



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Educação**

*Área de Especialização em Educação para a Saúde*

**Dissertação**

**CONTRIBUTO PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS  
MÉDICOS ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE  
RORAIMA (BRASIL)**

Alberto Ignacio Olivares Olivares

Orientador: Prof. Doutor Jorge Bonito

Coorientador: Prof. Doutor Rozinaldo Galdino da Silva

Boa Vista, Roraima, Brasil

2013

**Mestrado em Educação**

*Área de Especialização em Educação para a Saúde*

**Dissertação**

**CONTRIBUTO PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO  
DOS MÉDICOS ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO  
DE RORAIMA (BRASIL)**

Alberto Ignacio Olivares Olivares

Orientador: Prof. Doutor Jorge Bonito

Coorientador: Prof. Doutor Rozinaldo Galdino da Silva



## DEDICATÓRIA

Ao ser supremo que nos deu o sopro da vida

Aos nossos pais, pelo seu amor e fonte constante de superação.

A nossa esposa, pela compreensão para com a ausência provocada por este trabalho.

E, sobretudo, por esse amor que permeia, preenche e justifica cada segundo das nossas vidas.

Aos nossos filhos, fonte inesgotável de inspiração.

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.”  
(Paulo Freire, 1970).

## **AGRADECIMENTOS**

A equipe, da Estratégia Saúde da Família da micro-área 2,3, agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeira, cirurgiã-dentista, diretora e todos os trabalhadores da saúde do Centro de Saúde São Vicente, coordenação municipal da Atenção Básica de Boa Vista, colegas plantonistas e trabalhadores da saúde do Hospital da Criança, Hospital Geral de Roraima, Secretaria (o) Municipal e Estadual de Saúde, Prefeito de Boa Vista e Governador do Estado.

Aos nossos professores do Mestrado, pelos ensinamentos transmitidos durante este período de tempo que caminhamos juntos, onde conseguiram passar suas importantes experiências.

Ao nosso Orientador o Prof. Doutor Jorge Manuel Rodrigues Bonito, pelo contributo de suas observações.

Ao nosso Coorientador o Prof. Doutor Rozinaldo Galdino da Silva, pelo seu valioso tempo dispensado para com esta dissertação.

Ao Prof. Dr. Romanul do NECAR da UFRR, pelo suporte estatístico para com esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. José Francisco Luitgards-Moura do Núcleo OBSERVAR da UFRR, pelo incansável estímulo para início e conclusão deste trabalho.

## RESUMO

Contributo para a qualidade de vida no trabalho dos médicos atuantes na atenção básica no estado de Roraima (Brasil)

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O conceito de qualidade de vida é multifatorial e reúne um grande conceito com vários componentes e condições pessoais e sociais. Apesar de não ter um consenso comum à qualidade de vida é uma avaliação subjetiva do estado da saúde, cuidados sanitários e promoção da saúde sobre a capacidade do indivíduo de se manter em bom funcionamento e bem-estar. Assim, as dimensões mais importantes que relacionam qualidade de vida e saúde são: função social, física, cognitiva, mobilidade, cuidado pessoal e estabilidade emocional. Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida dos médicos que atuam na atenção básica, no estado de Roraima (Brasil), sob a ótica de satisfação no trabalho, num total de 62 clínicos. Este estudo foi de natureza quantitativa, qualitativa, descritiva e interpretativa. Utilizamos um questionário para avaliação da qualidade de vida da *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-ABREVIADO)*, que referencia qualidade de vida como um conjunto subjetivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas e outro questionário sócio- demográfico para conhecer mais estes profissionais. A coleta de dados foi realizada entre Julho e Agosto de 2011. Podemos verificar que à maioria dos médicos estudados estão na faixa dos 28 a 49 anos de idade. Não houve diferença significativa entre os escores médios analisados com intervalo de confiança de 95%. A maioria dos entrevistados relatou ter algum problema com o domínio físico, possivelmente relacionado com a falta de tempo destinado a atividades físicas; o profissional se dedica ativamente numa jornada de trabalho estressante e cansativa que nas horas de folga acaba priorizando outras atividades, como família, lazer, e até mesmo 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.

## **ABSTRACT**

*Contribution to quality of work life for physicians working in primary care in the State of Roraima (Brazil)*

*The World Health Organization (WHO) 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. The concept of quality of life is multifactorial and brings a great concept with several components and personal and social conditions. Although not a common consensus on the quality of life is studied as a subjective assessment of health status, health care and health promotion on the individual's ability to maintain well-functioning and well-being. So the most important dimensions that relate quality of life and health are: the social, physical, cognitive, mobility, personal care and emotional stability. This study aimed to assess the quality of working life of doctors working in primary care in the state Roraima (Brasil), from the perspective of job satisfaction. This study was quantitative, qualitative, descriptive and interpretative. We used a questionnaire to assess quality of life of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), which refers to quality of life as a whole subjective, multidimensional and consists of positive and negative dimensions. Data collection was performed by the master's degree between July and August 2011. We can see that the majority of doctors are studied in the range of 28 to 49 years of age. There was no significant difference between the average scores analyzed with a confidence interval of 95%, ie, the scores do not differ. 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.*

**Keywords:** *Quality of life. Doctors. Roraima, Health.*

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANOVA	Análise de Variância
CAP	Centro de Atenção Primária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST-RR	Centro de Referencia de Saúde do Trabalhador de Roraima
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRS	Comissão Nacional de Reforma sanitária
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRM	Conselho Regional de Medicina
EC-29	Emenda Constitucional 29
ESF	Estratégia Saúde da Família
HC	Hospital da Criança
HCM	Hospital Coronel Mota
HGR	Hospital Geral de Roraima
HMINSN	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaret
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
ISP	Índice de Satisfação Pessoal
MGF	Medicina Geral e Familiar
MPF	Ministério Público Federal
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde

QV	Qualidade de vida
QVT	Qualidade de vida no trabalho
SEBRAE-RR	Serviço Brasileiro de Apoio às micro e pequenas empresas-RR
SEMSA/BV	Secretaria Municipal de Saúde de Boa vista
SEPLAN-RR	Secretaria de Planejamento do Estado de Roraima
SESAU/ RR	Secretaria Estadual de Saúde Roraima
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINDIMED	Sindicato dos Médicos
SINDIMED-MG	Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais
SPSS	Statistical Package for de Social Sciences
UBA	Unidade Básica de Atenção
UFRR	Universidade Federal de Roraima
ULS	Unidades Locais de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Found
WHO	World Health Organization
WHOQOL - BREF	World Health Organization Quality of Life – abreviado

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Descrição das variáveis sócio-demográficas.....	<b>52</b>
Tabela 2:	Descrição das variáveis segundo aspectos profissionais.....	<b>54</b>
Tabela 3:	Descrição das variáveis segundo renda e satisfação com aspectos do trabalho.....	<b>56</b>
Tabela 4:	Distribuição dos escores médios dos domínios de QV, segundo variáveis sócio-demográficas.....	<b>57</b>
Tabela 5:	Distribuição dos escores médios dos domínios de QV, segundo aspectos profissionais.....	<b>59</b>
Tabela 6:	Distribuição dos escores médios dos domínios de QV, segundo renda e satisfação com aspectos do trabalho.....	<b>60</b>
Tabela 7:	Valores obtidos para o Coeficiente Alfa de Cronbach para o WHOQOL-bref aplicado ao grupo de médicos da ESF do Estado de Roraima – 2011.....	<b>62</b>
Tabela 8:	Frequências de respostas e medidas descritivas das duas primeiras questões do WHOQOL-bref aplicado ao grupo de médicos da ESF do estado de Roraima – 2011.....	<b>62</b>
Tabela 9:	Valores mínimos, máximos, escores médios, desvios padrões dos respectivos domínios para os escores transformados 4-20 e 0-100....	<b>63</b>
Tabela 10:	Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios na amostra total n=62).....	<b>65</b>

## SUMÁRIO

<b>1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1 Introdução.....	12
1.2 Contexto da pesquisa.....	19
1.3 Plano geral da dissertação.....	20
1.4 Contexto geral da investigação.....	20
1.5 Problema de investigação .....	21
1.6 Objetivos do estudo.....	25
1.6.1 Objetivos gerais.....	25
1.6.2 Objetivos específicos.....	25
1.7 Importância do estudo.....	25
1.8 Limitações do estudo.....	31
<b>2. CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>32</b>
2.1 Introdução .....	32
2.2 Caracterização do Sistema Único de Saúde.....	36
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>44</b>
3.1 Introdução .....	44
3.2 Caracterização geral do estudo.....	44
3.2.1 Caracterização do desenho de investigação.....	45
3.3 População e Amostra.....	46
3.4 Validação do questionário.....	50
3.4.1 Análise dos dados.....	50
<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
<b>5. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES PARA A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE (S).....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO (S).....</b>	<b>103</b>

## 1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

### 1.1 Introdução

As atividades laborais são identificadas por um conjunto de demandas de espécie biológica, psicológica, ambiental e social. O aparecimento de agravos relacionados ao trabalho é uma situação importante para pesquisas na compreensão das características da organização e da estrutura do trabalho do homem na produção de bens e serviços. Tipificando o lugar do homem na questão do trabalho e buscando encontrar as interfaces entre as características relacionadas ao funcionamento do organismo e o ambiente de trabalho, entendem-se o desenvolvimento de um conjunto de características, causas e consequências, reações pessoais e de conjunto próprios do desenvolvimento de agravos ou alterações relacionadas à baixa da qualidade de vida no trabalho e bem-estar do trabalhador (Formighieri, 2003).

Na atualidade, QV é entendida como: o sentimento do sujeito acerca de seu 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 Grup, 1995).

Neste capítulo mostram-se os objetivos da pesquisa e discute-se QV, assim como a contextualização teórica da investigação de forma a mostrar a importância e atualidade da mesma como problemática vivenciada pelos médicos no Brasil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntou profissionais experientes de vários países, que após múltiplas reuniões definiram qualidade de vida 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 (OMS, 2005).

O problema de construir uma definição para QV relaciona-se com a multidimensionalidade e subjetividade próprias desta questão. A subjetividade considera as percepções do cidadão no seu contexto de vida individual, seus objetivos e aspirações, que são muitas vezes estimuladas por aspectos culturais. Logo, a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa. Porquanto, a multidimensionalidade está referida às diferentes dimensões físicas, psicológicas, de relações pessoais e de trabalho, do meio ambiente e de recursos financeiros, dimensões estas que a influenciam. Existe a tendência de utilizar essas dimensões combinadas para se alcançar um conceito (Seidl & Zannon, 2004).

O conceito QV envolve uma variedade de questões que podem alterar a percepção do sujeito, seus sentimentos e comportamento, incluindo mais não se

limitando a elas, sua condição de saúde e as intervenções médicas. Portanto, a idealização de QV assume aos olhos de cada observador os contornos de sua sensibilidade, sua cultura, sua condição socioeconômica, planos metas e frustrações (Moreira, 2001).

Assim, por intermeio de seus instrumentos de avaliação, a OMS não determinou o valor mínimo de QV aceitável para cada grupo. As análises são feitas por comparação dos escores de cada domínio e determinação dos fatores de influência. Neste estudo, a QV do médico residente foi analisada conjuntamente com a privação do sono e o estresse do profissional da saúde. A privação do sono a que o residente se submete pode levar à deterioração mental, psicológica e física, com diminuição da capacidade de raciocínio, da capacidade de reter informações, de resolução de problemas e da interpretação de exames. Esta privação é interpretada como um grande símbolo de dedicação à profissão médica, o que, em curto prazo, parece aumentar a produtividade tanto nos estudos como no atendimento, mas à longo prazo provoca diminuição da produtividade, déficit cognitivo, desmotivação, desordens psiquiátricas menores, enfim, prejuízo da saúde geral e da QV no trabalho (Lourenção, 2009).

A relação entre sonolência diurna e queda da QV, foi identificada por Tempski (2008) que exclamou, qualidade de vida é uma definição que, nos últimos decênios, tem sido foco de muita importância tanto na bibliografia especializada, como entre os leitores em geral. Com relação a seu constante uso, não temos ainda uma conceituação expressamente aceita. Na bibliografia específica, observa-se que se trata de um conceito muito estruturado, multifatorial que adota uma variedade de definições, com diferentes estratégias teóricas e diversos processos para aferição da definição.

A QV 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 (OMS, 2005).

A denominação QV no trabalho foi introduzida no início da década de 1970. Qualidade de vida no trabalho pode ser conceituada como 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 et al., 2010).

Abraham H. Maslow, estudioso da questão, defende a opinião de que existe uma hierarquia de prioridades, a qual é representada por cinco necessidades fundamentais: fisiológicas, segurança, amor, estima e auto - realização. Douglas McGregor, autor da teoria X, caracterizada por um estilo autocrático que pretende que os sujeitos façam exatamente aquilo que a empresa pretende que elas façam de forma similar a Administração Científica de Taylor, a Clássica de Fayol e a Burocrática de Weber, considera que o compromisso com os objetivos depende das recompensas à sua consecução, e que o homem não só aprende a aceitar as responsabilidades como passa a procurá-las (Reis et al., 2007).

Com a intenção de uniformizar critérios a avaliação da QV, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estruturou um instrumento dirigido para essa finalidade: World Health Organization Questionnaire for Quality of Life – Brief Form (Whoqol-bref). Vários estudos em diversas partes do mundo têm verificado questões estressantes no dia a dia do profissional que atingem sua QV. Pesquisa atual difundida pelo Conselho Federal de Medicina mostrou que mais da metade dos médicos no Brasil apresenta agravos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, além de estafa. Também aponto que 5% destes profissionais sentem falta de esperança estão infelizes e com ideias suicidas (Enns, Sareen, & Freeman, 2001).

A identificação de características estressantes já no começo da vida acadêmica dos médicos e seus resultados, para a saúde dos acadêmicos vêm sendo pesquisadas. Situações estressantes como cobranças para assimilar novas condutas, muito volume de novos conhecimentos, escasso tempo para lazer, esporte, descanso e atividades sociais, contato diariamente com agravos severos e com a morte no cuidado clínico dos doentes, podem somar 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 seu estresse (Costa & Pereira, 2005). Como consequência do estresse, estudos têm encontrado elevada taxa de suicídio, depressão, uso de fármacos controlados, alterações conjugais e distúrbios profissionais em médicos e acadêmicos de Medicina que podem interferir no cuidado do doente (Rossetto et al., 2000).

Quanto maior a satisfação dos trabalhadores, melhor é a QV 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 a sua própria educação formal, vida familiar e oportunidades para desfrutar de atividades culturais, sociais e de lazer. Estes três últimos estão claramente fora do ambiente de trabalho. No entanto, é inegável seu papel na saúde psíquica e na produtividade dos técnicos de todos os níveis. No âmbito organizacional a QV é uma questão reconhecidamente de grande

relevância, pois se relaciona diretamente na questão competitividade, espaço no mercado, produtividade da empresa. Nesse contexto, a QV 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).

Na atual economia global, para manter-se com estabilidade e lucratividade no mercado, não basta o negócio garantir a qualidade das questões técnicas do processo produtivo. É importante, também, investir nos atores que estão atrás de tais processos. O bem estar individual do trabalhador faz a diferença, pois a satisfação no ambiente laboral não esta isolada da vida do sujeito como um todo. Para Maximiano (2007), esta ideia desenha a abordagem biopsicossocial, que propõe o conceito integrado ou holístico do indivíduo. A implantação de um programa de QV no trabalho não só pode modificar a cultura organizacional, mas a ideia de uma estratégia para este campo já se constitui, em si mesmo, como um importante tempo de mudança da cultura, mas só isso não é suficiente. É necessário muito mais. E virá com o processo de implantação que, por sua vez, promoverá mudanças importantes nos valores, crenças, modismos e mitos estruturais que se encontram enraizados nas organizações onde se afirma um antigo paradigma de que não se trocam práticas sem mudança de pensamento, ou seja, trabalhar diferente requer conceituar essas mudanças.

De acordo com Carmello (2009), é emblemático o comentário de um colaborador sobre a questão de estabelecer a estratégia de QVT na sua empresa: lentamente, parece que o ditado que em todo tempo se ouviu por aqui, ordena quem é líder, acata quem tem bom senso, parece ser obsoleto. Segundo Walton (1973, citado por Telles, 2005), pesquisador da denominação QVT, prefere oito itens ideais que mostra a qualidade de vida das pessoas na sua atividade laboral. São:

- a) Premiação adequada e ideal: isonomia salarial interna, igualdade salarial externa e vantagens;
- b) Condições laborais: instalações físicas adequadas, não estressantes e jornada de expediente ideal;
- c) Chance de uso e crescimento das aptidões: independência e oportunidades de autogestão, administração de atitudes diferentes e expectativas sobre o modo completo da atividade laboral;
- d) Possibilidade de desenvolvimento constante e segurança: opções de crescer no cargo e segurança no trabalho;

- e) Incorporação social na atividade laboral: igualdade de opções, bons trato e senso comunitário;
- f) Constitucionalismo: leis e normas, consideração à intimidade individual e aderir a condutas de isonomia;
- g) Atividade laboral e o lugar total da vida: relação da função da atividade dentro das outras situações da vida do trabalhador;
- h) Importância social da vida na atividade laboral: sensação do trabalhador em relação ao dever social da empresa na população.

É pelo trabalho que o sujeito interage no mundo globalizado, sendo essa atividade laboral é entendida como parte integrante e essencial de sua vida. Desta forma, podemos falar que o trabalho passou a ocupar um lugar de destaque na vida das pessoas e, dependendo da forma como está sendo executado, pode ser iniciador de fatores desgastantes e potencializadores dos processos saúde-doença. Dentro deste universo achamos profissionais da saúde que laboram em Unidades de Cuidados Intensivos, que têm seu trabalho caracterizado por atividades que exigem alta interdependência e tomadas de decisões com intervenções complexas, a fim de assegurar ao paciente atendimento de emergência e monitoramento. Neste grupo destacamos os médicos intensivistas pediátricos e neonatais, cuja atuação junto a pacientes no início da vida, torna sua atividade complexa frente às exigências cobradas pela clientela (Barbosa et al., 2007).

De acordo com a 1.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (1986), a saúde dos trabalhadores, extrapolando os limites da Saúde Ocupacional, seria formulada como: resultante de uma soma de itens de ordem política, social e econômica [...] saúde dos trabalhadores quer dizer: condições dignas de vida no trabalho; pleno emprego; estabilidade laboral e boa remuneração; oportunidade de lazer; organizações livres, autônomas e representativas de classe; informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida/saúde/trabalho; acesso a serviços de saúde, com capacidade de solução, nos diferentes níveis; verdadeira participação em quaisquer decisões sobre questões referentes à classe; recusa ao trabalho sob condições inadequadas que desconsiderem estes e outros tantos direitos (Escorel & Teixeira, 2008).

O item QV no Trabalho (QVT), tal qual a QV, é manejada sobre vários aspectos. As definições de QVT mudam desde os cuidados regidos pela legislação médica e a segurança do trabalho, até atividades de cunho voluntário que envolve os empregados e empregadores em áreas como atividades de lazer, motivação, relaxamento entre outras.

A maioria questiona as condições do ambiente de trabalho, do bem-estar do indivíduo e de seus grupos laborais (Limongi-França, 2004).

A pesquisadora supracitada reportou que: o ponto da discussão acerca da definição de QV fecha escolhas de bem-estar e percepção do que pode ser realizado para atender os anseios criados tanto por administradores como por usuários de ações de QV na empresa. Por considerar a pluralidade de indicações e a diversidade de formas de discussão, a investigadora propõe agrupar as dimensões sobre o tema QVT em Escolas do Pensamento. As Escolas do Pensamento propostas são: Socioeconômica, Organizacional e Condição Humana no Trabalho.

A Escola Organizacional é constituída por um grande conjunto de contribuições sob uma perspectiva organizativa referente à competência, estratégia, cultura e talento. Deste grupo podem-se assinalar as seguintes características: avanços dos processos de qualificação e produção para a melhoria da qualidade pessoal; política de recursos humanos – valorização e capacitação permanente; propaganda – imagem corporativa; tempo livre – desenvolvimento cultural, hábitos de lazer e esporte; risco e desafio como questões de motivação e comprometimento. Por último, a Escola Condição Humana no Trabalho mostra que o sujeito é um ente biopsicossocial e ambiental, que tem potencialidades biológicas, psicológicas, sociais e ambientais e que estes fatores são importantes para a explicação da saúde e os agravos da sociedade atual (Limongi-França, 2004).

O início das pesquisas sobre QVT é atribuída a Eric Trist e seus colaboradores que, em 1950, desenvolveram vários estudos em Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas, com o objetivo de fazer a vida dos funcionários menos difícil. A QVT tem sido preocupação do cidadão desde o início de sua existência, às vezes mostrada com outras denominações, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador. A dificuldade de conceituar talvez esteja vinculada ao fato de se tratar de uma definição abrangente e dotada de grande subjetividade. A definição de QVT passa por questões de motivação, satisfação, saúde e segurança no ambiente de trabalho e envolve recentes discussões sobre outras formas de organização do trabalho e novas tecnologias. O conceito de QVT é frequentemente, aplicada nas organizações para justificar uma diversidade de câmbios e que nem sempre serve para o bem-estar do trabalhador (Rodrigues, 2002, p. 76).

De acordo com Limongi-França (2004) a visão biopsicossocial está assim fundamentada:

- Dimensão biológica: Refere-se às características físicas que o sujeito herda ou adquire ao nascer e também durante toda vida. Incluindo metabolismo, resistência e vulnerabilidade de seus órgãos e sistemas;

- Dimensão psicológica: esta questão “relaciona-se aos processos afetivos, emocionais e de raciocínio, conscientes ou inconscientes, que desenvolvem a personalidade de cada sujeito e sua forma de entender e de posicionarem-se diante das demais pessoas e das circunstâncias que vivencia”.
- Dimensão social: “mostra os valores socioeconômicos, a cultura e as crenças, a influência da família e as outras formas de organizações sociais, no trabalho e fora dele, os sistemas de representação e a organização da sociedade a que cada pessoa esta inserida e da qual participa. O meio ambiente e a localização geográfica também são parte da dimensão social”.

Nesse sentido, a satisfação no ambiente de trabalho é considerada um dos indicadores de QVT e sua medida tem sido utilizada em pesquisas no Brasil e no exterior. Alguns estudos realizados especificamente para avaliar a satisfação no trabalho entre profissionais do Bloco Cirúrgico (BC), em nosso país, foram realizados com a utilização de diferentes instrumentos para coleta de dados (Schmidt & Dantas, 2006).

Carmello (2009) afirmou que no mundo do ambiente de trabalho aconteceram inúmeras mudanças não só no desenvolvimento produtivo devido a inovações tecnológicas, mas no impacto causado na saúde do trabalhador tanto na parte física como psíquica. Pesquisa realizada por Carmello (2009) comprovou que as doenças consideradas emergentes, como o estresse, a depressão ou a ansiedade, assim como a violência no ambiente de trabalho, o assédio e a intimidação são culpáveis por 18% dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, uma quarta parte dos quais implica em duas semanas ou mais de falta no ambiente do trabalho. Atualmente, por exemplo, é possível encontrar profissionais que renunciam a salários e benefícios atraentes para terem tempo e cuidar da saúde, dedicar-se mais à família e desfrutar, como qualquer cidadão merece, de tempo para o lazer. Se por um lado, as pessoas estão preocupadas consigo, as empresas procuram alternativas que minimizem o estresse ocasionado pelas pressões do mundo globalizado, afinal sem a presença dos talentos corporativos nenhuma organização sobrevive. Nesse instante aparecem em cena ações voltadas para a melhoria da QVT.

A QVT é uma norma aceitável e humanizada com relação a como estruturar a atividade laboral, isto é, o novo saber que toma como referência o bem estar dos trabalhadores dentro das instituições, buscando mantê-los com boa saúde, com menos

estresse e cansaço, estimulados, produzindo e com prazer no ambiente laboral. “O indivíduo, acima das diferentes matérias que o pesquisam, é único. Ele é uno enquanto espécie. Ele o é igualmente enquanto sujeito. Se, por questões bem evidentes, os pesquisadores dividiram o saber em partes diferentes – biologia, psicologia, psicologia social, psicanálise, sociologia outros, não é menos válido que quando se observa o ser humano, ele evidencia-se como um todo, cujas partes estão intimamente interacionados” (Chanlat, 2009, p. 27).

## 1.2 Contexto da pesquisa

Esta pesquisa apresenta uma contribuição para a qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de Roraima no Brasil. A obtenção de saúde e boa qualidade de vida devem considerar a satisfação de necessidades elementares tais como: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação permanente, saúde e lazer. A relação entre qualidade de vida no trabalho e a saúde dos médicos da atenção básica, tem sido afetada em decorrência da precariedade do vínculo empregatício, baixos salários, ambientes e condições inadequados de trabalho, exposição aos riscos existentes, como agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais.

A pesquisa buscou avaliar a qualidade de vida no trabalho dos médicos que atuam na atenção básica no estado de Roraima. Descreveu fatores que influenciam a qualidade de vida no trabalho dos médicos na atenção básica. Foi utilizada uma entrevista elaborada com 17 questões com respostas fechadas e duas questões com respostas abertas, e o questionário que avaliou qualidade de vida da *World Health Organization Quality of Life brief form (WHOQOL-ABREVIADO)*, o qual baseia-se nos pressupostos de que a qualidade de vida é um conjunto subjetivo e multidimensional. Composto de 26 perguntas que compreendem quatro domínios: físico, psicológico, relação social e meio ambiente. A obtenção dessas informações, serão utilizadas em projetos de intervenção. Podendo subsidiar desde a regulamentação de planos de cargos, carreira e salários até a identificação dos agravos no serviço desses profissionais, que serão as contribuições desta pesquisa para melhorar a qualidade de vida no trabalho do médico da atenção básica do Estado de Roraima no Brasil. Subsidiar a criação de um programa de qualidade de vida no trabalho para os médicos do Estado de Roraima.

Neste capítulo apresentam-se os objetivos da investigação em curso, assim como uma contextualização teórica do estudo evidenciando a relevância e pertinência de

aspectos da qualidade de vida no trabalho dos médicos que atuam na atenção básica no Estado de Roraima, Brasil.

Assim, faz-se em primeiro lugar uma breve descrição da estrutura do capítulo (1.1), seguida do plano geral da dissertação (1.2.), define-se contexto geral da pesquisa (1.3.), plano geral da pesquisa (1.4.), objetivos do estudo (1.5.), questões de investigação (1.6), e revela-se a importância do estudo a luz do sistema único de saúde em torno do trabalho do médico no ambiente laboral estressante, precariedade do vínculo, vários empregos, no Estado de Roraima, Brasil (1.7). Por último apresentam-se as limitações do estudo (1.8).

### **1.3 Plano geral da dissertação**

A dissertação está dividida em cinco capítulos.

No primeiro capítulo – Introdução – estabeleceu-se o plano geral do estudo, definiu-se o contexto geral da investigação, identificou-se o problema de investigação, definiram-se o objetivo geral e os específicos e estabeleceram-se as questões de investigação. Justificou-se a escolha do tema assinalando a sua importância na panorâmica atual e definiram-se as limitações do estudo.

No segundo capítulo – Revisão da Literatura – desenvolveu-se um quadro de referências que permite conhecer melhor o problema e enquadrá-lo teoricamente na realidade científica atual.

No terceiro capítulo – Metodologia da Investigação – definiu-se a metodologia da investigação de forma pormenorizada.

No quarto capítulo – apresentou-se, a discussão dos Resultados – obtidos no estudo.

No quinto capítulo – Conclusões, reflexões e sugestões, para melhorar a QV no trabalho do médico da atenção básica do estado de Roraima. É proposto um projeto de intervenção para o gestor municipal e estadual que visa o fortalecimento do vínculo, qualificação dos ambientes de trabalho, qualificação dos profissionais. Apresentam-se as principais conclusões, identificam-se as limitações do estudo e definem-se as implicações para trabalhos futuros.

## 1.4 Contexto geral da investigação

Esta investigação pretende mostrar a QV no trabalho do médico que atua na atenção básica no estado de Roraima. Caracteriza o exercício do profissional da atenção básica do Estado. Políticas públicas de saúde, condições de trabalho, existência de precariedade do vínculo empregatício, falta de um plano de cargos, carreiras e salários para poder dar condições e fixar o médico neste nível de atenção do sistema único de saúde que é a porta de entrada da atenção básica, múltiplos empregos com sobrecarga de trabalho e ambientes estressantes, determinantes da baixa QV no trabalho, colocando em risco o atendimento do usuário. O estudo registrou ainda o que estes médicos pensam acerca da QV no ambiente de trabalho e como eles avaliam esta QV no trabalho atualmente. Pretendeu esta pesquisa contribuir com a reflexão deste problema que gera insatisfação dos trabalhadores da saúde, e propõe mudanças nas políticas públicas referente às condições de trabalho médico na atualidade. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, qualitativa, descritiva e interpretativa.

## 1.5 Problema de investigação

Sócrates já se referia à QV quando ao encarar a pena de morte na corte ateniense, afirmou temer coisas piores além da morte, porque não era a vida que contava e sim a QV. Para o filósofo grego o mérito ético e moral, determinava essa qualidade. Por isso preferia a morte antes de aceitar ir contra seus princípios éticos e morais (Cohen, 1982).

Em documentos como *Nicomachean Ethics*, Aristóteles (384-322 a.C.) comenta que as pessoas distintas concebem boa vida ou bem-estar e satisfação como o mesmo significado que felicidade, e que a felicidade vira uma situação questionável, pois alguns dizem ser uma coisa, outros falam ser outra, e de fato muito frequentemente o mesmo indivíduo lhe dá definições diferentes, de acordo com o que vivencia: quando adoecer percebe saúde como sendo felicidade, quando empobrece, como riqueza e boa fortuna (Painter, 1994).

Em 1920, Pigou, utilizou pela primeira vez o termo de QV em um livro sobre economia e bem-estar material, onde relacionou a QV ao suporte governamental dado às classes menos favorecidas e avaliou sua interação na vida das pessoas e as finanças nacionais (Wood-Dauphinee, 1999).

Trabalhos iniciais referentes à QVT são de responsabilidade de Erick Trist e colaboradores que, em 1950, fizeram pesquisas em Londres, tomando como referência

na análise e reestruturação das tarefas e com o intuito de fazer a vida no trabalho menos sacrificada. Desde o começo a QVT, sempre foi um dilema para o ser humano, sempre voltado para facilitar ou trazer alívio e bem-estar no ambiente do trabalhador. Após da organização dos meios de produção nos séculos XVIII e XIX, é que as preocupações com as condições laborais e a influencia destas na produção e moral do colaborador passaram a ser estudadas de forma metodológica e científica. As *Trade unions* (sindicatos), reivindicavam melhores condições de trabalho e salários na revolução Industrial no século XIX (Rodrigues, 2002).

O conceito de QV é multifatorial e reúne um grande conceito com vários componentes e condições pessoais e sociais. Apesar de não ter um consenso comum à QV se estuda como a avaliação subjetiva do estado da saúde, cuidados sanitários e promoção da saúde sobre a capacidade do ser humano de se manter em bom funcionamento e bem-estar. Assim as dimensões mais importantes que relacionam QV e saúde são: funções social, física, cognitiva, mobilidade, cuidado pessoal e estabilidade emocional (Salazar et al., 2008).

A QV no trabalho depende da gestão pública que valoriza ou não seu capital intelectual e deve preocupar-se em oferecer ambientes de trabalho saudável e agradável. Esta estratégia deve ser um aprendizado permanente e é necessário que todos os trabalhadores sejam tratados com respeito e ética. A QV no trabalho poderá ser alcançada se estes profissionais estiverem motivados e não pressionados pelo ambiente laboral, sem assédio moral. Para isso precisa-se inovar constantemente na área de recursos humanos no planejamento estratégico das ações (Santos et al., 2007).

Fiedler (2008) soube dizer que o médico ainda como estudante e mais ainda quando é aluno de cursinho pré-vestibular, esta em constante competitividade para uma vaga na universidade o que gera estresse, logo como aluno de medicina continua a competitividade, como residente, como médico assistencial, na atividade privada e também como docente universitário continuam e aumentam o estresse com os resultados esperados e sucesso profissional, pela maior qualificação do professor, durante o mestrado, doutorado e pós-doutorado, a QV de um profissional com estas características tem que estar em constante adaptação para poder-se adequar a cada momento e situação de sua vida profissional.

De acordo com Campos (2009), a mais-valia, definição elaborada pelo economista Karl Marx para ilustrar a lógica de exploração do trabalho, fundamento do capitalismo. Refere-se à diferença entre o valor financeiro produzido pelo trabalho e o salário pago ao funcionário. As corporações e o próprio estado sustentam-se graças à mais-valia que subtraem dos funcionários. Essa prática abusiva é verificada para quase todas as relações de trabalho no país e não é diferente para os trabalhadores da Saúde. O valor

produzido pelo trabalho do médico é a recuperação e prevenção da saúde, um bem com preço incalculável e sua remuneração deveria ser maior. Mas é difícil estimar o valor financeiro da saúde das pessoas.

O compromisso dos médicos, para com as regras impostas pelos sistemas de assistência à saúde, planos de saúde e sistema único de saúde onde se têm ritmos intensos laborais, instabilidade do emprego, jornadas excessivas, salários não satisfatórios, pressão em ambientes estressantes onde lidar com a morte é muito frequente. Todos esses fatores parecem trazer desgastes físicos e psicológicos, sendo fenômenos estressantes para a saúde e o bem-estar no cenário laboral do médico, de tal forma o que seria um ambiente prazeroso e outrora cheio de satisfações e realizações profissionais cria uma incerteza e pessimismo na QV deste profissional no seu ambiente de trabalho (Oliveira & Gouveia, 2009).

Segundo Campos (2009), para o cálculo indireto da mais-valia do trabalho médico utilizam-se outros critérios. Portanto, adota-se o que preceitua o inciso IV do artigo 7.º da Constituição, referente às variáveis do salário mínimo. Segundo a constituição, o vencimento do funcionário, deve ser suficiente para atender a suas necessidades básicas e às de sua família como moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que mantenham o poder aquisitivo, como preceitua a constituição brasileira.

De acordo com Campos (2009), o valor do salário mínimo do médico e o de uma consulta pediátrica, cuja duração é em torno de 35 minutos. Calculados os índices oficiais de correção até 2009, o vencimento mensal desse profissional, com vínculo empregatício público ou privado, em carga horária de 20 horas semanais, não deve ser menor que R\$ 8.300. Mas, o médico trabalhador do SUS não recebe mais que R\$ 3 mil ao mês, por contrato de 20 horas semanais. A mais-valia de que o gestor se apropria é de R\$ 5.300 em cada salário. O valor da consulta pediátrica não deve ser inferior a R\$ 130. Porém, os planos de saúde pagam, em média, R\$ 30 ao pediatra. A mais-valia que retêm é de R\$ 100 por consulta. Desta forma, tanto no setor público como na saúde suplementar, o médico paga para trabalhar. É a profissão que, pela quantia da sua mais-valia retida, sustenta o funcionamento do SUS e dos planos privados de saúde.

Lourenção (2009) diz que os profissionais ao realizarem e concluírem cursos de pós-graduação, como residência, especialização, aperfeiçoamento, mestrado, doutorado e pós-doutorado, apresentam grandes índices de problemas de saúde devido a estresse a que são submetidos e uma serie de dificuldades que terminam atingindo sua QV profissional no trabalho, a de seus parceiros e até familiares. Observa-se conflito ao ter que conjugar trabalho, cursos de qualificação atualização permanente e pós-graduação com o lazer da família.

O médico tem consciência que deve estar sempre em constante aprendizado e por esse motivo procura educação permanente e quando esta não está presente aparece sentimento de angústia, devido a sua responsabilidade para com seus pacientes, nesta época de constantes mudanças tecnológicas e novas abordagens do sistema único de saúde vem à estar presente as reflexões dos mestres da educação, como quando se afirma que o processo educativo é um ato político e social, que depende da inter-relação dos atores, numa ótica de integralidade do sujeito, tanto daquela que ensina como a que aprende, então ensina e aprende com seus estudantes, pois interage com eles. “Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Freire, 2005, p. 68).

Longos tempos de espera, necessidade que têm pacientes e familiares de uma atenção rápida e eficaz, famílias aflitas e alteradas em ambientes nada apropriados, incômodos e insalubres, são uns dos determinantes que provocam as agressões físicas e verbais contra os médicos na Espanha. A violência no seu ambiente de trabalho é mais frequente nas urgências e nos centros de atenção primária. Essas agressões provocam um desgaste evidente da saúde e a QV no trabalho deste profissional (León, 2010).

A demografia médica define-se como o estudo da população ativa de médicos, determinada pela idade, pelo sexo, pelo tempo de formação, pela atuação especializada, condicionada pelas variáveis demográficas (fixação territorial, ciclo de vida profissional em atividade, migração) e por fatores externos que afetam a QV no trabalho médico, como oferta de lotações e oportunidades de trabalho e emprego, políticas de saúde, condições de saúde e vida das comunidades, necessidades e dinâmicas da sociedade. Por outro lado, a demografia médica vem juntar-se a abordagens importantes do trabalho médico, já proporcionada pela sociologia das profissões e pela economia da saúde. A demografia médica, então, não pode estar longe das avaliações que consideram as características epidemiológicas dos diversos grupos sociais, dos determinantes da saúde e da doença, da disponibilidade dos outros profissionais de saúde, do financiamento, da oferta, da acessibilidade e da utilização do SUS (Scheffer, 2011).

A adequação que o trabalho exerce sobre o profissional da saúde é um impacto no psíquico que, em certas condições, aparecem sofrimentos relacionados à sua história pessoal, forjadora de projetos, de esperanças, de aspirações e uma organização de trabalho que não o valoriza. Dessa forma novas doenças aparecem decorrentes das mudanças colocadas no serviço do trabalhador da saúde. Uma das consequências identificadas no psíquico dos trabalhadores resulta na síndrome de *burnout* que corresponde resposta emotiva às situações de estresse crônico em razão de relações intensas de trabalho com outros indivíduos, ou de profissionais que mostrem grandes

expectativas com relação a seu crescimento profissional e dedicação à profissão e não encontram o retorno esperado.

A aparição dessa síndrome decorre de um processo gradativo de desgaste no humor e desmotivação associado à sintomas físicos e psíquicos. O homem perde o sentido de sua relação com a atividade e faz com que as coisas já não tenham mais importância. Caracterizada por três questões: cansaço emocional verificada pela presença do esgotamento emocional e/ou físico, despersonalização verificada pela insensibilidade emocional ou endurecimento afetivo e falta de entrosamento no trabalho, mostrada pela inadequação individual e profissional (Jodas & Haddad, 2009).

## **1.6 Objetivos do estudo**

### **1.6.1 Objetivo Geral**

Avaliar a percepção de qualidade de vida no trabalho dos médicos que atuam na atenção básica, no estado de Roraima, sob a ótica de satisfação no trabalho.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

1. Relacionar os fatores geradores de estresse que modificam a QV dos médicos;
2. Descrever que fatores influenciam a QV no trabalho dos médicos da atenção básica;
3. Analisar aspectos laborais que produzem melhorias na QV no trabalho dos médicos da atenção básica;
4. Propor medidas de intervenção que possam melhorar a QV no trabalho dos médicos da atenção básica, com ênfase para os aspectos relacionados ao ambiente, condições de trabalho e humanização;
5. Compartilhar o conhecimento produzido com a comunidade científica, médicos e profissionais da Saúde interessados no assunto, para ampliar as reflexões dessa temática.

## 1.7 Importância do estudo

O país não prestigia quem lhe presta serviço, por toda a vida e, assim, inúmeras pessoas, como os médicos, são obrigados a continuarem trabalhando, já sem saúde e no momento de economizar energias para viver um pouco mais e melhor. Aposentadorias vergonhosas não possibilitam o descanso no momento necessário, nem permitem a tranquilidade de, quando jovens, olharem para o futuro com segurança. Esta realidade já é um fator agravante para a instabilidade da vida de muitos brasileiros e em especial dos médicos. Extremamente dedicado este profissional passa a vida trabalhando, sem perspectivas de descanso e sem a certeza de que um dia poderá parar e viver uns anos sem trabalhar, porque já está velho, cansado e desgastado pelas doenças que acumulou ao longo de sua vida, nas noites mal dormidas, jornadas diurnas extenuantes (Mourad, 2007).

A QV no trabalho, dos médicos da atenção básica e especificamente da Estratégia de Saúde da Família se encontra afetada pela violência presente no serviço, que na sua implantação privilegiou áreas de maior risco social, criou estratégias que prevêm um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida. Atendimentos, normalmente, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários, fatores que aumentam a vulnerabilidade do médico. Assim, regiões de maior risco social são também aquelas que geram intensificação da violência. Com isto a gestão não ajuda seus profissionais a desenvolverem estratégias para lidar com a dificuldade dessas novas abordagens. As equipes da saúde seguem os princípios de integralidade e de territorialização da atenção em saúde, que pressupõe entrosamento entre os profissionais e o cenário do SUS que tem seu centro na família. Desta forma estes profissionais desenvolvem estratégias para viabilizar seu trabalho e se proteger psicologicamente, praticando assim a resiliência (Lancman, Ghirardi, de Castro, & Tuacek, 2008).

A QVT é uma reflexão em voz alta, que todos os trabalhadores se fazem, consciente ou inconscientemente, quando encontramos ambientes laborais impróprios e não adequados para uma boa relação médico paciente onde se preserve a integridade e privacidade do ato médico ao qual todo cidadão tem direito. Assim estão nossas Equipes de Saúde da Família, unidades básicas de Saúde, unidades hospitalares com trabalho estressante e extenuante do dia a dia, levando trabalho para fazer em casa como relatórios, fechamento mensal da produção dos atendimentos (Olivares, Lima, Linhares, & Luitgards-Moura, 2009).

Qualificar os novos cenários do SUS significa entre outras coisas, melhorar a qualificação dos ambientes de trabalho do médico da atenção básica, das equipes de Saúde da Família. Transformando os lugares de trabalho em ambientes adequados para ajudar a fixar residência dos trabalhadores da saúde, ganhando a satisfação dos usuários e elevando o nível do resultado de assistência aos mais necessitados. É preciso agir com rapidez e ordenadamente para esta melhora acontecer, propondo intervenções necessárias para qualificar estes ambientes, nos seguintes níveis; Reconhecimento profissional; Gerenciamento de recursos humanos; Estruturas de apoio nos ambientes (Do Amaral, 2010).

O médico vive uma crise de identidade. A Constituição de 1988 assegura a toda população brasileira, acesso integral aos cuidados com a saúde. Garante que nenhum cidadão pode deixar de ter estes profissionais à sua disposição. Ocorre que só se esqueceram de combinar com os médicos, de contratar, de lhes dar condições adequadas de trabalho, de reciclagem de conhecimento, além de honorários justos. São estes, profissionais que atendem a população, simplesmente porque tem compromisso social. Porque acreditam na grandeza de sua função, submetendo-se a toda a sorte de exploração (Françoso, 2009).

No cenário atual do país, um aspecto que favorece o erro médico são as condições e ambientes de trabalho nada adequadas e desfavoráveis onde os médicos realizam suas atividades laborais desde a atenção básica passando pela média e alta complexidade, por esse motivo a relação médico-paciente esta cada dia mais desgastada e continua-se deteriorando, perdendo credibilidade e respeito dos usuários. Desta forma a QV no trabalho do profissional esta cada dia mais comprometida (Dos Santos, Souza, & Fernandes, 2011).

A QV no trabalho dos médicos do estado de Roraima, está cada dia mais precária, mais como se isso fosse pouco, foram surpreendidos por demissões de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e técnicos de algumas das equipes da estratégia de saúde da família, o que significou que ficaram sem atendimento quatro mil pessoas por cada equipe levando a uma situação crítica para a saúde na região. É neste cenário precário que o médico tem que trabalhar praticando universalidade, integralidade equidade e promoção da saúde, gerando preocupações diante deste cenário (Conselho Regional de Medicina de Roraima [CRM-RR], 2011).

Não basta aumentar o quantitativo destes profissionais para os gestores do SUS resolver o problema de carência e fixação de médicos em áreas remotas e de maior vulnerabilidade no sistema universal de saúde brasileiro. Observa-se hoje que esta dificuldade persiste apesar do aumento quantitativo de novos médicos, com a criação de novos cursos de medicina. Não é possível resolver este problema sem que os

profissionais do SUS sejam valorizados e respeitados em seus direitos trabalhistas como, por exemplo, com a criação de cargos, planos de carreiras e vencimentos. Outra preocupação é a fragilidade do financiamento do nosso sistema de saúde pública. É preocupante a gestão dos recursos humanos, entregue como responsabilidade dos municípios, os quais não têm competência ou experiência para realizar tal tarefa. O resultado foi à invenção de um processo perverso de precarização das relações de trabalho e como consequência a piora da QV no trabalho dos médicos da atenção básica (Pimentel, 2011).

Uma reflexão acurada é que não faltam médicos de forma generalizada no país, porém a concentração é desigual, por que está determinada pelo mercado existente, pela concentração de renda, pelas dificuldades regionais e pela distribuição das especialidades médicas. Mostrar um diagnóstico preciso e contribuir para uma discussão transparente do problema, são passos importantes para a superação de vários nós, como o defasado financiamento do Sistema Único de Saúde, a falta de uma carreira médica de Estado, a política de baixos salários, honorários e inadequadas condições de trabalho, resultando na baixa QV no trabalho do médico do SUS. Sendo, as raízes de alguns dos desequilíbrios e desigualdades evidenciadas pela pesquisa Demografia Médica no Brasil (Scheffer, 2011).

A QV no trabalho dos profissionais da estratégia de saúde da família esta comprometida cada vez mais, quando observamos que este trabalhador da saúde esta sometido a naturais estresses que acompanham e comprometem sua atividade e saúde, com exaustão, fadiga e dores. Estes profissionais experimentam condições de trabalho pouco favoráveis. Expedientes longos, mesmo obedecendo a limites determinados pela legislação atual, ouvindo queixas dos familiares, procurando em todo momento, manter a calma. Toda esta situação poderia chamar-se de síndrome de sobrecarga de trabalho com sintomas somáticos (fadiga, cefaleias). Os psíquicos (depressão ansiedade, irritabilidade e negativismo) e comportamentais (impaciência e alteração no tom da voz e raiva). Todas essas são reações humanas de natureza do cuidador, como resultante de um trabalho estressante nesse novo cenário da atenção básica, que continua sobrecarregando responsabilidades sem condições mínimas de trabalho, então refletimos acerca de um cuidador (profissional da saúde) que deva der cuidado (Moritz, 2011).

O despreparo dos que dirigem a gestão administrativa e de recursos humanos do Sistema único de saúde é um dos principais responsáveis pela carência e inadequada distribuição de médicos pelo território nacional, profissionais com baixa remuneração, precarização da contratação desta mão de obra, falta de regulação e organização dos serviços com sobrecarga de demanda em municípios ou bairros de referência. Outro grave problema gerado pela gestão é o sucateamento de material permanente e

desabastecimento de material de consumo, falta de informação e esclarecimentos adequados à população, planejamento insuficiente ou inexistente dos serviços disponibilizados, tabela de valores do SUS está desfasada e não condiz com a realidade do país, subfinanciamento dos recursos aplicados na saúde, descumprindo a Emenda Constitucional 29 (EC 29) que completou mais de 10 anos. O que leva os médicos a ter condições de trabalho inadequadas (Conselho Nacional dos Bispos do Brasil [CNBB], 2012).

Passaram-se 23 anos e a constituição Federal não tem um dispositivo legal que determine as porcentagens mínimas de investimento em saúde. Há tão esperada regulamentação da EC-29 (Emenda constitucional 29) virou lei mais não foi da forma adequada por isso não será capaz de garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde que esta na constituição. Com a sanção da Lei n.º 141/2012, pela presidência da república. O SUS não conseguirá atender integralmente as necessidades dos usuários, pelo financiamento insuficiente. Por essa situação o CREMESP está coletando assinaturas em formulários para o projeto de lei de iniciativa popular que aumente os recursos federais para o sistema único de saúde. Esta iniciativa busca somar esforços com o movimento nacional em defesa da saúde pública para alterar a recém-aprovada Lei n.º 141/2012. O financiamento insuficiente do SUS influencia diretamente a QV e as condições de trabalho do médico do SUS (Conselho Regional de Medicina de São Paulo [CREMESP], Abril 2012).

Ações conjuntas do CREMESP, Sindicato dos médicos (Sindimed) e o Ministério Público do Trabalho (MPT) contra a precarização do trabalho médico em Campinas, município do interior de São Paulo está resultando na abertura de inquéritos civis públicos contra instituições gestoras de saúde que mantem vínculos irregulares de trabalho médico, e condições inadequadas dos ambientes laborais destes profissionais. Nesta ação conjunta são avaliadas a infraestrutura e a natureza do vínculo empregatício, para identificar a precarização e exploração das condições de trabalho e falta de registro na carteira, o que influencia diretamente na QV no trabalho do médico (CREMESP, Maio 2012).

O Programa de valorização dos profissionais da atenção básica foi criado no início do ano 2012 pela gestão do Ministério da Saúde e da Educação devido à falta de profissionais da saúde para atuar na atenção básica em municípios do interior e periferias das grandes capitais. Foram oferecidos 10% de bonificação por ano trabalhado na atenção básica para médicos recém- formados podendo completar até dois anos nesta modalidade, para depois tentar vaga na residência médica, mais isto não foi atrativo, pois das dois mil vagas oferecidas para os médicos sobraram mais de 500 não ocupadas.

Desta forma não se consegue fixar o médico no interior, para que isso aconteça não são suficientes às bonificações que são pouco atraentes, o que o sindicato dos médicos busca é melhorar a QV no trabalho dos médicos da atenção básica, melhorando as condições de trabalho com a criação de um plano de cargos, carreira e salários que estimule o profissional. A federação nacional dos médicos entendeu que o gestor federal pagaria o piso salarial proposto pela classe e a contratação dos profissionais seria em regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) o que não aconteceu, e o financiamento que deveria de ser do gestor federal está onerando o orçamento das prefeituras que aderiram ao Provac. Nessas condições não tem preceptores que acompanhem esses médicos (Sindicato dos Médicos – Minas Gerais [SINMED-MG], Maio/Junho 2012).

Os procuradores regionais do Direito do Cidadão de cinco estados (Amapá, Maranhão, Pará, Rondônia e Tocantins) da região Amazônica, que representam o ministério público federal entregaram ofício ao ministério da saúde, onde recomendam a implantação de mudanças para melhorar as condições da QV no trabalho dos médicos, buscando fixar estes profissionais na Amazônia. Assim o ministério da saúde tem 30 dias para dar respostas ao ministério público federal. Os procuradores verificaram a inadequada QV no trabalho dos médicos do sistema único de saúde desta região além de contratos de trabalho precários, falta de estrutura das unidades de atenção básica, baixos salários e falta de educação continuada e permanente. Portanto esta falta de QV no trabalho impede a fixação dos médicos na Amazônia legal diminuindo desta forma o acesso da população na atenção básica (CFM, Julho 2012).

A elaboração de um plano de carreira, cargos e salários é um antigo anseio dos médicos que trabalham no serviço público no estado de São Paulo, esta baixa remuneração faz com que eles procurem vários empregos para poder equilibrar seu orçamento familiar, diminuindo desta forma suas horas de lazer e recreação. Por esse motivo foi criado no ano 2011 uma comissão especial para elaborar o plano de carreira de estado para médicos que visa melhorar a sua remuneração e a qualidade das condições de vida no ambiente de trabalho destes profissionais (Cerri, 2012).

Assim, são usados para realizar mutirões da saúde e até como massa de manobra para promover vereadores, prefeitos e governadores. São, ainda, usados para ocupar postos de saúde na periferia, que funcionam sem equipamentos, sem pessoal técnico, sem segurança. Estes médicos são uma figura fantasma para o SUS, porque não tem registro, nem fundo de garantia, férias, 13.º salário e nem mesmo salário. O médico deve ter seu trabalho reconhecido. Temos de definir se somos liberais ou empregados dos SUS (com todos os bônus e ônus). Neste caso, temos de receber pelo

que fazemos diretamente em nossas contas sem intermediários, condições de trabalho e remuneração justa (Françoso, 2009).

Pontualmente a QVT tem sido objeto de reflexão no atual momento empresarial mundial, visto que os modelos de gestão estão enfatizados nas pessoas e à racionalidade das leis de mercado que regiam as empresas, já não mais reinam absolutas, mas dividem lugar com fatores que proporcionam satisfação e faz com que os empregados se sintam parte integrante da empresa. A QVT tem sido preocupação do homem desde o início dos tempos, ou desde que o trabalho foi concebido como meio de sobrevivência. Com outros títulos, com vários conceitos e abordagens, mas de uma forma voltada para facilitar ou propiciar satisfação e bem-estar ao trabalhador no cumprimento do seu labor. Uma das mais importantes conclusões a que chegaram (Sampaio, 2010) é que nas atuais circunstâncias o treinamento em serviço, dos especialistas médicos no Brasil não permitem ultrapassar os desafios propostos pelas mudanças, especificamente no que se refere ao melhoramento da atenção primária como manejo importante do sistema de atenção à saúde, devido a que a oferta de vagas não é pautada nas necessidades de saúde da comunidade, número insuficiente de vagas para a quantidade crescente de formandos, processos seletivos que privilegiam o conhecimento dos alunos em prejuízo de habilidades e atitudes, deficiência no monitoramento e avaliação da qualidade destes treinamentos em serviço, crescimento de alternativas de especializações médicas (estágios ofertados pelas universidades e hospitais de ensino). Desta forma observa-se precarização das condições de trabalho dos médicos que realizam seu treinamento em serviço, com a conseqüente piora da QV no trabalho destes profissionais.

### **1.8 Limitações do estudo**

Uma das limitações inerentes à realização deste estudo prende-se com o grau de fidedignidade dos dados coletados.

Uma das limitações inerentes à realização deste estudo prendeu-se com a eventual recusa dos médicos em participar na coleta de dados. Outra limitação é a alta rotatividade destes profissionais, de tal forma que das 53 equipes de Saúde da Família, existentes no município de Boa Vista (Roraima), somente 43, conta com médico, situação similar observou-se nas equipes de saúde da família dos municípios do interior que das 30 equipes, somente 19 contam com médicos devido à migração destes profissionais para as grandes cidades na busca de qualidade e melhores condições de vida no

trabalho, qualificação profissional, como pós-graduação (residência médica, mestrado e doutorado).

Alguns médicos, que trabalham em Boa Vista deslocam-se uma ou duas vezes por semana para atender os municípios de interior, comprometendo suas horas de lazer e descanso junto a suas famílias, pela carência de profissionais no interior do Estado.

## 2. CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO

### 2.1 Introdução

Abordar o tema da QV é ponderar sobre um assunto atual e importante, porém polêmico e complexo. Atual e importante porque muito se tem usado este termo, onde tudo o que se faz hoje em dia é QV, e assim aleatoriamente e sem a devida conceituação o termo é empregado indiscriminadamente. Polêmico e complexo, porque suscita mudanças em diversas áreas que vão desde as necessidades básicas do ser humano até lazer e cultura. Quando se trata especificamente de QVT, busca-se um resgate desde os primeiros estudos de Trist e colaboradores, que batizaram o termo QVT em 1950, demonstrando as primeiras preocupações com o homem, o trabalho e a empresa. No entanto a história relata isto muito antes, por exemplo, a lei das alavancas de Arquimedes, que, emblematicamente em 287 anos a.C., veio diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores da época (Figueiredo et al., 2009).

A preocupação aumenta com a revolução industrial, onde as condições de trabalho, com as propostas de linha de produção tornavam o trabalho repetitivo e desmotivante. O Taylorismo vê a atividade laboral como uma forma para o homem e o homem como um meio para sua participação laboral. O Fordismo declarou que necessitava somente de um par de mãos, mas essas mãos vêm com um ser humano, dando uma conotação do sujeito como apenas uma parte da engrenagem, onde a produtividade é procurada de qualquer forma, buscando obter o máximo do processo laboral (Tubino, 2002).

Varias questões somam-se para uma baixa QV por isso devem ser identificados e neutralizados com estratégias e ações que busquem diminuir ou mesmo, acabarem esses males que agridem, não somente a atividade laboral, mas também a vida familiar e social dos trabalhadores. A procura pela QVT e a ativação de ações buscando melhorias para as pessoas, não pode ser considerada como um gasto nas planilhas das empresas, uma vez que os custos com desligamentos e ações trabalhistas são maiores do que uma questão preventiva. Cuidar do bem-estar e segurança dos sujeitos é de suma importância para assegurar uma maior produtividade e qualidade na atividade laboral e maior satisfação na vida familiar e individual (França & Pilatti, 2004).

Nas denominações de Tubino (2002), mesmo levando-se em consideração o manejo complexo da QV do grupo, precedente, e uma QV pessoal, interligadas numa

relação de interdependência, esta situação será sempre muito difícil na direção de atingir a QV do sujeito, caso não esteja inserida num plano ou situação favorável de QV do grupo de trabalho.

A QVT enquadra-se em uma observação integral das pessoas, que é o chamado enfoque biopsicossocial e ambiental. Esta forma de enfoque dos sujeitos tem sua origem na medicina psicossomática, que busca uma visão integrada, ou holística, do ser humano (Maximiano, 2001).

Vasconcelos (2001) afirmou que o desenvolvimento da QV no trabalho acontece a partir do momento em que se observa a empresa e as pessoas como um conjunto, o que chamamos de enfoque biopsicossocial e ambiental.

Para Davis e Newstrom (2001), o desafio de QVT é construir um ambiente laboral que seja tão adequado para os sujeitos como para a saúde econômica da empresa. Para tanto, é prioritário que haja um desenvolvimento na atividade laboral, de forma a deixá-la mais desafiadora e seja um estímulo constante.

A denominação de QV deve levar como referencia a percepção do sujeito e seu relacionamento com o meio ambiente podendo expressar-se, como a percepção pessoal da posição do ser humano na vida, no contexto de seu saber e conjunto de valores nos quais ele está envolvido e em relação aos seus objetivos, anseios, padrões e preocupações. Sendo uma definição abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estrutura psicológica, nível de liberdade, relações sociais e ligações com as características do meio ambiente do sujeito (Telles, 2005).

A definição QV é uma construção, diretamente relacionada ao desenvolvimento do sujeito, pois convergem vários aspectos do cotidiano do ser humano ou conjunto social. Segundo a OMS: saúde é o completo bem estar físico, social e emocional, não somente a falta de doença, isto quer dizer que para ter QV, ou homeostase, é preciso que o indivíduo ou o grupo social esteja com um bom relacionamento com as pessoas que os rodeiam, tendo um controle sobre seus impulsos e ações perante os diversos acontecimentos do dia-a-dia.

A QV no Trabalho pode se destacar por vários itens que formam um conjunto de fatores que interferem no desempenho dos funcionários. Para Bom Sucesso (1998) a QV no Trabalho tem a seguinte conotação: A procura da profissão, as questões da cultura organizativa desenhada pelos valores e comportamentos predominantes do grupo, a composição familiar constituem fatores importantes para a QV no Trabalho. Além disso, os relacionamentos interpessoais, os atritos e em especial a forma como o sujeito interage no grupo alteram a satisfação no trabalho, à autoestima e a forma como se sente em relação a si mesma. O retrato da vida e os fatores relacionados às variáveis

organizacionais resultam em atitudes que modificam e não facilitam as relações laborais, aumentando a preocupação e a responsabilidade pela promoção da QVT.

A denominação “estresse” tem origem no inglês “*stress*”, definição que foi inicialmente adotada pela física para traduzir o grau de mudança sofrido por um corpo quando submetido a uma força ou tensão. Então o médico Hans Selye (1978, citado em Goldberg, 1980) tomou esta definição, para a área de saúde e biológica, traduzindo esta palavra para esforço de adaptação do organismo para fazer frente a questões que considere negativas para sua vida e a seu equilíbrio interno. Na atualidade, até na literatura técnica essa definição tem tomado um sentido relacionado somente a desgaste.

A OMS confirma que o estresse é uma epidemia global, pois o ser humano vive uma época de grandes cobranças, de atualizações, são frequentemente convocadas a lidar com novas situações. Os sujeitos cada vez mais se vêm frente de muitas questões às quais precisam adaptar-se sejam às pressões externas (famílias, meio social, trabalho, escola ou meio ambiente) ou internas (responsabilidades, obrigações, autocrítica, dificuldades fisiológicas e psicológicas). Como ponto inicial dessa nova visão holística, onde o homem é visto como um todo integrado, biopsicossocial e ambiental, onde toda manifestação é complexa e interligada, constituído por interfaces, biológica, psicológica, social e ambiental que reagem simultaneamente aos estímulos recebidos (Goldberg, 1980).

Em seu pensamento mais abrangente, estresse é uma carga poderosa dos recursos do corpo a fim de dar resposta a alguma questão ambiental. Clinicamente, as pesquisas do estresse esta baseado nos casos mais extremos dessa resposta. Na essência, a reação de estresse é uma movimentação das defesas do corpo, um antigo mecanismo bioquímico de sobrevivência que foi melhorado no decurso do processo evolutivo, permitindo aos seres humanos adaptar-se a fatos hostis ou ameaçadores. (Goldberg, 1980).

A esfera biológica refere-se a características físicas, como metabolismo ou vulnerabilidade dos órgãos herdados ou adquiridos no decorrer da vida. A esfera psicológica envolve as características que formam a personalidade de cada indivíduo. Incluem-se nessa categoria todos os processos afetivos, emocionais e de raciocínio. A esfera social relaciona os aspectos culturais da pessoa, com seus valores, suas crenças e os papéis no trabalho e na família (Barbosa et al., 2007).

A motivação é uma questão determinante para o entendimento da QV, pois é o que mobiliza e aciona as pessoas na procura por algo. Por denominação seria uma razão mais uma ação, decorrentes não somente das necessidades básicas a serem satisfeitas, mas também com uma visão para o futuro, onde a realização é encontrada. O estresse prejudicial ou negativo à saúde é a permanência e constante reação do organismo aos

fatos inesperados que causam sintomas físicos, emocionais e mentais. É sempre importante saber controlar a causa do estresse e não simplesmente tentar minimizar os sintomas. A única resposta coerente é encontrar o problema básico e fazer frente a ele (Telles, 2005).

Quando o esforço, desgaste é excessivo, inicia o estresse que prejudica, acontecendo as seguintes modificações físicas: a adrenalina começa a subir; uma taxa maior de açúcar é liberada na via sanguínea; aumento dos batimentos cardíacos e elevação da pressão sanguínea, respiração torna-se mais rápida; os músculos ficam tensos, preparando o corpo para a ação; surge a perspiração (Goldberg, 1980).

Atualmente, as pessoas têm se preocupado muito com a QV, uma vez que está provado que, investindo em hábitos saudáveis hoje, garantirá uma vida mais longa e uma velhice muito mais feliz. Os hábitos inadequados não são adquiridos da noite para o dia, portanto as mudanças devem ser graduais, pois, se optar por alterá-los de uma só vez, há grande chance de falhar e desistir. O ideal é escolher um hábito inadequado para ser excluído e à medida que for conseguindo torná-lo saudável, estabelecer uma nova meta (Lima & Verdi, 2011).

Huse e Cummings (1985) priorizam quatro questões que entendem necessários para a melhoria da QV nas organizações:

- participação dos colaboradores nas decisões, análise e resoluções dos problemas;
- projeto do cargo, incluindo o enriquecimento da atividade laboral;
- atualização no sistema de prêmios, minimizando as diferenças de salário;
- melhoria do cenário de trabalho, referente às questões físicas.

Para os autores, através da observação e articulação destes aspectos nas organizações, acontecerá uma melhoria constante no processo, melhorando a coordenação, incrementando a motivação, e a capacidade do trabalhador, conseqüentemente aumentando a produtividade do setor.

Com a Declaração de Alma-Ata sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1978, saúde e doença passaram a conformar um processo dialético, social e histórico que, manifestam-se no biológico, expressão do padrão de vida e da estrutura social (Brasil, 2001). Essa observação implica em uma percepção da totalidade do homem como ser social e histórico indissociável e não, somente, falta de doença. Cabe aos profissionais participantes no campo da saúde dos trabalhadores procurarem formas, pautadas na legislação e base científica, pelas quais as organizações mudem e aceitem novas definições envolvendo os programas. Todavia, caso não seja possível implantar grandes ações, há sempre a possibilidade de se pôr em prática dois grandes valores básicos, de

comprovação científica, que podem ser desenvolvidos dentro das empresas, que não geram nenhum custo, mas que influenciam positivamente a QVT: a auto-estima e a empatia. Ao desenvolvê-los, conseguir-se-á reverter ou amenizar um quadro clínico de desgaste físico e emocional dos profissionais (Limongi-França, 2004).

A QV no trabalho dos médicos de família em Roma, Itália não é muito diferente, gerando irritação, perturbação e uma angustia, quando percebem que não podem fazer seu trabalho de forma satisfatória, cada profissional tem sob sua responsabilidade um teto máximo de 1.500 pessoas/médico. Conturbando desta forma a QV no trabalho destes profissionais. Também pode ser um fator a considerar o fato que todos os médicos entrevistados nesta pesquisa qualitativa possuíam especializações em outras áreas da medicina, mas trabalhavam como médicos de família, na forma de medicina de grupo (Lima & Verdi, 2011).

O estado e os pacientes não podem ficar ausentes frente à prática da medicina defensiva onde são solicitados exames sofisticados e de alto custo os quais pretendem diminuir os erros realizados por alguns profissionais com deficitária preparação acadêmica e pouca experiência na sua atividade laboral, os custos pela saúde aumentam e observa-se alterações na acessibilidade e na verdadeira razão de cuidar da saúde. Para modificar esse novo cenário da saúde é necessário articular políticas públicas que melhorem a QV no trabalho dos médicos para realizarem suas atividades com qualificação adequada, tranquilidade e dignidade (Maglio, 2011).

E para que o programa de QV no trabalho não vire mais um modismo gerencial, é necessário que as empresas, antes de implantarem um programa, façam uso dos diagnósticos, para direcionar as estratégias de promoção à saúde. Isto permite definir estrategicamente o sistema de trabalho da empresa, permitindo descobrir as necessidades a curto, médio e longo prazo, além de padrões de desempenho em quantidade, qualidade e de tempo (Alves, 2011).

## **2.2 Caracterização do Sistema Único de Saúde**

Ao proclamar a República em 1889 se procura modernizar o Brasil. A necessidade de atualizar a economia e a sociedade, escravistas até então, com o mundo capitalista mais avançado favoreceu a redefinição dos trabalhadores brasileiros como capital humano. Esse conceito tem como base o reconhecimento de que as tarefas produtivas são as fontes que geram a riqueza das nações. Assim, a qualificação intelectual e treinamento físico dos operários e dos camponeses seria a forma indicada, para mudar os rumos do País, considerado no exterior como “nação bárbara”. Nesse sentido, a

medicina assumiu o papel de guia do Estado para questões sanitárias, encomendada a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e, por extensão, a defesa do objetivo de modernização do Brasil (Bertolli, 2004).

Em 1902, aconteceu, uma serie de mudanças na condução das políticas de saúde pública. A primeira atividade concreta levou à concepção de um programa de obras públicas junto com o prefeito da capital Guanabara, na primeira tentativa mais sistematizada de organização e saneamento da cidade capital. As ações de saneamento e urbanização foram seguidas de atividades específicas na saúde, especialmente no controle a algumas doenças epidêmicas, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola (Baptista, 2007).

O controle para as epidemias nas comunidades, como a de peste bubônica em 1899, no porto de Santos, esteve na origem da criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do Brasil: o Instituto Soroterápico Federal – transformado posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908) e Fundação Oswaldo Cruz (1970), no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo. Nessas instituições, uma nova geração de médicos, qualificados segundo as bases da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a influenciar nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações de vigilância em saúde pública (Lima et al., 2005).

No final dos anos 1950, inicia-se no Brasil um novo processo de mudanças caracterizado por um movimento de “modernização” do setor saúde. Este movimento insere-se no processo de atualização da sociedade brasileira, que pode ser entendido como aperfeiçoamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo primordial a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços. Em 1953, com a Lei n.º 1920 de 25 de julho o Presidente da República, Carlos Luz, criou o Ministério da Saúde, desmembrando-o do Ministério da Educação (Baptista, 2007).

Em março de 1964, mediante um golpe militar se instala no país o período mais repressor, dominador e autoritário da história brasileira, com evidentes reflexos na política de Saúde Pública. Na década de 1970, sensibilizados com a crise existente, alguns profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, psicólogos, entre outros) se mobilizaram, preocupados com a assistência oferecida à população e com as dificuldades de acessibilidade e tratamento da maior parte da população. Une-se com profissionais de outros setores, como políticos, intelectuais, sindicalistas e lideranças populares, num movimento crítico, mostrando os efeitos do sistema econômico vigente sobre as condições de acesso a assistência à saúde da sociedade. Esse movimento singular não somente evidencia os prejuízos desse sistema para a saúde, mas também traz propostas de novas modalidades para outra concepção de contextualizar e fazer

saúde, mais humana e universal, podendo ser alcançadas através de uma grande reforma sanitária (Mattos, 2003).

O reconhecimento da saúde como direito do cidadão, e conseqüente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, foram teses defendidas, na VIII CNS (Conferencia Nacional de Saúde) e na CNRS (Comissão Nacional de Reforma sanitária) que se incorporaram ao novo texto constitucional (Finkelman, 2002).

A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer e educação. O artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198.º do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O Ministério da Saúde, a partir de 1994, propôs a implantação da estratégia de saúde da família com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional centrado predominantemente na prática médica, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade da assistência prestada. Essa estratégia de saúde prioriza a indissociabilidade das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é realizado na unidade de saúde ou no domicílio, por uma equipe multiprofissional. Essa equipe é composta minimamente por um médico, um enfermeiro,

um a dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, sendo que outros profissionais podem ser incorporados de acordo com a necessidade da população atendida.

De acordo com o Ministério da Saúde, esse profissional possui atribuições específicas como: promover ações que procurem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade de saúde; cadastrar todas as pessoas de sua, micro área e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras.

Assim, observa-se que são delegadas a tais trabalhadores das equipes de saúde da família, múltiplas tarefas, com um alto grau de exigências e responsabilidades, para as quais, dependendo do ambiente e da organização do trabalho para a sua realização e de seu preparo para exercê-las, podem levar à insatisfação do profissional comprometendo sua QVT, afetando, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada (Santana & Carmagnani, 2001).

A QV no trabalho é percebida individualmente pelos empregados e deve envolver condições seguras; um trabalho que valha a pena fazer; remuneração e benefícios adequados; certa estabilidade no emprego, supervisão competente, *feedback* quanto ao seu desempenho, oportunidade de crescimento e de aprendizado no emprego, possibilidade de promoção com base no mérito, clima social positivo e justiça social. Pode-se compreender que ações que identifiquem a satisfação do trabalhador e promovam a QV no trabalho são importantes não só do ponto de vista do trabalhador, mas também dos empregadores e da sociedade em geral. (Figueiredo et al., 2009).

No cenário atual os profissionais da saúde reagem de forma positiva, nos diversos ambientes estressantes da atividade laboral, onde são submetidos a jornadas de trabalho cansativas e extenuantes, dentro de um sistema de saúde que não dá às condições adequadas para esse fim, seja na atenção básica, na média ou alta complexidade. Os profissionais da Estratégia de saúde da família têm relatado predomínio de emoções positivas quando conseguem aliviar ou controlar a dor dos agravos nos usuários (Gouveia & Gomes, 2009, p. 271).

Observando diferenças significativas entre os afetos mencionados pelos Cirurgiões - Dentistas em relação a médicos e enfermeiros, sendo que os enfermeiros tem apresentado uma média maior de afetos negativos em relação ao seu cenário de trabalho. Neste sentido, sem esquecer as diferenças na prática profissional, supõe-se que há entre esses profissionais, sentimentos que emergem e que estão diretamente relacionadas a seu ambiente de trabalho (Carandina, 2003, p. 207).

É necessário um esforço, uma atitude científica, mente inquisitiva, análise de dados, definição de limites e postura epistemológica adequada. Assim, a cada instante da sua ação o pensamento do médico defronta-se com a inquirição que põe em dúvida sua conduta, conclusões, mesmo que o assista o rigor do método, dada a enorme complexidade envolvida no exercício do seu mister. Mas, a atitude científica constitui apenas uma faceta importante da profissão de médico.

O objeto de sua ação é o ser humano, a exigir um atributo ímpar de quem o assiste – a sensibilidade, qualidade que torna a interação um ato satisfatório. É inegável o fato de que é imensamente importante para o paciente que o médico se interesse por ele. Assim, para surpresa e decepção de alguns, não basta apenas acudir com rigor técnico. A competência técnica isoladamente não basta, embora seja, evidentemente, parte essencial do processo. Nas doenças crônicas notadamente, nos agravos de prognóstico ominoso, nas situações de sofrimento intenso, não basta à esperteza, a boa técnica, que sempre se mostram insuficientes (Barbosa et al., 2007, p. 192).

Os médicos devem trabalhar sempre com os melhores princípios éticos e de solidariedade para com os doentes e suas famílias, respeitando sempre seu paciente. Estamos falando inclusive desde o momento que solicitamos um exame de sangue, perguntar se eles permitem este procedimento, explicando a necessidade do mesmo, de igual forma quando tirarmos uma fotografia para registrar um sinal importante da doença, quando fazemos uma visita domiciliar e invadimos a privacidade de uma humilde morada devemos solicitar licença para esta visita realizada na estratégia de saúde da família, na atenção básica, não devendo perder estas questões de respeito e ética na relação médico paciente, fazendo o contrário estamos afastando-nos cada vez mais desta relação e se cria um distanciamento e compromete-se a QV no trabalho do médico (Cantu, 2009, p. 122).

Nos países emergentes, como na Argentina, os médicos lutam constantemente para manter seu trabalho e a qualidade das condições de seu cenário laboral, que fica carregado de estresse e responsabilidade, com salários que não dignificam sua atividade, esta preocupação é permanente, devido à relação existente entre satisfação do profissional médico no seu ambiente laboral e a qualidade do serviço prestado pelo profissional no seu trabalho, além de um sistema de saúde que está constantemente desqualificando o profissional da saúde, neste estudo entende-se que bem-estar da QV no trabalho do médico está relacionada, a três dimensões essenciais da vida, como: física, psicológica e social.

Os médicos que trabalham em países desenvolvidos têm objetivos cada vez mais altos, relacionadas não só as condições de seu trabalho, e a relação do seu trabalho com

outras áreas de sua vida como: família, cultura, vida sexual, esporte e lazer (Nasetta & De Nasetta, 2011, p. 388).

Para Asaiag et al., (2009) em pesquisa realizada com residentes, os mesmo percebem que sua QV é pior na residência médica do que na sua vida em geral. Os domínios do WHOQOL não apresentaram diferenças entre sexo, ano de residência e especialidade. Existe um grande número de residentes com índices patológicos de sonolência diurna. Esta é maior no grupo de residentes do sexo feminino e naqueles do primeiro ano de residência. A carga horária semanal é diretamente proporcional à presença de sonolência diurna. Os residentes analisados apresentam estresse profissional com alto nível de exaustão emocional e de despersonalização, e moderado nível de realização pessoal.

Barros (2010, p. 37) Reportou uma percepção da boa QV no trabalho dos médicos de Covilhã, apesar de ser uma região do interior de Portugal, com falta de alguns equipamentos e pela distância dos grandes centros médicos. Constatou-se que estão muito motivados, pelo apoio dos colegas para fazer frente aos desafios do dia a dia, apesar da sobrecarga de trabalho. E empenhados na procura de um serviço de saúde efetivo e de qualidade, o que tem direta relação com a satisfação destes profissionais e com seu ambiente de trabalho.

A qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica (primária, saúde da família) na Bélgica (Bruxelas) é possivelmente uma das melhores da Europa, provavelmente pelas condições de trabalho, contando com recursos materiais de alta qualidade técnica e científica, com insumos de ponta (Glucagon sintético e insulina), podendo oferecer as pessoas em risco de adoecer, prevenção, e integralidade no atendimento 24 horas por dia e 7 dias na semana, acesso facilitado com flexibilidade e desburocratização da gestão, qualificação permanente dos profissionais. Ao final do ano 2009, o setor dos cuidados em saúde representava 10,9% do PIB do país.

Cerca de 5% a 10% da população consome 50% a 65% do total do orçamento da saúde, sendo que grande parte dessa quantia se dá em função do tratamento de doenças crônicas. Outros dados: 17,20% da população têm 65 anos ou mais; 80% das pessoas com mais de 65 anos têm uma doença crônica e 85% daqueles com mais de 75 anos sofrem de 3 doenças crônicas. Possivelmente a QV no trabalho deste médico seja uma das melhores devido às condições estressantes no ambiente de trabalho sejam menores pela organização evidenciada nesta parte do continente (G. Lufchitz, Comunicação pessoal eletrônica, Julho 25, 2012).

A QV no trabalho do médico da atenção primária na França, segundo estudo Canadense (Lamarche P. et al., Novembro 2003), verificado por Kervasdoué, (Janvier, 2009) e relato de experiência das cidades de Toulouse (quarta maior cidade da França,

com mais de 1 milhão de habitantes), o modelo que predomina é o modelo comunitário integrado. Les Ullis (20.000 habitantes) e Igny (10.000 habitantes) a 30 km de Paris. Nestas pequenas cidades o médico trabalha 60 horas por semana no modelo individual/profissional denominado de liberal onde o médico generalista trabalha sozinho, é predominante na França, recebe pagamento no ato por cada consulta realizada.

Nos turnos livres, tem muito trabalho burocrático, para verificar o fluxo de caixa e ver pendências com a seguridade social. Les Ullis tem uma população muito flutuante em função das altas taxas de imigração/emigração. Igny tem uma população fixa de franceses nativos em sua maioria. Hoje em Toulouse funciona a Casa de Santé (casa de saúde) nasce de uma mistura entre o modelo de atenção comunitária com trabalho em equipe multidisciplinar e o modelo individual/profissional, favorecendo uma relação mais personalizada entre o paciente e o profissional de saúde. Nestas localidades constatou-se muitas horas de trabalho e pouco tempo para lazer e a família, o que termina comprometendo a QV no trabalho deste profissional (G. Lufchitz, Comunicação pessoal eletrônica, Julho 25, 2012).

Barcelona capital da Catalunha é a segunda cidade mais populosa da Espanha, com 1,5-2 milhões de habitantes. Com mudanças estruturais, pelo crescente número de imigrantes, fenômeno das grandes cidades europeias, fato que atinge o sistema de saúde, este sistema é referência para toda a Europa, sendo que a expectativa de vida na Catalunha é superior em relação aos da União Européia fato valorizado pelos usuários, este sistema tem abrangência universal. Onde funciona o Centro de Atenção Primária (CAP) Maragall, talvez o maior de Barcelona, localizado num prédio de 5 andares no centro da cidade, e concentra cerca de 65 médicos de família nos 4 últimos andares, já que na área funciona o serviço de Ginecologia e Pediatria. Ele cobre uma população de cerca de 110 mil habitantes.

Os médicos de família em Barcelona só atendem à população maior de 15 anos de idade os menores ficam a cargo dos Pediatras. Aqui tem a UBA 3 (Unidade Básica de Atenção) formada pelo médico de família, enfermeira e administrativo. Assim a maioria das equipes de saúde é formada por médico e enfermeira. A diferença está nos modelos de gestão, há centros com gestão pública e outros com gestão privada. A gestão pública dos centros de saúde é excelente. Fato que reflete nos indicadores de saúde da população e na satisfação dos usuários. A satisfação do profissional é maior nos centros de gestão privada. Os cortes de gastos públicos também alcançaram o setor saúde.

O médico de família nos centros de gestão pública ganhavam em média 3200 euros/mês, porém esse valor foi reduzido para 2700. Satisfação profissional tensionada pela demanda crescente de serviços, recursos cada vez mais escassos, questionando-se a sustentabilidade do sistema sanitário espanhol. População cada vez mais envelhecida

com mais de 65 anos com um perfil de morbidade também crescente (entre 2012 e 2020 duplicará o número de pacientes que tenham pelo menos uma doença crônica). A QV no trabalho do médico nestas condições também não é das melhores, com muita atividade laboral e pouco tempo para lazer e a família. A grande maioria de médicos de família tem outro emprego (G. Lufchitz, Comunicação pessoal eletrônica, Julho 25, 2012).

Em Portugal, nas últimas três décadas, desenvolveu-se muito a Medicina Geral e Familiar (MGF), chama-se assim a medicina que cuida da saúde primária em Portugal. Com uma associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, revista científica com publicações de qualidade, a existência do ensino de Medicina Geral e Familiar em todas as escolas médicas do país, internato da especialidade que é referência para outras escolas. Todo isso tem contribuído para o desenvolvimento da medicina de família. As Unidades ou equipes de saúde são formadas basicamente por médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Não há Agentes Comunitários de Saúde como no Brasil, embora existam auxiliares para cuidados domiciliários.

O modelo das Unidades de saúde locais (ULS) engloba várias situações ainda mal definidas e é um tema bastante divergente, sendo que o modelo atual tem uma baixa aceitação pelos médicos (as) de família, portugueses (as). O uso de indicadores como evidência de ganhos em saúde, não é adequada e o desenvolvimento da medicina baseada em indicadores não centrada na pessoa é perigoso e levaria a conclusões erradas. Não se avaliam os índices de satisfação do usuário ou a resolutividade dos profissionais.

O contrato do médico tem, uma carga horária de 35 ou 40 horas semanais das quais o médico, com internos ou residentes tem 6 horas a menos de atendimento semanais, voltadas à educação do formando, a compensação financeira por essa atividade não esta bem definida, assim como a educação permanente do profissional. Esse médico aqui, e na maioria dos países da Europa, cuida de uma lista de 1550 pacientes, e não de um território vinculado como é no Brasil.

Porém, alguns contratos estipulam números superiores, associados ou não a incentivos financeiros. Às vezes 1.700 a 1.800, comprometendo a QV no trabalho deste profissional (G. Lufchitz, Comunicação pessoal eletrônica, Julho 25, 2012).

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Introdução

No capítulo 3 apresenta-se a metodologia da investigação utilizada no sentido de atingir os objetivos propostos no capítulo 1. Desta forma, após uma descrição sucinta da estrutura do capítulo (3.1.), faz-se uma breve Caracterização geral do estudo (3.2.), a caracterização do desenho de investigação (3.2.1), são abordadas as condicionantes que conduziram à seleção da amostra estudada e a sua caracterização (3.3). No sub-capítulo seguinte (3.4.), apresentam-se a técnica de coleta de informação, validação do questionário (3.4.1), tabela de coleta de documentos produzidos pelo conselho. (3.4.2), é explicado de uma forma sucinta o percurso/trilho efetuado (3.5) e por fim, procede-se à descrição da etapa de (3.6.), análise e tratamento de dados.

#### 3.2 Caracterização geral do estudo

Este estudo foi de natureza quantitativa, qualitativa, descritiva e interpretativa. Utilizamos um questionário para avaliação da QV da *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-ABREVIADO)*, que referencia QV como um conjunto subjetivo, multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. E outro questionário sócio demográfico para conhecer as características sócias demográficas dos médicos. E a entrevista com duas perguntas abertas, que foram gravadas para serem analisadas posteriormente conforme os domínios confrontados.

A coleta de dados foi realizada pelo mestrando entre Julho e Agosto de 2011, por meio do instrumento, o qual baseia-se nos pressupostos de que a QV 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 do Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Composto de 26 perguntas que compreendem quatro domínios: físico (I), psicológico (II), relação social (III), meio ambiente (IV). Esses domínios são divididos em 26 questões (facetar) (Fleck, 2008). Avaliamos fatores fixos como sexo e percentil de ISP ajustado para idade; também avaliamos o grau de satisfação, número de horas de atividade profissional. Analisamos a variável independente como idade.

Em junho de 2011 encaminhei um documento (Apêndice I) para o Presidente do Comitê de Ética e pesquisa para apreciação do projeto mencionado. Outro documento para esclarecimento ao sujeito de pesquisa (Apêndice II). Outro documento que é o termo de consentimento livre e esclarecido para cada entrevistado (Apêndice III). O questionário WHOQOL - ABREVIADO e questionário sócio – demográfico (Fernandes, 2009) adaptado e entrevista, foram aplicados diretamente pelo pesquisador responsável (mestrando) agendado pessoalmente com cada um dos profissionais que na época estava trabalhando nas equipes de saúde da família da prefeitura de Boa Vista e as equipes do interior do Estado de Roraima. Sendo aplicados os questionários e realizado a entrevista antes de iniciar o atendimento no período matutino, portanto sendo assim um ambiente sossegado. (Anexo I).

### 3.2.1 Caracterização do desenho de investigação

Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida no trabalho dos médicos foi realizada uma pesquisa bibliográfica do estado da arte da QVT dos médicos da Atenção Básica do estado de Roraima. Aplicou-se um questionário WHOQOL- ABREVIADO com 26 perguntas, e outro sócio demográfico com 17 perguntas fechadas e duas perguntas abertas que foram realizadas através de entrevistas gravadas e depois transcritas, analisadas e sintetizadas.

<b>DIMENSÃO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>PERGUNTA</b>
Correlação do Perfil Sócio demográfico com a QV	Analisar o Perfil sócio demográfico	P 1- Idade P 2 - Sexo P 3 - Formação Profissional P 4 - Tempo de graduação P 5 - Estado Civil P 6 – Quantas pessoas moram com você? P 7 – Quantos dependentes você tem? P 8 – Quantos vínculos empregatícios você tem? P 9 - Tipo de vínculo na ESF P 10 – Quantas horas diárias você trabalha na ESF? P 11 – Renda mensal na ESF P 12- Renda total mensal P 13 - Satisfação das necessidades familiares com renda da ESF P 14 – Atualmente está fazendo algum curso? P 15 – Qual o curso?
Determinação da qualidade de vida no ambiente de trabalho dos médicos	Conhecer a qualidade de vida no ambiente de trabalho dos médicos	P 16 - O quanto satisfeito você está com seu ambiente de trabalho? P 17- Você tem boas condições de trabalho? P 18 - O que é QV no ambiente de trabalho? P 19 - Como qualifica ou como está sua QV no trabalho hoje?

Foi pedida autorização para a realização do estudo ao Secretário Estadual de Saúde, foi apresentado o termo de esclarecimento ao sujeito da pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido aos sujeitos da pesquisa que salvaguardaram as questões éticas do estudo.

O questionário WHOQOL- ABREVIADO utilizado foi aplicado na íntegra e o sócio demográfico foi adaptado do modelo adotado por Fernandes (2009).

Os questionários foram entregues pelo pesquisador no terceiro trimestre de 2011, juntamente com cópias do termo de esclarecimento ao sujeito da pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido aos sujeitos da pesquisa, no período matutino, antes do atendimento ambulatorial, sendo que foi previamente agendado de forma pessoal e individual.

Primeiramente foi utilizado o questionário WHOQOL-100 no estudo, sendo validado mediante avaliação de 15 profissionais da saúde, os quais não conseguiram responder todas as perguntas, por ser um questionário muito extenso e cansativo, indicando assim que fosse aplicado o questionário WHOQOL- ABREVIADO. Os demais instrumentos também foram validados pelos 15 profissionais da saúde, sem alterações.

### **3.3 População e Amostra**

A população estudada foi a totalidade de médicos trabalhando nesse momento da entrevista, que atuam nas unidades da atenção básica, nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Estado de Roraima, Brasil. Sendo 43 entrevistados das 53 equipes em Boa Vista e 19 entrevistados das 30 equipes dos municípios do interior, resultando 62 médicos entrevistados que se encontravam nesse momento trabalhando nas suas equipes. Fato frequente a nível nacional, equipes cadastradas no Ministério da Saúde, dificilmente estão completas, devido à alta rotatividade e precariedade do vínculo empregatício, há dificuldades em fixar estes profissionais que trabalham com sobrecarga de atividades.

A cidade, e município, de Boa Vista está localizada na região centro-norte do Estado de Roraima, sendo o principal centro urbano da região. Possui uma área de aproximadamente, 5.711,9 km<sup>2</sup>. O clima é equatorial, quente e úmido, com duas estações climáticas bem definidas, seca e chuvosa. A temperatura varia de 20 °C a 38 °C, sendo a média anual em torno de 27,4 °C. Limita ao norte com os Municípios de Normandia, Pacaraima e Amajari; ao Sul, com os municípios de Mucajaí e Alto Alegre; ao Leste, com os municípios de Bonfim, Cantá e Normandia e a Oeste com o município de Alto Alegre. Em 1950, a população total era de 5.132 habitantes. Segundo estimativas do IBGE, em

2011, esse número representou 284.313 habitantes. Apresentando indicadores de uma população predominantemente carente (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, [IBGE], 2011).

A população boa-vistense é eminentemente jovem. Segundo estimativas do IBGE, 82,5% da população do município situam-se na faixa etária de até 49 anos, distribuindo-se em partes iguais em relação ao sexo. A população acima da faixa etária de 59 anos representa apenas 7,8% da população total (IBGE, 2011).

O município de Boa Vista representa o grande centro médico-hospitalar do Estado, para o qual convergem os habitantes dos Municípios interioranos, apresenta uma relação leito/habitante não muito alta (1:339), a qual, assim como a relação número de leitos hospitalares por habitantes para o Estado de Roraima, apresenta-se algo deficitária, sendo igual a um leito para cada 416 habitantes, atingindo um pouco mais que o dobro do valor recomendado pelo Ministério da Saúde (1:200) (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas/Roraima [SEBRAE/RR], 2011).

As pessoas que moram nos municípios do interior do estado, buscam assistência médica na capital contribuindo na superlotação da infraestrutura da saúde deste Município, fazendo com que o atendimento não seja adequado nem satisfatório. Além disso, quando se considera apenas os leitos disponibilizados pelo SUS esta relação em Boa Vista eleva-se para 1:525. Assim a existência de leitos hospitalares vinculados à iniciativa privada não são suficientes para atender esta demanda observada na capital do Estado. Nos outros municípios todos os leitos hospitalares disponíveis estão vinculados ao SUS (SEBRAE/RR, 2011).

O Município de Boa Vista, junto com Pacaraima, Normandia, São Luiz e Caroebe, foram os que apresentaram melhor situação, contando com relações leitos/habitantes próximas do padrão recomendado pelo Ministério da saúde, com valores oscilando entre 1:221 e 1:339. Quanto à relação médicos/habitantes, esta atingia para o Município de Boa Vista, em 2011, o valor de 1,5:1000, que não atende ao parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde (1:1.000) (Secretaria de Planejamento do Estado de Roraima [SEPLAN/RR], 2011).

Referente às recomendações da OMS e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) com relação ao número de médicos por habitante esta recomendação é proposta pelo ministério da saúde e educação no Brasil (Scheffer, 2011).

Boa Vista tem quatro hospitais, sendo três do Estado e um, da Prefeitura Municipal de Boa Vista.

O Hospital Coronel Mota (HCM) é o mais antigo, construído entre 1954 e 1958, localizado na Rua Coronel Pinto, 636 – Centro. Atualmente funciona com atendimento ambulatorial de 26 especialidades médicas, diagnóstico por imagens, eletrocardiograma,

eletroencefalograma e endoscopia digestiva alta (Secretaria Estadual de Saúde de Roraima [SESAU/RR], 2012).

O Hospital Geral de Roraima (HGR) iniciou suas atividades em 2 de Setembro de 1992, localizado na Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 – Bairro Aeroporto. Atualmente funciona com 281 leitos de internação. Com unidades de Pronto Socorro – Francisco Elesbão, Pronto Atendimento – Dr. Airton Rocha e a unidade hospitalar dividida em quatro blocos, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva (SESAU/RR, 2012).

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) iniciou suas atividades em 5 de Novembro de 1982 e se localiza na Avenida Presidente Costa e Silva, 1100 – Bairro São Francisco. Atualmente funciona com 211 leitos e seis blocos, chamados de Alas, onde estão o berçário, unidades de terapia intensiva neonatal, centro cirúrgico, laboratório clínico, diagnóstico por imagens e o centro de referência da mulher (SESAU/RR, 2012).

O Hospital da Criança (HC) iniciou suas atividades em 13 de Agosto de 2000. Se localiza na Avenida das Guianas, 1645, no Bairro 13 de Setembro. Atualmente funciona com 90 leitos e sete blocos, onde estão as enfermarias, a unidade de terapia intensiva a unidade de cuidados intermediários laboratório diagnóstico por imagem, ambulatório de algumas especialidades pediátricas e o pronto socorro (Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista [SEMSA/BV], 2012).

O hospital Unimed iniciou suas atividades em 20 de Julho de 1998, localizado na Avenida Glaycon de Paiva, 1027, no Bairro São Vicente. Atualmente funciona com 48 leitos, centro cirúrgico, laboratório, diagnóstico por imagem e pronto atendimento (SEPLAN/RR, 2011).

O número de leitos hospitalares do SUS e da Assistência à Saúde Suplementar (Unimed), segundo os dados da Secretaria de Atenção a Saúde/DATASUS/Ministério da Saúde, referentes ao ano de 2012, registrou que Boa Vista dispõe de 630 leitos, dos quais 582 se encontram habilitados junto ao SUS e 48 leitos da assistência a saúde suplementar (SESAU/RR, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada na cidade de Boa Vista em 1999. Inicialmente foram instaladas cinco Equipes de Saúde da Família nos bairros Pintolândia, Jardim Equatorial, Alvorada, 13 de Setembro e União, o que coincide com a realidade da ESF a nível nacional, implantando as equipes preferencialmente em bairros das periferias dos municípios ou naquelas áreas em que são mais necessárias as ofertas de ações e serviços de atenção básica.

As equipes atendiam 4.500 famílias (em média, são 900 famílias acompanhadas por cada Equipe de Saúde da Família em Boa Vista).

No ano 2000 aumentou o número de equipes para 12 realizando uma cobertura

de 20,46% da população. No ano 2001 o número de equipes foi ampliado para 45 alcançando uma cobertura de 73,80%. No ano seguinte, o 2002 o número de equipes foi para 47 e a cobertura chegou a 74,92%. Nos anos seguintes (2003 e 2004) o número de equipes se manteve e observamos uma diminuição da cobertura pelo aumento da população, como se evidenciou em 2005 (até o mês de Setembro) existiam 47 equipes possibilitando a cobertura de 70,90% da população da capital.

Nos anos 2006, 2007 e 2008 observou-se, a alta rotatividade dos profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família, o que vem comprometendo a resolutividade dos agravos encontrados na população, desta forma mudando a porta de entrada da atenção básica para o pronto atendimento do Hospital Geral, Hospital Maternidade e Hospital da Criança. Em 2008, se concretizou uma proposta perseguida pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família, para poder regularizar a precariedade do vínculo empregatício entre os profissionais Médicos e a Gestão Municipal, pois este ano se completou 10 anos sem vínculo empregatício, trabalhando em condições impróprias, comprometendo a execução dos programas planejados de acordo a necessidade de cada área atendida pelas Equipes de Saúde da Família.

O primeiro passo, para regularizar a precariedade do vínculo foi dado com o concurso seletivo dos profissionais para as Equipes de Saúde da Família. A falta de recursos materiais e de logística (bicicletas, automóveis, equipamento de proteção individual para os agentes comunitários de saúde) para as equipes cumprir com os objetivos estão preocupando cada vez mais os profissionais. Outra preocupação é a falta de esclarecimento da política de Educação Permanente do governo Federal para o SUS por parte da gestão, comprometendo o treinamento em serviço destes profissionais. Fazendo com que muitos profissionais que já realizaram a Especialização em Saúde da família, e já tendo até, duas ou três especialidades na espera do Mestrado e Doutorado em Saúde da Família estejam optando por outras graduações como o Curso de Direito, por exemplo, como outra opção de qualificação e trabalho.

No ano 2011, a gestão municipal surpreende, novamente, ao não respeitar o processo seletivo dos profissionais das equipes de Saúde da Família, promovendo um afastamento massivo destes profissionais sem motivo justificado, provocando uma reação de repúdio por parte dos profissionais e a população que é atendida pela ESF, este fato favoreceu para evidenciar uma vez mais as precárias condições da QV no trabalho destes profissionais e as péssimas condições onde funcionam as equipes, comprometendo a qualidade do atendimento ofertado aos usuários.

No ano 2012, a gestão municipal, continua desrespeitando o trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família e as condições de trabalho, são cada dia mais inadequadas com a falta de estrutura das unidades básicas de saúde, falta de

insumos, falta de educação permanente, continua a precariedade do vínculo, chegando a retrazar o pagamento e em alguns casos a dividir em duas parcelas o pagamento, fato que em alguns casos leva a deixar as equipes do município de Boa Vista para migrar para outras cidades como Manaus, São Paulo, Rio de Janeiro, buscando valorização profissional e melhores condições de trabalho.

O curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima tem contribuído com profissionais Médicos, já que das turmas que se formam, egressos ficam na atenção básica até conseguir uma vaga na Residência Médica e logo partem para continuar sua Educação Permanente. Assim, a Estratégia Saúde da Família continua sendo o cenário, de treinamento em serviço para alunos, preceptores e tutores, que servem a todas as Instituições de Ensino Superior em Boa Vista Roraima.

### **3.4 Validação do questionário**

Os questionários aplicados foram previamente validados em pesquisas anteriores, pois já tinham sido publicados em trabalhos científicos.

#### **3.4.1 Análise dos dados**

Utilizamos um pacote estatístico apropriado denominado *Statistical Package for the Social Sciences* (Versão 20) licensors 1989.2011.IBM logo.ibm.com and spss are TradeMarks of Registered TradeMarks of Internacional Business Machines Corp.,Registered in many Jurisdictions worldwide.

Os dados foram pré-processados através do auto-escalamento onde verificou-se os dados na média e divide-se cada um pelo desvio padrão, de forma que todas as variáveis passam a ter a mesma importância, ou seja, o mesmo peso. Utilizamos uma ANOVA aos dados obtidos neste estudo, para nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software *Microsoft® Excel 2002* (10.2614.2625), Copyright©, *Microsoft Corporation 1985-2001*, Identidade do produto – 54870-640-1203177-17320.

A Classificação dos testes de hipótese pelo nível de mensuração e por tipo de amostra ou experimento conforme o quadro do GUIA PRÁTICO DO SPSS do Prof. João Agnaldo do Nascimento. Nesse trabalho utilizamos o qui-quadrado para variáveis nominais e a tabela ANOVA para variáveis intervalares e K amostras.

## Quadro 1.

Classificação dos testes de hipótese pelo nível de mensuração e por tipo de amostra

Nível de mensuração	Uma Amostra	Duas Amostras		K Amostras	
		Indep.	Depend..	Indep.	Depend.
Nominal		Qui-Quadrado	McNemar	Mediana	Q de Cochram
	Qui-Quadrado	Qui-Quadrado	McNemar	Mediana	Q de Cochram
	Runs	Fischer	(variável dicotômica)	Qui-Quadrado	(variável dicotômica)
Ordinal	Kolmogorov-Smirnov (K-S)	Mann-Whitney,	Sinal Wilcoxon	Kruskal-Wallis	Friedman
		K-S-Z, Moses, W-W		(Exp. Inteiramente Casualizado),	(Exp. em Blocos casualizados)
				Mediana	
Intervalar	Teste-t	Teste-t	Teste-t	ANOVA (Exp. Inteiramente casualizado)	ANOVA (Exp. Com medidas repetidas)

(Nascimento &amp; Melo, 1989)

#### 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram aplicados questionários para todos os médicos da Atenção Básica da Saúde de Boa Vista e dos municípios do interior do estado de Roraima que no momento estavam atuando nas equipes da estratégia de saúde da família. Devemos assinalar que tanto em Boa Vista como nos municípios do interior do estado não estão em funcionamento o número adequado de equipes de saúde da família para atender as necessidades da população, de tal forma que as equipes atuantes trabalham com sobrecarga desde a implantação da estratégia, gerando desconforto na QV no trabalho dos profissionais. Analisaram-se 62 indivíduos dos quais 32 eram do sexo masculino e 30 do sexo feminino.

A Tabela 1 expõe a estatística descritiva das variáveis sócio-demográficas.

Tabela 1.

Descrição das variáveis, sócio- demográficas dos médicos que atuam na Estratégia de Saúde da família, no Estado de Roraima, Brasil, agosto, 2011.

Variáveis	n (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	30 (48,4)
Masculino	32 (51,6)
<b>Faixa etária (anos)</b>	
Até 27	9 (14,8)
28 até 39	22 (36,1)
40 até 49	22 (36,1)
50 ou mais	8 (13,1)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro	18 (29,0)
Casado	33 (53,2)
Vivendo como casado	6 (9,7)
Divorciado	4 (6,5)
Separado	1 (1,6)
<b>Mora com quantas pessoas</b>	
Sozinho	8 (12,7)
Com familiares	47 (75,8)
Com amigos	3 (4,8)
Com conhecidos	4 (6,5)

**Número de dependentes**

Nenhum	14 (22,6)
Um a dois	21 (33,9)
Três a quarto	23 (37,1)
Cinco ou mais	4 (6,5)

Fonte: Da própria Pesquisa.

Com relação ao sexo, não houve diferença significativa entre os escores médios analisados com intervalo de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ), ou seja, os escores médios não diferem entre si. Nos estudos de Machado (1999) mostrou que 70,6% dos médicos são homens, dado semelhante ao conjunto do país (69,8%). No ano 2004, a prevalência do sexo masculino era menor na região (67,5%). Há variações entre os Estados: os do sexo masculino são 71,9% no Espírito Santo, 65,9% no Rio de Janeiro, 74,3% em Minas Gerais e 70,7% em São Paulo. Na pesquisa prévia (Machado, 1999) estes percentuais eram de 67,9% no Espírito Santo, 61,9% no Rio de Janeiro, 71,8% em Minas Gerais e 68,8% em São Paulo. Pode-se constatar o aumento do contingente de médicos do sexo masculino em todos os Estados.

Apesar de a Medicina continuar sendo exercida, em sua grande 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 et al., 2007) o sexo masculino representa o 62,9%. Esta tendência dos médicos ser maioria também se confirma na pesquisa acerca da demografia médica do Brasil com 60,09% (Scheffer, 2011).

Referente à faixa etária onde se encontra a maior quantidade de médicos em atividade profissional nesta pesquisa representada entre 28 e 49 anos 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 nesta pesquisa a faixa etária mais produtiva do médico.

Com relação ao estado civil a maioria dos profissionais entrevistados é casado ou vivendo como casados (62,9%). Possivelmente esta relação afetiva seja importante para diminuir o estresse no ambiente laboral e o relacionamento com os outros profissionais no ambiente de trabalho. Fato 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 nesta pesquisa predominância de médicos que morava com seus familiares (75,8%), confirmando os resultados encontrados no estudo realizado na Saúde dos Médicos do Brasil (Barbosa et al., 2007, p. 107) e (Fernandes, 2009, p. 65), esta característica de morar com seus familiares, provavelmente este ligada ao fato de que

estes profissionais reagem e lidam melhor com o estresse próprio do dia a dia no trabalho da Estratégia de Saúde da família quando a família esta no lar, aguardando seu retorno após de uma jornada cansativa e estressante o aconchego da família provavelmente seja um fator importante que da tranquilidade a este profissional nas horas de sossego em sua residência.

Neste estudo, sim dependentes corresponde a (22,6%), com um a dois dependentes são (33,9%), com três a quatro (37,1%) e com cinco o mais (6,5%), a existência do número de dependentes nesta pesquisa foi para verificar possíveis fatores que possam supor compromissos que requerem maior estabilidade, contribuindo para fixação ou não dos profissionais no município de atuação. De acordo com (Barbosa & Aguiar, 2008, p. 380) a baixa taxa de permanência do profissional em sua função ameaça o impacto e os resultados da ESF, prejudicando a criação de vínculos de confiança entre os profissionais, usuários e suas famílias e com a comunidade.

Na Tabela 2 descreve-se a amostra quanto a aspetos profissionais

Tabela 2.

Descrição das variáveis segundo aspectos profissionais dos médicos que atuam na estratégia de Saúde da família, no estado de Roraima, Brasil, agosto, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Nível de Formação profissional</b>	
Graduação	21 (33,9)
Especialização	40 (64,5)
Mestrado	1 (1,6)
<b>Tempo de graduação (anos)</b>	
Até 5	23 (39,7)
6 até 10	12 (20,7)
11 até 20	11 (19,0)
21 ou mais	12 (20,7)
<b>Número de vínculos empregatícios</b>	
Um	14 (22,6)
Dois	38 (61,3)
Três	10 (16,1)
<b>Vínculo empregatício na ESF</b>	
Celetista	4 (6,5)
Contrato temporário	51 (82,3)
Servidor public	4 (6,5)
Outros	3 (4,8)

**Carga horária na Estratégia de Saúde da família**

Seis horas	3 (4,8)
Oito horas	47 (75,8)
Doze horas ou mais	12 (19,3)

**Faz algum curso atualmente**

Não	31 (50,0)
Sim	31 (50,0)

---

Fonte: Da própria Pesquisa.

No item referente a vínculo empregatício na ESF, observou-se que 82% dos entrevistados possuem contrato provisório. Em um contexto de globalização, de grande concorrência de mercado, não ter contrato fixo provavelmente pode significar um elemento indutor de estresse. 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 estresse, afetando os ambientes laborais, a QV no trabalho, com sobrecarga, conflito de funções e desvalorização profissional (Dos Santos et al., 2010).

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

O médico com especialização nesta pesquisa corresponde a 64%, possivelmente este seja um fator positivo ao profissional para lidar com o estresse do ambiente laboral e melhore a QV no trabalho, segundo (Gouveia & Gomes, 2009).

Os médicos com até 20 anos de graduado representam 79,4% nesta pesquisa. O tempo de graduação é um fator que influi sobre a QV no trabalho e da segurança ao profissional para desenvolver suas atividades cotidianas com menos estresse devido provavelmente à experiência no trabalho (Do Amaral, 2010).

Médicos com especialização representam 64,5% nesta pesquisa, dados que são corroborados pela pesquisa acerca da demografia médica no Brasil onde se mostra que 55,1% dos médicos são especialistas (Scheffer, 2011).

Médicos com mestrado e doutorado é um quantitativo baixo nesta pesquisa de boa vista que representa 1,6% da amostra, dados que são verificados pela pesquisa da distribuição dos pós-graduados em medicina no Brasil (Teixeira et al., 2011) onde mostra

que existem 2,84 mestres por 100 mil habitantes e 1,98 doutores por 100 mil habitantes para Roraima. Observa-se uma grande desigualdade entre as regiões e pode ser explicada pela locação desigual de recursos. O Sudeste, em 2002, recebeu 53,6% dos recursos provenientes do CNPq, enquanto que o Norte recebeu apenas 2,4% (Teixeira et al., idem). Situação que desestimula o médico e piora a QV no ambiente de trabalho, devido à falta de uma política adequada de educação permanente para este profissional.

Na Tabela 3 se apresenta a descrição das variáveis segundo a renda e satisfação com aspectos do trabalho dos médicos que atuam na ESF.

Tabela 3.

Descrição das variáveis segundo renda e satisfação com aspectos do trabalho dos médicos que atuam na ESF, no estado de Roraima, Brasil, Agosto, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Renda mensal na ESF</b>	
Menos de R\$5.000,00	5 (8,1)
De R\$5.000,00 a menos de R\$10.000,00	53 (85,4)
R\$10.000,00 ou mais	4 (6,4)
<b>Renda mensal de todos os empregos</b>	
Menos de R\$5.000,00	1 (1,7)
De R\$5.000,00 a menos de R\$10.000,00	17 (28,3)
De R\$10.000,00 a menos de R\$20.000,00	38 (63,3)
R\$20.000,00 ou mais	4 (6,7)
<b>Satisfação das necessidades familiares com a renda da ESF</b>	
Não	45 (73,8)
Sim	16 (26,2)
<b>Satisfação com o ambiente de trabalho</b>	
Nada	9 (14,5)
Muito pouco	24 (38,7)
Médio	26 (41,9)
Muito	2 (3,2)
Completamente	1 (1,6)
<b>Boas condições de trabalho</b>	
Nada	10 (16,1)
Muito pouco	31 (50,0)
Médio	19 (30,6)
Muito	2 (3,2)

Fonte: Da própria Pesquisa.

Verificamos, com base na Tabela 3, que a renda mensal na ESF é de 5.000,00 a 10.000,00 reais, por 40 horas semanais o que corresponde a 85,4% dos entrevistados. Referente à renda mensal de todos os empregos (63,3%) responderam estar entre 10.000,00 a 20.000,00 reais por 40 horas semanais, o que significa que para chegar a essa renda o profissional deve ter mais de dois vínculos e ainda fazer plantões noturnos em ambientes de trabalho estressantes 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.

Ressalte-se que o piso salarial por 20 horas semanais de trabalho médico é de 9.813,00 reais, defendida pela Federação Nacional dos Médicos (FENAM) do Brasil (SINMED-MG, Maio/Junho 2012, pag. 12). Referente à satisfação das necessidades familiares com a renda da ESF, 73,8% responderam negativamente, pois em Boa Vista o salário pago pela jornada de 40 horas de trabalho médico não alcança o piso salarial da FENAM por 20 horas semanais (CRM-RR, Março 2012).

As respostas com relação à satisfação no ambiente de trabalho, corresponderam a muito pouco e médio que representam juntos 80,6%, deve-se possivelmente a crença dos médicos, na melhoria das condições de trabalho, mais não é o que vem acontecendo, conforme 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 insumos, medicamentos nas unidades de atenção básica (CRM-RR, Março 2012).

Pode-se concluir, observando a informação da Tabela 3, que o grau de satisfação dos médicos, em relação ao ambiente de trabalho é baixa. O que pode interferir no nível de acometimento de estresse. O resultado anterior é corroborado pelo resultado do item referente as boas condições de trabalho, onde ficou constatado que 50% está pouco satisfeito com as condições de trabalho. Dados ainda preocupantes com insatisfação do trabalho médico em relatório nacional do (CFM, Julho 2012).

Na Tabela 4 apresentam-se os dados relativos às variáveis sócio-demográficas dos inquiridos.

Tabela 4.

Distribuição dos escores médios dos domínios de QV, segundo variáveis sócio-demográficas, dos médicos que atuam na estratégia de Saúde da família, no estado de Roraima, Brasil, agosto, 2011.

Variáveis	Físico	Psico	Relações	Meio Ambiente	Geral
<b>Sexo</b>					
Feminino	13,8	13,8	13,3	12,1	12,5
Masculino	13,4	13,5	13,1	11,2	11,2
<i>valor p</i>	0,543	0,627	0,850	0,132	0,125
<b>Faixa etária (anos)</b>					
Até 27	14,2	14,7	12,9	12,2	13,6
28 até 39	12,8	12,9	12,5	11,4	10,9
40 até 49	13,9	14,0	13,8	11,7	12,1
50 ou mais	14,7	13,7	13,8	11,6	11,5
<i>valor p</i>	0,246	0,381	0,573	0,867	0,225
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	12,7	12,9	12,2	10,8	11,2
Casado	14,6	14,2	14,1	12,3	12,7
Vivendo como casado	11,7	12,7	11,6	9,6	9,0
Divorciado	12,5	14,3	13,0	12,6	12,0
Separado	13,7	12,7	9,3	11,0	10,0
<i>valor p</i>	0,025*	0,381	0,130	0,024*	0,103
<b>Mora com quantas pessoas</b>					
Sozinho	13,3	13,5	13,3	11,9	12,0
Com familiares	13,6	13,8	13,4	11,7	11,9
Com amigos	12,8	10,4	9,3	9,7	8,0
Com conhecidos	13,7	14,1	13,7	11,5	13,0
<i>valor p</i>	0,946	0,196	0,247	0,516	0,199
<b>Número de dependentes</b>					
Nenhum	13,3	13,6	13,0	12,1	12,7
Um a dois	12,5	12,9	12,5	11,2	10,8
Três a quatro	14,5	14,4	13,8	11,7	12,0
Cinco ou mais	14,4	13,5	14,0	11,6	12,5
<i>valor p</i>	0,069	0,295	0,614	0,750	0,383

\* Valores significativos a 0,05 (ANOVA).

Em relação às variáveis sócio-demográficas 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 0,025 e 0,024 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 número de dependentes não apresentou significância com qualquer dos domínios.

Na Tabela 5 apresentam-se os resultados relativos aos aspectos profissionais dos médicos que atuam na ESF em matéria de QV.

Tabela 5.

Distribuição dos escores médios dos domínios de QV, segundo aspectos profissionais dos médicos que atuam na ESF, no estado de Roraima, Brasil, Agosto de 2011.

Variáveis	Físico	Psico	Relações	Ambiente de trabalho	Geral
<b>Nível de formação profissional</b>					
Graduação	13,3	14,0	13,1	11,9	12,5
Especialização	13,7	13,5	13,3	11,5	11,5
Mestrado	10,9	14,0	9,3	10,5	10,0
valor $p$	0,528	0,738	0,509	0,789	0,432
<b>Tempo de graduação (anos)</b>					
Até 5	12,8	12,5	11,8	10,9	11,0
6 até 10	14,2	14,7	13,1	12,5	12,8
11 até 20	14,0	14,6	15,6	12,2	12,5
21 ou mais	14,2	13,8	13,6	11,2	11,7
valor $p$	0,297	0,077	<b>0,018*</b>	0,166	0,355
<b>Número de vínculos empregatícios</b>					
Um	14,9	14,1	14,1	12,4	12,6
Dois	13,3	13,7	13,3	11,6	12,1
Três	12,5	12,9	11,6	10,8	9,6
valor $p$	0,069	0,542	0,178	0,268	<b>0,058**</b>
<b>Vínculo empregatício na ESF</b>					
Celetista	14,0	13,3	12,7	12,9	13,5
Contrato temporário	13,3	13,5	13,1	11,6	11,4
Servidor público	15,0	14,6	13,7	11,4	14,0
Outros	14,7	15,1	14,2	11,3	13,3
valor $p$	0,569	0,682	0,931	0,739	0,237

**Carga horária na ESF**

Seis horas	16,5	16,3	16,0	13,5	16,7
Oito horas	13,5	13,6	13,1	11,7	11,4
Doze horas ou mais	13,0	13,0	12,7	11,0	12,0
<i>valor p</i>	0,106	0,16	0,311	0,257	<b>0,024*</b>

**Faz algum curso atualmente**

Não	13,7	13,8	14	11,7	11,9
Sim	13,4	13,4	12,4	11,6	11,7
<i>valor p</i>	0,686	0,561	0,088	0,991	0,878

\* Valores significativos a 0,05 (ANOVA).

\* Valores significativos a 0,059 (ANOVA).

Verificamos não haver diferenças estatisticamente significativas quanto à relação das variáveis dos aspectos profissionais, e 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 0,018. O domínio geral mostra uma associação significativa quando relacionada à variável das horas trabalhadas na ESF com valor  $p$  de 0,024. 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 0,058.

Os resultados relativos à satisfação com aspectos do trabalho dos médicos são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6.

Distribuição dos escores médios dos domínios de QV, segundo renda e satisfação com aspectos, do trabalho dos médicos que atuam na ESF, no estado de Roraima, Brasil, Agosto, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Relações</b>	<b>Ambiente de trabalho</b>	<b>Geral</b>
<b>Renda mensal na ESF</b>					
Menos de R\$5.000,00	13,6	12,7	12,5	11,1	11,6
De R\$5.000,00 a menos de R\$10.000,00	13,5	13,7	13,3	11,6	11,8
R\$10.000,00 ou mais	13,7	13,5	12,3	11,9	11,5
<i>valor p</i>	0,994	0,716	0,769	0,859	0,970
<b>Renda mensal de todos os empregos</b>					
Menos de R\$5.000,00	12,0	10,7	9,3	10,0	6,0
De R\$5.000,00 a menos de R\$10.000,00	14,7	14,3	14,6	12,3	12,4
De R\$10.000,00 a menos de R\$20.000,00	13,0	13,3	12,6	11,4	11,7

R\$20.000,00 ou mais	12,7	13,3	11,7	10,6	10,5
<i>valor p</i>	0,130	0,384	0,097	0,390	0,215

**Satisfação das necessidades famil.  
com a renda da ESF**

Não	13,3	13,1	12,5	11,0	11,2
Sim	14,5	15,3	15,1	13,7	13,6
<i>valor p</i>	0,116	0,004*	0,006*	0,000*	0,011*

**Satisfação com o ambiente de trabalho**

Nada	13,1	12,6	11,6	9,6	10,0
Muito pouco	12,2	12,3	11,7	11,1	10,6
Médio	14,8	14,9	14,8	12,6	13,3
Muito	14,0	16,3	14,0	12,7	13,0
Completamente	18,9	17,3	18,7	14,5	12,0
<i>valor p</i>	0,001*	0,001*	0,002*	0,003*	0,013*

**Boas condições de trabalho**

Nada	12,3	12,3	11,2	9,4	8,8
Muito pouco	12,9	13,0	12,6	11,3	11,5
Médio	15,1	15,1	15,0	13,1	13,9
Muito	15,1	16,7	15,3	13,0	11,0
<i>valor p</i>	0,007*	0,004*	0,007*	0,000*	0,000*

\* Valores significativos a 0,05 (ANOVA)

Verificamos não haver diferenças estatisticamente significativas com nenhum dos domínios quanto à relação das variáveis da renda mensal na ESF e de todos os empregos (Tabela 6). Observou-se que a satisfação das necessidades familiares com a renda da ESF é estatisticamente significativa quando relacionados a todos os domínios, com exceção do domínio físico.

Já às variáveis satisfação com o ambiente de trabalho e boas condições de trabalho, mostra 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 escores médios diferentes quando os entrevistados escolhem resultados diferentes para aspectos do trabalho como satisfação com o ambiente laboral e boas condições de trabalho.

Ao utilizarmos o alfa de *Cronbach* que atesta a consistência interna do instrumento que corresponde à homogeneidade dos itens que constituem cada um dos domínios/facetetas. Nesta pesquisa este coeficiente poderá ter seu valor classificado entre

zero e um, de forma que quanto mais perto de um, maior será a consistência interna do instrumento (Fayers & Machin, 2007).

Na Tabela 7 apresentam-se os resultados relativos ao coeficiente Alfa de Cronbach para o WHOQOL-bref.

Tabela 7.

Valores obtidos para o coeficiente Alfa de Cronbach para o WHOQOL-bref. Aplicado ao grupo de médicos da Estratégia de Saúde da família, do Estado de Roraima, Agosto 2011.

WHOQOL-bref	Alfa de Cronbach	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
QV geral	0,57	62	2
Domínio Relações Sociais	0,82	62	3

Fonte: Da própria Pesquisa.

Verificamos que ao analisarmos o conjunto das 26 facetas ou questões, temos 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), médio 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 QV geral quando analisado individualmente apresenta o menor escore. Ressalte-se que o domínio, QV geral é conformado por dois itens, o que determina necessariamente transtorno (fragilidade) no desempenho de tal metodologia de análise. Comportamento encontrado por Fleck et al. (2008).

Os resultados relativos à satisfação com a saúde dos médicos são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8.

Frequências de respostas e medidas descritivas das duas primeiras questões do WHOQOL –

brief aplicado ao grupo de médicos da Estratégia de Saúde da família, no estado de Roraima, 2011.

<b>Questão</b>	<b>Opções de resposta</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Como você avaliaria sua QV?	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
	Média	13,1	
	Desvio-padrão	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
	Média	11,3	
	Desvio-padrão	6,5	

Fonte: Da própria Pesquisa.

Na Tabela 8 com relação à satisfação com a sua saúde, 50% dos inquiridos revelaram muito insatisfeito ou insatisfeito. O entendimento que provavelmente se tenha 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 escores transformados 4-20 e 0-100. São apresentados na Tabela 9.

Tabela 9.

Valores mínimos, máximos, escores médios, desvios padrões dos respectivos domínios para os escores transformados 4-20 e 0-100.

<b>Domínio</b>	<b>ET 4-20</b>				<b>ET 0-100</b>			
	<b>Min</b>	<b>max</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>max</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
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.

Na Tabela 9 a média dos escores 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. Dados também corroborados pela pesquisa do ambiente de trabalho com escore reduzido para este domínio, por (Fernandes, 2009). Estes valores estão abaixo da faixa de neutralidade (12), com tendência à valoração negativa, traduzindo QV insatisfatória, ou seja, muito impacto negativo ou presença de impacto negativo dos domínios Meio Ambiente (Ambiente de Trabalho) e Geral na QV.

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 escores transformados próximos ao valor mínimo com 5,3 e no valor máximo de 20, visto que, tivemos domínios que atingiram valores altos nos escores. Quanto mais alto o escore, melhor a QV naquele domínio (Ferreira, N. do N. 2008).

Utilizamos a estatística multivariada da análise de regressão para estimar equações estruturais que expliquem variações no domínio geral, utilizada aqui como variável dependente, e variações nos demais domínios, como variáveis independentes.

A regressão linear simples é um modelo usado para descrever a relação entre duas variáveis com o objetivo de usar uma delas para prever o valor da outra. A análise de regressão é uma técnica estatística que caracteriza a relação entre duas variáveis, tomando-se uma dada variável que se quer prever (variável resposta ou dependente) e observando-se a sua variação em função de uma ou de mais variáveis (variáveis explicativas ou independentes) com as quais se quer explicar o comportamento da primeira. À análise de regressão gera uma equação, cujas variáveis são as variáveis dependente(s) e independente(s) e cujos coeficientes refletem a intensidade da relação entre cada variável explicativa isolada e a variável resposta. O objetivo básico dessa forma de representar dados é o de procurar identificar, padrões que sugiram a natureza da relação entre as variáveis consideradas (Motta, 2006).

Para encontrar a regressão com o melhor modelo explicativo fizemos uso do método *FORWARD* (passo a frente), o que implica no cálculo de várias regressões onde, o programa (*SPSS*) automaticamente, vai acrescentando variáveis explicativas passo a passo. Considera inicialmente um modelo de regressão simples, usando como variável auxiliar, aquela de maior coeficiente de correlação amostral observado com a variável dependente. As etapas se sucedem quando uma variável por vez pode vir a ser

incorporada até a etapa onde não ocorre inclusão e o processo é interrompido (Vieira, 2008).

Na Tabela 10 apresentam-se os resultados relativos ao coeficiente de correlação entre os diferentes domínios.

Tabela 10.

Coeficiente de correlação entre os diferentes domínios na amostra total (n = 62).

	OVERALL	DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4
OVERALL	1,00				
DOM 1	0,618*	1,00			
DOM 2	0,677*	0,675*	1,00		
DOM 3	0,551*	0,587*	0,679*	1,00	
DOM 4	0,688*	0,573*	0,638*	0,610*	1,00

\*  $p < 0,01$

Fonte: Da própria Pesquisa.

Na tabela 10 do coeficiente de correlação ( $r$ ) entre os diferentes domínios e o domínio geral (OVERALL) indica a maior correlação entre o domínio Médio Ambiente de Trabalho e o Geral com 0,688. O que indica que o grau de associação é maior entre estas variáveis. A correlação é uma medida do grau de dependência linear entre duas variáveis. O coeficiente de correlação de *Pearson* ( $r$ ) é a medida mais conhecida para o estudo da correlação entre duas variáveis quantitativas (Motta, 2006).

Então podemos afirmar que o grau de associação ou correlação existente entre o domínio Médio ambiente do trabalho do médico e o domínio geral onde esta incluída a QV global e saúde do médico tem uma correlação fortemente positiva. Assim o ambiente de trabalho (condições de trabalho inadequadas) influencia a QV no trabalho do médico da atenção básica no estado de Roraima.

Observamos também elevada correlação do domínio geral com os domínios físico e psicológico. O que indica a existência de um grau de associação destas variáveis. Então podemos dizer que o estado físico do médico e psicológico (possivelmente estresse) deste profissional também influencia a QV no trabalho e saúde do médico no estado de Roraima.

A mais baixa correlação é observada no domínio das relações sociais com que o geral com 0,551. Salientamos, porém que todos apresentam significância, ou seja, diferentes de zero com valor  $p < 0,01$ . Então a probabilidade, ao afirmar a existência de uma correlação positiva entre os quatro domínios e o geral, é, de estarmos errados nesta afirmação é de menos de 1%. Ou seja, os valores de  $r$ , internos na tabela 10, indicam o grau de correlação entre os domínios enquanto o valor  $p$  indica a significância dos

mesmos. Valores de  $r$  significantes são valores estatisticamente diferentes de zero (Vieira, 2010).

A regressão encontrada a seguir, não considerou o uso da constante, pois em teste anterior a mesma não apresentava significativa.

<i>Overall</i>	=	0,418 . dom2	+	0,530 . dom4
Erro padrão		0,123		0,144
t		3,402		3,675
valor p		0,001		0,001

$$F = 934,292 \quad \text{valor } p(F) = 0,000$$

$$R^2 = 0,969$$

Os resultados da regressão acima indicam que os domínios 2 (Psicológico) e 4 (ambiente de trabalho) são explicativos para variações no overall (domínio geral). O teste  $t$  para significância dos coeficientes apresenta valor  $p$  inferiores a 0,01, o que demonstram confiança acima de 99% nos resultados do teste de hipótese com hipótese nula dos coeficientes apresentarem iguais à zero (Vieira, 2012). Cabe observar pelos valores dos coeficientes 0,418 e 0,530 para os domínios 2 e 4 respectivamente que o domínio 4 (Meio ambiente, ambiente físico e condições de trabalho do médico) tem mais impacto sobre o resultado do domínio geral (QV global e percepções de saúde geral dos médicos), ou seja, o ambiente de trabalho apresenta com maior alavancagem sobre o resultado da QV no trabalho e a satisfação com a saúde dos médicos da atenção básica do estado de Roraima, comparado ao domínio psicológico.

O teste  $F$  testa o modelo como todo, e o seu resultado,  $F = 934,292$  com valor  $p(F) = 0,000$ , demonstram que a soma dos quadrados da regressão é estatisticamente (significativa) superior à soma dos quadrados dos resíduos. (o modelo é significativo como um todo e individualmente nas variáveis independentes).

Provavelmente, a melhor forma de explicar o valor da medida de associação linear de duas variáveis é elevá-lo ao quadrado para a obtenção de  $R^2$  (coeficiente de determinação), que representa a fração de variabilidade que é compartilhada entre as duas variáveis, ou seja, é a percentagem de variação explicada por uma das variáveis em relação à outra. Este valor de  $R^2$  varia entre 0 e 1. Então quanto maior for o valor de  $R^2$ , melhor será o ajuste da reta aos dados (Motta, 2006).

O  $R^2$  ou coeficiente de determinação indica quanto das variações na variável dependente são explicadas pelas variações nas variáveis independentes. No modelo estimado pela regressão acima o  $R^2 = 0,969$ , ou seja, 96,9% das variações no domínio

geral são explicadas por variações nos domínios 2 e 4. Também podemos dizer que, 96,9% da variabilidade são compartilhados entre as variáveis relacionadas. Na realidade, valores de  $R^2 > 0,1$  podem ser clinicamente significantes (Motta, 2006).

Assim, podemos dizer que 96,9% da variabilidade do domínio geral onde esta incluída QV global e percepções de saúde geral, são compartilhadas entre domínio Psicológico (possivelmente estresse) e domínio Médio Ambiente (condições de trabalho, estrutura física e materiais).

Em síntese, podemos verificar que à maioria dos médicos estudados estão na faixa dos 28 a 49 anos de idade (Tabela 1). Não houve diferença significativa entre os escores médios analisados com intervalo de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ), ou seja, os escores médios não diferem entre si. Gomes e Moura (2007) corroboram com nossos dados quando realizaram avaliação com médicos em um hospital público do sistema de saúde de Fortaleza - CE, Brasil, nos meses de Março e Abril de 2004. Os médicos tinham 36 e 46 anos de idade.

Também no estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (Barbosa *et al.*, 2007), as regiões onde os mais jovens tiveram maior participação foram Sudeste (41,4%) e Sul (41,3%), principalmente nos estados de Minas Gerais (45,4%) e Santa Catarina (43,1%). No Norte esta participação é semelhante à média nacional (40,3%), no entanto os maiores percentuais de médicos com menos de 45 anos foram encontrados nos estados do Tocantins (49,3%) e do Acre (48,7%). O Nordeste tem a média mais baixa entre as Regiões da presença de médicos jovens (37%). Com exceção da Bahia (46,5%) e do Piauí (41,4%), todos os Estados exibiram porcentagens abaixo da média nacional. E aqueles com mais de 45 anos predominaram nos estados de Alagoas (68,9%), Rio de Janeiro (67,5%) e Paraíba (67%).

Quando analisamos a questão do estado civil dos médicos entrevistados verificamos diferença significativa nos escores físico e ambiente de trabalho (Tabela 4). No nível de 95% de confiança a diferença foi significativa para esses índices. Schmidt e Dantas (2006) encontraram em seus entrevistados que a maioria eram casados (cerca de 63%), o que demonstra o apoio e suporte familiar predominante entre a classe de trabalhadores da saúde nessas duas pesquisas, corroborando com nossos dados. Reforçando que QV para eles corresponde à percepção que cada um tem de si num determinado momento, estando quase sempre correlacionado com a saúde, ou seja, estar saudável, sem levar em consideração a influencia da relação dinâmica existente entre as condições de trabalho e QV. Observamos que houve diferença significativa entre as médias apresentadas para físico e ambiente de trabalho, o que caracteriza, possivelmente, por assim entenderem e exigirem um ambiente de trabalho de maior qualidade para exercerem suas funções assim atribuídas em boas condições.

Ainda de acordo com a Tabela 4 podemos estabelecer que, não houve diferença significativa entre os escores médios, apresentadas para “Psicológico”, “Relações Sociais”, “Ambiente de Trabalho” e “Domínio Geral”, analisados com intervalo de confiança de 95%, ou seja, os escores médios não diferem entre si. Os dados de Fogaça *et al.*, (2010) corroboram com nossos dados quando avaliou-se os médicos da UTI Pediátrica apresentaram maior escore, quando comparados com médicos da UTI Neonatal nos seguintes domínios: aspectos espirituais/religiosidade/crenças pessoais com diferença estatisticamente significativa (16,0 e 14,5,  $p < 0,01$ ), relação social (15,3 e 15,0), ambiente de trabalho (13,9 e 12,6), e psicológico (14,6 e 14,1), respectivamente, sem diferença estatisticamente significativa. Nos demais domínios, escores maiores são encontrados nos médicos da UTI Neonatal, sem diferença estatística significativa: físico (14,2 e 13,3) e nível de independência (17,1 e 16,0), respectivamente.

De acordo com a Tabela 4, quando analisamos número de dependentes, encontramos que não houve diferença significativa entre os escores médios analisados com intervalo de confiança de 95%, ou seja, os escores médios não diferem entre si. A maior parte dos participantes (33,9% e 37,1%) respondeu ter de um a dois e de três a quatro filhos respectivamente. Nossos dados corroboram com dados de Rebouças *et al.*, (2007), que verificam em seu estudo que foram encontradas associações estatisticamente significativas na análise bivariada entre satisfação e sexo, idade, unidade de lotação, escolaridade, nível do cargo e tipo de vínculo profissional. Após a modelagem por regressão linear, permaneceram significativas as associações com unidade de lotação, vínculo profissional, idade e escolaridade, indicando que os profissionais mais satisfeitos trabalhavam no Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS) ou no Edifício Sede (atividades não assistenciais) e não tinham vínculo público. A satisfação aumentava com a idade e diminuía com a elevação da escolaridade.

Na Tabela 5 quando analisamos formação profissional, encontramos que não houve diferença significativa entre os escores médios analisados com intervalo de confiança de 95%, então, os escores médios não diferem entre si. A formação profissional quando analisada podemos verificar que a maioria (64,5%) possuem especialização, e apenas 1,6% afirmou possuir o título de mestre. Também identificamos um número elevado de graduados (33,9%).

Avaliando os resultados expressos na Tabela 5 encontramos que houve uma diferença significativa entre as médias analisadas quando se trata de tempo de graduação, onde podemos verificar que o escore que avaliou as relações interpessoais foram significativas, no nível de 95% de confiança. Com relação aos outros escores avaliados, verificamos que não houve diferença significativa entre os escores médios

analisados com intervalo de confiança de 95%, ou seja, os escores médios não diferem entre si.

Os escores com relação aos vínculos empregatícios dos entrevistados, verificamos que houve diferença significativa entre os escores médios analisados com intervalo de confiança de 95%, ou seja, os escores médios diferem entre si. Quando analisamos as médias gerais de todos os escores: físico, psicológico, relações e meio ambiente, verificamos que há uma diferença significativa das médias gerais, portanto as médias individuais não diferem entre si, apenas se computadas na média geral.

Os escores com relação à carga horária de trabalho dos entrevistados, verificamos que houve diferença significativa entre os escores médios analisados com intervalo de confiança de 95%, ou seja, os escores médios diferem entre si. Quando analisamos as médias gerais de todos os escores: físico, psicológico, relações e ambiente de trabalho, verificamos que há uma diferença significativa das médias gerais, portanto as médias individuais não diferem entre si, apenas se computadas na média geral.

Esta preocupação com o bem-estar generalizou-se e passou a despertar o interesse de diversas categorias ocupacionais, entre elas, a dos médicos, que vem recebendo atenção em diversos países (por exemplo, Canadá, Espanha, Estados Unidos, Nova Zelândia). Há aproximadamente duas décadas tiveram lugar os primeiros debates e as pesquisas sobre o desconforto psicológico (distress) destes profissionais, incluindo depressão e ansiedade, mas também o uso e abuso de substâncias psicotrópicas (Shanafelt, Sloan, & Habermann, 2003, citado em Barbosa et al., 2007; Maxwell, 2001). Barbosa et al., (2007), indica que o trabalho do médico afeta, suas relações interpessoais devido à falta de tempo, aos estressores acadêmicos, à sobrecarga de trabalho, fadiga e privação de sono. A vulnerabilidade a crises pessoais o leva a sentimentos de solidão, depressão, ansiedade, insônia, problemas com álcool ou drogas psicotrópicas, assim como outras manifestações físicas.

Por certo, os fatores psicossociais e a saúde física mantêm forte relação entre si; as doenças, a incapacidade e mesmo a morte podem ser desencadeadas em detrimento do tabagismo, dieta, uso de bebidas alcoólicas e drogas psicotrópicas. É inegável que o contexto do trabalho médico é estressante e, portanto, que concorre efetivamente para gênese de distúrbios fisiológicos ou psicológicos. De fato o vocábulo estresse, derivado do inglês *stress*, tensão, é utilizado para significar distúrbio causado por circunstância adversa, tendo sido incorporado à medicina após os trabalhos de Walter Bradford Cannon (1871-1945) e Hans Selye (1907-1982) citado em Barbosa et al. (2007).

Em Benevides-Pereira (2002) citado em Barbosa et al. (2007) é possível encontrar uma lista ampla de sintomas próprios daqueles que apresentam *burnout*, podendo ser enquadrados nas três seguintes categoriais (ver, também, Menegaz, 2004):

(a) *físicos*. Incluem-se nesta categoria sintomas de natureza orgânica e/ou fisiológica, como distúrbios do sono, dores musculares ou osteomusculares, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório ou disfunções sexuais.

(b) *psiquiátricos* ou *psicológicos*. Incluem os sintomas que dizem respeito aos sentimentos, às emoções e aos atributos cognitivos, a exemplo da falta de atenção e concentração, alterações da memória, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, baixa autoestima, desânimo, depressão, desconfiança e paranoia.

(c) *comportamentais*. Compreendem aqueles sintomas que expressam condutas e/ou demandam ações específicas.

No caso, podem ser verificados os sintomas de aumento da agressividade, a perda na capacidade de relaxar, a perda de iniciativa, o aumento do consumo de substâncias psicotrópicas, o suicídio, os comportamentos de risco e a irritabilidade. Como se percebe, apesar de não estar inserido em manuais ou classificações de doenças, o *burnout* tem implicações orgânicas e psiquiátricas evidentes. Não se constitui, portanto, em uma invenção acadêmica, mas um problema grave que acomete diversos profissionais cujas práticas se pautam no contato com pessoas (por exemplo, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, policiais, professores, psicólogos) (Amorim, 2002; Benevides-Pereira & Moreno-Joménès, 2002; Carlotto, 2002; Tamayo, 2002; Valdivia & Méndes, 2004 citado em Barbosa et al., 2007)

Contrariando o imaginário popular, os médicos não são insusceptíveis às doenças prevalentes da população em geral. Necessitam como todos, de cuidados de saúde, prática de exercícios físicos, alimentação adequada, sono suficiente, enfim, realizar em si tudo o que preconizam para seus pacientes. No entanto, nem sempre conseguem tais intentos em virtude das condições muitas vezes adversas no exercício da profissão. O desgaste resultante de jornadas de trabalho exaustivas não é raro levarem, a negligenciar a preservação de sua saúde e pode levar ao adoecimento em proporções até mesmo superiores às das pessoas a quem prestam assistência. Suas atitudes diante de sinais ou sintomas de enfermidades costumam em geral ser como as das pessoas em geral, recorrendo ao descanso, à automedicação, à consulta informal com algum amigo médico ou mesmo buscando ajuda especializada em consultório (Forsythe, Calnan, & Wall, 1999, citado em Barbosa et al., 2007).

Com relação ao questionário sócio demográfico referente às perguntas 1 a 15 que analisam o perfil sócio demográfico dos profissionais de saúde e correlacionam este objetivo com a dimensão QV no trabalho, obtivemos os resultados seguintes:

O sexo masculino continua sendo predominante no ambiente de trabalho médico, mas observou-se uma tendência de aumento do número de profissionais do sexo feminino. Portanto, como o sexo masculino está mais exposto aos agravos do ambiente de trabalho, temos um aumento nas taxas de morbidade neste sexo.

Quanto à faixa etária, nesta pesquisa observamos que, os profissionais da saúde encontram-se na faixa dos 28 aos 49 anos que é a idade economicamente mais produtiva o que determina sua maior exposição aos riscos do ambiente de trabalho.

Quanto à formação profissional podemos destacar que a maioria destes profissionais possui uma especialização, provavelmente acreditando que isto possa valorizá-lo no atual mercado de trabalho tão competitivo. Isto faz com que estes profissionais abdicuem do seu lazer para se dedicar aos estudos, contribuindo negativamente na sua QV.

Quanto ao estado civil verificamos que a maioria são casados o que leva a ter maior responsabilidade no ambiente familiar, considerando que as despesas são maiores em relação aos solteiros, conseqüentemente estes profissionais procuram melhorar sua renda e possivelmente estão mais expostos a uma maior carga horária e vínculos empregatícios, fazendo com que piore sua QV no trabalho. Verificamos que a maioria dos profissionais, mora com familiares e seus dependentes, fazendo que aumente sua responsabilidade para com estes e procurem melhorar sua renda com outros vínculos comprometendo assim a sua QV no trabalho.

Observamos que a maioria destes profissionais não possui estabilidade no trabalho por terem contrato de trabalho temporário, o que também não contribui com a fixação deste profissional, isto faz com que estes procurem outros vínculos, mesmo que sejam precários, porém melhore sua renda, e provavelmente acreditam que estão melhorando sua QV no trabalho, mas na realidade estão prejudicando esta qualidade.

Quanto à carga horária diária na ESF a maioria dedica oito horas neste vínculo. Frequentemente, estes profissionais, tem outros vínculos que aumentam esta carga horária trabalhando no período noturno em forma de plantões de doze horas, extenuantes e cansativos, o que prejudica a QV no trabalho.

Quanto à renda mensal na ESF verificamos que não satisfaz suas necessidades familiares, motivo pelo qual sempre estão a procura de melhorar sua renda e adquirem novos compromissos e portanto estão mais expostos aos agravos.

Analisando as respostas quanto ao curso de atualização profissional verificamos que apesar desta carga de trabalho elevada a maioria está fazendo curso de atualização,

demonstrando responsabilidade com seu trabalho, sua profissão e seus pacientes, porém diminuindo o tempo hábil de lazer, descanso e contribuindo negativamente para a sua QV no trabalho.

Com relação ao questionário aplicado aos profissionais, referente às perguntas 16, 17, 18 e 19 que avaliam a QV para o médico e como o mesmo a conceitua, as perguntas foram as seguintes:

<b>DIMENSÃO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>PERGUNTAS</b>
Determinação da qualidade de vida no ambiente de trabalho dos médicos	Conhecer a qualidade de vida no ambiente de trabalho dos médicos	P 16 – O quanto satisfeito você está com seu ambiente de trabalho? P 17 – Você tem boas condições de trabalho? P 18 - O que é QV no ambiente de trabalho? P 19 - Como qualifica ou como está sua QV no trabalho hoje?

Relativamente à dimensão “Qualidade de vida no ambiente de trabalho dos médicos”, verificamos que todas as respostas em relação ao o que é QV no ambiente de trabalho, estiveram relacionadas a ter uma boa manutenção do espaço físico estrutural das unidades de saúde, estoque de recursos materiais, higiene e ao fato de sentir-se bem, bom relacionamento com os colegas e a equipe, salário e contrato de trabalho adequado. O que se pode inferir que não há preocupação com aspectos relacionados com exercícios laborais ou horários para o ócio. Dados similares foram encontrados pelo CRM-RR (2012).

Verificamos ainda que quanto à satisfação no ambiente de trabalho e boas condições de trabalho todas as respostas foram que os profissionais estão insatisfeitos com o ambiente e as condições de trabalho a que estão submetidos na procura de melhorar sua renda familiar.

Os profissionais qualificam como péssima a QV no ambiente de trabalho, também que as condições são precárias, existe uma demanda excessiva e cansativa de pacientes para serem atendidos gerando estresse e angustias nestes profissionais. Também por saber que a quantidade de médicos por habitante é menor que a média nacional, verificando esta situação no estado de Roraima e no município de Boa Vista, contribuindo negativamente na qualidade de vida no trabalho, comparados com os dados apresentados na demografia médica do Brasil (Scheffer, 2011).

No domínio físico:

Constatamos que, os médicos se mostraram preocupados com este domínio, devendo influir como fator de risco de agravos.

A maioria dos entrevistados relatou ter algum problema com o domínio físico, possivelmente relacionado com a falta de tempo destinado a atividades físicas; o profissional se dedica ativamente numa jornada de trabalho estressante e cansativa que nas horas de folga acaba priorizando outras atividades, como família, lazer, e até mesmo descanso. Jornadas de trabalho cansativas possivelmente possam explicar um estilo de vida sedentário.

No domínio psicológico:

Este domínio refletiu diretamente nas condições de trabalho e remuneração, causando, possivelmente, insatisfação aos profissionais. Jornadas de trabalho cansativas, extenuantes com pouco incentivo financeiro e até mesmo um vínculo de trabalho precário, sem planos de cargos, carreira e salários, acabam causando insatisfação profissional.

No domínio relações e ambiente de trabalho:

Os médicos se mostraram insatisfeitos com as condições de trabalho nas unidades de saúde, isso acabou provocando, possivelmente, um conflito nas relações interpessoais. O tempo destinado ao trabalho pode ser um dos fatores que acabou contribuindo para a insatisfação dos profissionais no ambiente de trabalho. Precariedade das instalações físicas, falta de equipamentos e materiais, as condições de precariedade influenciaram esse domínio para os médicos entrevistados.

Os resultados obtidos nesta pesquisa, em resposta aos objetivos propostos inicialmente, permitem expor as conclusões elaboradas a seguir:

Para os médicos que participaram desta pesquisa, a definição de QV no trabalho está associada ao sentimento de satisfação e de bem estar relacionando vários aspectos encontrados no seu ambiente de trabalho.

Pode-se dizer também que para estes médicos foi mais simples, identificar a QV no trabalho pela falta de algumas condições, consideradas importantes para estes atores da atenção básica.

Com relação à satisfação com o ambiente laboral da QV no trabalho, pode-se observar que estes médicos sinalizaram vários aspectos do seu dia a dia, tendo em vista as características específicas do trabalho por eles desenvolvido na Estratégia Saúde da

Família. Aspectos que envolvem QV no ambiente de trabalho destes profissionais foram evidenciados; encontramos que as respostas relacionadas ao que entendem por QV no trabalho, se referiam a ter uma adequada manutenção do local, estrutura e física das unidades de saúde da família, higiene, adequado estoque de recursos materiais e humanos, bom relacionamento com os colegas e a equipe, salário digno e contrato de trabalho que permita satisfazer suas necessidades individuais com qualificação profissional e necessidades familiares. Podemos refletir dizendo que os médicos não tem feito referência a falta de relacionamento com exercícios laborais, lazer e descanso neste ambiente.

Relaciona-se também a presença de fatores geradores de estresse que modificam a QV dos médicos, como a insatisfação com o ambiente e as condições de trabalho, a que estão submetidos na procura de melhorar sua renda familiar. Desta forma eles qualificam como péssima a QV no ambiente de trabalho e a existência de condições precárias de atendimento, demanda excessiva e cansativa de pacientes, gerando estresse e angústias nestes profissionais. Outro fator é saber que a quantidade de médicos por habitante é menor que a media nacional, verificando-se esta situação no estado de Roraima e no município de Boa Vista, comprometem negativamente na qualidade de vida no trabalho.

## 5. CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Observou-se a presença de fatores geradores de estresse que modificam a QV dos médicos, como a insatisfação com o ambiente e as condições de trabalho a que estão submetidos na procura de melhorar sua renda familiar. Desta forma eles reportam como péssima a QV no ambiente de trabalho e a existência de condições precárias de atendimento, demanda excessiva e cansativa de pacientes, gerando estresse e angustias nestes profissionais.

A precariedade da QV no trabalho vai desde a falta de recursos materiais, equipamentos médicos obsoletos, espaços físicos inadequados, falta de insumos para o bom funcionamento das unidades de saúde, como material de limpeza e medicamentos. 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 QV no trabalho, dos médicos desta região, que não é diferente as condições existentes nos municípios do interior do estado, apesar destas situações nada favoráveis os profissionais continuam trabalhando no estado de Roraima, pela responsabilidade de atuar como médicos neste cenário (CRM-RR, 2012, p. 8).

Referente ao objetivo geral verificou-se que a QV no trabalho dos médicos que atuam na atenção básica no estado de Roraima, sobre a ótica de satisfação, não é aceita como adequada e sim como ambiente estressante pela maioria de médicos participantes neste estudo, identificando alguns fatores listados a seguir:

- Falta de recursos materiais, medicamentos, insumos para curativos.
- Falta de recursos humanos, as equipes de saúde da família são insuficientes para atender a demanda crescente em Boa Vista e no estado de Roraima, devido à falta de médicos, fato verificado pela pesquisa da demografia médica do Brasil em 2011, onde provavelmente deveria estar trabalhando para a população existente em todo estado 150 equipes de saúde da família das quais seriam 90 equipes para Boa Vista e 60 para os municípios do interior do estado, mais verificamos 43 equipes para Boa Vista e 19 equipes para os municípios do interior, o que termina gerando uma demanda excessiva de pacientes nas unidades existentes e por tanto estresse nestes profissionais. Dessa forma, os médicos, são induzidos a atender mais de 20 pacientes cada mapa, e ainda assim não supre a demanda.
- Falta de infraestrutura adequada das unidades de saúde.
- Falta de um centro de referência com especialidades médicas, funcionando a referência e contra referência para os agravos mais prevalentes.

- Falta de manutenção das unidades de saúde. O que determina que o médico assumam responsabilidades, que não são da sua competência e termina sobrecarregando seu trabalho.

Os fatores geradores de estresse que modificam a QV reportados pelos médicos foram os seguintes:

- Sobrecarga de consultas agendadas e muitas vezes casos de urgência e emergência que aguardam atendimento na unidade de saúde.
- Falta de pessoal treinado na recepção (humanização) das unidades de saúde para lidar com usuários doentes, como idosos, gestantes e crianças recém-nascidas que são atendidas nas unidades básicas, devido a superlotação dos hospitais.
- Falta de estrutura física nas unidades de saúde da família para atender os usuários.
- Agendamento de usuários que não pertencem a área de abrangência das unidades de saúde da família, gerando uma demanda que não é satisfeita pela falta de médicos.

Outro objetivo foi descrever que fatores influenciam a QV no trabalho dos médicos da atenção básica, que apresentou os seguintes resultados: Estresse no ambiente laboral, inadequadas condições de trabalho, péssimas estruturas físicas das unidades de saúde, contrato de trabalhos precários, multiplicidades de vínculos, falta de cursos profissionalizantes que qualifiquem e valorizem o profissional, foram mencionados nos questionários.

Na sequência analisamos aspectos laborais que produzem melhorias na QV no trabalho dos médicos da atenção básica e foi elencado o seguinte aspecto:

- O bom relacionamento entre os colegas e integrantes da estratégia da saúde da família.

Ao propor medidas de intervenção que possam melhorar a QV no trabalho dos médicos da atenção básica, com ênfase para os aspectos relacionados ao ambiente, condições de trabalho e humanização, relacionamos as seguintes:

- Cursos de atualização profissionalizante com carga horária reconhecida e cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado a distância utilizando as ferramentas da internet;
- Informatização das unidades de saúde da família, para agendamento das consultas, exames de laboratório, radiografias, agendamento de consultas no centro de referência e contra referência;
- Exercícios de dinâmica laboral, lazer e descanso com intervalo entre as consultas;
- Estabelecimento de um vínculo com o piso salarial da federação nacional dos médicos de 9.800,00 para 20 horas para poder acabar com as multiplicidades de vínculos e melhorar a satisfação das necessidades profissionais e familiares;

- Programar a manutenção estrutural, organizativa e física das unidades de saúde da família que atendam as reais demandas dos usuários que pertencem à área de abrangência da ESF para organizar melhor o atendimento dos usuários.

Ao Informar aos gestores estaduais e municipais dos resultados das pesquisas e encaminhar as sugestões para melhoria de QV no trabalho destes profissionais, estamos ampliando as reflexões dessa temática.

Sugerimos novos estudos acerca do tema, por se tratar de um assunto relevante, de grande influência na vida dos médicos. O agravamento desse problema pode ser considerado problema de saúde pública e de grande impacto na nossa sociedade. Possivelmente comprometendo também o atendimento prestado aos usuários.

Ao propor medidas de intervenção na QV no trabalho do médico da atenção básica que atua na estratégia de saúde da família no estado de Roraima, também possivelmente estas sejam estendidas para os médicos que atuam nestas condições no território nacional, visando trabalhar na promoção e prevenção dos agravos que estão atingindo os médicos que atuam neste cenário da atenção do sistema único de saúde.

Ao compartilhar o conhecimento produzido com a comunidade científica de médicos e profissionais da saúde interessados no tema estaremos provavelmente ampliando as reflexões dessa definição e buscando chamar atenção da classe médica. Pretende-se publicar artigos em jornais médicos de circulação local como o jornal de conselho regional de medicina de Roraima, jornal do conselho federal de medicina, revista de bioética de circulação nacional e pagina web da Universidade Federal de Roraima, versando sobre a temática qualidade de vida no trabalho.

A avaliação da saúde, nos últimos anos, vem se preocupando em estabelecer parâmetros mais amplos do que a simples ausência de doenças, com crescente interesse no desenvolvimento de medidas que retratem a "QV" dos sujeitos. A QV tem sido conceituada como uma percepção da pessoa em relação a sua situação 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. É uma definição de alcance abrangente, afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente que interage com o indivíduo (Ritson, 2001).

Historicamente, a saúde no Brasil é afetada por falta de recursos financeiros e humanos. Situação esta que vem piorando na mesma proporção em que se agravam os problemas financeiros do país. As consequências da não concretização dos investimentos em recursos humanos previstos nas propostas de reforma sanitária, fatores como escassa qualificação profissional, baixo piso salarial e a convivência de trabalhadores, sob-regimes diversos dentro das unidades de saúde, vêm ocasionando

dificuldades de gerenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma ação, para amenizar a falta de pessoal foram as contratações que fogem às normas formais de ingresso de trabalhadores no serviço público, por meio de contratos temporários, cooperativas de médicos, organizações não governamentais (ONGs) e serviços terceirizados, empresa de serviços prestados. Essa insatisfação na atividade laboral acaba compondo uma situação estressante, que é resultado da interação entre profissionais, seus valores pessoais, valores e 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. Assim, o objetivo da presente pesquisa foi analisar o nível de satisfação com o trabalho e o impacto causado nos profissionais médicos, segundo variáveis, sócio - demográficas e situação profissional.

## REFERÊNCIAS

- Alves, E. F. (2011). Programas e ações em QV no trabalho. *Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade*, 6(1). São Paulo. Brasil.
- Asaiag, P. E., Perotta, B., Martins, M. de A., Tempski, P. (2010). Avaliação da QV, Sonolência Diurna e Burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422–429;
- Baptista, T. W.F. (2007). *História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasil.
- Barbosa, G. A., Oliveira, A. E., Carneiro, M.C., & Gouveia, V.V. (2007). *A saúde dos médicos no Brasil*. Conselho Federal de Medicina. Brasília: 220pp. Brasil.
- Barros, A. S. B. (2010). *QV dos Médicos: Estudo Exploratório no Centro Hospitalar da Cova da Beira*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde. 59pp. Portugal.
- Bertolli, C. (2004). *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática.
- Bom Sucesso, E. de P. (1998). *Trabalho e QV*. Rio de Janeiro: Editora Dunya. Brasil
- Campos, J. D. (2009, setembro). A mais-valia do trabalho Médico. *Correio Brasiliense*, Brasília, 21 set. 2009, n. 167. Retirado de [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br).
- Cantu, J. M. (2009). *Saúde e equidade para todos*. Entrevistas exclusivas com grandes nomes da Bioética. Publicação do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Brasil.
- Carandina, D. M. (2003). *QV no trabalho: Construção de um instrumento de medida para enfermeiras*. Dissertação de Doutorado, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. 263p. Brasil.
- Carmello, E. (2009). QV no Trabalho. In: Congresso Norte Paranaense de Recursos Humanos, 4, Londrina, Paraná. Brasil. p. 1.
- Cerri, G.G. (2012, Abril ). *Jornal do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo*. Salários irrisórios, até quando? : Médicos aguardam plano de carreira da secretaria de estado da Saúde de São Paulo. 291:8-9, Brasil.
- Chalant, J. F. (2009) (coordenador). *O indivíduo na Organização: dimensões esquecidas*. Tôrres, O de L. S., organizadora; tradução e adaptação Rodrigues, A. M. et al.; revisão técnica. Bertero, C. O. 3. ed. 11. reimpressão. São Paulo: Atlas, Brasil.
- Cohen, C. (1982). On the quality of life: some philosophical reflections. *Circulation*. 66:29-33.
- Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil / *Campanha da Fraternidade (2012): Texto-Base*. Edições CNBB, Brasília, Brasil.
- Conselho Regional de Medicina de Roraima. (Agosto 2011). De situação crítica a

- demissões: médicos protestam e reivindicam melhorias. *Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de RR*. Edição 30:12. Boa Vista, Roraima, Brasil.
- 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(3), 185-90.
- Conselho Federal de Medicina. *Jornal do CFM* (Julho 2012). *Saúde no Brasil. O país tem urgência de ser bem tratado. E seu médico também*. Conselhos regionais e ministério público federal cobram respostas. Brasília, DF. Ano XXVII. 210: 6. Brasil.
- Conselho Regional de Medicina do Estado do São Paulo. (Abril 2012) *Jornal do Cremesp. Financiamento do SUS: Cremesp coleta assinaturas por mais recursos da União para a saúde*. 291:16. Brasil.
- Conselho Regional de Medicina do Estado do São Paulo. (Maio 2012). *Jornal do Cremesp fecha o cerco contra a precarização do trabalho médico: Fiscalizações expõem condições de trabalho em Campinas*. 292:15. Brasil.
- Conselho Regional de Medicina de Roraima. (Março 2012). O retrato da saúde no Sul do Estado. *Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de RR*, Boa Vista, Roraima, Brasil, Edição 32:8.
- Davis, K., & Newstrom, J. W. (2001). *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional*. São Paulo: Pioneira TL, Brasil.
- Do Amaral, J. L. G. (2010, Julho a Setembro). A qualificação do ambiente de trabalho. *Jornal do Clínico é uma publicação da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, No 92, São Paulo, Brasil.
- Dos Santos, F. D., Cunha, M. H. F., Robazzi, M. L. do C. C., Pedrão, L. J Luiz Almeida da Silva, L. A da S., & Terra, F de S. (2010). O Estresse do enfermeiro nas unidades de Terapia intensiva adulto: Uma revisão da Literatura. *Revista Eletrônica Saúde mental e Drogas*, 6:1. Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil.
- Dos Santos, M. de F. O., De Souza, E. H. A. & Fernandes, M. das G. M. (2011). Perfil dos médicos envolvidos em processos ético-profissionais – Paraíba 1999 a 2009. *Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina*, 19:3. Brasília, Brasil.
- Escorel, S., & Teixeira, L. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: L. E. Giovanella. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (pp. 333-384). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Med Educ*. 35(11), 1034-1042.
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient: reported outcomes*. 2. ed. São Francisco: Wiley.
- Fernandes, J. S. (2009). *QV dos enfermeiros das Equipes Saúde da Família*. Tese de mestrado, Universidade Federal do Triangulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais. 128pp. Brasil.
- Ferreira, N. do N. (2008). *O nível de QV dos fisioterapeutas do complexo de saúde do campus da Unicamp*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de

Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo. 187pp. Brasil.

- Fiedler, P. T. (2008). Avaliação da QV do estudante de medicina e da influencia exercida pela formação acadêmica. Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. 266pp. Brasil.
- Figueiredo, I. M., Neves, D. S., Montanari, D., Camelo, S. H. H. (2009). QV no trabalho: Percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. *Revista de enfermagem*, UERJ, Rio de Janeiro, Brasil, Abr./Jun.262pp.
- Finkelman, J. (2002). *Caminhos da saúde pública no Brasil.* Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fogaça, M de C.; Carvalho de W. B.; Nogueira-Martins, L. A (2010). Estudo preliminar sobre a QV de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Revista da Escola de Enfermagem*. Universidade de São Paulo, Brasil, 44(3):708-712.
- Formighieri, V J. (2003). *Burnout em fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico.* 2003. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2003. Retirado de <http://www.maxipas.com.br/principal/pub/anexos/2008111702253510119.pdf>. 11 fev. 2010.
- Fleck, M. P de A., et al. (2008). *A avaliação de QV: Guia de profissionais da Saúde*. Porto Alegre, Brasil: Artemed. 228pp. Brasil.
- França, N. R., & Pilatti, L. A. (2004). Gestão de QV no trabalho (GQVT): modelos que os líderes e gestores podem utilizar para propiciar uma melhor QV no trabalho. In: *Anais do XI SIMPEP*. Bauru. São Paulo Brasil.
- Françoso, R. (2009, Julho). A Propósito da precarização do trabalho Médico: Vamos reagir agora mesmo! *Jornal da Associação Paulista de Medicina*. Brasil.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia da tolerância*. Série Paulo Freire – Ana Maria Freire (organizadora). São Paulo: Editora Unifesp, Brasil.
- Golberg, P. (1980). *A saúde dos executivos: como identificar sinais de perigo para a saúde e levar o melhor contra o estresse*. Rio de Janeiro: Zohar, Brasil.
- Gomes, A. M.A., & Moura, N. (2007). QV de médicos e usuários de um serviço de saúde: Entrevista etnográfica. Quality of life of doctors and users of a health service: Deep ethnographic. *Revista. aps*, 10(1), 27-35, Jan./Jun. Brasil.
- Gessner, C. L. S. (2006). *QV das equipes de saúde da família do município de Timbó - SC*. Tese de mestrado, Universidade do Vale de Itajaí, Santa Catarina, Brasil
- Gouveia, R. S. V., Lins, Z. M. B., Lima, de T. J. S., Freires, L. A., Gomes, A. I. A. S de B.(2009) Bem - estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina*, 17(2), Brasília, Brasil.
- Huse, E. F. & Cummings, T. G. (1985). *Thomas G. Organization development and change*. 3. ed. St. Paul. Ed. Minnesota: West Publishing Co.

- IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Dados de população do Estado de Roraima e município de Boa Vista*. Publicação Anual. Boa Vista, Roraima, Brasil.
- Jodas, D. A. & Haddad, M. do C. L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*. Londrina,Paraná: Universidade Estadual de Londrina–UEL, Brasil.
- Kervasdoué, J. (2009) “*Très Cher Santé*”. Librairie Académique Perrin (22 janvier 2009). 226 pp.
- Lamarche P. et al.(2003) “*Sur la voie du changement: pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*”. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Novembre.
- Lancman, S., Ghirardi, M. I. G., de Castro, E. D., Tuacek, T. A. (2008). Repercussões da Violência na Saúde Mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- León, M. M.(2010) El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. *Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Brasil 18(2).
- Lima, N., Fonseca, C., & Hochman, G. (2005). A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: N. G. Lima, F. Edler, & J. Suarez, *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz. pp. 27-58.
- Lima, R. de C. G. S., & Verdi, M. I. M. (2011). Reflexões sobre a relação entre saúde e sociedade no contexto italiano contemporâneo. *Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Brasil, 19(1).
- Limongi-França, A. C. (2004). *QV no trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. 2. ed. São Paulo, Brasil: Atlas. p. 189.
- Lourenção, L. G. (2009). *QV de médicos residentes, aprimorandos e aperfeiçoandos da Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto/SP*. Tese de Doutorado do curso de pós-graduação em Ciências da Saúde. Faculdade de medicina de São José de Rio Preto/SP, Brasil. 116pp.
- Lufchitz, G. (2012, 25 julho). *A medicina de família na Europa. Bélgica e as Maisons Medicales (casas médicas), França e o modelo médico liberal, Barcelona, Relato de Experiência em Dois Centros de Saúde do Alto Minho em Paredes e Matosinho, Portugal*. Retirado de <http://missaoeuropa2012.wordpress.com/2012/06/08/relato-de-experiencia-em-dois-centros-de-saude-em-portugal>. 21set. 2012 às 20:00 horas.
- Machado, M.H. (coord.) (1999). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1ª reimpressão. 244pp.
- Maglio, I. (2011). Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente. *Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Brasil, 19(2).
- Mattos, R. (2003). *Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde*. Rio de Janeiro, Brasil: Abrasco.

- Maximiano, A. C. A. (2001). *Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada*. 2. ed. São Paulo, Brasil: Atlas.
- Maximiano, A. C. A. (2007). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo, Brasil: Atlas.
- Menegaz, F. D. L. (2004). *Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública*. Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- Moreira, W. W. (2001). *QV: complexidade e educação*. Campinas, SP: Papyrus. Brasil.
- Moritz, R. D (2011) (organizadora). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Câmara técnica sobre a terminalidade da vida e cuidados paliativos do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM; 188p. Brasil.
- Motta, V. T (2006). *Bioestatística*. 2da edição. Rio Grande do Sul: EDUCS – Editora da Universidade de Caxias do Sul. 190pp. Brasil.
- Mourad, A. (2007). A via Sacra dos Médicos. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. Brasília. Brasil.
- Nascimento, do J. A., & Melo, de O. A. C.(1989). *Guia prático do SPSS*. Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Centro de Ciências Sociais Aplicadas-CCSA. Programa de pós-graduação em administração - PPGA. Paraíba, Brasil.
- Nasetta, P. M., & Nasetta, S. A de. (2011) Calidad de vida profesional em médicos de Cuyo. *Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica*, Alcmeon, Cuyo – Argentina, 16(4), Marzo de 2011.
- Olivares, A. I. O., Lima, M. E. G. dos A., Linhares, E. S. & Luitgards-Moura, J. F.(2009). *QV do trabalhador da Saúde no município de Boa Vista: Reflexões acerca da Saúde dos cuidadores*. Monografia (não publicada) apresentada como parte dos requisitos para obter o Título de especialista em Saúde do trabalhador e Ecologia humana da FIOCRUZ/ENSP. Boa Vista, Roraima, Brasil.
- Oliveira, de G. F., Barbosa, G. A., Souza, de L. E. C., Costa, da C. L. P., Araujo, R. de C. R., Gouveia, V. V.(2009). Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: Correlatos demográficos e laborais. *Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, Brasil, 17(2).
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *The Whoqol Group. The world health organization quality of life instruments*. [Acesso em: 2005 junho 06]. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
- Painter, P. (1994).The importance of exercise training in rehabilitation of patients with end-stage renal disease. *Am. J. Kidney. Dis*, 24:2-9.
- Pimentel, A. J. P. (2011). *Carência e fixação de médicos no sistema universal de saúde brasileiro*. Portal do Conselho Federal de Medicina. Artigo acessado em 29 de Abril de 2011,`as.16:39. Retirado de [http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21610:carencia-e-fixacao-de-medicos-no-sistema-universal-de-saude-brasileiro](http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21610:carencia-e-fixacao-de-medicos-no-sistema-universal-de-saude-brasileiro)
- Rebouças, D., Legay, L.F., & Abelha L. (2007, Abril). Satisfação com o trabalho e impacto

- causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, Brasil, 41(2).
- Reis, L. A., Torres, G de V., Reis dos, L. A., Oliveira, L. de S., Sampaio, L. S. (2007). Avaliação da QV em idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Revista da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia*, Brasil, 2(1), 64-76.
- Ritson B. (2001). Alcohol and medical students. *Med Educ*, 35(7), 622-23.
- Rodrigues, M. V. C. (2002). *QV no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. 9. ed. Rio de Janeiro, Brasil: Vozes, 206pp.
- Rossetto, M.A.C, Skawinski LSR, Coelho, A.C.P, Rossetto Júnior, J.A, Bolla, K.(2000) Avaliação das características psicológicas dos estudantes de medicina por meio do método de rorschach. *Psikhe*, Brasil, 5 (2), 41-51.
- Salazar, J., González, M., Colunga, C., & Pando, M. (2008, Dezembro). Trabajo, Calidad de vida y Salud: Estudio em usuarios de servicios sanitários públicos em Guadalajara, México. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, 72(2).
- Sampaio, S. de A. P. (2010). *Estudos e Reflexões sobre a formação de especialistas na área da saúde*. São Paulo: Fundap, Brasil. 415pp.
- Santana, M. L., & Carmagnani, M.I. (2001). Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Revista Saúde e Sociedade*, Brasil, 10(1).
- Santos, V. C., Soares, C. B., & Campos, C. M. S. A. (2007). A relação trabalho-Saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, São Paulo, Brasil.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004, Março / Abril). QV e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Brasil: FIOCRUZ, 20(2), 580-588.
- SEMSA/BV, Secretaria Municipal de Saúde de Boa vista. *Relatório Anual da Gestão das ações (2011)*. Publicação anual da Secretaria Municipal de Saúde. 52 pp.
- SEBRAE, (2011). Serviço de Apoio às micro e pequenas empresas em Roraima. 6. ed. Boa Vista, Roraima. Brasil. 94pp.
- SEPLAN, (2011). Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento do estado de Roraima. Departamento de estudos Econômico e Sociais. 7. ed. Boa Vista, Roraima, Brasil. 96pp.
- SESAU/RR, Secretaria Estadual da saúde de Roraima. *Relatório Anual da Gestão de atividades e Ações (2011)*. Publicação anual da Secretaria Estadual de saúde. 57 pp.
- SINMED-MG. Trabalho Médico. Jornal do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais (Maio/Junho 2012). SINMED – MG. *Programa de Valorização dos profissionais da Atenção Básica (Provab): Um “remendo” que passa longe da solução*. 7(40), 40.
- Scheffer, M. (2011) (coordenação). *Demografia médica no Brasil volume 1. Dados gerais e descrições de desigualdades. Relatório de pesquisa*. São Paulo: Conselho

- Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Brasil: Conselho Federal de Medicina. 118pp.
- Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S. (2006. Jan./Fev.). QV no Trabalho de Profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 14(1), 54-60.
- Telles, L. D. et al. (2005). *QV no Trabalho*. (Monografia), UNISALESIANO, Brasil.
- Tempiski, P. (2008). *Avaliação da QV do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica*. São Paulo; Doutorado [Tese] - Universidade de São Paulo, Brasil.
- Teixeira, R. K. C., Gonçalves, T. B., & Nara Macedo Botelho, N. M. (2011). A distribuição dos pós-graduados em medicina no Brasil: realidade atual. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Brasil, 40(40).
- Tubino, M., (2002). A QV e sua complexidade. In: *Esportes como fator de QV*, Piracicaba, São Paulo. Brasil: Unimep.
- Vasconcelos, A. F. (2001). QV no Trabalho: Origem, Evolução e Perspectivas. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, Brasil, 8(1), Jan./Mar.
- Vieira, S. (2008). *Introdução a Bioestatística*. 4. ed. Estado do Rio de Janeiro, Brasil: Editora Elsevier. 344pp.
- Vieira, S. (2009). *Como elaborar questionários*. Estado de São Paulo, Brasil: Editora Atlas. 159pp.
- Vieira, S. (2010). *Bioestatística tópicos avançados*. 3. ed. Estado do Rio de Janeiro, Brasil: Editora Elsevier. 278pp.
- Vieira, S. (2012). *Estatística Básica*. Estado de São Paulo, Brasil: Editora Cengage Learning Ltda. 176pp.
- Walton, R. E. (1973). Quality of working life: what is it? *Slow Management Review*, Cambridge, 15(1), 11-21.
- 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.
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal Clinical Epidemiology*, 52(4), 355-363.

Apêndice - A

Boa Vista, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ao

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado Senhor,

Sou médico da Atenção básica atuando na Estratégia Saúde da Família, do município de Boa Vista, Roraima, docente da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e aluno do curso de Mestrado da Universidade de Évora Portugal, CRM n 393-RR, venho nesta solicitar a apreciação do projeto de pesquisa intitulado “**CONTRIBUTO PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS MÉDICOS ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE RORAIMA (BRASIL)**” (em anexo). O desenvolvimento deste projeto é minha responsabilidade, tendo como orientador O Prof. Dr. JORGE MANUEL RODRIGUES BONITO, docente da Universidade de Évora e Coorientador o Prof. Dr. ROZINALDO GALDINO DA SILVA, docente da Universidade Estadual de Roraima.

A pesquisa tem como objetivo avaliar a Qualidade de vida dos profissionais Médicos atuantes na Atenção Básica da Estratégia Saúde da Família no Estado de Roraima;

Os profissionais que concordarem em participar do estudo não serão identificados, assim como as instituições envolvidas na pesquisa.

Aguardamos sua resposta e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos,

Atenciosamente

**ALBERTO IGNACIO OLIVARES OLIVARES - CRM-RR Nº 393**

Apêndice - B

NOME DA PESQUISA:

**“CONTRIBUTO PARA A QV NO TRABALHO DOS MÉDICOS, ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA, NO ESTADO DE RORAIMA, BRASIL”**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ALBERTO IGNACIO OLIVARES OLIVARES

ORIENTADOR: PROF. DR. JORGE MANUEL RODRIGUES BONITO

COORIENTADOR: PROF. DR. ROZINALDO GALDINO DA SILVA

PROMOTOR DA PESQUISA: RECURSOS PROPRIOS.

#### **ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA**

Nós desejamos saber mais sobre a QV no trabalho dos médicos atuantes na atenção básica, no estado de Roraima. Vários fatores podem influenciar a nossa QV tais como: a idade, os problemas de saúde, o trabalho, o apoio da família e dos amigos e nosso jeito de ser e de enfrentar os problemas que encontramos no dia a dia. Por isso, desejamos conhecer como está sua QV no trabalho.

Estas informações são importantes para nós, profissionais da saúde, pois nos farão compreender melhor as questões relacionadas ao trabalho dos médicos, contribuindo para a gestão de recursos humanos.

Sua participação neste estudo é voluntária e consiste em responder o questionário. Composto de 26 perguntas que compreendem seis domínios: Físico (I), psicológico (II), relação social (III), meio ambiente(IV). Esses domínios são divididos em 24 facetas. Você deverá ler preencher o questionário sozinho, desta forma você poderá levá-los para casa e entregá-los no prazo de 3 dias, colocando-os em uma pasta, ou em outro local combinado com o pesquisador. Embora você não tenha benefícios diretos por sua participação, desta pesquisa, suas informações sobre o tema vão trazer benefícios para a profissão e gestão de pessoal.

Este estudo não oferece qualquer risco ou desconforto para você e asseguramos que você não será identificado após responder às nossas perguntas.

Caso necessite de maiores informações, mesmo após a conclusão da sua participação, você poderá entrar em contato conosco, através do endereço abaixo.

Muito obrigado pela sua atenção.

[betoliv@ibest.com.br](mailto:betoliv@ibest.com.br)

Celular (095) 99713006

Apêndice - C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ECLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam no documento, “ECLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA”, de que se trata o projeto de pesquisa intitulado “**CONTRIBUTO PARA A QV NO TRABALHO DOS MÉDICOS, ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA, NO ESTADO DE RORAIMA, BRASIL**” que tem como profissional responsável o médico, ALBERTO IGNACIO OLIVARES OLIVARES, aluno do curso do Mestrado da Universidade de Évora, Portugal, sob orientação do Prof.Dr. JORGE MANUEL RODRIGUES BONITO, e co-orientação do Prof.Dr. ROZINALDO GALDINO DA SILVA, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos riscos e aos benefícios. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, risco, benefícios e de outras situações relacionadas com as pesquisa;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo no meu ambiente de trabalho;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
4. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando; Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade de participar do referido projeto.

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Medico

Apêndice - D

Pergunta 18. - O que é para você QV no ambiente de trabalho?

Pergunta 19. - Como você qualifica ou como está sua QV no trabalho hoje?

**Entrevistado n 1.**

*Resposta 18. - “É ter condições de poder atender os pacientes de maneira digna, ter condição de dar suporte a esses pacientes na questão de medicação, ter retaguarda sobre o tratamento que você esta propondo, trabalhar com tranquilidade”.*

*Resposta 19. - “Posso qualificar como sendo insatisfatória, sem vínculo de trabalho sem receber os direitos trabalhistas, sendo pressionado por uma demanda que cresce diariamente, as unidades de saúde não estão dando suporte ao profissional e um volume de atendimento, sempre pressionado pela demanda aumentada”.*

**Entrevistado n 2.**

*Resp. 18. -“Um ambiente sem barulho, sem contaminação, limpo, higiênico”.*

*Resp. 19. -“Esta mais ou menos, não é muito limpo, é pouco higiênico, eu tenho que arrumar as coisas, tenho que comprar material, tenho que arrumar o consultório, tenho que comprar a tinta, para pintar o consultório, para ter um consultório limpo, higiênico, para que os clientes que vão ao consultório se sintam confortável, imagine você entrar num consultório sujo, fedorento, caindo as paredes, janelas todas feias, portas sujas, com mal cheiro o piso, o cliente vai imaginar que o médico é do mesmo jeito e eu não sou desse jeito.”*

**Entrevistado n 3.**

*Resp. 18. -“É você chegar no teu trabalho, se sentir bem e ter condições de atender seus pacientes com qualidade, conseguir que os pacientes façam seus exames com qualidade e rapidez, ter medicação para ofertar a seus pacientes, ter resolutividade, no local de seu trabalho, isso é qualidade de trabalho.*

*Res. 19. - “Tá cansativa, a vida no trabalho. Nós médicos somos formados para trabalhar ninguém nunca nos ensinou na faculdade como fazer para melhorar o salario para conquistar nossos direitos e isso nós não temos, então você tem que pular de um galho*

*pra outro, e ali você deixa de lado a família, você não tem lazer, aquela hora que vai sobrar o final de semana, aquela hora que vai sobrar a noite, você procura outro vínculo para complementar seu salário, é uma vergonha isso em nosso país hoje”.*

**Entrevistado n 4.**

*Resp. 18. – “Para mim principalmente, isso engloba muitas coisas, para mim é tranquilidade, boas condições de trabalho bom ambiente de trabalho bom salário boa remuneração, e tranquilidade mental que é o principal que é o que a gente não tem e é difícil ter”.*

*Resp. 19. – “Tá, baixa, péssima, tanto assim que a maioria do mobiliário deste consultório é meu, escrivaninha, maca, banca, cadeira, tudo é meu, porque se trabalhar com o daqui, não tem como atender”.*

**Entrevistado n 5.**

*Resp. 18. – “Para mim eu estou satisfeita com todo o que eu preciso fazer, no ambiente de trabalho, eu não consigo, porque não tenho as condições adequadas”.*

*Resp. 19. – “Está mais o menos, porque eu não tenho uma qualidade boa, eu não posso desenvolver um bom trabalho”.*

**Entrevistado n 6.**

*Resp. 18. – “Para mim é ter condições mínimas pelo menos de higiene, materiais necessários para desenvolver um trabalho, humanitário porque depende para o desenvolvimento de nosso trabalho, diminuir a contaminação de poluição de ruído a poluição ambiental comum no trabalho”.*

*Resp. 19. – “Hoje está um pouco precária, pois as condições, de medicação de conservação para atender um paciente a própria mesa onde eu estou atendendo esta quase caindo, então acho que esta muito precária minha QV no trabalho hoje”.*

**Entrevistado n 7.**

*Resp. 18. – “É ter condições para atender bem meus pacientes, com todos os recursos que eu preciso na hora”*

*Resp. 19. – “Tá médio, não posso falar que está dos piores, mais tem muita coisa para melhorar. Às vezes falta medicamento, falta exame, paciente fica perdido com o*

*encaminhamento, simplesmente suspendem o serviço terceirizado que a gente precisa e eu fico com o paciente sem ter uma resposta para dar nem ter como ajudar”.*

**Entrevistado n 8.**

*Resp. 18. -“É fazer, aquilo que com você foi previamente acordado, nada mais e nada menos, toda vez que você faz menos o que você faz mais ou você não esta cumprindo seu papel ou você esta se exaurindo, QV é você fazer aquilo que você se propôs a fazer em determinado horário com respeito com carinho”.*

*Resp. 19. -“Hoje não está muita boa, porque eu não faço o que eu me propus, é sempre algo a mais pelos próprios trabalhadores do posto que sempre pedem, algo a mais as pessoas que tem acesso a minha porta livremente que vem aqui e se eu não faço eu sou a pessoa ruim que não estou fazendo o que a população pede, eles não tem uma educação de horário de programação de como funciona o PSF, a gente é desacatado constantemente, não tem uma organização de horário você é o primeiro você é o segundo eles a toda hora entram essa porta não é trancada, eles entram quando estou examinando paciente e isso gera um estresse emocional muito grande, então minha QV no trabalho não é boa”.*

**Entrevistado n 9.**

*Resp. 18. -“É ter sempre a disposição o necessário para atender seus pacientes, medicação, receituário que é feito de papel pautado, carimbo que foi criado por mim, quando iniciou o PSF para identificar nossa unidade, deixaram de confeccionar um receituário decente, às vezes o INSS rejeita as declarações ou atestado que a gente faz em folha de papel pautado que se utiliza para receituário, a gente passa vergonha por essa situação. No ambiente a parede esta descascando, não ter ar condicionado mais de dois anos, um sanitário fétido para 50 ou 60 pessoas, ambiente de trabalho é péssimo aqui”.*

*Resp. 19. -“Não oferece condições de trabalho para gente, péssimas as condições que oferece a prefeitura, respeito ao local de trabalho, péssimo o local de trabalho, mal higienizado, existe um sanitário para 40 ou 50 ou 60 pessoas diariamente entre funcionários e público, não existe iluminação necessária, ar condicionado nas salas não existe, inclusive trouxe um ventilador de casa para meu consultório”.*

**Entrevistado n 10.**

Resp. 18. –*“É satisfação uma boa equipe e uma boa remuneração, satisfação com o ambiente físico”.*

Resp. 19. –*“Hoje, insatisfeita, tanto com ambiente físico, quanto com a remuneração, só não com a equipe que se esforça para fazer um trabalho consciente”.*

**Entrevista n 11.**

Resp. 18. –*“Espaço físico, material, condições necessárias para trabalhar”.*

Resp. 19. –*“Insatisfatória, o espaço físico ele é deficiente, a carência de material, não há cumprimento das propostas de saúde da família”.*

**Entrevistado n 12.**

Resp. 18. –*“Seria um ambiente agradável, depois que o paciente entra na consulta nada interrompa esta e tempo suficiente para cada consulta”*

Resp. 19. –*“É aceitável”.*

**Entrevistado n 13.**

Resp. 18. –*“É um ambiente agradável e que você se sinta bem e se sinta à vontade de estar”.*

Resp. 19. –*“É médio, regular”.*

**Entrevistado n 14.**

Resp. 18. –*“São condições mínimas para desenvolver atividades junto ao paciente, as quais sejam preconizadas, por exemplo, tem uma sala adequada para realização de grupos, conseguir facilmente exames, como hemoglobina glicosilada, proteinúria, para realização de escórias”.*

Resp. 19. –*“Muito ruim, não tem direitos; apenas deveres a carga horaria não leva em consideração o profissional”.*

**Entrevistado n 15.**

Resp. 18. –*“Como problemas logísticos, não tem material quando precisa, limpar a barriga da grávida após avaliar os batimentos cardíacos fetais, fita para medir a barriga da grávida, falta do banheiro, não tem vínculo empregatício, o vínculo é muito frágil, não tem decimo terceiro, direito a férias”.*

Resp. 19. –*“Classifico como média”.*

**Entrevistado n 16.**

Resp. 18. –*“É ter recursos necessários para realizar um trabalho digno, ou seja, uma sala adequada com iluminação, equipamentos, recursos humanos, para trabalhar com seu paciente, ter uma demanda adequada, para atender com qualidade e não visar quantidade”.*

Resp. 19. –*“Atualmente não está boa, pela falta de recursos citados acima um ambiente equipado e recursos humanos o que gera uma angústia e estresse importante no profissional”.*

**Entrevistado n 17.**

Resp. 18. –*“Ambiente agradável, com mobiliário adequado e higiene, receber capacitação continuada e salário digno e adequado para suprir as necessidades próprias e dos familiares mais próximos”.*

Resp. 19. –*“Péssima”.*

**Entrevistado n 18.**

Resp. 18. –*“É o valor que o ambiente de trabalho tem, ou seja o vínculo empregatício, dá ao profissional dentro do próprio ambiente justamente com o benefício que está junto”.*

Resp. 19. –*“Muito mal”.*

**Entrevistado n 19.**

Resp. 18. –*“É ter condições de trabalho adequado, quanto à estrutura física material permanente de expediente”*

Resp. 19. –*“Está boa, porque estou há um mês em uma unidade de saúde um prédio próximo, estrutura física preconizado pelo ministério da saúde e somente uma equipe de saúde, nós temos sala de nebulização, medicação, não todos, mais a maioria nós temos sala de espera que podem se fazer palestras, curativos o prédio é bem diferenciado das demais que eu conheço”*

**Entrevistado n 20.**

Resp. 18. –*“Quando é possível resolver os problemas de trabalho no tempo hábil dentro do horário de trabalho sem levar problemas para casa”*

Resp. 19. –*“Prejudicada”*

**Entrevistado n 21.**

Resp. 18. –*“Um ambiente limpo, com volume adequado de pacientes, presença de medicamentos e aparelhos”*

Resp. 19. –*“Ruim”*

**Entrevistado n 22.**

Resp. 18. –*“Trabalhar em um ambiente limpo, aconchegante, ter os equipamentos necessários para trabalhar corretamente, sendo mais respeitado. Meu sonho é ter direito a lavar as mãos na pia do consultório que esta quebrada no PSF, há dois anos ninguém conserta”.*

Resp. 19. –*“Tá, péssima, a mesa do consultório está quebrada, não tem toalha para enxugar as mãos não tem detergente, não tem quem limpe a escrivaninha os equipamentos, não tem copo descartável para beber água, a caixa de água nunca foi feita uma limpeza, um ambiente que não tem como beber água, não tem geladeira, não precisa falar mais nada, quando falta até água, imagina o resto”.*

**Entrevistado n 23.**

Resp. 18. –*“É respeito, médico paciente e paciente médico, com condições de trabalho”.*

Resp. 19. –*“Tá mais ou menos, tá ruim”.*

**Entrevistado n 24.**

Resp. 18. –*“É local apropriado, carga horaria menor, infraestrutura”.*

Resp. 19. –*“Está ruim”.*

**Entrevistado n 25.**

Resp. 18. –*“É atender o paciente com bastante tranquilidade sem ter muita pressão do pessoal, e ter um espaço para descansar adequadamente, para ter uma concentração e melhor atendimento ao público”.*

Resp. 19. –*“Está mais ou menos, um pouco estressante, um pouco ansioso a única coisa que compensa é o salário no final”.*

**Entrevistado n 26.**

Resp. 18. –“Principalmente ter um bom relacionamento com os colegas de trabalho, que tenhas condições de trabalho, que tenhas medicamento e bom relacionamento médico-paciente”.

Resp. 19. –“Para mim está muito bem, porque tenho um bom relacionamento com todos e ajudo no que posso quando eles precisam”.

**Entrevistado n 27.**

Resp. 18. –“Condições, recursos e tranquilidade”.

Resp. 19. –“Tá, médio”.

**Entrevistado n 28.**

Resp. 18. –“É prédio, um computador e bom salario”

Resp. 19. –“É médio”

**Entrevistado n 29.**

Resp. 18. –“É providenciar as condições físicas, recursos humanos, emocionais que favoreçam o melhor atendimento dos pacientes e reduzir os riscos de qualquer problema social do trabalho, criar condições para trabalhar amenamente”.

Resp. 19. “Está, de médio a pobre por muitos motivos, a organização do trabalho, devem-se providenciar métodos de aperfeiçoamento, de recursos para pesquisa que não temos equipamentos de informática, para facilitar o uso dos prontuários pelas diversas instituições de saúde em Boa Vista e finalmente por que temos um salário desfasado”.

**Entrevistado n 30.**

Resp. 18. –“Capacidade de realizar todas as atenções que forem necessárias, quando aparecer o paciente para poder examinar, avaliar a capacidade dele, poder conseguir o remédio, ser atendido, passa tratamento sabendo que ele não vai poder comprar o remédio, não tem dinheiro, passa encaminhamento sabendo que não vai conseguir marcar com o especialista. No local de trabalho é a capacidade de resolução”.

Resp. 19. –A gente não tem resolutividade, praticamente nenhuma, quando você encaminha demora de 2 meses para frente, não existe nada de urgência quando consegue é porque deve pedir favor quando consegue telefona para um amigo para

*agendar, para conseguir remédio, para outro, liga para assistente social para resolver os problemas, assim que está funcionando para resolver algum problema”.*

**Entrevistado n 31.**

*Resp. 18. –“Ambiente, os recursos materiais, o salário”.*

*Resp. 19. –“Está mal”.*

**Entrevistado n 32.**

*Resp. 18. –“Para mim é ter boas condições de trabalho no que se refere a material, ao próprio ambiente, ao mínimo de coisas necessárias para poder atender bem o paciente e sair satisfeito daqui, ter as condições mínimas necessárias para desenvolver meu trabalho”.*

*Resp. 19. –“Eu estou satisfeita no momento por que eu tenho o mínimo de que eu precisaria para atender bem meu paciente no local de trabalho, algumas precariedades mais nada que prejudique de forma grande o paciente que eu atendo”.*

**Entrevistado n 33.**

*Resp. 18. –“Segurança, estabilidade”.*

*Resp. 19. –“Muito ruim”.*

**Entrevistado n 34.**

*Resp. 18. –“É ambiente adequado, recursos materiais, educação permanente e continuada”.*

*Resp. 19. –“Péssima”.*

**Entrevistado n 35.**

*Resp. 18. - “Produtividade, resolutividade e harmonia”.*

*Resp. 19. -“Ruim”.*

**Entrevistado n 36.**

*Resp. 18. – “Boa relação com os colegas e pacientes ou clientes como se diz agora”.*

*Resp. 19. –“Agora neste momento apesar de todas as coisas que eu passei aqui sozinho para mim está boa, porque chegou outro médico que cobriu a outra área e outra enfermeira porque fazia 8 meses que não tinha, diminuiu a carga de trabalho, chegou para dividir a carga horária de trabalho, como deve ser, agora está bem”.*

**Entrevistado n 37.**

*Resp. 18. –“É plano de cargos e salários, ambiente saudável, estrutura física, adequada, com pessoal qualificado”.*

*Resp. 19. –“Razoável”.*

**Entrevistado n 38.**

*Resp. 18. –“Para mim são as características do trabalho, como se manifesta a relação com outras pessoas e a organização do trabalho”.*

*Resp. 19. –“Para mim de zero a dez, ela esta cinco”.*

**Entrevistado n 39.**

*Resp. 18. –“É ter condições de trabalho adequado, insumos, material, respeito como profissional”.*

*Resp. 19. –“Minha QV está boa, compra tudo o que falta, quando saí do posto leva tudo, cadeira, maca, tudo, porque a gente compra tudo”.*

**Entrevistado n 40.**

*Resp. 18. –“Grupo, população e reconhecimento”.*

*Resp. 19. –“Regular”.*

**Entrevista n 41.**

*Resp. 18. –“É respeito dos outros profissionais, tempo de trabalho, orientação e apoio quanto ao auxílio com os pacientes”.*

*Resp. 19. –“Estou pouco satisfeita”.*

**Entrevista n 42.**

Resp. 18. –“Para mim é a parte física, interação pessoal, acesso ao conhecimento, condições para fazer cursos fora do Estado, nos grandes centros, a gente tem essa dificuldade pelo isolamento geográfico, essa é a parte mais complicada quanto ao ambiente de trabalho”.

Resp. 19. –“O grande problema está no ambiente físico, eu trabalho em uma sala totalmente insalubre, se olhar atrás de mim observo ela cheia de mofo, inclusive eu tive problema pulmonar há pouco tempo, e tive que me ausentar do trabalho com licença médica, o problema é a falta de infraestrutura, instalações físicas e equipamentos, eu não tenho um otoscópio para trabalhar aqui, se a gente não traz o nosso, ficamos sem equipamento para trabalhar”.

**Entrevista n 43.**

Resp. 18. –“Para mim é ter todo o equipamento para fazer um trabalho bom e satisfazer as necessidades do paciente”.

Resp. 19.-“Péssima”.

**Entrevista n 44.**

Resp. 18. \_”Estrutura boa para atender o paciente, boa refrigeração da sala, ter equipamentos para atender uma sutura, material, receituário”.

Resp. 19. –“É mais ou menos”.

**Entrevista n 45.**

Resp. 18. –“O mínimo é ter um conforto com banheiro, não temos como tomar um banho ter copa com fogão, geladeira, falta de condições de trabalho, falta gestão, condições de trabalho”.

Resp. 19. –“Ruim”.

**Entrevista n 46.**

Resp. 18. –“Ter os recursos, formar uma equipe boa, ter boa vontade dos profissionais”.

Resp. 19. –“Tá boa”.

**Entrevista n 47.**

Resp. 18. –*“É dignidade de estrutura física, bom salário e bom relacionamento com os colegas”.*

Resp. 19. –*“Péssima”.*

**Entrevista n 48.**

Resp. 18. –*“Para mim principalmente condições de trabalho, equipamentos, você ter material disponível, ter medicação”.*

Resp. 19. –*“Ficaria como média, eu trabalho em uma casa modesta, não tem instalações adequadas para atendimento, é uma casa com muito barulho, casa com infiltração, não é adequada para o atendimento à população, além de faltar equipamento necessário”.*

**Entrevista n 49.**

Resp. 18. –*“As condições de trabalho repercutem em um bom resultado do trabalho”.*

Resp. 19. –*“Está mais ou menos”.*

**Entrevista n 50.**

Resp. 18. –*“Como médico, ter condições necessárias para desenvolver um trabalho humano com privacidade, com equipamentos, com ambiente sadio, onde você não tem interferências, onde você não tem dificuldades para conseguir realizar aquilo que o paciente necessita de você”.*

Resp. 19. –*“A saúde no Brasil de maneira geral esta precária, falta equipamento, falta medicação, falta pessoal, falta uma equipe organizada, em todo estabelecimento que a gente vai, tem um projeto muito bonito chamado SUS, mais são poucos os locais que conseguem trabalhar de uma maneira séria, em especial aqui em nossa cidade é bem complicado isso, então falta bastante condições de trabalho e trabalhamos de forma precária”.*

**Entrevista n 51.**

Resp. 18. –*“Para mim é ter a segurança das minhas condições de saúde, ter condições de exercer meu trabalho com dignidade com boa qualidade ter os meios tanto de condições físicas para desenvolver esse trabalho e saúde também, porque a gente como*

*trabalhador da saúde tem que ter saúde, porque a gente acaba cuidando do próximo e termina esquecendo de si”.*

*Resp. 19. –“Hoje pelas condições devido a minha gravidez está mais complicado, antes quando trabalhava só no particular na minha primeira gravidez não teve problemas, mais hoje devido a sobrecarga na estratégia de Saúde da Família, falta de condições, estou desenvolvendo muitas patologias que tem agravado minha gravidez e como consequência disso tenho que afastar-me do trabalho, devido as condições de saúde e da minha gravidez, então eu qualifico que está muito ruim minha QV no trabalho hoje”.*

#### **Entrevista n 52.**

*Resp. 18. –“Para mim começa com estrutura física no trabalho, insumos para realizar o trabalho corretamente. Boa remuneração pelo trabalho que realizamos e boa convivência com os colegas”.*

*Resp. 19. –“Não esta boa, a estrutura é péssima, nós não temos os insumos necessários, temos que estar fazendo adaptações, é difícil conviver com os colegas nessa situação hoje em dia e a remuneração é péssima”.*

#### **Entrevista n 53.**

*Resp. 18. –“Para mim, é você chegar ao trabalho, ter um ambiente limpo onde você possa trabalhar e não se estressar, para mim é isso aí”.*

*Resp. 19. –“Hoje no ambiente de trabalho, a gente vem para trabalhar e acaba se estressando porque o médico sempre vai atrás do material necessário, nunca tem material suficiente a gente acaba se estressando as vezes com as pessoas que não tem culpa mais o médico não tem obrigação de ir atrás do material, não tem lençol na maca, não tem espátula porque não tem e preciso disso aí”.*

#### **Entrevista n 54.**

*Resp. 18. –“Acho que é me sentir bem no local onde eu me encontro me sentir útil, poder fazer mais pelas pessoas, não me sinto útil neste local e isso me incomoda demais mais como ambiente de trabalho é bem limitada então a gente termina fazendo muito pouco pelas pessoas”.*

*Resp. 19. –“Está muito ruim”.*

**Entrevista n 55.**

Resp. 18. –“Boa ventilação, boa iluminação, boa cadeira, boa mesa, boa higiene, isso que é QV no ambiente de trabalho”.

Resp. 19. –“Está média, a ventilação não é adequada”.

**Entrevista n 56.**

Resp. 18. –“Condições de trabalho, satisfação no trabalho e bom relacionamento”.

Resp. 19. \_”Regular”.

**Entrevista n 57.**

Resp. 18. –“Boas condições de trabalho, bom relacionamento com os colegas de trabalho com os pacientes, diminuir a carga de trabalho”.

Resp. 19. –“Muito ruim”.

**Entrevista n 58.**

Resp. 18. –“É ter condições de trabalho, tanto boa relação com a equipe, ter os materiais, para fazer um bom trabalho”.

Resp. 19. –“Está péssima”.

**Entrevista n 59.**

Resp. 18. –“É satisfação com o trabalho, prazer de levantar todos os dias pela manhã e desejo de trabalhar, se sentir confortável e bem estar com seu trabalho”.

Resp. 19. –“Hoje, encontra-se de ruim a péssima, primeiro porque o ambiente de trabalho não é um ambiente agradável, segundo as condições, de trabalho, quer financeira quer de relacionamento, com o pessoal não é muito boa, então as condições de QV no trabalho são ruins” .

**Entrevista n 60.**

Resp. 18. –“Como médica eu não sei atender menos entendeu não sobrecarregar, fazer um trabalho, ver uma qualidade do atendimento, não a quantidade, você deve ter um retorno do paciente, o que não temos, atende enlouquecido, no ambiente de trabalho, existe uma pressão psicológica dos que querem que seja quantidade e não qualidade.

*Não querem que haja falatório da mídia então isso aí que ferra o profissional e a população, as condições de trabalho hoje de todos os setores está péssima, ruim, e não só na Estratégia de Saúde da Família, eu não sei definir em poucas palavras isso”*

*Resp. 19. –“Está ruim, por causa dessas condições aí”.*

**Entrevista n 61.**

*Resp. 18. –“É trabalhar com paz, calma e tranquilidade e ter uma boa condição de trabalho bem como uma boa remuneração”.*

*Resp. 19. –“Praticamente um trabalho escravo, a gente atua de forma contínua exacerbada, com número enorme de pacientes para atender em tempo pequeno, para mim é isso”.*

**Entrevista n 62.**

*Resp. 18. –“Para mim QV no ambiente de trabalho é ter os recursos que você necessita para desempenhar bem seu trabalho contar com uma equipe equilibrada, que possa contribuir para que seu trabalho seja eficaz sem se desgastar e ver que seu trabalho é reconhecido pelas pessoas que desfrutam dos benefícios de seu trabalho até pelo seu chefe, pelos seus pacientes, isso para mim é QV no ambiente de trabalho”.*

*Resp. 19. –“Eu acho que hoje para mim, não tem QV no trabalho nenhuma hoje a gente tem improvisado o possível e o impossível para manter alguma qualidade no serviço aos pacientes porque a gente não pode negar atendimento, não tem equipamentos, medicamentos, nenhum conforto, hoje a minha QV no trabalho é nenhuma”.*

Anexo 1 – Questionário sócio demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO			
1	IDADE: .....	ANOS	
2	SEXO:	<input type="checkbox"/> 1 MASCULINO	<input type="checkbox"/> 2 FEMININO
3	FORMAÇÃO PROFISSIONAL:		
	GRADUADO	<input type="checkbox"/> 1	
	PÓS-GRADUADO:	<input type="checkbox"/> 2 ESPECIALIZAÇÃO	
		<input type="checkbox"/> 3 MESTRADO	
		<input type="checkbox"/> 4 DOUTORADO	
4	QUANTO TEMPO DE GRADUADO?.....ANOS..		
5	ESTADO CIVIL:		
	SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> 1	
	CASADO	<input type="checkbox"/> 2	
	VIVENDO COMO CASADO	<input type="checkbox"/> 3	
	DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> 4	
	SEPARADO	<input type="checkbox"/> 5	
	VIÚVO	<input type="checkbox"/> 6	
6	COM QUANTAS PESSOAS VOCÊ MORA ATUALMENTE?		
	SOZINHO	<input type="checkbox"/> 1	
	COM FAMILIARES	<input type="checkbox"/> 2	
	COM AMIGOS	<input type="checkbox"/> 3	
	COM CONHECIDOS(HOTEL, PENSÃO E OUTROS)	<input type="checkbox"/> 4	
7	QUANTOS DEPENDENTES VOCÊ TEM?		
	NENHUM	<input type="checkbox"/> 1	
	UM A DOIS	<input type="checkbox"/> 2	
	DE TRÊS A QUATRO	<input type="checkbox"/> 3	
	MAIS DE CINCO	<input type="checkbox"/> 4	
8	QUANTOS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS VOCÊ TEM ATUALMENTE , INCLUINDO A ESF?		
	UM	<input type="checkbox"/> 1	
	DOIS	<input type="checkbox"/> 2	
	TRÊS	<input type="checkbox"/> 3	
9	QUAL O SEU TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO NA ESF?		
	CELETISTA (CLT)	<input type="checkbox"/> 1	
	CONTRATO TEMPORARIO	<input type="checkbox"/> 2	
	SERVIDOR PÚBLICO (CONCURSADO)	<input type="checkbox"/> 3	
	OUTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> 4	
10	QUANTAS HORAS DIÁRIAS VOCÊ TRABALHA NA ESF?		
	SEIS HORAS	<input type="checkbox"/> 1	
	OITO HORAS	<input type="checkbox"/> 2	
	12 HORAS	<input type="checkbox"/> 3	
	MAIS DE 12 HORAS	<input type="checkbox"/> 4	

11	QUAL A SUA RENDA MENSAL NA ESF (VALOR BRUTO)?						
	R\$ .....						
12	DO TOTAL DE EMPREGOS (INCLUINDO ESF), QUAL SUA RENDA MENSAL(VALOR BRUTO)						
	R\$ .....						
13	SUA RENDA DA ESF SATISFAZ SUAS NECESSIDADES FAMILIARES?						
	SIM	1					
	NÃO	0					
14	ATUALMENTE VOCÊ ESTÁ FAZENDO ALGUM CURSO?						
	SIM	1					
	NÃO	0					
15	CASO A SUA RESPOSTA SEJA POSITIVA, RESPONDA A SEGUINTE QUESTÃO?						
	OUTRA FACULDADE				1		
	CURSO DE ATUALIZAÇÃO				2		
	ESPECIALIZAÇÃO				3		
	MESTRADO				4		
	DOUTORADO				5		
16	O QUANTO SATISFEITO VOCÊ ESTÁ COM SEU AMBIENTE DE TRABALHO?						
	NADA	1					
	MUITO POUCO	2					
	MÉDIO	3					
	MUITO	4					
	COMPLETAMENTE	5					
17	VOCÊ TEM BOAS CONDIÇÕES DE TRABALHO?						
	NADA	1					
	MUITO POUCO	2					
	MÉDIO	3					
	MUITO	4					
	COMPLETAMENTE	5					
18	O QUE É PARA VOCÊ QUALIDADE DE VIDA NO AMBIENTE DE TRABALHO?						
19	COMO VOCÊ QUALIFICA OU COMO ESTÁ SUA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO HOJE?						

Adaptado de (Fernandes, 2009, p. 103).

Anexo – 2

# 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**