e 25,9%(21) de sintomas importantes de depressão (HADS-D > 8).

Com relação aos domínios da WHOQOL-BREF, a média no domínio qualidade de vida geral foi de 70,06($\pm 20,41$); já nos 4 domínios, a média foi: domínio físico 69,22($\pm 15,66$), domínio psicológico 62,89($\pm 15,65$), domínio relações sociais 64,30($\pm 19,28$) e domínio meio-ambiente 72,61($\pm 13,20$).

Em relação ao WHOQOL-BREF qualidade de vida geral, as variáveis uso de álcool, encontrar-se frequentemente com amigos, carga horaria semanal, HADS-A, HADS-D, renda familiar e sexo foram significativas como demonstrado na tabela 2. Após uma regressão linear múltipla entre as variáveis significativas e a qualidade de vida geral, apenas as variáveis encontrar-se frequentemente com amigos e o sexo masculino estiveram significativamente ligadas com maior QV, como evidenciado na tabela 3. A média de QV geral nos participantes do sexo masculino foi de 77,77($\pm 11,67$) e do sexo feminino 66,20($\pm 22,73$). A média no grupo

que se encontra frequentemente com amigos foi de 73,16(\pm 18,35), sendo que aqueles que não se encontram foi de 53,84(\pm 23,59) (tabela 1).

Quanto ao domínio WHOQOL-BREF qualidade de vida física, as variáveis: uso de álcool, HADS-A, HADS-D, renda familiar e sexo foram significativas como aponta a tabela 4. Após uma regressão linear múltipla entre as variáveis significativas e a qualidade de vida física, as variáveis renda familiar e sexo foram significativas como demonstrado na tabela 5. A média deste domínio em relação ao sexo masculino foi de 75,39(\pm 11,43) e feminino de 66,13(\pm 16,63). Já entre os subgrupos de renda, até 10 salários mínimos a média de QV física foi de 60,14(\pm 14,53) e acima de 10 salários mínimos 73,11(\pm 14,57) (tabela 1)

Já no domínio WHOQOL-BREF qualidade de vida ambiental, foram significativas as variáveis uso de álcool, renda familiar, HADS-A e HADS-D como está relacionado na tabela 6. Foi realizada a regressão múltipla e ambas as variáveis apresentaram significância estatística. A média para este domínio entre aqueles que fazem uso de álcool foi de 74,25(\pm 12,80) e entre aqueles que não fazem foi de 66,84(\pm 13,26), já a média do domínio naqueles que recebem até 10 salários mínimos é de 65(\pm 12,59) e 76,3(\pm 11,97) nos entrevistados com renda acima de 10 salários mínimos (tabela 1).

Perante o domínio WHOQOL-BREF qualidade de vida psicológica, as variáveis uso de álcool, encontrar-se frequentemente com amigos, carga horária semanal, HADS-A, HADS-D, idade e renda familiar foram significativas (tabela 7). Feita a regressão linear múltipla entre as variáveis citadas, o uso de álcool, encontrar-se com amigos e renda familiar foram significativas (tabela 8). A média entre aqueles que fazem uso de álcool foi de 65,02(\pm 14,11) e entre os que não usam 55,41(\pm 18,70). A média do domínio entre aqueles que se encontram regularmente com amigos é de 64,63(\pm 14,39), em contrapartida a média entre os que não se encontram é 53,78(\pm 19,23). Já em relação a renda, até 10 salários mínimos a média no domínio é de 53,16(\pm 15,68) e 66,93(\pm 13,61) para aqueles que recebem acima de 10 salários mínimos (tabela 1).

No âmbito do WHOQOL qualidade de vida social, as variáveis uso de álcool, encontrar-se com amigos, HADS-A e HADS-D foram significativas conforme exposto na tabela 9. Após a regressão linear múltipla, somente a variável encontrar-se com amigos foi significativa (tabela 10). A média do domínio para quem costuma se encontrar com amigos foi de 66,54(\pm 18,52) e 52,56(\pm 19,65) para o oposto (tabela 1).

5. DISCUSSÃO

Considerando as variáveis sociodemográficas e escores clínicos analisados, os achados deste estudo apontaram que o sexo masculino, uso de álcool, renda familiar acima de 10 salários mínimos e encontrar-se frequentemente com amigos estiveram independentemente e significativamente, associados de forma positiva a um ou mais domínios da qualidade de vida. Ademais, sintomas importantes de ansiedade e depressão foram independentemente associados de forma significativa também a uma piora na qualidade de vida em todos os 5 domínios. As análises das regressões lineares demonstraram uma moderada correlação negativa, em que maiores escores da escala HADS ansiedade e depressão estão associadas a baixas pontuações na escala WHOQOL-BREF de Qualidade de vida. O resultado é condizente com outros trabalhos na literatura. Os estudos de Bianca et al (2015) e Gonzáles et al (2018) com populações da atenção primária e terciária e presença de comorbidades psiquiátricas encontraram relações semelhantes às deste estudo^{27,28}.

Em nosso estudo a prevalência de sintomas importantes de ansiedade e depressão foram respectivamente de 35,8% e 25,9%, o que vai ao encontro da literatura publicada. Em uma meta-análise com um total de 33.062 profissionais da saúde participantes, a ansiedade foi descrita em 12 estudos com uma prevalência combinada de 23,2% e depressão foi descrita em 10 estudos com uma prevalência combinada de 22,8%¹⁵. Oliveira Júnior et al. em 2013 avaliaram 1.508 residentes em anesthesiologia nos Estados Unidos e aferiram uma taxa de depressão de 22%¹⁶. Taxa semelhante, de até 20%, foi obtida por Brown, Goske e Johnson em sua revisão bibliográfica de 2009¹⁷. Korkmaz et al em seu estudo de 2020, já durante o período de pandemia, encontrou uma taxa de sintomas ansiosos moderados de 20% e de sintomas severos de 13%¹⁸. Dyrbye et al (2014) em uma pesquisa em âmbito nacional com estudantes de medicina, médicos residentes e médicos em início de carreira encontrou uma prevalência respectiva de 58,2%, 50,8% e 39,9% de sintomas depressivos. No mesmo estudo compara com a população geral da mesma faixa etária, encontrando prevalências de 47,5%, 41,1% e 43,9%, valores bem acima daqueles encontrados em outros estudos com a população médica e geral, provavelmente pela metodologia aplicada¹⁹.

As prevalências encontradas nestes estudos com a população médica são bem acima da prevalência descrita na população geral brasileira em que a taxa de transtornos depressivos

é de 5,8% e de transtornos ansiosos é de 9,3%²⁰. Todavia, estudos recentes durante o período de pandemia avaliando sintomas de ansiedade e depressão na população brasileira chegaram a taxas bem maiores em relação as taxas supracitadas. Feter et al (2021) reporta que sintomas de depressão e ansiedade eram de 3,9% e 4,5% dos participantes antes da COVID-19. Durante o período, entre junho e julho de 2020, essas proporções aumentaram para 29,1% e 37,8%, respectivamente³⁸. Já Serafim et al (2021) relatou taxas ainda maiores de depressão (46,4%), de ansiedade (39,7%) e 42,2% de estresse auto relatados através de sua pesquisa online³⁹.

Comparando com outras populações as taxas de ansiedade e depressão entre residentes e médicos se equiparam a taxas de pacientes com questões de saúde importantes que levam a prejuízos na qualidade de vida. No estudo de Berber et al (2005) em pacientes com diagnósticos de fibromialgia foi encontrado uma prevalência de depressão de 34,3%²¹. Byrne et al (2017) em seu trabalho em pacientes convivendo com doença inflamatória intestinal encontrou taxas de depressão de 25,8%, 21,2% de sintomas ansiosos importantes e 30,3% apresentando ambos os quadros²². Já no estudo de Alievi et al (2020) com pacientes que foram submetidos e convivem com estomização, apresentaram prevalências de 24% de ansiedade e 20% de depressão, ainda menores do que aquelas encontradas em nosso estudo³⁴.

No âmbito da qualidade de vida os escores neste estudo foram um pouco inferiores à média que se encontra na literatura em relação a população geral. Os escores levantados durante a validação do whoqol-bref encontraram uma pontuação média de 73.5 (± 18.1) para o domínio físico, 70.6 (± 14.0) para o domínio psicológico, 71.5 (± 18.2) para o domínio das relações sociais e 75.1 (± 13.0) para o domínio ambiental²³.

Torres em um estudo de coorte-transversal de 2011, com 1224 egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) no período de 1968 a 2005, observou que 31% autodeclararam uma qualidade de vida regular, ruim ou muito ruim². Neste trabalho não houve diferença significativa entre os sexos, diferente ao encontrado em nosso estudo, em que nos âmbitos da qualidade de vida geral e qualidade de vida física houve diferenças significativas entre homens e mulheres. Já no estudo de Arenson-Pandikow et al (2012), foi realizado uma análise comparativa entre médicos de diversas especialidade e anestesistas em que os escores dos médicos não anestesistas foram superiores ao da população geral, enquanto os escores entre anesthesiologistas foram semelhantes ao nosso estudo²⁴. Dyrbye et al (2014) também comparou a qualidade de vida entre os estudantes, residentes, médicos em início de carreira e a população geral da respectiva faixa etária. Na comparação da faixa dos estudantes, houve poucas

diferenças significativas entre os 2 grupos. Na faixa dos residentes, os escores da população geral foram significativamente maiores e na faixa etária dos médicos em atividade os escores foram maiores em relação a população geral¹⁹. Trockel et al (2018) apontou em seu estudo a associação entre *burnout*, ansiedade, depressão, qualidade de vida e realização profissional com o aumento do número de erros médicos autodeclarados quanto a menores escores de qualidade de vida e mais sintomas de *burnout*³².

Comparando com outras populações, os escores de qualidade de vida encontrados neste estudo se assemelham aos escores de populações acometidas por quadros que influenciam significativamente sua qualidade de vida, como no estudo de Alievi et al (2020) em pacientes estomatizados que apresentaram escores na escala whoqol muito semelhantes ao encontrado em nosso estudo³⁴. Engin et al (2008) com uma população de pacientes que convivem com urticária crônica idiopática encontrou escores até maiores em relação a qualidade de vida psicológica e social³⁵. Da Silva et al (2019) e Pilger et al (2017) relataram resultados semelhantes em seus estudos com mulheres idosas brasileiras e pacientes idosos em hemodiálise no município de Ribeirão Preto^{36,37}.

Em nosso estudo o uso de álcool se apresentou como um fator que elevou a pontuação média dos escores em qualidade de vida nos domínios psicológico e ambiental. É hegemônico na literatura diversos artigos descrevendo a relação entre maior consumo de álcool e pior qualidade de vida²⁵. Entretanto, no estudo de Santos et al (2019) em que fez a relação da qualidade de vida e consumo de álcool através da escala de AUDIT, descreveu significativamente maiores escores em todos os domínios de qualidade de vida entre aqueles que se encontravam em zona 2 (usuários de risco) do que aqueles classificados na zona 1 (baixo risco ou abstinências)²⁶. A hipótese nesse caso é que o consumo de álcool usualmente está atrelado a reuniões sociais e pessoas que fazem uso da substância em quantidades moderadas e frequentam festas, reuniões ou eventos devem apresentar melhores escores de qualidade de vida em relação àqueles que não o fazem. Neste estudo, quando as variáveis uso de álcool e encontrar-se regularmente com amigos foram estudadas simultaneamente em uma regressão linear múltipla em relação a qualidade de vida geral e social, o uso de álcool não foi significativo.

Em outros estudos a idade se apresenta como um fator associado a uma menor qualidade de vida²⁹, em nosso estudo a idade não foi significativa em nenhum modelo de regressão múltipla. Patel et al (1999) reportou em uma revisão sistemática a associação entre

sexo feminino, maior idade, baixa escolaridade e baixa renda como fatores associados a condições mentais comuns³⁰. Já no estudo de Torres et al (2011) uma maior renda e a idade foram associados a uma melhor saúde mental², assim como uma pesquisa nacional de Gouveia et al (2005)³¹. A provável explicação para o achado deve estar no fato de que a profissão médica tende a ter melhores remunerações, aposentadoria tardia e a necessidade de se manter cognitivamente ativa até o fim da atividade².

6 . CONCLUSÃO

Este é um estudo transversal e com isso deve-se ter cuidado em inferir causalidade em relação aos achados do presente estudo. Viés de seleção por se tratar de uma população específica, além de possíveis fatores confundidores não pesquisados devem ser considerados. Ademais, médicos e residentes com quadros ansiosos e depressivos mais graves podem não ter respondido ao questionário por motivos de desconforto, “gatilho” ou outras razões não identificadas. Apesar disto, o presente estudo com médicos e residentes do HU-UFSC em período de pandemia de COVID-19 aponta achados como a presença de sintomas importantes de ansiedade e depressão acima da média populacional, porém semelhante a outros estudos com populações semelhantes.

Ser mulher, apresentar sintomas ansiosos e depressivos, não encontrar amigos com frequência e uma pior remuneração foi relacionado a uma pior qualidade de vida em um ou mais de seus domínios. Contudo, neste estudo não foi possível definir causalidade, portanto não é possível concluir se não encontrar amigos piora a qualidade de vida ou se quem está deprimido não tem vontade de encontrar-se com amigos.

O consumo de álcool foi relacionado a uma melhor qualidade de vida ambiental e psicológica. Entretanto, neste estudo não foi caracterizado e nem quantificado a ingestão etílica, logo não se pode concluir o que seria considerado um hábito saudável e o que seria um hábito de risco a qualidade de vida, além dos danos à saúde física já bem estabelecidos. Mais estudos devem ser realizados a fim de elucidar melhor estas questões levantadas.

REFERÊNCIAS

1. NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde mental dos profissionais da saúde. In: BOTEGA, N José. Prática psiquiátricas no hospital geral. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 7. p. 98-112.
2. TORRES, A.R; RUIZ, T; MULLER, S.S; LIMA, M.C.P. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Rev. Bras. Epidemiol. [online], v.14, n.2, p. 264-275, 2011.
3. ELBAY, R. Y., KURTULMUS, A., ARPACIOGLU, S., KAREDERE, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. Psychiatry research, 290, 113130. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
4. GRACINO, M.E; ZITTA, A.L.L; MANGILI, O.C; MASSUDA, E.M. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. Saúde debate [online]. 2016, vol.40, n.110, pp.244-263.
5. ALDREES, T. M., ALEISSA, S., ZAMAKHSHARY, M., BADRI, M., SADAT-ALI, M. (2013). Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia. Annals of Saudi Medicine, 33(5), 451–456.
6. SCHERNHAMMER, E. S., & COLDITZ, G. A. (2004). Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). American Journal of Psychiatry, 161(12), 2295–2302.
7. AHMED, I et al. Cognitive emotions: Depression and anxiety in medical students and staff. Journal Of Critical Care, [s.l.], v. 24, n. 3, p.1-7, set. 2009. Elsevier BV.
8. ERDUR, B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. Emergency Medicine Journal, [s.l.], v. 23, n. 10, p.759-763, 1 out. 2006.

9. SHANAFELT, T.D., BOONE, S., TAN, L., et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012; 172:1377-1385
10. ASSUNÇÃO, Á. et al. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occupational Medicine, Oxford*, v. 63, n. 3, p. 234-237, 2013.
11. FLECK, M.P.A; LOUZADA, S; XAVIER, M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA, G; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*, 2000 Apr 34(2): 178-183.
12. ZIGMOUND, A; SNAITH, R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67: 361-370, 1983.
13. BOTEGA, N; PONDÉ, M.P; MEDEIROS, P. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *Jornal brasileiro de psiquiatria.* 1998; 47 (6): 285-89.
14. TYLER, J.V.W; ILYA S. "On the definition of a confounder." *Ann. Statist.* 41 (1) 196 - 220, February 2013. <https://doi.org/10.1214/12-AOS1058>
15. PAPPA, S; NTELLA, V; GIANNAKAS, T; GIANNAKOULIS, V. G; PAPOUTSI, E; KATSAOUNOU, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901–907.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
16. OLIVEIRA JÚNIOR, G. S. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*, Cleveland, v. 117, n. 1, p. 182-193, 2013.

17. BROWN, S. D; GOSKE, M. J; JOHNSON, C. M. Beyond substance abuse: stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *J Am Coll Radiol*, Nova York, v. 6, n. 7, p. 479-485, 2009.

18. KORKMAZ, S., KAZGAN, A., ÇEKİÇ, S., TARTAR, A.S., BALCI, H.N., ATMACA, M. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *J Clin Neurosci*. 2020 Oct;80:131-136. doi: 10.1016/j.jocn.2020.07.073. Epub 2020 Aug 13. PMID: 33099335; PMCID: PMC7425768.

19. DYRBYE, L. N., WEST, C. P., SATELE, D., BOONE, S., TAN, L., SLOAN, J., SHANAFELT, T. D. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(3), 443–451.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>

20. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017

21. BERBER, J.S; KUPEK, E; BERBER, S.C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45:47-54.

22. BYRNE, G., ROSENFELD, G., LEUNG, Y., QIAN, H., RAUDZUS, J., NUNEZ, C., BRESSLER, B. (2017). Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Canadian journal of gastroenterology & hepatology*, 2017, 6496727.
<https://doi.org/10.1155/2017/6496727>

23. HAWTHORNE, G; HERRMAN, H; MURPHY, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-BREF: Preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*. 77. 37-59. 10.1007/s11205-005-5552-1.

24. ARENSON-PANDIKOW, H. M., OLIVEIRA, L. T., BORTOLOZZO, C. R., PETRY, S., SCHUCH, T. F. (2012). Perception of quality of life among anesthesiologists and non-anesthesiologists. *Revista brasileira de anestesiologia*, 62(1), 48–55.

[https://doi.org/10.1016/S0034-7094\(12\)70102-2](https://doi.org/10.1016/S0034-7094(12)70102-2)

25. CHARLET, K., HEINZ, A. (2017). Harm reduction-a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction biology*, 22(5), 1119–1159.

<https://doi.org/10.1111/adb.12414>

26. SANTOS, M., CAMPOS, M. R., FORTES, S. (2019). Relationship of alcohol consumption and mental disorders common with the quality of life of patients in primary health care. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde. *Ciencia & saude coletiva*, 24(3), 1051–1063.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.01232017>

27. BIANCA, S. et al. Variables associated with health-related quality of life in a Brazilian sample of patients from a tertiary outpatient clinic for depression and anxiety disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* [online]. 2015, v. 37, n. 4 [Accessed 5 June 2021], pp. 202-208. Available from: <<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0013>>. ISSN 2238-0019. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0013>.

28. GONZÁLEZ, B.C., HERNÁNDEZ-DE-HITA, F., MUÑOZ-NAVARRO, R., RUÍZ-RODRÍGUEZ, P., MEDRANO, L. A., & CANO-VINDEL, A. (2018). The association between different domains of quality of life and symptoms in primary care patients with emotional disorders. *Scientific reports*, 8(1), 11180. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-28995-6>

29. WENSING, M., VINGERHOETS, E., GROL, R. (2001). Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 10(2), 141–148. <https://doi.org/10.1023/a:1016705615207>

30. PATEL, V., ARAYA, R., de LIMA, M., LUDERMIR, A., Todd, C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med.* 1999 Dec;49(11):1461-71. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00208-7. PMID: 10515629.
31. GOUVEIA, V.V., BARBOSA, G.A., ANDRADE, E.O., CARNEIRO, M.B. Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54(4): 298-305
32. TROCKEL, M., BOHMAN, B., LESURE, E., HAMIDI, M. S., WELLE, D., ROBERTS, L., SHANAFELT, T. (2018). A Brief Instrument to Assess Both Burnout and Professional Fulfillment in Physicians: Reliability and Validity, Including Correlation with Self-Reported Medical Errors, in a Sample of Resident and Practicing Physicians. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 42(1), 11–24. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0849-3>
33. RIBEIRO, F.S.; SANTOS, F.H.; ANINCIACÃO, L.; BARROZO, L.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; LEIST, A.K. Exploring the Frequency of Anxiety and Depression Symptoms in a Brazilian Sample during the COVID-19 Outbreak. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, 18, 4847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094847>
34. ALIEVI, M. F., LORO, M. M., FRANZ, L. B. B., PLUTA, P., & KOLANKIEWICZ, A. C. B. (2020). REFLEXOS DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ESTOMIZADOS. *Revista Contexto & Saúde*, 20(41), 90–98. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.41.90-98>
35. ENGIN, B., UGUZ, F., YILMAZ, E., OZDEMIR, M., MEVLITOGU, I. (2008). The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 22(1), 36–40. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2007.02324.x>
36. DA SILVA, G.C; CALVACANTE, N.J.L. (2019) Quality of Life and Functional Capability of Elderly Brazilian Women.: 97 – 106. <https://doi.org/10.3233/WOR-182844>

37. PILGER, C., SANTOS, R., LENTSCK, M. H., MARQUES, S., KUSUMOTA, L. (2017). Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(4), 689–696. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>
38. FETER, N., CAPUTO, E. L., DORING, I. R., LEITE, J. S., CASSURIAGA, J., REICHERT, F. F., da SILVA, M. C., COOMBES, J. S., ROMBALDI, A. J. (2021). Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: findings from the PAMPA cohort. *Public health*, 190, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.11.013>
39. SERAFIM, A.P., DURÃES, R.S.S., ROCCA, C.C.A., GONÇALVES, P.D., SAFFI, F., et al. (2021) Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. PLOS ONE 16(2): e0245868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245868>

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Características clínicas e sociodemográficas dos médicos e residentes do HU-UFSC no período fev/20 a jun/20.

Variáveis	Resultados
Idade média em anos:	41,3(±10,6)
Sexo:	Feminino: 54 (66,67%) Masculino: 27 (33,33%)
Procedência:	Florianópolis: 31 (38,27%) Outras localidades: 50 (61,73%)
Religião:	Católica: 52 (64,2%) Não possui: 13 (16,05%) Outras: 16 (19,75%)
Praticante (Religião):	Sim: 26 (32,1%) Não: 55 (67,9%)
Relacionamento afetivo:	Com parceiro (a): 70 (86,42%) Sem parceiro (a): 11 (13,58%)
Atividade física:	Ao menos uma vez na semana: 57 (70,73%) Não pratica semanalmente: 24 (29,63)
Encontra-se com amigos frequentemente:	Sim: 68 (83,95%) Não: 13 (16,05%)
Uso de álcool:	Sim: 63 (77,8%) Não 18 (22,2%)
Carga horaria semanal média em horas:	52,53(±14,5)
Renda familiar:	Menos que 10 salários mínimos: 25 (31,25%) Mais que 10 salários mínimos: 55 (68,75%)
Principal responsável pela renda familiar:	Sim: 44 (54,3%) Não: 37 (45,7%)

Plantões semanais:	Até 4 plantões: 63 (77,78%) Mais que 4 plantões: 18 (22,22%)
Plantões noturnos ou finais de semana:	Sim: 41 (50,62%) Não: 40 (49,38%)
Trabalha em outro local:	Sim: 61 (75,31%) Não: 20 (24,69%)
HADS-A maior ou igual a 9: HADS-A médio:	Sim: 29 (35,8%) Não: 52 (64,2%) 7,62 (± 4,35)
HADS-D maior ou igual a 9: HADS-D médio:	Sim: 21 (25,93%) Não: 60 (74,07%) 5,36 (± 3,72)
WHOQOL média entre os 5 domínios:	67,81(±13,40)
WHOQOL média domínio QV geral: Sexo: Encontra-se com amigos regularmente:	70,06(±20,41) Masculino:77,77(±11,67) Feminino:66,20(±22,73) Sim: 73,16(±18,35) Não: 53,84(±23,59)
WHOQOL média domínio Físico: Sexo: Renda familiar:	69,22(±15,66) Masculino: 75,39(±11,43) Feminino: 66,13(±16,63) Até 10 salários mínimos: 60,14(±14,53) Acima de 10 salários mínimos: 73,11(±14,57)
WHOQOL média domínio Meio Ambiente: Uso regular de álcool: Renda familiar:	72,61(±13,20) Sim: 74,25(±12,80) Não: 66,84(±13,26) Até 10 salários mínimos: 65,00(±12,59) Acima de 10 salários mínimos: 76,30(±11,97)
WHOQOL média domínio Relações Sociais:	64,30(±19,28)

Encontra-se com amigos regularmente:	Sim: 66,54(±18,52) Não: 52,56(±19,65)
WHOQOL média domínio Psicológico:	62,89(±15,65)
Uso regular de álcool:	Sim: 65,02(±14,11) Não: 55,41(±18,70)
Encontra-se com amigos regularmente:	Sim: 64,63(±14,39) Não: 53,78(±19,23)
Renda familiar:	Até 10 salários mínimos: 53,16(±15,68) Acima de 10 salários mínimos: 66,93(±13,61)

HADS-A = Escala Hospitalar de Ansiedade; HADS-D = Escala Hospitalar de Depressão, WHOQOL-BREF = Questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde.

Tabela 2: Associação regressão linear simples entre as variáveis independentes e qualidade de vida geral.

Variáveis	R ²	B	p
Uso de álcool:	0,05	10,615	0,04
Encontrar-se frequentemente com amigos:	0,12	19,316	0,004
Carga horaria semanal:	-0,05	-0,309	0,048
HADS-A	-0,3	-2,58	0,000
HADS-D	-0,39	-3,44	0,000
Renda familiar	0,17	-41,66	0,01
Sexo	0,07	11,57	0,01

R² = Coeficiente de correlação, 95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, p = coeficiente de significância.

Tabela 3 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes significativas e qualidade de vida geral.

Variáveis	B (95% IC)	p
Uso de álcool:	8,307 (±4,683)	NS
Encontrar-se frequentemente com amigos:	13,21 (±5,309)	0,01

Carga horaria semanal:	-0,261(\pm 0,151)	NS
Renda familiar	-32,987(\pm 18,657)	NS
Sexo	11,380(\pm 4,159)	0,012

95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, p = coeficiente de significância. $R^2 = 0,36$, $F = 4,5744$, $p = 0,0001$.

Tabela 4 – Associação regressão linear simples entre as variáveis independentes e qualidade de vida física.

Variáveis	R^2	B	P
Uso de álcool:	0,04	7,368	0,048
HADS-A	-0,59	-2,773	0,000
HADS-D	-0,51	-3,670	0,000
Renda familiar	0,20	-16,037	0,004
Sexo	0,08	9,260	0,04

R^2 = Coeficiente de correlação, 95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, p = coeficiente de significância.

Tabela 5 - Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes significativas e qualidade de vida física.

Variáveis	B (95% IC)	p
Uso de álcool:	6,064(\pm 3,717)	NS
Renda familiar	-31,527(\pm 14,134)	0,02
Sexo	8,334(\pm 3,296)	0,013

95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, p = coeficiente de significância. $R^2 = 0,30$, $F = 4,5001$, $p = 0,0003$.

Tabela 6: Associação regressão linear simples entre as variáveis independentes e qualidade de vida ambiental.

Variáveis	R^2	B	p
Uso de álcool:	0,06	7,416	0,03
Renda familiar	0,19	11,306	0,0002
HADS-A	-0,23	-2,048	0,0000
HADS-D	-0,16	-2,153	0,0000

R² = Coeficiente de correlação, 95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, p = coeficiente de significância.

Tabela 7 - Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes significativas e qualidade de vida ambiental

Variáveis	B (95% IC)	P
Uso de álcool:	8,176(±3,148)	0,011
Renda familiar	11,604 (±2,836)	0,0001

95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, p = coeficiente de significância. R² = 0,23, F = 11,333, p = 0,0000.

Tabela 8: Associação regressão linear simples entre as variáveis independentes e qualidade de vida psicológica.

Variáveis	R ²	B	p
Uso de álcool:	0,07	9,610	0,02
Encontrar-se frequentemente com amigos:	0,07	10,850	0,02
Carga horaria semanal:	-0,05	-0,236	0,049
HADS-A	-0,45	-2,422	0,0000
HADS-D	-0,41	-2,689	0,0000
Idade	0,06	0,357	0,02
Renda familiar	0,3	-46,808	0,0001

R² = Coeficiente de correlação, 95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, p = coeficiente de significância.

Tabela 9 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes significativas e qualidade de vida psicológica.

Variáveis	B (95% IC)	P
Uso de álcool:	7,424(±3,110)	0,008
Encontrar-se frequentemente com amigos:	4,513(±3,644)	0,054
Carga horaria semanal:	-0,100(0,086)	NS
Idade	0,188(±0,156)	NS
Renda familiar	-34,738(±12,372)	0,004

95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, p = coeficiente de significância. $R^2 = 0,41$, $F = 5,4791$, $p = 0,0000$.

Tabela 10: Associação regressão linear simples entre as variáveis independentes e qualidade de vida social.

Variáveis	R^2	B	p
Uso de álcool:	0,01	8,864	0,028
Encontrar-se frequentemente com amigos:	0,07	13,980	0,01
HADS-A	-0,16	-1,775	0,0002
HADS-D	-0,19	-2,280	0,0000

R^2 = Coeficiente de correlação, 95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, HADS = Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, p = coeficiente de significância.

Tabela 11 – Regressão linear múltipla entre as variáveis independentes significativas e qualidade de vida social.

Variáveis	B (95% IC)	p
Uso de álcool:	7,817	NS
Encontrar-se frequentemente com amigos:	13,184	0,02

95% IC = 95% Intervalo de Confiança, B = Coeficiente de regressão, p = coeficiente de significância. $R^2 = 0,10$, $F = 4,3427$, $p = 0,016$.

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão entre os Médicos do Hospital
Universitário Polydoro Ernani de São Thiago HU-UFSC.

Este é o Trabalho de Conclusão de Curso dos graduandos em medicina pela UFSC, Helena de Cerqueira Cesar Ottoni e Ryan Matos Mendes, orientados por Dra. Ana Maria Michels e Dr. Marcelo Libório na pesquisa que tem como objetivo avaliar a Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão entre os Médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e sua relação com aspectos sociais, demográficos e os mecanismos de defesa associados.

Convido-o(a) a participar de forma totalmente anônima e voluntária desta pesquisa a fim de contribuir com a formação dos acadêmicos supracitados, além de identificar e analisar a prevalência de questões em saúde mental e qualidade de vida dentre os médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago HU-UFSC.

Justificativa:

Considerando a classe médica população de risco para desfechos emocionais mais intensos, a investigação da qualidade de vida (QV), assim como dos sintomas depressivos e ansiosos dos médicos, torna-se importante na busca de dados que ajudem a compreender os dilemas enfrentados por estes profissionais e os seus impactos sobre a QV. Participando desta pesquisa você estará ajudando no processo de identificação destes possíveis fatores envolvidos. Com base nos resultados do estudo, medidas preventivas poderão ser tomadas mais objetivamente, no sentido de minimizar e/ou evitar os prejuízos e melhorar a QV dos médicos.

Procedimento a ser seguido: Serão feitas várias perguntas, ao todo serão quatro questionários (um questionário sócio demográfico; o questionário de qualidade de vida - World Health Organization Quality of Life - versão abreviada, WHOQOL – bref; a Escala Hospitalar de Avaliação da Ansiedade e Depressão – HADS e o Defense Style Questionnaire (DSQ- 40)), sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. Se por algum motivo o (a) senhor (a) se sentir desconfortável, a qualquer momento poderá desistir de responder a pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas em análise estatística.

Riscos e desconfortos: A avaliação será realizada por meio de questionários online, que deverá ser respondido, individualmente, com cuidados que garantam sua confidencialidade e anonimato. O tempo de avaliação dos questionários é previsto em torno de 30 a 40 minutos, pode causar algum desconforto para algumas pessoas em relação ao conteúdo que é perguntado sobre seu estado emocional. Seu nome não será coletado, seus dados serão mantidos em sigilo e serão trabalhados exclusivamente pelos pesquisadores para fins de estatística nesta pesquisa.

Custo: Não haverá custo financeiro para os participantes desta pesquisa.

Ressarcimento, indenização e benefícios: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira. Os benefícios diretos que essa pesquisa tem a oferecer são o de estruturar meios de mudanças e intervenções estruturais que possam beneficiar você, assim como a outros colegas atuais e futuros, além de gerar a possibilidade de reflexão e auto-observação de aspectos da saúde mental. Como benefícios indiretos estarão colaborando para dar informações que poderão ser conhecidas e analisadas, de modo a produzir resultados que serão de grande valia para o incentivo de posteriores estudos. Dessa forma, indiretamente também estarão contribuindo para a geração de conhecimento científico que visam melhorias no ambiente de trabalho, tornando o exercício profissional mais agradável. O participante tem direito de indenização material no caso de sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, por exemplo, caso os dados sejam expostos (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), mas em nenhum momento será solicitado informações como nome, CPF ou contato pessoal capazes de identificar o participante. Caso aconteça alguma possibilidade de dano previsto ou não neste TCLE, os pesquisadores, imediatamente, comunicarão ao sistema CEP/CONEP, para avaliar a necessidade de providências emergenciais ou não, inclusive de adequação ou suspensão do estudo.

Acompanhamento e assistência: Não será oferecida nenhuma forma de assistência terapêutica para os participantes da pesquisa em relação aos dados enviados já que não será possível sua identificação, no entanto caso o participante procure os pesquisadores a fim de qualquer ajuda no âmbito de saúde mental, será orientado sobre os locais e serviços que disponibilizam tal atendimento.

Sigilo: Os questionários serão aplicados de maneira completamente anônima, e toda informação obtida com os questionários não será fornecida a pessoas não envolvidas diretamente nesta pesquisa. Seus dados jamais serão utilizados em trabalhos científicos ou apresentações em congressos/simpósios; ou seja, fica assegurado o anonimato da identidade. As respostas dos formulários contendo as informações fornecidas pelos participantes será armazenada em uma conta na qual apenas os pesquisadores terão o acesso. Todos os cuidados com o armazenamento dos questionários e o sigilo dos dados informados, serão de total responsabilidade dos pesquisadores.

Liberdade do participante: A participação nesta pesquisa é voluntária e você não receberá nenhuma remuneração. O participante poderá solicitar sua retirada da pesquisa a qualquer momento, basta enviar uma solicitação por e-mail ou diretamente por WhatsApp com a data, hora e minuto do envio dos dados de preenchimento.

Consentimento pós esclarecimento: Declaro que estou esclarecido sobre todos os itens acima e ao prosseguir concordo com este termo. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos ou desconforto deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Eu livremente concordo em participar desta pesquisa.

Você pode copiar esse Termo de Consentimento livre e esclarecido e salvar no seu computador, ou solicitá-lo para um dos graduandos através de um dos e-mails: helenaccottoni@gmail.com ou ryanmm_@hotmail.com.

Eu, Ana Maria Maykot Prates Michels, disponível no endereço R. Profa. Maria Flora Pausewang, s/n - UFSC- Trindade, Florianópolis - SC, 88036-800, (Departamento de Clínica Médica, da Universidade Federal de Santa Catarina), pesquisadora responsável pelo estudo: “Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão, entre os Médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago HU-UFSC”, declaro que cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares.

Pesquisadores responsáveis:

Helena de Cerqueira Cesar
Ottoni
Graduanda Medicina UFSC
E-mail:

Ryan Matos Mendes
Graduando Medicina UFSC
E-mail: ryanmm_@hotmail.com
(48) 9 9603-3661

Ana Maria Maykot Prates
Michels Professora UFSC
E-mail:
anamichels@uol.com.br

Marcelo Liborio Schwarzbald
Professor UFSC
E-mail: schwlib@gmail.com
(48) 9 84070141

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPSH

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222. Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), sala 401. Trindade.

Contato: (48) 3721-6094. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Florianópolis - SC

CEP: 88.040-400

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Data:

Local da graduação (medicina): _____

Ano que se formou: _____

Você fez:

Residência: sim () não ();

Especialização: sim () não ()

Mestrado: sim () não ()

Doutorado: sim () não ()

Pós Doutorado: sim () não ()

Há quanto tempo trabalha no HU: _____ anos;

Carga horária semanal: _____

Trabalha em outro lugar: sim () não ();

Carga horária (total) semanal: _____

Faz plantão (noturno ou final de semana): sim () não ()

Com qual frequência? _____

Dados Sócio-Demográficos

Data de nascimento:

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Característica Étnico-Racial:

- () Branca.
- () Negra.
- () Parda.
- () Amarela.
- () Indígena.

Cidade onde mora? _____

Cidade onde nasceu? _____

Religião: _____ Praticante? () Sim () Não

Estado Civil?

- () Solteiro sem namorado(a)
- () Namorando
- () Casado(a)
- () Divorciado atualmente sem parceiro(a)
- () União estável

Filhos

- () Sim Quantos: _____
- () Não

Dados Econômico e Profissional

Com quem você mora atualmente?

- () Com os pais e(ou) com outros parentes.

- Com companheiro(a)/esposo(a) e(ou) com o(s) filho(s).
- Com amigos (compartilhando despesas).
- Com companheiro(a)/esposo(a) somente.
- Sozinho(a).

Quantas pessoas moram com você (contando com você)?

- Duas.
- Três.
- Quatro.
- Mais de quatro.
- Moro sozinho(a).

Qual é a renda mensal de seu grupo familiar (considere a soma da renda de todos que moram em sua casa)?

- De 1 a 2 salários mínimos.
- De 3 a 5 cinco salários mínimos.
- De seis a 10 salários mínimos.
- De 10 a 20 salários mínimos.
- Mais de 20 salários mínimos.

Qual é a sua participação na vida econômica do seu grupo familiar?

- Sou o único financeiramente responsável pelo meu grupo familiar.
- Sou o principal responsável pelo sustento da minha família.
- Divido as despesas do sustento da minha família com outra pessoa.
- Contribuo pouco com o sustento da minha família.
- Sou responsável apenas pelo meu sustento.

Dados Escolares/Acadêmicos

Na sua vida escolar você estudou:

- Integralmente em escolas públicas.
- Integralmente em escolas particulares.
- Maior parte em escola pública.
- Maior parte em escola particular.

Você estuda regularmente?

- Não, nunca.
- Não, apenas quando tenho alguma dúvida ou preciso preparar algum paper.
- Sim, diariamente.
- Sim semanalmente.

Sim mensalmente.

Você participa de Congressos, Jornadas ou encontros científicos?

Não, nunca.

As vezes, mas não com muita frequência.

Sim, todos os anos (ou quase isso).

Sim, mais de uma vez por ano (mas não sou palestrante).

Sim, e costumo ser palestrante.

Com que frequência você...

	Semanalmente	Ao menos 1 vez por mês	Ao menos 1 vez por ano	Menos que 1 vez por ano	Nunca
Vai ao cinema					
Vai ao teatro					
Vai ao estádio					
Vai ao museu					
Vai ao shopping					
Assiste a shows/concertos					
Pratica esportes					
Vai a bares/ restaurantes					
Outras atividades de lazer					

Como você avalia o nível de exigência do trabalho?

Deveria exigir / ter exigido muito mais de mim.

Deveria exigir / ter exigido um pouco mais de mim.

Exige / exigiu de mim na medida certa.

Deveria exigir / ter exigido um pouco menos de mim.

Deveria exigir / ter exigido muito menos de mim.

Se você tivesse que escolher sua profissão faria novamente medicina?

Sim. Porque: _____

Não.

Dados sobre hábitos e história familiar

Você faz uso de álcool?

Sim

Não

Quantidade e frequência: _____

Há quanto tempo: _____

Você faz uso de cigarro?

() Sim

() Não

Número de cigarros / dia: _____

Há quanto tempo: _____

Faz uso de outras drogas psicoativas?

() Sim

() Não

Qual: _____

Quantidade e frequência de consumo: _____

História familiar de doença psiquiátrica (incluindo alcoolismo)? Qual o grau de parentesco e qual a doença?

História familiar de suicídio? Qual(is) familiares?

Vocês tem algum hobby?

() Sim

() Não

Qual _____

Você tem amigos que encontra com frequência (pelo menos uma vez por mês)?

() Sim

() Não

ANEXO 1

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

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	4	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 insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
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	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	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 insatisfeito	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 do seu dia-a-dia?	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, conhecidos, colegas)?	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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2

HADS

Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- A **1.** Eu me sinto tenso ou contraído:
- 3 A maior parte do tempo
- 2 Boa parte do tempo
- 1 De vez em quando
- 0 Nunca
- D **2.** Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
- 0 Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 Não tanto quanto antes
- 2 Só um pouco
- 3 Já não sinto mais prazer em nada
- A **3.** Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
- 3 Sim, e de um jeito muito forte
- 2 Sim, mas não tão forte
- 1 Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 Não sinto nada disso
- D **4.** Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
- 0 Do mesmo jeito que antes
- 1 Atualmente um pouco menos
- 2 Atualmente bem menos
- 3 Não consigo mais
- A **5.** Estou com a cabeça cheia de preocupações:
- 3 A maior parte do tempo
- 2 Boa parte do tempo
- 1 De vez em quando
- 0 Raramente
- D **6.** Eu me sinto alegre:
- 3 Nunca
- 2 Poucas vezes
- 1 Muitas vezes
- 0 A maior parte do tempo
- A **7.** Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
- 0 Sim, quase sempre
- 1 Muitas vezes
- 2 Poucas vezes
- 3 Nunca
- D **8.** Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
- 3 Quase sempre
- 2 Muitas vezes
- 1 De vez em quando
- 0 Nunca
- A **9.** Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um friz na barriga ou um aperto no estômago:
- 0 Nunca
- 1 De vez em quando
- 2 Muitas vezes
- 3 Quase sempre
- D **10.** Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
- 3 Completamente
- 2 Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 Talvez não tanto quanto antes
- 0 Me cuido do mesmo jeito que antes
- A **11.** Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
- 3 Sim, demais
- 2 Bastante
- 1 Um pouco
- 0 Não me sinto assim
- D **12.** Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
- 0 Do mesmo jeito que antes
- 1 Um pouco menos do que antes
- 2 Bem menos do que antes
- 3 Quase nunca
- A **13.** De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
- 3 A quase todo momento
- 2 Várias vezes
- 1 De vez em quando
- 0 Não sinto isso
- D **14.** Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, rádio ou quando leio alguma coisa:
- 0 Do mesmo jeito que antes
- 1 Um pouco menos do que antes
- 2 Bem menos do que antes
- 3 Quase nunca

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida, Ansiedade e Depressão entre os Médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Pesquisador: ana maria maykot prates michels

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19008919.0.0000.0121

Instituição Proponente: Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.853.363

Apresentação do Projeto:

Pesquisa conduzida por Ana Maria Michels, Marcelo Libório, professores da UFSC e os acadêmicos Ryan Matos Mendes e Helena de Cerqueira Cesar Ottoni do curso de medicina da UFSC. Tem como objetivo avaliar a associação entre fatores sociodemográficos e clínicos com a qualidade de vida, ansiedade e depressão entre os médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH. Será utilizado um instrumento online, contendo quatro questionários [um questionário sócio demográfico; o questionário de qualidade de vida - World Health Organization Quality of Life - versão abreviada, WHOQOL – bref; a Escala Hospitalar de Avaliação da Ansiedade e Depressão – HADS e o Defense Style Questionnaire (DSQ- 40)]. Todos os médicos que estiverem em atuação no HU-UFSC no momento da pesquisa (incluindo médicos residentes) serão convidados a participar do estudo e esclarecidos sobre o mesmo.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a associação entre fatores sociodemográficos e clínicos com a qualidade de vida, ansiedade e depressão entre os médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH. Objetivo Secundário: Descrever o perfil sociodemográfico dos médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH. Avaliar a qualidade de vida entre os médicos da

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.853.363

instituição. Identificar e caracterizar sintomas depressivos e ansiosos em médicos do HU.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O tempo previsto para respostas de todos os questionários é de 30 a 40 minutos, podendo causar algum desconforto para algumas pessoas. O participante tem direito de indenização material no caso de sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, por exemplo, caso os dados sejam expostos (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), mas em nenhum momento será solicitado informações como nome, CPF ou contato pessoal capazes de identificar o participante. Caso aconteça alguma possibilidade de dano previsto ou não neste TCLE, os pesquisadores, imediatamente, comunicarão ao sistema CEP/CONEP, para avaliar a necessidade de providencias emergenciais ou não, inclusive de adequação ou suspensão do estudo.

Benefícios:

Identificar os fatores relacionados à piora da qualidade de vida, ou de sintomas depressivos/ansiosos para poder corrigi-los. O participante não terá benefícios pessoais diretos ao participar da pesquisa, mas contribuirá para o melhor entendimento das necessidades vulnerabilidades dos médicos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH. Dessa forma, o participante poderá ser beneficiado indiretamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de TCC dos estudantes de graduação em medicina envolvidos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada pela pesquisadora responsável e pelo subchefe do departamento de Clínicas Médicas da UFSC.
- Declaração de anuência e compromisso com os termos das resoluções de pesquisa assinada pelo responsável legal do Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago.
- Cronograma, informando que a coleta de dados ocorrerá a partir de fevereiro de 2020.
- Orçamento não especificado, indicando financiamento próprio.
- Instrumentos de pesquisa são apresentados.
- TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.853.363

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1387019.pdf	05/01/2020 11:32:45		Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS_2.docx	04/01/2020 16:34:11	HELENA OTTONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_TCC_2.docx	04/01/2020 16:33:45	HELENA OTTONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_1_Termo_de_Consentimento_Arumado_2.pdf	04/01/2020 16:33:31	HELENA OTTONI	Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS_1.docx	26/11/2019 15:28:25	HELENA OTTONI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/08/2019 18:24:50	HELENA OTTONI	Aceito
Outros	Anexo_5_DQS_40.docx	05/07/2019 13:43:17	HELENA OTTONI	Aceito
Outros	Anexo_4_HADS.doc	05/07/2019 13:42:04	HELENA OTTONI	Aceito
Outros	Anexo_3_Whoqol.doc	05/07/2019 13:41:37	HELENA OTTONI	Aceito
Outros	Anexo_2_Questionario_Sociodemografico.docx	05/07/2019 13:40:54	HELENA OTTONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao.pdf	05/07/2019 13:31:03	HELENA OTTONI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 21 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br