

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE RORAIMA (BRASIL)

A.Olivares¹✉, J.Bonito², & R.Silva³

1 - Universidade Federal de Roraima, Brasil, 2 - Universidade de Évora. Centro de Investigação “Didática e Tecnologia na Formação de Formadores” da Universidade de Aveiro, Portugal, 3 - Universidade Estadual de Roraima, Brasil

RESUMO- A Organização Mundial da Saúde define Qualidade de Vida como a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este trabalho teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida no trabalho dos médicos que atuam na atenção básica, no Estado de Roraima (Brasil), sob a ótica de satisfação no trabalho. Participaram no estudo 62 médicos (43 das equipes da cidade de Boa Vista e 19 das equipes dos municípios do interior do Estado). Entre os inquiridos, 48,4% são do sexo feminino e 36,1% têm idades, *ex aequo*, entre os 28 e 39 anos e entre os 40 e 49 anos. Para recolha de informação usou-se o *WHOQOL-ABREVIADO*. A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2011. A maioria dos inquiridos relata ter algum problema com o domínio físico, possivelmente relacionado com a falta de tempo destinado a atividades físicas. O profissional de medicina dedica-se ativamente numa jornada de trabalho stressante e cansativa, acabando nas horas de folga por dar prioridade a outras atividades, como seja a família, o lazer, e até mesmo o descanso. Jornadas de trabalho cansativas e pouco incentivo financeiro, e até mesmo o plano de carreira, acabam causando insatisfação profissional.

Palavras-chave - Qualidade de vida; médicos; Roraima; saúde.

QUALITY OF WORK LIFE OF PRIMARY CARE PHYSICIANS OF STATE OF RORAIMA (BRAZIL)

ABSTRACT- The World Health Organization defines Quality of Life as the individual's perception of their position in life, in the context of culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. This study aimed to assess the Quality of Work Life of doctor's in primary care in the Roraima State (Brazil), from the perspective of job satisfaction. 62 physicians participated in the study (43 teams from the city of Boa Vista and 19 teams of municipalities in the State). Among the respondents, 48,4% are female and 36,1% are aged, *ex aequo*, between 28 and 39 years and between 40 and 49 years. To collect information we used the *WHOQOL-BREF*. Data collection was performed by the master's degree between July and August 2011. Most respondents reported having a problem with this aspect of this fact, possibly related to the lack of time devoted to physical activities; the professional actively engaged in a journey of stressful and tiring to work in their spare time just prioritizing other activities, such as family, leisure, and even rest. Tiring work hours and little financial incentive and even the career plan, end up causing job dissatisfaction.

✉ Universidade Federal de Roraima, Brasil; email: betoliv@ibest.com.br

Keywords - Quality of life; doctors; Roraima; health.

Recebido em 28 de Maio de 2013/ Aceite em 20 de Março de 2014

Na atualidade, a Qualidade de Vida (QdV) é entendida como o sentimento do sujeito acerca do lugar que ocupa na vida, na perspectiva cultural e classes de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, anseios, comportamentos e reflexões (WHOQOL Group, 1995). A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntou profissionais experientes de vários países, que após múltiplas reuniões definiram QdV como a compreensão do sujeito de sua atuação na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 2005).

O conceito QdV envolve uma variedade de questões que podem alterar a percepção do sujeito, seus sentimentos e comportamentos incluindo, mas não se limitando a elas, a sua condição de saúde e as intervenções médicas. Portanto, a idealização de QdV assume aos olhos de cada observador os contornos da sua sensibilidade, da sua cultura, da sua condição socioeconômica, dos seus planos, e das suas metas e frustrações (Moreira, 2001). Assim, por intermédio dos seus instrumentos de avaliação, a OMS não determinou o valor mínimo de QdV aceitável para cada grupo. As análises são feitas por comparação dos valores de cada domínio e determinação dos fatores de influência. Com a intenção de uniformizar critérios da avaliação da QdV, a OMS estruturou um instrumento dirigido para essa finalidade: *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – Brief Form (Whoqol-bref)*.

A QdV no trabalho pressupõe um equilíbrio entre a produção de bens materiais e a realização do trabalhador. Na realidade, ela consiste na aplicação concreta de uma filosofia de humanização através da iniciação de estratégias participativas que transformem um ou vários aspectos do ambiente laboral, com o propósito de evidenciar novas situações no cenário laboral que sejam mais favoráveis à satisfação e ao desempenho dos profissionais no momento de realizarem sua atividade (WHO, 2005).

A denominação QdV no trabalho pode ser definida como a melhoria nas condições laborais –com extensão a todas as ações de qualquer natureza e nível hierárquico – nas variáveis do comportamento, ambiente e organizacional que venham, juntamente com estratégias de recursos humanos condizentes, humanizar o trabalho, de forma a encontrar um resultado adequado, tanto para os profissionais como para a organização. Isto significa diminuir o conflito existente entre o capital e o trabalho (Asaiag, Perotta, Martins & Tempiski, 2010). Vários estudos, em diversas partes do mundo, têm verificado questões stressantes no dia a dia do profissional que atingem a sua QdV. A pesquisa atual difundida pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil mostrou que mais da metade dos médicos apresenta queixas psiquiátricas como, por exemplo, a ansiedade e a depressão, além de cansaço acentuado. Também apontou que 5% destes profissionais sentem falta de esperança, estão infelizes e com ideias suicidas (Enns, Cox, Sareen & Freeman, 2001).

A identificação de características stressantes já no começo da vida acadêmica dos médicos e os seus resultados para a saúde dos acadêmicos vêm sendo pesquisadas. Situações stressantes, como cobranças para assimilar novas condutas, muito volume de novos conhecimentos, escasso tempo para lazer, para desporto, para descanso e para atividades sociais, o contato diário com queixas severas e com a morte no cuidado clínico dos doentes, concorrem diretamente para o desenvolvimento de sinais e sintomas depressivos nos acadêmicos. As diferentes formas de assédio (verbal, institucional, por

risco médico desnecessário, físico e sexual) vividos pelos acadêmicos de medicina, podem elevar o seu stresse (Costa & Pereira, 2005). Como consequência, alguns estudos têm encontrado elevada taxa de suicídio, de depressão, de uso de fármacos controlados, de alterações conjugais e de distúrbios profissionais em médicos e acadêmicos de medicina que podem interferir no cuidado do doente (Rossetto, Skawinski, Coelho, Rossetto Júnior & Bolla, 2000).

Quanto maior a satisfação dos trabalhadores, melhor é a QdV no ambiente laboral. Os sujeitos podem estar mais ou menos satisfeitos, não apenas com os fatores motivacionais e higiênicos, mas também com outras questões, como com a sua própria educação formal, a vida familiar e as oportunidades para desfrutar de atividades culturais, sociais e de lazer. Estes três últimos aspetos estão claramente fora do ambiente de trabalho. No entanto, é inegável o seu papel na saúde psíquica e na produtividade dos técnicos de todos os níveis. No âmbito organizacional, a QdV é uma questão reconhecidamente de grande relevância, pois relaciona-se diretamente com questão da competitividade, do espaço no mercado e da produtividade da empresa. Nesse contexto, a QdV no trabalho pode ser compreendida como o envolvimento de sujeitos, trabalho e organizações, onde a preocupação com o bem-estar do profissional e com a resolutividade da organização são os aspectos mais significantes (Maximiano, 2001).

Este estudo pretende avaliar a QV dos médicos que atuam na atenção básica, no estado de Roraima, sob a ótica de satisfação no trabalho, relacionando os diversos fatores geradores de stresse que modificam a essa QV. A QdV do médico residente é analisada conjuntamente com a privação do sono e o stresse do profissional da saúde.

MÉTODOS

Participantes

A população estudada correspondeu ao número de médicos disponíveis que no momento da aplicação do questionário trabalhavam nas unidades da atenção básica, nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Estado de Roraima (Brasil). Participaram no estudo 43 médicos das 53 equipes em Boa Vista e 19 das 30 equipes dos municípios do interior do Estado, num total de 62 inquiridos (51,6 % do sexo masculino). Cerca de 36% dos participantes, *ex aequo*, tinham idades compreendidas entre 28 e 29 anos e entre 40 e 49 anos.

Material

Utilizámos para este estudo dois questionários. O primeiro, pretendia conhecer as características sociais e demográficas dos médicos, mediante uma adaptação do questionário sociodemográfico de Fernandes (2009). Avaliaram-se fatores fixos, como sexo e percentil de índice de satisfação pessoal ajustado para idade, além do grau de satisfação, do número de horas de atividade profissional.

O segundo corresponde ao questionário da *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-ABREVIADO)* (WHO, 2005), que referencia QdV como um conjunto subjetivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. O *WHOQOL-ABREVIADO* baseia-se nos pressupostos de que a QdV é um conjunto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e negativas (por exemplo, dor).

A versão em português do *WHOQOL* foi desenvolvida no Centro *WHOQOL* para o Brasil, no departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, sob a coordenação de Marcelo Pio de Almeida Fleck (Fleck *et al.*, 2000). É composto por 26 perguntas. As primeiras duas perguntas são sobre QdV enquanto as demais 24 facetas compreendem quatro domínios: físico, psicológico, relação social e meio ambiente (Quadro 1).

Quadro 1.
Distribuição das facetas pelos domínios.

Domínios do WHOQOL-bref	Facetas do WHOQOL-bref
Domínio 1 – Domínio físico	3. Dor e desconforto 4. Energia e fadiga 10. Sono e repouso 15. Mobilidade 16. Atividades da vida cotidiana 17. Dependência de medicação ou de tratamentos 18. Capacidade de trabalho
Domínio 2 – Domínio psicológico	5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração 7. Auto-estima 11. Imagem corporal e aparência 19. Sentimentos negativos 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 – Relações sociais	20. Relações pessoais 21. Suporte (Apoio) social 22. Atividade sexual
Domínio 4 – Meio ambiente	8. Segurança física e proteção 9. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/clima) 25. Transporte

A resposta a cada pergunta faz-se numa escala descritiva de 5 pontos, conforme os dois exemplos que se apresentam:

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
23	Quão satisfeito(a) está você com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5

Procedimento

A pesquisa foi autorizada pelo Comité de Ética da Faculdade Roraimense de Ensino Superior, de Boa Vista (Roraima) e pelo Secretário Estadual de Saúde do Governo Estadual de Roraima (Brasil). Os participantes, depois de esclarecidos sobre o estudo, firmaram um termo de consentimento livre. A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2011. Os questionários foram aplicados diretamente pelo primeiro autor deste

estudo, sob a orientação científica dos demais autores. A aplicação fez-se antes de iniciar o atendimento no período matutino, num ambiente sossegado e tranquilo.

A informação foi tratada no *IBM SPSS Statistics 20.0*. Os dados foram pré-processados através do auto-escalamento onde se verificou os valores da média e dividiu-se cada um pelo desvio padrão, de forma que todas as variáveis passam a ter a mesma importância. Utilizamos uma ANOVA aos dados obtidos neste estudo, para nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Nesse trabalho utilizamos o qui-quadrado para variáveis nominais e a tabela ANOVA para variáveis intervalares e K amostras.

RESULTADOS

Com relação ao sexo, não houve diferença significativa entre os valores médios analisados com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). Nos estudos de Machado (1999) mostrou que 70,6% dos médicos são homens, dado semelhante ao conjunto do país (69,8%). Apesar da medicina continuar a ser exercida, na sua maioria, por profissionais do sexo masculino (73,7%), existe uma tendência de aumento no número de profissionais do sexo feminino. Os dados de Machado (1999) corroboram com os nossos encontrados em Boa Vista. Assim, na pesquisa da saúde dos médicos do Brasil (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007) o sexo masculino representa 62,9%. Esta tendência também se confirma na pesquisa acerca da demografia médica do Brasil com 60,1% (Scheffer, 2011).

No que diz respeito à faixa etária, é entre 28 e 49 anos de idade onde se encontra a maior quantidade de médicos em atividade profissional, correspondendo a 72,2%. Nessa mesma faixa etária na pesquisa da saúde dos médicos do Brasil (Barbosa et al., 2007) encontra-se 53,1%, que corresponde ao período da vida mais produtiva do médico. Em relação ao estado civil, a maioria dos profissionais entrevistados é casado ou em união de facto (62,9%). Possivelmente, esta relação afetiva é importante para diminuir o stress no ambiente laboral e o relacionamento com os outros profissionais no ambiente de trabalho. Este fato é comprovado também na pesquisa da saúde dos médicos do Brasil, onde a vida conjugal é preferida para 75,6% (Barbosa et al., 2007).

Observou-se a predominância de médicos que mora com seus familiares (75,8%), confirmando os resultados encontrados no estudo realizado na Saúde dos Médicos do Brasil (Barbosa et al., 2007; Fernandes, 2009). Esta característica está provavelmente ligada ao facto de que estes profissionais reagem e lidam melhor com o stress próprio do dia a dia no trabalho da ESF quando a família está no lar, aguardando seu retorno após de uma jornada cansativa e stressante. O aconchego da família é, provavelmente, um fator importante na tranquilidade deste profissional nas horas de sossego em sua residência.

Neste estudo, 22,6% dos participantes vive sem dependentes; 33,9% com 1-2 dependentes; 37,1% com 3-4; e 6,5% com cinco ou mais dependentes. De acordo com Barbosa e Aguiar (2008), a baixa taxa de permanência do profissional em sua função ameaça o impacto e os resultados da ESF, prejudica a criação de vínculos de confiança entre os profissionais, usuários e suas famílias e com a comunidade. A existência do número de dependentes pode supor compromissos que requerem maior estabilidade, contribuindo para fixação dos profissionais no município de atuação.

No item referente a vínculo empregatício na ESF, observou-se que 82% dos inquiridos possuem contrato provisório. Num contexto de globalização, de grande concorrência de mercado, não ter contrato fixo provavelmente pode significar um elemento indutor de stress. Nesta pesquisa, 61,3% dos profissionais afirmaram ter dois vínculos. Os

profissionais da saúde por possuírem duplo vínculo empregatício, estão cada vez mais sujeitos ao stresse, afetando os ambientes laborais, a QdV no trabalho, com sobrecarga, conflito de funções e desvalorização profissional (Santos *et al.*, 2010).

No item referente à carga horária na ESF, constatou-se que 75,8% tem atribuídas oito horas de trabalho; todavia sabe-se que nas condições em que os médicos trabalham em Boa Vista, a jornada de trabalho pode representar uma tensão, visto que faltam medicamentos, estrutura adequada e material, estando expostos a um estado de stresse pelas próprias condições de trabalho existentes. Assim, ambientes de trabalho impróprios, conforto mínimo para laborar oito horas diárias, salários insuficientes, turnos extenuantes, falta de lazer, configuram-se em stressores poderosos que atingem o médico (Barbosa *et al.*, 2007).

O médico com especialização, nesta pesquisa, corresponde a 64%, sendo a nível do país 55,1% (Scheffer, 2011). Este é, possivelmente, um fator positivo para o profissional lidar com o stresse do ambiente laboral e melhora a QdV no trabalho, segundo Gouveia, Lins, Freires, Gomes e Lima (2009). Os médicos até 20 anos de graduação representam 79,4%, nesta pesquisa. O tempo de graduação é um fator que influi sobre a QdV no trabalho e na segurança do profissional para desenvolver suas atividades cotidianas com menos stresse devido provavelmente à experiência no trabalho (Amaral, 2010).

A pós-graduação (mestrado e doutoramento) dos médicos participantes representa um quantitativo baixo nesta pesquisa, com um valor de 1,6%, dados que estão na continuidade da distribuição de pós-graduados em medicina no Brasil (Teixeira, Gonçalves, & Botelho, 2011), onde se mostra que existem em Roraima, por cada 100 mil habitantes, 2,84 mestres e 1,98 doutores. Observa-se uma grande desigualdade entre as regiões, podendo ser explicada pela atribuição desigual de recursos. O sudeste do Brasil, por exemplo, recebeu em 2002 cerca de 54% dos recursos provenientes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, enquanto que a norte foi atribuído, apenas, 2,4% (Teixeira *et al.*, 2011). Esta situação não estimula o médico e piora a QdV no ambiente de trabalho, devido à falta de uma política adequada de educação permanente para este profissional.

O salário mensal na ESF é de Real 5000,00 R\$ a 10 000,00 R\$ por 40 horas semanais, o que corresponde a 85,4% dos inquiridos. Referente ao salário mensal de todos, os empregados (63,3%) responderam estar entre Real 10 000,00 R\$ a 20 000,00 R\$ por 40 horas semanais. Isto significa que, para chegar a este salário, o profissional em Roraima tem mais de dois vínculos e ainda fazer turnos noturnos em ambientes de trabalho stressantes e com falta de recursos humanos e materiais, como se evidencia nas condições atuais da ESF, onde as equipes são insuficientes para atender a população e a falta de medicamentos e outros insumos são frequentes (CRM-RR, Março 2012). Verificamos que a satisfação é baixa.

As respostas em relação à satisfação no ambiente de trabalho, corresponderam entre muito pouco e médio, que representam, juntas, 80,6%. Tal deve-se, possivelmente, à crença dos médicos na melhoria das condições de trabalho, mais não é o que vem acontecendo, conforme atesta o relatório da comissão de fiscalização do Conselho Regional de Medicina (CRM-RR, Março 2012). Ao comentar acerca das boas condições de trabalho, as respostas mais frequentes foram muito pouco e médio que correspondem, juntas, a 80,6%, devido às precárias condições de estrutura física, falta de contribuições e de medicamentos nas unidades de atenção básica (CRM-RR, Março 2012).

QUALIDADE DE VIDA

Podemos assim concluir que, o grau de satisfação dos médicos, em relação ao ambiente de trabalho, é baixo, podendo interferir no nível de acometimento de stresse. O resultado anterior é corroborado pelo resultado do item referente às boas condições de trabalho, onde ficou constatado que 50% está pouco satisfeito com as condições de trabalho.

Em relação às variáveis sociodemográficas quando relacionadas, ou associadas aos domínios, verificamos não haver diferenças estatisticamente significativas. Exceção para o estado civil quando testado com os domínios físico e meio-ambiente. Nestes dois casos o valor p , na ANOVA, mostrou significância estatística. Valores p de 0,02 para a variável independente estado civil quando confrontadas as variáveis dependentes domínio físico e ambiente de trabalho respectivamente, o que indica que o fato de ser casado, não casado, divorciado ou separado tem diferenças significativas para os domínios físico e meio ambiente. As variáveis, sexo, faixa etária, com quantas pessoas mora e o número de dependentes não apresentou significância com qualquer dos domínios. Verificou-se não haver diferenças estatisticamente significativas em à relação às variáveis dos aspectos profissionais, e à sua associação aos domínios, a não ser para o tempo de graduação com o domínio das relações sociais. O valor de p encontrado é de 0,01. O domínio geral mostra uma associação significativa quando relacionada com a variável das horas trabalhadas na ESF com valor p de 0,02. Podemos, também, aceitar por um processo de aproximação uma associação significativa do domínio geral com a variável dos múltiplos vínculos empregatícios, já que o valor p apresentado nesta associação é de 0,05.

No que diz respeito à relação das variáveis do salário mensal na ESF e de todos os empregados, não existem diferenças estatisticamente significativas com nenhum dos domínios. Observou-se que a satisfação das necessidades familiares com o salário da ESF é estatisticamente significativa quando relacionados a todos os domínios, com exceção do domínio físico. As variáveis satisfação com o ambiente de trabalho e as boas condições de trabalho, mostram significância com todos os domínios, inclusive o domínio geral. Todas essas relações mostram valores p significativos a 0,05. Isso significa que todos os domínios mostram valores médios diferentes quando os inquiridos escolhem resultados distintos para aspectos do trabalho como satisfação com o ambiente laboral e boas condições de trabalho.

Utilizámos, também, o coeficiente de fidedignidade de *Cronbach* (Quadro 2).

Quadro 2
Consistência interna dos domínios do WHOQOL-bref

<i>WHOQOL-bref</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>	N.º de casos	N.º de itens
26 facetas	0,93	60	26
Domínio físico	0,84	62	7
Domínio meio ambiente	0,77	61	8
Domínio psicológico	0,79	61	6
QdV geral	0,57	62	2
Domínio relações sociais	0,82	62	3

Fonte: a própria pesquisa.

O conjunto das 26 facetas têm uma consistência interna mais satisfatória 0,93, correspondendo a maior homogeneidade dos itens que constituem os domínios/facetatas. Seguindo este raciocínio, observamos valores altos nos itens dos domínios físicos (0,84), relações sociais (0,82), psicológico (0,79) e meio ambiente (0,77). São considerados satisfatórios os valores maiores ou iguais a 0,7, evidenciando maior consistência interna do questionário para esses profissionais. O domínio geral apresenta um valor para o

coeficiente *Alfa de Cronbach* de 0,57, considerado baixo pela literatura, porém justificado pelo baixo número de itens deste domínio (2). De forma geral, os valores dos coeficientes indicam uma consistência interna satisfatória. O domínio QdV geral quando analisado individualmente apresenta o menor valor. Ressalte-se que o domínio QdV geral é conformado por dois itens, o que determina necessariamente transtorno (fragilidade) no desempenho de tal metodologia de análise, também detetada por Fleck (2008).

Os resultados relativos à satisfação com a saúde dos médicos são apresentados no quadro 3.

Quadro 3
satisfação com a saúde dos médicos

Questão	Opções de resposta	N	%
Como você avaliaria sua QdV?	1 - muito ruim	4	6,5
	2 - ruim	10	16,1
	3 - nem ruim nem boa	25	40,3
	4 - boa	22	35,5
	5 - muito boa	1	1,6
	<i>M</i>		13,1
	<i>DP</i>		5,7
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1 - muito insatisfeito	3	4,8
	2 - insatisfeito	28	45,2
	3 - nem satisfeito nem insatisfeito	12	19,4
	4 - satisfeito	16	25,8
	5 - muito satisfeito	3	4,8
	<i>M</i>		11,3
	<i>DP</i>		6,5

Fonte: a própria pesquisa.

No quadro 3, em relação à satisfação com a sua saúde, 50% dos inquiridos revela-se muito insatisfeito ou insatisfeito. O entendimento que provavelmente se tem é que o profissional de saúde deve ter sempre uma boa satisfação com a sua saúde, como condição de um bom exercício profissional. Porém, os médicos são pessoas como quaisquer outros profissionais e, provavelmente, susceptíveis de adoecer quando trabalham sem condições e ambientes estressantes (Barbosa *et al.*, 2007). Os resultados relativos aos respectivos domínios para os valores transformados 4-20 e 0-100 são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4
Resultados dos respectivos domínios para os valores transformados 4-20 e 0-100

Domínio	ET 4-20				ET 0-100			
	Min.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>
Físico	9,1	19,4	13,6	2,7	32,1	96,4	59,9	16,6
Psicológico	7,3	18,7	13,6	2,7	20,8	91,7	60,3	16,7
Relações sociais	5,3	20,0	13,2	3,4	8,3	100,0	57,5	21,1
Meio ambiente	7,0	17,5	11,6	2,3	18,8	84,4	47,7	14,4
Geral	4,0	18,0	11,8	3,3				

Fonte: da própria pesquisa.

No Quadro 4 a média dos valores transformados (ET 4-20) do domínio Geral é de 11,8, com desvio padrão de 3,3. O domínio Meio ambiente apresentou a menor média com 11,6. Estes dados são também corroborados pela pesquisa do ambiente de trabalho, com valor

QUALIDADE DE VIDA

reduzido para este domínio, por Fernandes (2009). Estes valores estão abaixo da faixa de neutralidade (12), com tendência à valoração negativa, traduzindo QdV insatisfatória, ou seja, muito impacto negativo ou presença de impacto negativo dos domínios Meio ambiente (ambiente de trabalho) e Geral na QdV.

Os demais domínios apresentaram o valor aproximado de 13 (ET 4-20). Porém, quando observamos a dispersão de opinião a partir da média do desvio padrão, o domínio das relações sociais apresenta o valor de 3,4 como a maior medida de dispersão das opiniões. Neste domínio, observamos valores transformados próximos ao valor mínimo com 5,3 e no valor máximo de 20, visto que, tivemos domínios que atingiram valores altos. Quanto mais alto o valor, melhor a QdV naquele domínio (Ferreira, 2008).

Utilizámos a estatística multivariada para estimar variações no domínio Geral, e variações nos demais domínios. No Quadro 5 apresentam-se os resultados relativos ao coeficiente de correlação entre os diferentes domínios, para a amostra ($n = 62$).

Quadro 5
Correlação entre os diferentes domínios

	OVERALL	Físico	Psicológico	Social	Trabalho
OVERALL	-				
Físico	0,61*	-			
Psicológico	0,67*	0,67*	-		
Social	0,55*	0,58*	0,67*	-	
Trabalho	0,68*	0,57*	0,63*	0,61*	-

Fonte: própria pesquisa. * $p < 0,01$.

NO coeficiente de correlação (r) entre os diferentes domínios e o domínio Geral (**OVERALL**) indica a maior correlação entre o domínio Meio ambiente de trabalho e o Geral com 0,68. Podemos afirmar que entre o domínio Meio ambiente do trabalho do médico e o domínio Geral onde esta incluída a QdV global e saúde do médico existe uma correlação fortemente positiva. Assim, o ambiente de trabalho (condições de trabalho inadequadas) relaciona-se com a QdV no trabalho do médico da atenção básica no estado de Roraima. Observamos, também, elevada correlação do domínio Geral com os domínios Físico e Psicológico. Tal significa a existência de um grau de associação destas variáveis. Podemos afirmar que os estados físico e psicológico (possivelmente stresse) do médico influenciam a QdV no trabalho e a saúde do médico no estado de Roraima.

A mais baixa correlação é observada no domínio das Relações sociais com o domínio Geral, com o valor de 0,55. Salientamos, porém, que todos apresentam significância, ou seja, diferentes de zero com valor $p < 0,01$. A probabilidade, ao afirmar a existência de uma correlação positiva entre os quatro domínios e o Geral, é inferior a 1%, de estarmos errados nesta afirmação.

DISCUSSÃO

Com este estudo, observou-se a presença de fatores geradores de stresse que modificam a QdV dos médicos, como a insatisfação com o ambiente e as condições de trabalho a que estão submetidos na procura de melhorar o seu rendimento familiar. Desta forma, é reportada como má a QdV no ambiente de trabalho e a existência de condições precárias

de atendimento, procura excessiva e cansativa de pacientes, gerando stresse e angústias nestes profissionais.

Referente ao objetivo geral verificou-se que a QdV no trabalho dos médicos que atuam na atenção básica no estado de Roraima, sobre a ótica de satisfação, não é aceita como adequada. É antes sentida, como ambiente stressante pela maioria de médicos participantes neste estudo, identificando alguns fatores listados a seguir: falta de recursos materiais, de medicamentos, de material para curativos; falta de recursos humanos (as equipes de saúde da família são insuficientes para atender à procura crescente em Boa Vista e no estado de Roraima, devido à falta de médicos); falta de infraestruturas adequadas das unidades de saúde; falta de um centro de referência com especialidades médicas, funcionando a referência e contra referência para as queixas mais prevalentes; e falta de manutenção das unidades de saúde. Todas estas carências determinam que o médico assuma responsabilidades que não são da sua competência, acabando sobrecarregando no seu trabalho. A jornada de trabalho é extensa e intensa expondo o profissional a riscos de sua saúde com sobrecarga física extenuante e desgastante, fator que compromete a QdV no trabalho, dos médicos desta região, que não é diferente as condições existentes nos municípios do interior do estado.

Outro objetivo foi descrever que fatores influenciam a QdV no trabalho dos médicos da atenção básica, que apresentou os seguintes resultados: stresse no ambiente laboral; inadequadas condições de trabalho; más estruturas físicas das unidades de saúde; contrato de trabalhos precários; multiplicidades de vínculos; falta de cursos profissionalizantes que qualifiquem e valorizem o profissional. Na sequência, analisámos aspetos laborais que produzem melhorias na QdV no trabalho dos médicos da atenção básica. Foi apontado o bom relacionamento entre os colegas e integrantes da ESF.

A insatisfação na atividade laboral acaba compondo uma situação stressante, que é resultado da interação entre profissionais, os seus valores pessoais, as expectativas com o ambiente e a organização do trabalho. O impacto do trabalho nos profissionais compreende as repercussões dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar do conjunto.

REFERÊNCIAS

- Amaral, J. (2010). A qualificação do ambiente de trabalho. *Jornal do Clínico da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 92, 25.
- Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. A., & Tempski, P. (2010) Avaliação da QV, sonolência diurna e burnout em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34, 422–429. doi:org/10.1590/S0100-55022010000300012
- Barbosa, S. P., & Aguiar, A. C. (2008). Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia de saúde da família em Ipatinga – Minas Gerais. *Revista de Atenção Primária de Saúde*, 11, 380-388.
- Barbosa, G. A., Andrade, E. O., Carneiro, M. C., & Gouveia, V. V. (2007). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina.
- Costa, L.S. M., & Pereira, C. A. A. (2005). O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29, 185-90.
- CRM-RR – Conselho Regional de Medicina de Roraima (2012). O retrato da saúde no Sul do Estado. *Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de RR*, 32, 8.

QUALIDADE DE VIDA

- Enns, M. W., Cox, B.J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education*, 35, 1034-1042. doi: 10.1111/j.1365-2923.2001.01044.x
- Fernandes, J. S. (2009). *Qualidade de Vida dos Enfermeiros das Equipes Saúde da Família. Dissertação de mestrado*. Uberaba, MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
- Ferreira, N. do N. (2008). *O nível de Qualidade de Vida dos fisioterapeutas do complexo de saúde do campus da Unicamp*. Dissertação de mestrado. São Paulo, SP : Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pizon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 2, 178-183. doi: org/10.1590/S0034-89102000000200012
- Fleck, M.P., (Org.)(2008). *A avaliação de QV. Guia de profissionais da saúde*. Porto Alegre, RS: Artemed.
- Gouveia, R., Lins, Z., Freires, L., Gomes, A., & Lima, T. (2009). Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina*, 17, 267-280.
- Machado, M. H. (Coord.) (1999). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro,RJ: FIOCRUZ.
- Maximiano, A. (2001). *Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada* (2.^a ed). São Paulo,SP: Atlas.
- Motta, V . (2006). *Bioestatística* (2.^a ed.). Rio Grande do Sul, RS: Editora da Universidade de Caxias do Sul.
- Moreira, W. (2001). *Qualidade de vida: complexidade e educação*. Campinas,SP: Papirus.
- Reis, L., Torres, G., Reis, L., Oliveira, L., & Sampaio, L. (2007) Avaliação da qualidade de vida em idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Iniversidade Estadual do Sudoeste da Bahia*, 2, 64-76.
- Rossetto, M., Skawinski, L., Coelho, A., Rossetto Júnior, J., & Bolla, K. (2000) Avaliação das características psicológicas dos estudantes de medicina por meio do método de Rorschach. *Psikhe*, 5, 41-51.
- Santos, F., Cunha, M., Robazzi, M., Pedrão, L., Silva, L., & Terra, F. (2010). O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Saúde Mental e Drogas*, 6, 1-16.
- Scheffer, M. (Coord.) (2011). *Demografia médica no Brasil. Dados gerais e descrições de desigualdades*. Relatório de pesquisa (Vol. 1). São Paulo, SP: Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Teixeira, R., Gonçalves, T., & Botelho, N. (2011). A distribuição dos pós-graduados em medicina no Brasil: realidade atual. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40, 47-51.
- Tempski, P. (2008). *Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. Tese de doutorado. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Vieira, S. (2012) *Estatística Básica I*. São Paulo,SP: Editora Cengage Learning.
- WHO – World Health Organization (2005). *The WHOQOL group. Measuring quality of life*. [Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf, consultado em 01/02/2013].

WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 10, 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K