

Rafael Brito Nery Ribeiro

SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM BELO
HORIZONTE, BRASIL

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Belo Horizonte - MG

2011

Rafael Brito Nery Ribeiro

SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM BELO
HORIZONTE, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito à obtenção ao título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Saúde e Trabalho).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ada Ávila Assunção
Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Maria de Araújo

Belo Horizonte - MG

2011

Ribeiro, Rafael Brito Nery.
R484s Satisfação dos Médicos no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Brasil [manuscrito]. / Rafael Brito Nery Ribeiro. - - Belo Horizonte: 2011.

133f.: il.

Orientador: Ada Ávila Assunção.

Co-Orientadora: Tânia Maria de Araújo.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Satisfação no Emprego. 2. Satisfação Pessoal. 3. Saúde do Trabalhador. 4. Condições de Trabalho. 5. Recursos Humanos em Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Assunção, Ada Ávila. II. Araújo, Tânia Maria de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 400

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Profª Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Sub-Coordenadora

Prof. Ada Ávila Assunção

Colegiado

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Profª. Ada Ávila Assunção

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Profª. Sandhi Maria Barreto

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Ada Ávila Assunção, Carla Jorge Machado, Rosane Harter Griep, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS COM O TRABALHO NO SUS-BH”**, apresentada pelo aluno **RAFAEL BRITO NERY RIBEIRO** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 09 de setembro de 2011.

Profa. Ada Ávila Assunção
Orientadora

Profa. Carla Jorge Machado

Profa. Rosane Harter Griep



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **RAFAEL BRITO NERY RIBEIRO** número de registro 2010653127. Às treze horas do dia **nove de setembro de dois mil e onze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "**SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS COM O TRABALHO NO SUS-BH**", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Saúde e Trabalho. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Ada Ávila Assunção, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Ada Ávila Assunção/Orientadora

Instit: UFMG

Indicação: Aprovado

Profa. Carla Jorge Machado

Instit: UFMG

Indicação: aprovado

Profa. Rosane Harter Griep

Instit: Fiocruz

Indicação: APROVADO

Pelas indicações o candidato foi considerado Aprovado.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de setembro de 2011.

Profa. Ada Ávila Assunção Ada Ávila Assunção

Profa Carla Jorge Machado Carla Jorge Machado

Profa. Rosane Harter Griep Rosane Harter Griep

Profa. Ada Ávila Assunção/ Coordenadora Ada Ávila Assunção

Profa. Ada Ávila Assunção
Coord. do PG em Saúde Pública
Faculdade de Medicina / UFMG

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Esta dissertação é dedicada a Edson de Brito Nery (In memoriam)

AGRADECIMENTOS

Frequentemente desejamos que “as coisas fossem mais fáceis”. E confesso que o fiz em muitos momentos dessa empreitada. Mas agora, quando as tarefas chegam ao seu término, um sentimento tímido de embaraço me lembra de que era desnecessária qualquer ansiedade, porque Deus cuida da gente.

Sou grato à professora Ada pela orientação dedicada e paciente. Especialmente, sou grato por sua amizade e convivência, que me fizeram amadurecer como estudante e, principalmente, como pessoa.

Agradeço a professora Tânia pela orientação sempre terna, produtiva e carregada de sotaque baiano.

À superequipe, sou grato por dividirem o trabalho, as angústias, as expectativas e, acima de tudo, os lanches e artigos científicos essenciais.

Sou devedor também aos professores da Pós-graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, por meio de quem a ciência tem encontrado caminho até a sociedade.

Com um sentimento terno e de dependência, agradeço a minha família: à mamãe e papai, cujo amor me constrange continuamente; aos meus irmãos, cuja companhia e carinho fazem cada dia valer a pena; às minhas avós, que sempre acreditaram em mim.

E à Cristo, que me amou primeiro, quando eu ainda não podia amá-lo, obrigado.

SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE

RESUMO

Introdução: A satisfação com o trabalho representa o julgamento que o indivíduo faz do seu trabalho real quando comparado a uma ocupação ideal, sendo este processo influenciado tanto por fatores ocupacionais, quanto por fatores individuais, sociais e de saúde. Evidências têm indicado associação entre baixos níveis de satisfação com o trabalho e o adoecimento na categoria dos médicos, bem como influências negativas sobre a qualidade dos serviços de saúde. **Objetivos:** Identificar se os fatores ocupacionais, do contexto social e de saúde associam-se à satisfação com o trabalho dos médicos na rede pública de saúde de Belo Horizonte. **Métodos:** Um estudo transversal de amostra aleatória e proporcional ($n = 266$) foi realizado na rede municipal de saúde. Os participantes responderam a um questionário sobre satisfação com o trabalho, características sociodemográficas e de estilo de vida, condições de trabalho e emprego, aspectos da satisfação não relacionados ao trabalho e o estado de saúde. As associações entre as variáveis foram investigadas utilizando-se a Regressão de Poisson. Uma precisão de 5% ($p < 0,05$) e um intervalo de 95% de confiança foram considerados na análise multivariada. **Resultados:** Responderam à pesquisa 232 médicos (taxa de resposta de 87,2%); 150 profissionais (64,9%) declararam-se satisfeitos com o trabalho, não havendo diferença significativa entre médicos e médicas (66,4% vs 64,2%; $p = 0,74$). A maioria dos trabalhadores relatou estar satisfeita consigo mesma (74,6%), com as suas relações pessoais (76,3%) e com sua capacidade para o trabalho (66,9%). Entretanto, os profissionais insatisfeitos predominaram nas unidades de atendimento às urgências e emergências (54,5% vs 45,5%), embora este resultado não tenha sido estatisticamente significativo. Um em cada quatro (23,3%) médicos declarou que seu trabalho diário lhe causava sofrimento verificando-se que dezoito profissionais (7,7%) não se recandidatariam aos atuais empregos. Na análise multivariada, a frequência de médicos satisfeitos com o trabalho foi significativamente maior entre aqueles que relataram elevado nível de suporte social no trabalho ($p < 0,01$) e significativamente menor no grupo dos profissionais trabalhando sob alta exigência ($p = 0,01$) ou que apresentaram triagem positiva para TMC ($p < 0,01$). **Conclusões:** Os resultados sugerem que políticas para promover o apoio social e a saúde mental no ambiente ocupacional, bem como o desenvolvimento de estratégias que aumentem as margens para o controle dos médicos sobre suas próprias atividades, possam ter efeito positivo sobre os níveis de satisfação desses profissionais com o trabalho.

Palavras-chave: satisfação, trabalho médico, recursos humanos em saúde, SUS.

PHYSICIANS' SATISFACTION IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BELO
HORIZONTE

SUMMARY

Introduction: Job satisfaction represents the judgement an individual does of his real work while comparing it to an ideal occupation. Different work characteristics and aspects related to other dimensions of life are involved. Evidence indicates an association between job satisfaction and the illness in the medical category. Also, negative effects of doctors' dissatisfaction on the quality of health services have been registered. **Purpose:** To identify whether occupational factors, social circumstances and health are associated with the job satisfaction of doctors in the public health system of Belo Horizonte. **Methods:** A cross-sectional study based on random and proportional sampling ($n = 266$) was conducted in the municipal public health system. The participants answered a questionnaire about job satisfaction, sociodemographic characteristics and lifestyle, working conditions and employment, aspects of non-work satisfaction and health status. The associations between variables were investigated using Poisson Regression. An accuracy of 5% ($p < 0.05$) and a confidence interval of 95% were considered in multivariate analysis. **Results:** 232 professionals responded to the survey (response rate 87.2%); 150 physicians (64.94%) declared themselves satisfied with the work, with no significant difference between male and female doctors (66.4% vs 64.2% $p = 0.74$). Most practitioners reported being satisfied with itself (74.6%), with their personal relationships (76.3%) and their ability to work (66.9%). However, dissatisfied professionals predominated at the emergency care units (54.5% vs 45.5%), although this result was not statistically significant. One in four (23.3%) of providers stated that their daily work caused them suffering. Eighteen professionals (7.7%) would not seek re-election to their current jobs. In multivariate analysis, the frequency of physicians satisfied with the work was significantly higher among those who reported a high level of social support at work ($p < 0.01$) and significantly lower in the group of professionals working under high strain ($p = 0.01$) or who had a screening positive for TMC ($p < 0.01$). **Conclusions:** The results suggest that policies to promote social support and mental health in the workplace, as well as developing strategies to increase the control of doctors over their activities, can have positive effect on levels of job satisfaction of these professionals.

Key words: satisfaction, medical work, human resources in health, SUS

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
OBJETIVOS	24
ARTIGO: Fatores associados à satisfação dos médicos com o trabalho em Belo Horizonte, Brasil	25
INTRODUÇÃO	26
MÉTODOS	27
RESULTADOS	32
DISCUSSÃO	34
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
ANEXOS A1 e A2 – Comitê de ética em pesquisa	62, 63
ANEXO B – Questionário	64
ANEXO C – Equivalência entre os cargos da Prefeitura de Belo Horizonte e a Organização Mundial de Saúde	74
ANEXO D1 a D4 – Distribuição dos sujeitos dentro das variáveis explicativas estratificadas pela satisfação com o trabalho.	75
PROJETO DA PESQUISA	79

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

“Assim, descobri que, para o homem, o melhor e o que mais vale a pena é comer, beber, e desfrutar o resultado de todo esforço que se faz debaixo do sol durante os poucos dias de vida que Deus lhe dá, pois essa é a sua recompensa. E quando Deus concede riquezas e bens a alguém e o capacita a desfrutá-los, a aceitar a sua sorte e a ser feliz em seu trabalho, isso é um presente de Deus.” Livro de Eclesiastes 5:18-19, Nova Versão Internacional

A satisfação com o trabalho: conceitos e contexto

O bem-estar e a satisfação com o trabalho são temas frequentes nas pesquisas no setor saúde.^{1,2,3} O acúmulo de evidências indicando correlação entre o bem-estar/satisfação dos profissionais e efeitos sobre o funcionamento dos serviços de assistência por si só justifica o estudo do tema no campo da saúde coletiva. Além disso, as alterações do estado de saúde frequentemente associadas a baixos níveis de satisfação, particularmente o adoecimento mental, reclamam estudos visando promover a proteção ocupacional. Desse modo, tratar a satisfação dos médicos com o trabalho como objeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública é uma tentativa de prover subsídios para discussão do tema num contexto local e cooperar para observações gerais aplicáveis a outras comunidades.

Esta pesquisa busca avaliar a satisfação com o trabalho tendo como unidade de análise os médicos do sistema público municipal de saúde de Belo Horizonte. A investigação teve origem em uma demanda da secretaria de saúde do referido município em conhecer a situação de trabalho e saúde dos servidores do setor. Os resultados obtidos fazem parte do projeto “Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde”, apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

O bem-estar e a satisfação são conceitos inter-relacionados.¹ O “bem-estar” é um construto subjetivo amplo constituído de duas facetas: uma afetiva (emocional) e outra cognitiva (de julgamento). A frequência com que um indivíduo relata uma experiência como positiva ou negativa compõe o aspecto afetivo do bem-estar. O componente cognitivo desse construto constitui a noção de satisfação com a vida.²

¹ STERNMARKER, M. PALMÉRUS, K. MÁRKY, I. Life satisfaction of Swedish pediatric oncologists: the role of personality, work-related aspects and emotional distress. *Pediatric Blood and Cancer*, v. 53, pp. 1308-1314, 2009.

² DIENER, E., SUH, E. M., LUCAS, R. E., SMITH, H. L. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, v. 125, pp. 276-302, 1999.

Segundo Helliwell e Putnam (2004),³ o bem-estar humano tem sido abordado nas pesquisas com razoável confiabilidade tanto através do conceito de “felicidade” (*happiness*) quanto do conceito de “satisfação” (*life satisfaction*). Segundo os autores, auto avaliações de “felicidade” tendem a refletir uma percepção do sujeito em relação a situações recentes ou de curta duração, e são mais suscetíveis às variações de humor. Auto avaliações de “satisfação”, por sua vez, correspondem mais frequentemente à percepção que um indivíduo tem a respeito de condições de longa duração, as quais cursem com alguma estabilidade ao longo da vida.

Os sujeitos podem estar satisfeitos com suas vidas globalmente ou com algumas de suas dimensões: o trabalho, a família ou a saúde. A maioria das pesquisas sobre a satisfação dos médicos aborda pelo menos uma das seguintes dimensões: a satisfação com a vida,^{4,5,6,7} a satisfação com a carreira^{8,9,10,11,12} (também descrita como satisfação profissional) e a satisfação com o trabalho.^{13,14,15,16,17,18,19,20}

³ HELLIWELL, J. F., PUTNAM, R. D. The social context of well being. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, v. 359, pp. 1435–1446, 2004.

⁴ GOITEIN, L., SHANAFELT, T. D., WIPF, J. E., SLATORE, C. G., BACK, A. L. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Archives of Internal Medicine*, v. 165, pp. 2601-2606, 2005.

⁵ COHEN, J.S., PATTEN, S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 5:21, 2005. doi:10.1186/1472-6920-5-21.

⁶ MURFETT, A., CHARMAN, D. GP wellbeing and general practice issues. *Australian Family Physician*. v. 35, n. 9, pp. 748-750, 2005.

⁷ LOVELL, B. L., LEE, R. T., FRANK, E. May I long experience the joy of healing: professional and personal wellbeing among physicians from a canadian province. *BMC Family Practice*, 10:18, 2009. doi:10.1186/1471-2296-10-18.

⁸ KALET, A. L., FLETCHER, K. E., FERDMAN, D. J., BICKELL, N. A. Defining, navigating, and negotiating success: the experiences of mid-career Robert Wood Johnson Clinical Scholar women. *Journal of General Internal Medicine*, v. 21, pp. 920–925, 2006.

⁹ HARMS, B. A., HEISE, C. P., GOULD, J. C., STARLING J. R. A 25-Year Single Institution Analysis of Health, Practice, and Fate of General Surgeons. *Annals of Surgery*, v. 242, pp. 520–529, 2005.

¹⁰ LEPNURM, R., DOBSON, R., BACKMAN, A., KEEGAN, D. Factors associated with career satisfaction among general practitioners in Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine*, v. 12, n. 4, pp. 217-230, 2007.

¹¹ VANASSE, A., SCOTT, S., COURTEAU, J., ORZANCO, M. G. Canadian family physicians' intentions to migrate. *Canadian Family Physician*, v. 55, pp. 396-397, 2009.

¹² AHMADIYEH, N. *Et al.* Career satisfaction of women in surgery: perceptions, factors, and strategies. *Journal of the American College of Surgeons*, v. 210, n. 1, pp. 23-28, 2010.

¹³ APPLETON, K., HOUSE, A., DOWELL, A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *The British Journal of General Practice*. v. 48, n. 428, pp. 1059-63, 1998.

Enquanto elaboração cognitiva, a satisfação com a vida seria uma expressão do julgamento de um indivíduo sobre a discrepância entre as condições reais de sua existência e condições ideais que ele projetou para si mesmo.²¹ Desse modo, a satisfação seria uma medida indireta da qualidade de vida.²¹

A satisfação com o trabalho, por sua vez, representaria o julgamento que o indivíduo faz do seu trabalho real ao compará-lo com uma ocupação ideal, tendo em mente fatores como jornada de trabalho, condições para sua realização e o relacionamento com os colegas.¹⁹ Por analogia, a satisfação com o trabalho seria uma medida indireta da qualidade de uma ocupação.

Na revisão da literatura verificou-se heterogeneidade no arcabouço conceitual utilizado para avaliação da satisfação dos médicos com o trabalho. Entretanto, não foram encontradas pesquisas sobre a comparabilidade das medidas de satisfação utilizando os conceitos “satisfação com o trabalho”, “satisfação com a carreira” e “satisfação profissional”. Em apenas um dos estudos revisados²² os conceitos “satisfação com o trabalho” e “satisfação com

¹⁴ GLYMOUR, M. M., SAHA, S., BIGBY, J. Physician race and ethnicity, professional satisfaction, and work-related stress: Results from the Physician Worklife Study. *Journal of the National Medical Association*, v. 96, n. 10, 2004.

¹⁵ GREMBOWSKI, D., PASHANE, D., DIEHR, P., KATON, W., MARTIN, D., PATRICK, D. L. Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*, v. 20, pp. 271–277, 2005.

¹⁶ OZYURT, A., HAYRAN, O., SUR, H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM: an International Journal of Medicine*, v. 99, pp. 161–169, 2006.

¹⁷ CAMPOS, C. V. A., MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, pp. 347-68, 2008.

¹⁸ TOKUDA, Y., HAYANO, K., OZAKI, M., BITO, S., YANAI, H., KOIZUMI, S. The Interrelationships between Working Conditions, Job Satisfaction, Burnout and Mental Health among Hospital Physicians in Japan: a Path Analysis. *Industrial Health*, v. 47, n. 2, pp. 166–172, 2009.

¹⁹ OMMEN, O., DRILLER, E., KOHLER, T., KOWALSKY, C., ERNSTMANN, N., NEWMANN, M., STEFFEN, P., PFAFF, H. The relationship between social capital in hospitals and physician job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 9:81, 2009. doi:10.1186/1472-6963-9-81.

²⁰ MRDULJAS-DUJIC, N. KUZMANUC, M. KARDUM, G. RUMBOLDT, M. Job satisfaction among medical doctors in one of the countries in transition: experience from Croatia. *Collegium Antropologicum*, v. 34, n. 3, pp. 813-818, 2010.

²¹ SOUSA, L., LYUBOMIRSKY, S. Life satisfaction. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender*, v. 2, pp. 667-676. San Diego, CA: Academic Press, 2001.

²² WADA, K., ARIMATSU, M., YOSHIKAWA, T. ODA, S., TANIGUCHI, H., HIGASHI, H., AIZAWA, Y., KAWASHIMA, M. Physician job satisfaction and working conditions in Japan. *Journal of Occupational Health*, v. 51, n. 3, pp. 261-266, 2009.

a carreira” foram formalmente utilizados de modo distinto e avaliados quanto a sua interrelação. Uma associação significativa foi encontrada entre eles.²²

Com objetivo de direcionar a investigação e subsequentes discussões optou-se por utilizar nesta pesquisa o conceito “satisfação com o trabalho”, conforme definido anteriormente, entendendo seu caráter multidimensional e a dificuldade analítica em delimitar as fronteiras dos múltiplos determinantes que atuam num processo dinâmico.

Os estudos têm evidenciado resultados divergentes quanto à satisfação dos médicos em diferentes localidades. Nyllena *et al.* (2005)²³ evidenciaram que a maioria dos médicos na Noruega considerava-se satisfeita com a vida e com seu trabalho. Os autores também chamaram a atenção para o discreto aumento nos níveis de satisfação dos profissionais no país durante o período do estudo (1994 a 2000).

Em contraste, declínio dos níveis de satisfação dos médicos com o trabalho foi observado na Inglaterra em três períodos distintos por Sibbald *et al.* (2003).²⁴ No intervalo de 1987 a 1990, período de reforma do sistema de saúde inglês, houve redução dos níveis de satisfação relatados pelos profissionais. Essa diminuição foi seguida de recuperação parcial no período de 1990 a 1998, mas nunca atingindo o nível inicial relatado. De 1998 a 2001, contudo, nova redução do nível de satisfação com o trabalho foi observada. Neste último período, o percentual de médicos que relataram intenção de abandonar a prática clínica aumentou de 14% em 1998 para 22% em 2001. O fator mais importante associado a essa variação foi a diminuição da satisfação com o trabalho.

Diferentes fatores ocupacionais e de emprego parecem estar envolvidos na satisfação dos médicos com o trabalho. Variações nas características desses fatores e de suas interrelações poderiam explicar as diferenças nos níveis de satisfação e o comportamento ascendente ou descendente de seus níveis na Noruega e Inglaterra, respectivamente. O salário,²² a disponibilidade de recursos para o trabalho,^{7,22} as atividades durante a residência médica,^{4,5} a

²³ NYLENNA, M., GULBRANDSEN, P., FØRDE, R., AASLAND, O. G. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994 – 2002. *BMC Health Services Research*, 5:44, 2005. doi:10.1186/1472-6963-5-44.

²⁴ SIBBALD, B., BOJKE C., GRAVELLE H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *British Medical Journal*, 326:22, 2003. doi: 10.1136/bmj.326.7379.22.

especialidade^{23,25,26} e a relação interpessoal com os colegas²² são alguns dos fatores citados na literatura, os quais influenciariam os níveis de satisfação com o trabalho. Os estudos têm também evidenciado correlação consistente entre baixos níveis de satisfação e os seguintes fatores: a) diminuição do tempo disponível com cada paciente; b) diminuição da autonomia; c) baixos salários e sobrecarga de trabalho; d) desilusão com o trabalho ou com o sistema de saúde; e) o próprio estado de saúde do profissional (adoecimento, estresse ou pressão associados ao trabalho).^{26,27,28} Fraquezas nos referidos âmbitos têm sido associadas a eventos mórbidos de saúde no grupo dos médicos, tais como transtornos afetivos, *burnout*²⁹ e depressão.^{13,16,18,30}

Em estudo transversal realizado no Japão por Wada *et al.* (2009),²² a associação entre salário e satisfação com o trabalho foi averiguada num grupo de 478 médicos. A percepção do salário como adequado associou-se significativamente à satisfação dos profissionais.²² Em contraste, estudo realizado com 250 médicos em Delhi, Índia, evidenciou que 45,6% dos respondentes consideravam o salário como ruim, sendo a insatisfação com o salário significativamente mais alta entre os médicos residentes e entre os que trabalhavam mais de oito plantões noturnos por mês. A associação entre satisfação com o salário e satisfação com o trabalho não foi descrita nesse estudo. Entretanto, apenas 44,8% dos médicos relataram satisfação com a profissão.³¹

²⁵ KEETON, K., FENNER, D. E., JOHNSON, T. R. B., HAYWARD, R. A. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstetrics and Gynecology*, v. 109, n. 4, pp. 949–955, 2003.

²⁶ DAVIDSON, J. M., LAMBERT, T. W., GOLDACRE M. J., PARKHOUSE J. UK senior doctors' career destinations, job satisfaction and future intentions: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 325:685, 2002. Doi: 10.1136/bmj.325.7366.685.

²⁷ EDWARDS, N. KORNACKI, M. J., SILVERSIN, J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *British Medical Journal*, 324:835, 2002, doi: 10.1136/bmj.324.7341.835.

²⁸ MURRAY, A., MONTGOMERY, J. E., HONG, C., ROGERS, W. H., INUI, T., SAFRAN D. G. Doctor discontent: a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, pp. 451-459, 2001.

²⁹ BURNOUT: A definição mais comumente aceita para a síndrome de burnout a considera como um fenômeno psicossocial diretamente relacionado à situação laboral e que se manifesta como uma reação à tensão emocional crônica associada à lida excessiva com outros indivíduos. O evento tem sido frequentemente descrito entre profissionais da área da saúde, professores, policiais, controladores de tráfego aéreo, corretores de bolsa. O desenvolvimento geralmente é insidioso e com manifestações variadas, das quais destaca o cansaço mental. Além deste, duas outras dimensões são fundamentais para caracterização da síndrome: a despersonalização e a baixa realização pessoal. MOREIRA, D.S., MAGNAGO, R.F., SAKAE, T.M., MAGAJEWSKI, F.R.L. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 7, pp. 1559-1568, 2009.

³⁰ WALLACE, J. E., LEMAIRE, J. B., GHALI, W. A. Physician wellness: a missing quality factor. *The Lancet*, v. 374, pp. 1714-1721, 2009.

³¹ KAUR, S., SHARMA, R., TALWAR, R., VERMA, A., SINGH, S. A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a Tertiary Hospital in Delhi. *Indian Journal of Medical Sciences*, v. 63, n. 4, pp. 139-144, 2009.

Quanto à disponibilidade de recursos para o trabalho, dados sugerem que fatores como a disponibilidade de instalações médicas essenciais, de espaço suficiente nas salas de exame e de suporte administrativo no hospital estejam correlacionados à satisfação do médico com o trabalho nessas unidades.²² A satisfação com a carreira de generalista em grandes centros urbanos, por sua vez, está associada ao acesso amplo a serviços hospitalares, a serviços de saúde mental e a serviços de reabilitação.¹⁰

Adicionalmente, o recurso “tempo” parece também exercer influência sobre a satisfação. Ao avaliar estratégias utilizadas pelos médicos para administração do tempo, Solomon (2008)³² verificou que os médicos alteram a duração das consultas para atenderem as demandas dos pacientes. O autor observou também que restrições do tempo para consulta têm impacto negativo na satisfação geral com o trabalho.³¹

Outro aspecto da consulta possivelmente associado à satisfação com o trabalho seria a relação médico-paciente. Wada *et al.* (2009)²² evidenciaram que uma boa relação com os pacientes contribuía para a satisfação com o trabalho das médicas japonesas, mas não dos médicos. Não obstante, estudo realizado nos Estados Unidos por Krebs *et al.* (2006)³³ sugere que alguns médicos, a despeito do gênero, podem apresentar características que os predisponham à frustração no relacionamento com os pacientes. Os fatores independentes associados à frustração com a relação médico-paciente foram: idade acima de 40 anos, trabalhar mais de 55 horas por semana, maior nível de estresse, praticar medicina interna em uma subespecialidade, e atender a uma população com maior número de pacientes com problemas psicossociais e de abuso de substâncias.

Além do relacionamento com os pacientes, os médicos também parecem beneficiar-se do bom relacionamento com os colegas. Wada *et al.* (2009)²² encontraram associação significativa entre satisfação com o trabalho e bom relacionamento com colegas médicos. Esse efeito foi significativo apenas para os homens. O autor verificou que um bom relacionamento com a equipe técnica, baseado em colaboração mútua, contribui para a satisfação com o trabalho.

³² SOLOMON, J. How Strategies for managing patient visit time affect physician job satisfaction: a qualitative analysis. *Journal of General Internal Medicine*, v. 23, n. 6, pp. 775–780, 2008.

³³ KREBS, E. E., GARRET, J. M., KONRAD, T. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Services Research*, 6:128, 2006. doi:10.1186/1472-6963-6-128.

Esse último efeito, diferentemente do primeiro, foi significativo tanto para os médicos quanto para as médicas.

A sobrecarga de trabalho está associada a baixos níveis de satisfação. O excesso de horas de trabalho e, principalmente, o excesso de plantões noturnos, são alguns dos fatores associados aos baixos índices de satisfação. Estudo realizado por Kaur *et al.* (2009)³⁰ demonstrou associação entre jornadas diárias maiores do que 8 horas e insatisfação com o trabalho. Por outro lado, em estudo realizado com médicos turcos, Ozyurt *et al.* (2006)¹⁶ verificaram que os profissionais com dois ou mais períodos de férias por ano declararam-se significativamente mais satisfeitos.

Em estudo realizado por Cohen e Patten (2005)⁵ com 451 médicos residentes em Alberta, Canadá, experiências de estresse e insatisfação com a profissão foram extensamente relatadas. À semelhança dos efeitos observados em profissionais mais experientes, viu-se que a resposta dos médicos residentes ao estresse envolve alterações depressivas do humor, *burnout*, irritabilidade e abuso de substâncias psicoativas, especialmente o álcool. Verificou-se que um em cada cinco residentes não escolheria a medicina como profissão se tivesse oportunidade de recomeçar sua carreira.⁵ Estudando contexto semelhante nos Estados Unidos, Goitein *et al.* (2005)⁴ verificaram que a limitação de horas durante o programa de residência acompanhou-se de significativo aumento na proporção de residentes satisfeitos com a carreira e uma diminuição significativa no número de estudantes com sinais de exaustão emocional.

Após o treinamento, é possível que a especialidade possa influenciar o nível de satisfação com o trabalho. Entretanto, resultados discordantes sobre quais áreas estariam positivamente associadas à satisfação têm sido publicados. Para Nyllema *et al.* (2005),²³ na Noruega, os médicos da atenção primária e os psiquiatras apresentaram os maiores índices de satisfação em contraste com internistas e anestesistas, os quais apresentaram piores escores. Por outro lado, Davidson *et al.* (2002),²⁶ na Inglaterra, verificaram que os médicos lotados em hospitais estavam mais satisfeitos com o trabalho do que os colegas generalistas. Keeton *et al.* (2007),²⁵ por sua vez, ao estudarem uma amostra de 935 médicos nos Estados Unidos, não encontraram influência significativa da especialidade no nível de satisfação com o trabalho. Nesse último estudo, entretanto, a taxa de resposta foi de apenas 48%.

Outro aspecto da formação acadêmica possivelmente associado à satisfação com o trabalho seria a progressão para o mestrado e doutorado. Estudo realizado com médicos na Croácia²⁰ evidenciou que os profissionais graduados com mestrado e doutorado estavam significativamente menos satisfeitos com seus locais de trabalho, jornada, salário e tempo disponível para férias do que outros colegas. Entretanto, esse estudo obteve uma taxa de resposta de apenas 41%.

Os baixos níveis de satisfação dos médicos com o trabalho têm sido associados à efeitos negativos sobre os indivíduos e sobre o sistema assistencial. Exaustão emocional, depressão, *burnout*, aumento da rotatividade no emprego e aposentadoria precoce são alguns dos fatores relacionados aos profissionais. A piora da qualidade do cuidado ao paciente (mudanças frequentes de profissional e baixa adesão ao tratamento) tem sido um efeito frequentemente descrito sobre o sistema de saúde.^{11,13,15,16,17,18,30,34,35}

Particularmente, quanto à saúde dos médicos, Tokuda *et al.* (2009)¹⁸ observaram que a insatisfação com o trabalho e poucas horas de sono correlacionavam-se diretamente à saúde mental precária e *burnout*. Resultados convergentes foram obtidos por Ramirez *et al.* (1996),³⁶ sugerindo que a saúde mental dos médicos poderia ser protegida dos efeitos adversos das elevadas demandas clínicas do cotidiano profissional mantendo-se ou aumentando-se a satisfação com o trabalho. Keeton *et al.* (2007)²⁵ concluíram que o *burnout* associava-se à satisfação com a carreira e que o controle da agenda e das horas de trabalho são os preditores mais importantes para equilíbrio na vida pessoal e prevenção da ocorrência de *burnout*.

Em contraste com a literatura internacional exposta, são raros no Brasil os estudos que avaliaram o trabalho médico. Nascimento-Sobrinho *et al.* (2006a; 2006b)^{37,38} examinaram as

³⁴ CHEW, M., WILLIAMS, A. Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction. *The Medical Journal of Australia*, v. 175, pp. 85-86, 2001.

³⁵ MAGEE, M., HOJAT, M. Impact of health care system in physicians' discontent. *Journal of Community Health*, v. 26, n. 5, pp. 357-365, 2001.

³⁶ RAMIREZ, A. J., GRAHAM J., RICHARDS M. A., GREGORY W. M., CULL A. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, v. 347, pp. 724-728, 1996.

³⁷ NASCIMENTO-SOBRINHO, C. L., CARVALHO, F. M., BONFIM, T. A. S., CIRINO, C. A. S. FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Revista da associação médica Brasileira*, v. 52, n. 2, pp. 97-102, 2006a.

condições de trabalho em Salvador, Bahia e observaram a ocorrência frequente do multi-emprego, de extensas jornadas e de adoecimento mental. Campos e Malik (2008)¹⁷ verificaram correlação entre fatores da satisfação (capacitação, distância das unidades de saúde, disponibilidade de equipamentos) e rotatividade de generalistas em São Paulo.

Desenvolvimento da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no bojo do projeto “Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde”,”. Um estudo transversal foi conduzido durante aproximadamente 6 meses em 2.009, no sistema público de saúde de Belo Horizonte (MG), Brasil. À época do estudo, esse setor totalizava aproximadamente 13.602 funcionários, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, funcionários administrativos e de gerência, dentre outros. Profissionais de todos os distritos sanitários e níveis de inserção no sistema de atenção a saúde (unidades básicas de saúde; ambulatórios de especialidades; serviços de atendimento às urgências e emergências; gerências), que estavam em efetivo exercício da sua função, foram considerados elegíveis para o estudo. Aqueles que não se encontravam no serviço por motivo de férias, transferência, aposentadoria ou morte foram substituídos por sujeito correspondentes em função ou cargo, segmento (nível de assistência) e região.

Para a seleção dos trabalhadores a serem entrevistados realizou-se uma amostragem estratificada por área geográfica e por nível de complexidade. O acesso à lista disponível no departamento de recursos humanos permitiu identificar a distribuição dos sujeitos. O procedimento de seleção dos profissionais compreendeu as seguintes etapas:

- ✓ Identificação da distribuição dos trabalhadores por regional;
- ✓ Definição das estimativas dos eventos de interesse para o estudo;
- ✓ Cálculo da amostra segundo os parâmetros estabelecidos (que serão detalhados a seguir);
- ✓ Composição percentual da amostra segundo o número de trabalhadores em cada regional;

³⁸ NASCIMENTO-SOBRINHO, C. L., CARVALHO, F. M., BONFIM, T. A. S., CIRINO, C. A. S. FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, pp. 131-140, 2006b.

- ✓ Composição percentual da amostra segundo os níveis de complexidade dos serviços considerados (unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, unidades de urgência/emergência e gerências);
- ✓ Composição percentual da amostra, em cada nível de complexidade, segundo o número de trabalhadores e segundo os grupos profissionais definidos no estudo (Anexo C). Foram constituídos 11 grupos ocupacionais segundo a equivalência entre os cargos da Prefeitura de Belo Horizonte e as ocupações em saúde sugeridas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009); e
- ✓ Sorteio, por procedimento aleatório, dos trabalhadores a serem entrevistados por nível de complexidade e grupo profissional em cada regional.

Para o cálculo amostral foram considerados o universo de 13.602 trabalhadores da saúde, um nível de 95% de confiança, uma precisão de 3% e proporção esperada de 34,2% para o evento de interesse³⁹ de maior prevalência na população estudada (no caso a exposição a riscos biológicos, cuja ocorrência varia, segundo literatura revisada à época, de 34,2% a 79%). Considerando-se o efeito de desenho de estudo de 1,5, estimou-se a amostra de 1.495 trabalhadores; acrescidos mais 20% para compensar possíveis perdas. Finalmente, o número amostral calculado foi 1.794 trabalhadores.

Um total de 1.981 profissionais compunha o universo dos médicos. Destes, uma amostra de 266 profissionais foi selecionada conforme os procedimentos descritos anteriormente.

Um questionário autoaplicável (Anexo B) foi formulado com base na revisão da literatura. Questões sobre a satisfação com o trabalho, características sociodemográficas e de estilo de vida, características do emprego, condições e aspectos psicossociais do trabalho, e aspectos da satisfação não associados ao trabalho foram incluídas.

³⁹ EVENTOS DE INTERESSE: Os eventos primários de interesse definidos para o inquérito “Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde” foram: vacinação, violência no trabalho, Exposição a riscos (biológicos, físicos, químicos, ergonômicos), acidentes de trabalho e saúde mental. A satisfação com o trabalho é um desfecho secundário nessa investigação. Dúvidas sobre a validade da amostra para discussão dos resultados obtidos para satisfação com o trabalho é pertinente, uma vez que o estudo foi projetado para um evento de interesse cuja frequência era menor do que prevista para satisfação. Entretanto, acreditamos que essa limitação pode ser relativizada tendo a vista a proximidade entre a frequência da exposição a riscos biológicos (34,2%) e a menor frequência de satisfação com o trabalho verificada na literatura (44,8%) (Kaur, 2009). Além disso, acreditamos que a alta taxa de resposta obtida para o “n” amostral (232) estudado, amenize tal limitação.

Com relação ao desfecho, por tratar-se de um evento de natureza multicausal, a satisfação com o trabalho traz dilemas quando o objetivo é definir como e qual o melhor método para realizar sua medida. Seguindo Ommen *et al.* (2009)¹⁹, consideramos adequado avaliar o nível de satisfação com o trabalho por meio de uma única pergunta. Embora haja discussão sobre a confiabilidade da medida de variáveis psicométricas por meio de um único item, para o caso da satisfação com o trabalho, uma metanálise realizada por Wanous *et al.* (1997)⁴⁰ trouxe as seguintes evidências: a) existe correlação entre medidas de satisfação por meio de questões simples e questionários multi-itens, no caso particular da satisfação com o trabalho; b) não foram observadas variações significativas nas estimativas de satisfação com o trabalho entre estudos que utilizaram apenas uma questão para avaliar o desfecho. Contudo, entre os estudos que utilizaram abordagens multidimensionais, as estimativas de satisfação variaram significativamente. Este achado sugere que medidas de satisfação com o trabalho tomadas a partir de um item sejam mais robustas do que aquelas aferidas por modelos multi-itens, sofrendo menos influência de fatores não controláveis. Adicionalmente, a mensuração por meio de um único item pode ser mais sensível a mudanças no nível de satisfação ao longo do tempo.

Alguns instrumentos padronizados foram utilizados nessa pesquisa. O *Job Content Questionnaire – JCQ*, traduzido como Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho, foi incorporado ao instrumento de pesquisa por permitir a mensuração de características psicossociais do trabalho⁴¹. Para estudar a condição de saúde mental dos profissionais utilizou-se o *Self Reporting Questionnaire - SRQ-20*, que foi validado para uso em unidades de atenção primária no Brasil em 1986, em estudo realizado na cidade São Paulo/SP por Mari (1986)⁴². Outros instrumentos de avaliação utilizados foram: o CAGE Questionnaire⁴³, o

⁴⁰ WANOUS, J. P., REICHERS, A. E., HUDY, M. J. Overall Job Satisfaction: How Good Are Single-Item Measures? *Journal of Applied Psychology*; v. 82, n. 2, pp. 247-252, 1997.

⁴¹ ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; 8(3): 285-97.

⁴² MARI, J.J. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *British Journal of Psychology*; v. 148, pp. 23-26, 1986.

⁴³ MASUR, J., MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 16, n. 3, pp. 215-218, 1983.

Effort-reward Imbalance Questionnaire (questões selecionadas) ⁴⁴, o WHOQOL-bref (questões selecionadas) ⁴⁵ e Índice de Sobrecarga Doméstica. ⁴⁶

Um estudo piloto foi realizado para avaliação e ajuste do questionário. Após a revisão da primeira versão do instrumento, testada principalmente quanto ao tempo de resposta, nível de dúvidas esboçadas pelos respondentes e questões elaboradas pela própria equipe de campo, ajustes foram introduzidos sem alterações daquelas questões pertinentes aos instrumentos já validados. Ao final, o questionário se constituiu de questões fechadas e semi-estruturadas auto-aplicáveis. As unidades de saúde participantes dessa etapa foram excluídas da etapa de amostragem do estudo.

Essa foi uma pesquisa de participação voluntária e sigilosa. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para inclusão no estudo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (542/07) e cumpriu os princípios éticos expressos na *Declaração de Helsinki*.

Os dados dessa pesquisa foram analisados por Regressão de Poisson. Uma discussão mais aprofundada sobre a opção pelo método será apresentada na seção “artigo”.

O estudo examinou fatores associados à satisfação com o trabalho do médico da rede de saúde de Belo Horizonte. Os resultados auxiliarão as discussões sobre as condições atuais de trabalho do médico, seus efeitos sobre os profissionais e sobre a prestação de serviços, tendo em vista os objetivos de universalidade e equidade de acesso aos serviços de saúde.

Sobre a estrutura do texto, optou-se por apresentar o trabalho final na forma do artigo intitulado “Fatores associados à satisfação dos médicos com o trabalho em Belo Horizonte, Brasil”, conforme prevê o regulamento do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG.

⁴⁴ CHOR, D., WERNECK, G.L., FAERSTEIN, E., ALVES, M.G.M, ROTENBERG, L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, pp. 219-224, 2008.

⁴⁵ FLECK, M.P.A, LOUZADA, S, XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, pp. 178-183, 2000.

⁴⁶ ARAÚJO, T.M, AQUINO, E., MENEZES, G., SANTOS, C.O., AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 4, pp. 424-33, 2003.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Avaliar se os fatores ocupacionais, do contexto social e de saúde associam-se à satisfação com o trabalho dos médicos da rede pública municipal de Belo Horizonte.

Objetivos específicos:

- Identificar a frequência de satisfação com o trabalho numa amostra de médicos da rede pública municipal de Belo Horizonte;
- Examinar as associações entre satisfação com o trabalho e as seguintes características: características sociodemográficas e estilo de vida, características do emprego, características e fatores psicossociais do trabalho, outras dimensões da satisfação, qualidade e estado de saúde.

ARTIGO:

**FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DOS MÉDICOS COM O TRABALHO
EM BELO HORIZONTE, BRASIL**

INTRODUÇÃO

A proporção de profissionais de saúde insatisfeitos, independentemente da situação socioeconômica do país onde trabalham foi evidenciada por estudos recentes. Há convergência entre os trabalhadores quando são indagados a propósito dos motivos que os levaram a abandonar os seus postos ou a continuar trabalhando apesar da insatisfação (Pillay 2009; Tokuda et al. 2008; Luzzi et al. 2005). Entre os médicos, citam-se diminuição da autonomia profissional, aumento da pressão tanto da hierarquia quanto dos pacientes, aumento do tempo despendido em tarefas burocráticas, enfraquecimento do reconhecimento da profissão, condições inadequadas de trabalho e baixos salários (Wallace et al. 2009). O estudo de tais fatores pode fornecer informações relevantes para o desenvolvimento de programas visando à melhoria da qualidade dos sistemas e também da promoção da saúde de um grupo ocupacional específico.

A satisfação é uma expressão do julgamento de um indivíduo sobre a discrepância entre suas condições reais e condições ideais que ele mesmo projetou. A satisfação com a vida implica um contentamento ou aceitação pelo indivíduo das condições de sua existência e associa-se à maneira como ele percebe a realização ou não realização daquilo que deseja ou necessita. Desse modo, a satisfação seria uma medida subjetiva da qualidade de vida de um indivíduo, avaliada pela diferença entre o “que se tem” e “o que se deseja” (Sousa e Lyumbomirsky 2001). A satisfação com o trabalho, portanto, representaria o julgamento que o indivíduo faz do seu trabalho real em relação a uma ocupação idealizada, ao considerar diversos fatores como duração da jornada, condições para sua realização e o relacionamento com os colegas (Ommen et al. 2009).

A maioria das pesquisas sobre a satisfação médica aborda, através de diferentes arcabouços conceituais, pelo menos umas das seguintes dimensões: a satisfação com a vida (Sternmarker et al. 2010; Lovell et al. 2009; Murfett e Charman 2006; Goitein et al. 2005; Cohen e Patten 2005), a satisfação com a carreira (também descrita como satisfação profissional) (Ahmadiyah et al. 2010; Vanasse et al. 2009; Lepnurm et al. 2007; Kalet et al. 2005; Harms et al. 2005) e a satisfação com o trabalho (Mrduljas-Dujic et al. 2010; Ommen et al. 2009; Campos e Malik, 2008; Tokuda et al. 2008; Ozyurt et al. 2006; Glymour et al. 2004; Grembowski et al. 2004; Appleton et al. 1998). O presente artigo avalia fatores que estariam implicados na satisfação com o trabalho.

Diferentes fatores ocupacionais e de emprego estão envolvidos na satisfação do médico com o trabalho: a) estrutura organizacional; b) número de horas extras semanais ou mensais; c) nível de controle sobre o trabalho; d) equilíbrio entre tarefas e recursos; e) características físicas do ambiente de trabalho; e f) relação interpessoal com os colegas. Fraquezas nos referidos âmbitos têm sido associadas a eventos mórbidos de saúde nesse grupo, tais como transtornos afetivos, *burnout* e depressão (Wallace et al. 2009; Tokuda et al. 2008; Ozyurt et al. 2006; Appleton et al. 1998;).

Recentemente, no bojo das reformas sanitárias, pesquisas sobre a satisfação dos médicos com o trabalho foram realizadas na Turquia (Ozyurt et al. 2006), Canadá (Lepnurm et al. 2007), Japão (Wada et al. 2009; Tokuda et al. 2008) e Índia (Kaur et al. 2009). No Brasil, são raros os estudos que avaliaram o trabalho médico. Nascimento-Sobrinho et al. (2006a; 2006b) examinaram as condições de trabalho em Salvador e observaram a ocorrência frequente do multi-emprego, de extensas jornadas e de adoecimento mental. Campos e Malik (2008) verificaram correlação entre fatores da satisfação (capacitação, distância das unidades de saúde, disponibilidade de equipamentos) e rotatividade de médicos generalistas em São Paulo.

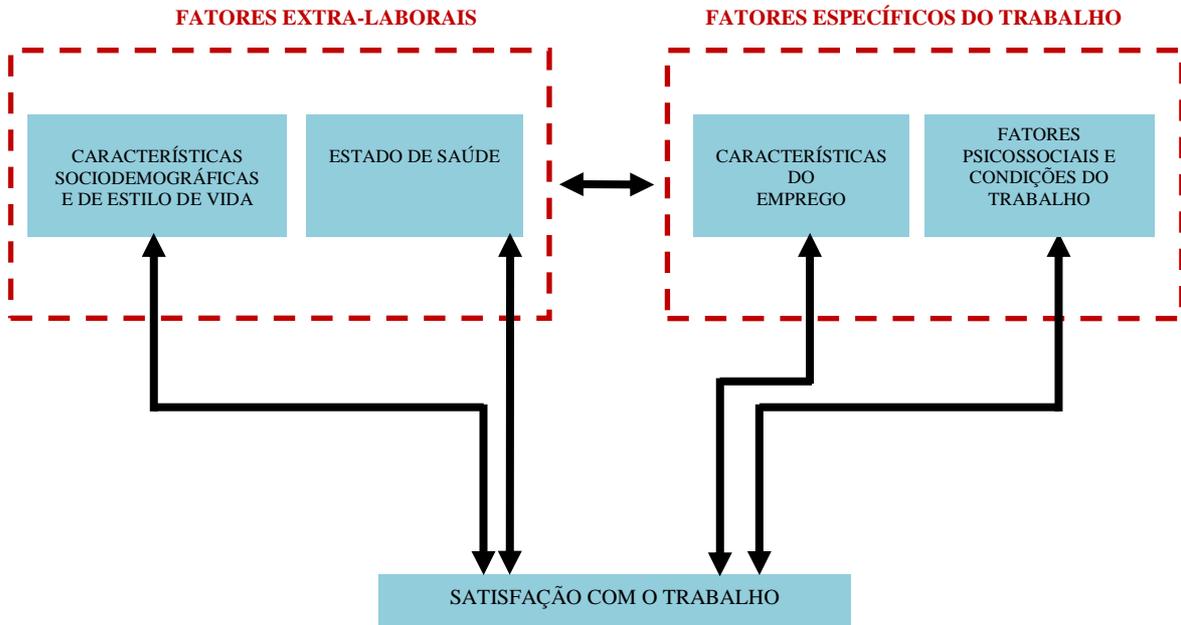
O presente estudo investiga os fatores associados à satisfação dos médicos com o trabalho. Adotando-se uma abordagem multi-dimensional para o construto satisfação, o objetivo foi identificar se as características sociodemográficas e do contexto ocupacional associam-se à satisfação dos médicos com o trabalho realizado no sistema público municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, em 2009.

METODOLOGIA

A satisfação é um construto subjetivo elaborado pelos indivíduos com base em diferentes dimensões e para a qual se supõe existir uma medida global (Rode 2004). Acatando tal hipótese, a estratégia metodológica que deu origem ao presente artigo busca traduzir as dimensões implicadas na satisfação com o trabalho em domínios específicos, a fim de obter respostas mensuráveis. Os seguintes domínios foram considerados: características sociodemográficas e de estilo de vida, características do emprego, condições de trabalho e fatores psicossociais, outros domínios da satisfação (satisfação consigo mesmo e com os relacionamentos), qualidade de vida e o estado de saúde. A revisão de literatura possibilitou a

construção do modelo teórico (Figura 1) que orientou a seleção das variáveis independentes, as quais foram classificadas em blocos para facilitar a análise.

Figura 1. Modelo hipotético da associação entre fatores extra-laborais, fatores do trabalho e a satisfação com o trabalho.



Os dados dessa pesquisa fazem parte do inquérito “Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde”, o qual procurou avaliar a situação dos profissionais da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Brasil, em 2009. À época do estudo, foram identificados 13.602 indivíduos formalmente vinculados ao setor. O acesso à lista disponível no departamento de recursos humanos permitiu identificar a distribuição dos sujeitos nos diferentes serviços e regiões da cidade. A composição da amostra foi realizada levando-se em conta o número e a proporção dos profissionais de acordo com a área geográfica (distritos) e o nível de inserção no sistema de atenção a saúde: a) unidades básicas de saúde, b) ambulatórios de especialidades, c) serviços de atendimento às urgências e emergências, d) gerências.

Com relação à subpopulação dos médicos, foram considerados elegíveis todos os profissionais envolvidos no sistema municipal de saúde, a despeito do vínculo empregatício (permanente ou temporário), que estavam em efetivo exercício da sua função. De um universo de 1.981 médicos, uma amostra de 266 profissionais foi selecionada aleatoriamente. Aqueles

que não estavam em exercício devido a férias, transferência, aposentadoria ou morte foram substituídos, respeitando-se a função, nível de complexidade do serviço prestado e área geográfica da unidade de saúde.

Os domínios da satisfação foram abordados através de um questionário autopreenchido. Dentre as características sociodemográficas foram avaliados: sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, número de filhos, grau de escolaridade, rendimento bruto mensal. Quanto às características do estilo de vida pesquisaram-se: prática de atividades de lazer, a frequência de atividades físicas e o tabagismo.

Foram analisados os seguintes fatores relacionados ao trabalho dos médicos: a) características do emprego: nível de complexidade (unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, serviços de atendimento às urgências e emergências, e gerências); tempo de trabalho no serviço público; tempo de trabalho na unidade a data da pesquisa; jornada de trabalho semanal total; jornada de trabalho no município; multi-emprego; vínculo empregatício; regime de trabalho (diurno/noturno) e frequência de trabalho noturno; b) condições do trabalho: disponibilidade de equipamentos de proteção individual, de recursos materiais e equipamentos para as tarefas; ameaça a segurança pessoal; ameaça à segurança de pertences pessoais; presença de agressão a colegas nos últimos 12 meses; presença de agressão a usuários nos últimos 12 meses; c) fatores psicossociais do trabalho: relação entre esforço e salário; recandidatura ao emprego; relação entre exigência das tarefas e recursos disponíveis; suporte social; contexto de exigência do trabalho (demandas e controle sobre o próprio trabalho); e comprometimento excessivo com o trabalho.

A satisfação com o trabalho foi mensurada por meio da questão “*você está satisfeito (a) com seu trabalho?*”, e medida através de uma escala tipo likert que variou de 1 a 4 pontos: a resposta “muito insatisfeito” foi pontuada como 1, 2: insatisfeito, 3: satisfeito e 4: “muito satisfeito”. Para fins de análise, os médicos que responderam “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” foram considerados como profissionais satisfeitos. Indivíduos que responderam “muito insatisfeitos” ou “insatisfeitos” foram classificados como insatisfeitos.

Outras dimensões da satisfação também foram detalhadas: satisfação com as relações interpessoais; satisfação consigo próprio; e satisfação com a capacidade de trabalho. A auto percepção da qualidade de vida foi avaliada por meio de uma única pergunta, com resposta

em escala tipo Likert, variando entre 1: muito ruim e 5: muito boa. Os quatro últimos fatores foram medidos através de questões selecionadas do WHOQOL-Bref (Fleck et al. 2000).

Para estudar os aspectos psicossociais do trabalho utilizou-se o JCQ (*Job Content Questionnaire*) em sua versão traduzida para o português, validada por Araújo e Karasek (2008). O JCQ identifica aspectos psicossociais do trabalho como controle sobre o próprio trabalho, demanda psicológica, demanda física e suporte social provenientes dos colegas e da chefia. Com base na combinação dos níveis de controle e de demanda psicológica envolvida no trabalho, são estabelecidas quatro situações de trabalho: baixa exigência (combinação de baixa demanda com alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle). Questões selecionadas do ERI (*Effort-reward Imbalance Questionnaire*), em sua versão traduzida para o português por Chor et al. (2008), foram adicionadas ao questionário para estudar o comportamento dos sujeitos diante do trabalho. O ERI avalia duas facetas da relação esforço-recompensa: uma extrínseca, relacionada às condições de trabalho indicativas de esforço (demandas) e às recompensas (salário, oportunidades); e uma intrínseca, que enfoca o estilo de ajustamento do indivíduo a essas condições. O componente intrínseco é chamado “comprometimento excessivo com o trabalho” e define um conjunto de emoções e comportamentos que expressam uma combinação de esforço excessivo e um forte desejo de aprovação (Silva e Barreto 2010).

No que tange ao estado de saúde, as seguintes características foram estudadas: consumo abusivo de álcool (avaliado pelo CAGE); presença de transtornos mentais comuns (TMC); absenteísmo por doença; o relato de licença médica; diagnóstico de doença do trabalho; diagnóstico de doença crônica (obesidade, hipertensão arterial, diabetes, câncer e depressão); queixa de sintomas inespecíficos (cansaço mental, nervosismo, esquecimento, sonolência, insônia, irritação).

O CAGE é um instrumento de triagem para detecção do uso problemático de álcool, validado no Brasil por Masur e Monteiro (1983). Suas quatro questões são identificadas pelas palavras-chave: *Cut down* (C); *Annoyed* (A); *Guilty* (G); e *Eye-opener* (E). Nessa investigação, a presença de duas ou mais respostas positivas foi adotada como ponto de corte para definição de caso suspeito.

O *Self-Reporting Questionnaire*, em sua versão de 20 questões, foi utilizado para triagem de morbidade psíquica neurótica (os transtornos mentais comuns). O SRQ-20 é um instrumento desenhado pela Organização Mundial de Saúde para uso em populações de países em desenvolvimento. Tem sido amplamente utilizado em estudos ocupacionais no Brasil (Nascimento-Sobrinho et al. 2006b; Delcor et al. 2005; Faria et al. 1999; Fernandes et al. 1998). No presente estudo, definiu-se o ponto de corte 7 (sete ou mais respostas positivas) para triagem de transtornos mentais comuns (TMC), procedimento adotado por outros autores (Nascimento-Sobrinho et al. 2006b; Delcor et al. 2005).

Foram incluídas no modelo multivariado todas as variáveis significativas na análise univariada ao nível de $p \leq 0,20$. Para a análise multivariada adotou-se uma precisão de 5% ($p \leq 0,05$) e um intervalo de 95% de confiança (IC95%). O software STATA 10.0 (STATA Corp., College Station, Estados Unidos) foi utilizado para os cálculos.

Optou-se pelo uso da razão de prevalência para medida da força de associação entre os fatores. O *odds ratio*, frequentemente utilizado em estudos transversais, poderia superestimar as forças de associação devido à elevada frequência do evento satisfação (Barros e Hirakata 2003) e foi considerado inapropriado para esse estudo.

Como a razão de prevalência não pode ser diretamente derivada das equações de Regressão Logística optou-se por estimá-la através da Regressão de Poisson. Usualmente, o método é utilizado para análise de coortes longitudinais em que a variável dependente é uma contagem do número de ocorrências de um evento ao longo do tempo. No caso de estudos transversais, em que não há seguimento da amostra, o tempo pode ser ajustado considerando-se o tempo sob risco para cada indivíduo igual a um. Essa medida permitirá uma estimativa da prevalência de ponto. Uma vez que a Regressão de Poisson aplicada a estudos transversais pode gerar uma superestimativa das medidas de associação, utilizou-se o método de variância robusta, que permite convergir os resultados a achados similares aos obtidos pelo método de Mantel-Haenszel (Barros e Hirakata 2003; Coutinho et al. 2008).

Os médicos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a instituição responsável e o caráter voluntário e sigiloso da participação de cada um. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para inclusão no estudo. Esta pesquisa foi

aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (542/07) e cumpriu os princípios éticos expressos na *Declaração de Helsinki*.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Do total de 266 médicos sorteados, três recusaram-se a participar do estudo e 31 não foram localizados nas três tentativas de entrevista; assim, 232 profissionais preencheram adequadamente o questionário (taxa de resposta de 87,2%).

A tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas da amostra. Verificou-se uma discreta predominância do sexo feminino (53,0%). A média de idade foi $41,4 \pm 9,9$ anos, com cerca 33% dos profissionais na faixa etária de 30 a 39 anos. A frequência de profissionais satisfeitos aumentou com o avançar da idade, sendo quase duas vezes maior entre aqueles com mais de 50 anos. Entretanto, não se verificou significância estatística para a relação. A maioria dos entrevistados declarou cor branca (79,1%), viver com um companheiro (62,0%) e ter pelo menos um filho (57,1%). As práticas de atividades de lazer e de atividades físicas foram comumente relatadas (86,5% e 83,0%, respectivamente) e mais frequentes entre os profissionais satisfeitos. O hábito de fumar foi declarado em 7,9% das entrevistas.

Os médicos estudados eram predominantemente servidores públicos efetivos (83,3%). O multi-emprego foi frequente: 80,1% dos profissionais relataram outras atividades. A jornada semanal média foi de $53,9 \pm 15,1$ horas.

Em relação às condições de trabalho estudadas, 53,0% dos médicos relataram carência de recursos materiais para cumprir suas tarefas. Quanto às condições dos recursos e equipamentos disponíveis, somente 14,2% as consideraram satisfatórias. Problemas quanto ao ritmo de trabalho e à violência foram frequentemente citados: 25% dos profissionais declararam não desfrutar pausas para descanso e 64,5% não ter tempo para alimentação; 41,8% dos médicos sentiam sua segurança ameaçada no trabalho e 26,8% dos profissionais relataram a ocorrência de pelo menos um episódio de agressão a colegas durante o expediente no ano anterior ao estudo.

Um grupo de 150 médicos (64,9%) declarou-se satisfeito com o trabalho, não havendo diferença significativa entre médicos e médicas (66,4% vs 64,2%; $p = 0,74$). A maioria dos profissionais relatou estar satisfeita consigo mesma (74,6%), com as suas relações pessoais (76,32%) e com sua capacidade para o trabalho (66,9%). Entretanto, os profissionais insatisfeitos foram a maioria nas unidades de atendimento às urgências e emergências (54,5% vs 45,5%). Cerca de um em cada quatro (23,3%) profissionais declarou que seu trabalho diário lhe causava sofrimento. Dezoito profissionais (7,7%) não se recandidatariam ao atual emprego.

Com respeito ao estado de saúde, as condições mórbidas mais prevalentes foram: rinite/sinusite (35,6%), lombalgia (25,9%), gastrite (17,4%), obesidade (15,9%) e distúrbios do sono (15%). As taxas de TMC e do diagnóstico de depressão foram 23,8% e 12,0%, respectivamente. Três médicos (1,3%) declararam ter a ideia de acabar com a própria vida à época do inquérito. A triagem para consumo inapropriado de álcool (CAGE) foi positiva para 4,7% dos profissionais. Quanto ao absenteísmo, mais da metade dos médicos (53,9%) relatou ter faltado pelo menos uma vez ao trabalho no ano anterior por motivo de saúde, enquanto 6,9% declararam serem portadores de doença ocupacional.

A tabela 2 apresenta os resultados da análise univariada das características sociodemográficas e de estilo de vida. Nota-se que nem o gênero, nem a renda, nem a cor de pele declarada, nem o hábito de fumar associaram-se significativamente à satisfação dos médicos com o trabalho.

Com relação às características de emprego, a tabela 3 evidencia que nem a jornada total de trabalho semanal dos profissionais, nem o trabalho em mais de um emprego, associaram-se à satisfação com o trabalho. Quando considerados os aspectos psicossociais e as condições de trabalho (tabela 4), a análise univariada não evidenciou relação entre a disponibilidade de equipamentos de proteção individual e satisfação.

No que tange à associação entre o estado de saúde e a satisfação dos médicos com o trabalho, observa-se pela tabela 5 que dois dos fatores avaliados não apresentaram relação significativa com o variável desfecho: a probabilidade de uso abusivo de álcool e o diagnóstico de uma doença ocupacional.

Os resultados das três etapas da análise multivariada são apresentados a seguir.

Análise multivariada – Primeira etapa

A primeira etapa da análise está apresentada nas tabelas de números seis a nove. Com relação às características sociodemográficas e de estilo de vida, verificou-se que nenhum dos fatores estudados manteve significância no modelo multivariado, sendo excluídos das etapas subsequentes (tabela 6).

Quanto às características do emprego, somente a duração da jornada no município foi significativamente associada ao desfecho ($p = 0,04$) (tabela 7). Dentre as condições de trabalho e os fatores psicossociais, apenas o nível de suporte social ($p = 0,01$) e a situação de demanda-controle ($p = 0,01$) mostraram significância nessa etapa (tabela 8).

Quanto à análise da associação entre a satisfação com o trabalho e o estado de saúde, verificou-se uma relação significativa entre a variável desfecho e a presença de TMC ($p = 0,04$) (tabela 9).

Análise multivariada – Segunda etapa

O reteste dos fatores relevantes na primeira etapa de análise evidenciou significância estatística para os seguintes aspectos: nível de suporte social ($p < 0,01$), situação de demanda-controle ($p = 0,02$) e presença de TMC ($p < 0,01$). (tabela 10).

Análise multivariada – Terceira etapa

A terceira etapa da análise multivariada consistiu-se da montagem e teste do modelo final, o qual reuniu apenas os três fatores significativos evidenciados na segunda etapa. Pela tabela 11 observa-se que a frequência de médicos satisfeitos com o trabalho foi significativamente maior entre aqueles que relataram elevado nível de suporte social no trabalho ($p < 0,01$) e significativamente menor no grupo dos profissionais trabalhando sob alta exigência ($p = 0,01$) ou que apresentaram triagem positiva para TMC ($p < 0,01$).

DISCUSSÃO

Seis em cada 10 médicos (64,9%) estavam satisfeitos com seu trabalho. Essa proporção é maior do que aquelas encontradas na Índia (44,8%) (Kaur et al. 2009) e no Japão (55,0%) (Wada et al. 2009), mas é inferior àquela verificada em uma amostra de cirurgiões norte-

americanos (75%) (Harms et al. 2005) e entre médicos australianos (85,7%) (Joyce et al. 2011).

Neste estudo, em concordância com pesquisas anteriores (Wada et al. 2009, Ge et al. 2011, Tokuda et al. 2008), a análise por regressão multivariada evidenciou que a proporção de médicos satisfeitos foi significativamente maior entre aqueles que contavam com forte suporte social no trabalho e significativamente menor entre aqueles encontrados sob uma condição de trabalho de alta exigência ou com triagem positiva para a presença de transtornos mentais comuns.

O suporte social – ou apoio social – diz respeito à disponibilidade de relações interpessoais baseadas na confiança mútua dos sujeitos, as quais ofereçam oportunidades para a valorização dos indivíduos e a provisão de ajuda quando necessária. No contexto do trabalho, o suporte social é derivado tanto das relações do sujeito com os colegas, quanto das relações do sujeito com os supervisores e com a organização (Fonseca e Moura, 2012).

Acredita-se atualmente que o suporte social seja um dos principais moderadores do estresse ocupacional por que modula os seus efeitos sobre a saúde do sujeito e a satisfação com o trabalho (Collins, 2008). No presente estudo, a frequência de profissionais satisfeitos foi significativamente maior entre os que relataram um nível elevado de apoio dos colegas e da supervisão. À semelhança dos nossos resultados, Wada et al. (2009) evidenciaram associação significativa entre satisfação dos médicos japoneses com trabalho e uma boa relação com outros colegas médicos e com a equipe técnica,

A associação entre demanda psicológica e controle sobre o próprio trabalho e satisfação foi relatada por De Jonge et al. (2000) em estudo que investigou profissionais holandeses de vários segmentos produtivos. Observou-se que os indivíduos submetidos a altas demandas do trabalho e a baixo controle das tarefas estavam sob maior risco de exaustão emocional, queixas de saúde e insatisfação com o trabalho. Na amostra do presente estudo, em concordância com os resultados citados, foram evidenciadas menores proporções de satisfação entre os médicos submetidos às situações de alta exigência, trabalho passivo e trabalho ativo, quando comparados aqueles sob uma condição de trabalho de baixa exigência. Notavelmente, essa relação foi estatisticamente significativa para os profissionais sob regime de alta exigência (elevada demanda/baixo controle).

Melo et al. (2007), em estudo realizado num serviço de atendimento pediátrico de urgência do mesmo município da presente pesquisa, sugerem que o excesso de demanda por atendimentos em relação ao efetivo disponível e a carga emocional vivenciada diante de crianças em estado grave são alguns dos fatores associados ao cansaço e frustração dos médicos estudados com o trabalho no serviço de emergência. Em suma, profissionais submetidos a ambientes e situações estressantes experimentam menores níveis de satisfação (Tokuda et al. 2008; Ofili et al. 2004; Appleton et al. 1998; Ramirez et al. 1996).

A triagem dos profissionais para a presença de sofrimento psíquico evidenciou que uma parcela de 23,8% dos médicos investigados estaria vivenciando algum transtorno mental comum (TMC) à época do estudo. Esta taxa é mais elevada do que aquela encontrada (14%) numa amostra de médicos nigerianos (Ofili et al. 2004). A associação entre satisfação com o trabalho e TMC seria esperada, (Tokuda et al. 2008; Ozyurt et al. 2006; Ofili et al. 2004; Appleton et al. 1998). Tem-se demonstrado que longos períodos de exposição à sobrecarga ocupacional podem afetar negativamente o bem-estar do médico e levar à manifestação de morbidades psíquicas neuróticas, abuso de substâncias, problemas nos relacionamentos pessoais e depressão (Wallace et al. 2009). Paralelamente ao presente estudo, Prais et al. (2011) encontraram uma prevalência de 16,8% de relato de diagnóstico de depressão entre os médicos da amostra.

Os TMC, embora frequentes, abrangem os quadros menos graves de adoecimento psíquico. Os sintomas incluem esquecimento, dificuldade na concentração e tomada de decisões, irritabilidade, fadiga, bem como queixas somáticas (cefaleia, falta de apetite, tremores). Excluem-se os transtornos de personalidade, a dependência química e os transtornos psicóticos. A principal preocupação relacionada aos TMC diz respeito aos custos sociais em termos de sofrimento psíquico e o conseqüente comprometimento do desempenho nas atividades diárias (Fiorotti et al., 2010). O absenteísmo no trabalho é uma das conseqüências dos TMC e traz prejuízos tanto para o sujeito como para os sistemas de saúde (Wallace et al. 2009).

Surpreendentemente, os resultados da análise multivariada não indicaram associação significativa entre satisfação com o trabalho e características sociodemográficas e de estilo de vida (situação conjugal, idade, sobrecarga doméstica, práticas de atividade física e de lazer),

apesar das evidências na literatura (Clark 2009; Rode 2004; Helliwell e Putnam 2004; Sousa e Lyubomirsky 2001; Myers 2000). Destarte, sobressai o peso das condições de trabalho sobre a satisfação dos médicos.

Algumas limitações do presente estudo devem ser observadas. O desenho transversal utilizado impede o estabelecimento de relações causais entre as condições ocupacionais, o estado de saúde e a satisfação com o trabalho. Futuros estudos de caráter prospectivo são necessários para elucidar a direção das associações encontradas. O presente estudo analisou as condições autorrelatadas de satisfação, trabalho e saúde de uma amostra ponderada de médicos do serviço público de Belo Horizonte sendo necessária cautela para extrapolação dos resultados. Contudo, a elevada taxa de resposta (87,2%) encoraja as afirmações quanto à relevância dos fatores ocupacionais para os níveis de satisfação com o trabalho. Finalmente, apesar da extensão do questionário, que buscou abordar os múltiplos fatores implicados no construto satisfação, fatores referentes à afetividade e à personalidade dos sujeitos não foram incluídos, dificultando as análises mais específicas com relação aos fatores individuais e mostrando restrição na abordagem das múltiplas dimensões que dizem respeito à satisfação.

CONCLUSÃO

A despeito da literatura, que sugere a influência de características sociodemográficas e de estilo de vida, no presente estudo a satisfação com o trabalho associou-se apenas às características ocupacionais e ao estado de saúde mental dos médicos. Viu-se que a frequência de profissionais satisfeitos aumenta significativamente em situações nas quais o médico conta com o suporte social. Por outro lado, o trabalho sob condições de alta demanda psicológica e baixo controle das atividades (alta exigência), bem como apresentar um risco aumentado para TMC, estão associados a uma frequência significativamente menor de indivíduos satisfeitos com o trabalho. Tais achados sugerem que políticas destinadas a promover o apoio social e a saúde mental no ambiente ocupacional, bem como o desenvolvimento de estratégias visando ampliar as margens de controle dos médicos sobre as suas atividades, podem ter efeito positivo sobre os níveis de satisfação desses profissionais com o trabalho.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de estilo de vida dos médicos do serviço público municipal de Saúde de Belo Horizonte, Brasil, 2009.

Características sociodemográficas e de estilo de vida (n)	n	%
Sexo (n = 232)		
Masculino	109	46,98
Feminino	123	53,02
Idade (n = 230)		
20-29 anos	29	12,61
30-39 anos	76	33,04
40-49 anos	63	27,39
50 anos ou mais	62	26,95
Cor da pele (n = 230)		
Branca	182	79,13
Parda	43	18,70
Outras	5	2,17
Número de filhos (n = 229)		
Não	98	42,79
1 ou 2	103	44,98
3 ou mais	28	12,23
Situação conjugal (n = 232)		
Com Companheiro	144	62,07
Sem Companheiro	88	37,93
Grau escolaridade (n = 232)		
Graduação	47	20,26
Especialização	167	71,98
Mestrado/Doutorado	18	7,76
Rendimento bruto mensal (n = 216)		
Menor que R\$ 2.500,00	8	3,70
R\$ 2.500,00 a R\$ 4.999,00	105	48,61
R\$ 5.000,00 a R\$ 7.499,00	69	31,94
R\$ 7500,00 ou mais	34	15,74
Você participa de atividades regulares de lazer ? (n = 229)		
Sim	198	86,46
Não	31	13,54
Com que frequência você realiza atividades físicas? (n = 212)		
Nunca	36	16,98
1 ou 2 vezes por semana	90	42,45
3 ou mais vezes por semana	86	40,57
Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como: (n = 227)		
Não fumante	168	74,01
Ex-fumante	41	18,06
Fumante atual	18	7,93

Tabela 2: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre as características sociodemográficas e de estilo de vida, e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte com o trabalho, Brasil, 2009 (Análise univariada).

Características Sociodemográficas e de Estilo de Vida	RP	Desvio padrão	Valor de P	IC	
Sexo					
Masculino	1,00	-	-	-	-
Feminino	0,98	0,037	0,73	0,91	- 1,06
Idade					
20-29 anos	1,00	-	-	-	-
30-39 anos	0,11	0,08	0,04	1,00	- 1,34
40-49 anos	1,15	0,08	0,05	0,99	- 1,33
50 anos ou mais	1,25	0,08	0,00	1,08	- 1,44
Cor da pele					
Branca	1,00	-	-	-	-
Pardos e outras etnias	0,93	0,04	0,22	0,84	- 1,03
Situação conjugal					
Com companheiro	1,00	-	-	-	-
Sem companheiro	0,93	0,03	0,09	0,86	- 1,01
Número de filhos					
Não	1,00	-	-	-	-
1 ou 2	1,09	0,04	0,02	1,01	- 1,19
3 ou mais	1,07	0,06	0,24	0,95	- 1,21
Grau de escolaridade					
Ensino superior completo	1,00	-	-	-	-
Especialização	1,03	0,05	0,55	0,93	- 1,13
Mestrado/Doutorado	1,14	0,07	0,03	1,00	- 1,30
Rendimento bruto mensal					
Menor que R\$ 2.500,00	1,00	-	-	-	-
R\$ 2.500,00 a R\$ 4.999,00	1,01	0,11	0,90	0,81	- 1,25
R\$ 5.000,00 a R\$ 7.499,00	1,02	0,11	0,84	0,82	- 1,27
R\$ 7500,00 ou mais	1,01	0,11	0,91	0,80	- 1,27
Você participa de atividades regulares de lazer?					
Sim	1,00	-	-	-	-
Não	0,86	0,05	0,03	0,76	- 0,98
Com que frequência você realiza atividades físicas?					
Nunca	1,00	-	-	-	-
1 ou vezes por semana	0,92	0,03	0,09	0,85	- 1,01
3 ou mais vezes por semana	0,88	0,05	0,04	0,78	- 0,99

Tabela 3: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre as características do emprego, e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte com o trabalho, Brasil, 2009 (Análise univariada).

Características do Emprego	RP	Desvio padrão	Valor de P	IC	
Nível de complexidade em que atua no sistema de saúde.					
Primário	1,00	-	-	-	-
Secundário	1.09	0.04	0.03	1.00	- 1.19
Urgência e Emergência	0.87	0.05	0.02	0.78	- 0.98
Gerências distritais	1.04	0.08	0.61	0.88	- 1.22
Tempo de trabalho no serviço público.					
Menos de 2 anos	1,00	-	-	-	-
Dois a menos de 5 anos	1.06	0.09	0.43	0.90	- 1.26
Cinco a menos de 10 anos	1.10	0.08	0.19	0.95	- 1.28
Dez a menos de 20 anos	1.15	0.08	0.04	1.00	- 1.32
Vinte anos ou mais	1.14	0.08	0.06	0.99	- 0.13
Tempo de trabalho na unidade atual.					
Menos de 2 anos	1,00	-	-	-	-
Dois a menos 5 anos	1.15	0.06	0.00	1.04	- 1.28
Cinco a menos de 10 anos	0.10	0.06	0.13	0.97	- 1.22
Dez a menos de 20 anos	1.12	0.05	0.03	1.01	- 1.24
Vinte anos ou mais	0.11	0.08	0.01	1.03	- 1.38
Jornada de trabalho no município.					
Menor ou igual à 20 horas	1,00	-	-	-	-
Maior que 20 e menor ou igual a 40	0.87	0.05	0.02	0.77	- 0.98
Maior que 40 horas	0.95	0.03	0.24	0.88	- 1.03
Qual sua Jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas suas atividades que geram renda?					
Menor ou igual a 50 horas	1,00	-	-	-	-
Maior que 50 horas	0.10	0.04	0.27	0.96	- 1.13
Vínculo empregatício.					
Municipal com concurso	1,00	-	-	-	-
Municipalizado	0.11	0.07	0.11	0.97	- 1.27
Contratado sem concurso	1.01	0.06	0.82	0.90	- 1.14
Você possui outro trabalho?					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim (público, privado ou por conta própria)	1.02	0.05	0.63	0.92	- 1.13
Regime de trabalho.					
Diurno	1,00	-	-	-	-
Diurno em regime de plantão	0.81	0.06	0.02	0.68	- 0.96
Noturno em regime de plantão	0.87	0.10	0.28	0.69	- 1.11

Tabela 4: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre os fatores psicossociais e as condições do trabalho e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte com o trabalho, Brasil, 2009 (Análise univariada).

Fatores psicossociais	RP	Desvio padrão	Valor de P	IC	
Levando em conta todo meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.					
Concordo	1,00	-	-	-	-
Discordo	0.80	0.02	0.00	0.76	- 0.85
Você se candidataria ao seu emprego novamente?					
Sim	1,00	-	-	-	-
Não	0.65	0.04	0.00	0.57	- 0.75
Suporte social (JCQ).					
Baixo	1,00	-	-	-	-
Alto	1.23	0.04	0.00	0.11	- 1.33
Demanda/controlado do trabalho (JCQ).					
Baixa exigência	1,00	-	-	-	-
Trabalho passivo	0.86	0.07	0.07	0.73	- 1.01
Trabalho ativo	0.87	0.03	0.00	0.81	- 0.94
Alta exigência	0.72	0.03	0.00	0.64	- 0.80
Comprometimento excessivo com o trabalho (ERI).					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim	0.85	0.03	0.00	0.79	- 0.92
Condições de trabalho					
No setor onde você trabalha existem recursos materiais suficientes para realizar as tarefas?					
Sim	1,00	-	-	-	-
Não	0.93	0.04	0.15	0.84	- 1.02
No seu setor existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?					
Sim	1,00	-	-	-	-
Não/Não sei o que é	0.95	0.03	0.31	0.88	- 1.04
Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim	0.88	0.03	0.00	0.82	- 0.95
Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho (durante seu trabalho)?					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim	0.93	0.04	0.12	0.85	- 1.01
Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços (durante seu trabalho)?					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim	0.91	0.04	0.07	0.83	- 1.00

Tabela 5: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação o estado de saúde e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte com o trabalho, Brasil, 2009 (Análise univariada).

Estado de Saúde	RP	Desvio padrão	Valor de P	IC	
Probabilidade de abuso de álcool (CAGE)					
Baixa	1,00	-	-	-	-
Alta	0.91	0.09	0.396	0.73	- 1.12
Presença de transtornos mentais comuns.					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim	0.72	0.03	0.000	0.65	- 0.79
Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim	0.98	0.07	0.856	0.84	- 1.14
Nos últimos 12 meses você teve licença médica ou foi afastado trabalho?					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim	0.90	0.03	0.018	0.83	- 0.98

Tabela 6: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre as características sociodemográficas e de estilo de vida, e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte, Brasil, 2009 (Análise multivariada – Primeira etapa).

	RP	DP	IC 95%	z	Valor de p
Características Sociodemográficas e de Estilo de Vida					
Situação conjugal					
Com companheiro	1,00	-	-	-	-
Sem companheiro	1,06	0,05	0,96 - 1,16	1,10	0,27
Número de filhos					
Não	1,00	-	-	-	-
1 ou 2	1,06	0,06	0,95 - 1,18	1,08	0,28
3 ou mais	1,10	0,08	0,95 - 1,27	1,31	0,19
Você participa de atividades regulares de lazer?					
Sim	1,00	-	-	-	-
Não	0,90	0,07	0,76 - 1,06	-1,29	0,20
Com que frequência você realiza atividades físicas?					
Nunca	1,00	-	-	-	-
1 ou vezes por semana	0,99	0,05	0,90 - 1,08	-0,31	0,76
3 ou mais vezes por semana	0,99	0,06	0,88 - 1,12	-0,14	0,89

Tabela 7: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre as características do emprego e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte, Brasil, 2009 (Análise multivariada – Primeira etapa).

	RP	DP	IC 95%	z	Valor de p
Características do Emprego					
Nível de complexidade em que atua no sistema de saúde					
Primário	1,00	-	-	-	-
Secundário	1,05	0,05	0,95 - 1,15	0,95	0,34
Urgência e Emergência	0,88	0,08	0,74 - 1,04	-1,50	0,13
Gerências distritais	0,82	0,10	0,65 - 1,03	-1,69	0,09
Tempo de trabalho no serviço público					
Menos de 2 anos	1,00	-	-	-	-
Dois a menos de 5 anos	1,06	0,10	0,89 - 1,28	0,67	0,50
Cinco a menos de 10 anos	1,02	0,08	0,88 - 1,18	0,27	0,79
Dez a menos de 20 anos	0,99	0,08	0,84 - 1,17	-0,09	0,93
Vinte anos ou mais	1,00	0,09	0,84 - 1,19	-0,02	0,98
Tempo de trabalho na unidade atual					
Menos de 2 anos	1,00	-	-	-	-
Dois a menos 5 anos	1,00	0,07	0,87 - 1,15	-0,03	0,98
Cinco a menos de 10 anos	1,06	0,07	0,92 - 1,21	0,79	0,43
Dez anos ou mais	1,08	0,08	0,94 - 1,25	1,11	0,27
Jornada de trabalho no município					
Menor ou igual à 20 horas	1,00	-	-	-	-
Maior que 20 e menor ou igual a 40	1,18	0,09	1,01 - 1,38	2,09	0,04
Maior que 40 horas	1,02	0,05	0,93 - 1,12	0,43	0,67
Vínculo empregatício					
Municipal com concurso	1,00	-	-	-	-
Municipalizado	0,90	0,08	0,76 - 1,06	-1,24	0,21
Contratado sem concurso	1,14	0,09	0,99 - 1,33	1,77	0,08
Regime de trabalho					
Diurno	1,00	-	-	-	-
Diurno em regime de plantão	0,87	0,07	0,74 - 1,02	-1,76	0,08
Noturno em regime de plantão	0,99	0,07	0,86 - 1,15	-0,07	0,95

Tabela 8: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre fatores psicossociais e condições de trabalho, e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte, Brasil, 2009 (Análise multivariada – Primeira etapa).

	RP	DP	IC 95%		z	Valor de p
Fatores psicossociais						
Suporte social (JCQ)						
Baixo	1,00	-	-	-	-	-
Alto	1,13	0,05	1,03	- 1,23	2,73	0,01
Demanda/controle do trabalho (JCQ)						
Baixa exigência	1,00	-	-	-	-	-
Trabalho passivo	0,91	0,07	0,77	- 1,07	-1,20	0,23
Trabalho ativo	0,92	0,04	0,85	- 1,00	-1,88	0,06
Alta exigência	0,84	0,06	0,73	- 0,96	-2,51	0,01
Comprometimento excessivo com o trabalho (ERI)						
Não	1,00	-	-	-	-	-
Sim	1,05	0,05	0,96	- 1,16	1,04	0,30
Condições de trabalho						
No setor onde você trabalha existem recursos materiais suficientes para realizar as tarefas?						
Sim	1,00	-	-	-	-	-
Não	1,07	0,05	0,98	- 1,18	1,49	0,14
Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?						
Não	1,00	-	-	-	-	-
Sim	0,91	0,05	0,83	- 1,01	-1,83	0,07
Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho (durante seu trabalho)?						
Não	1,00	-	-	-	-	-
Sim	0,98	0,05	0,89	- 1,08	-0,36	0,72
Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços (durante seu trabalho)?						
Não	1,00	-	-	-	-	-
Sim	1,01	0,05	0,91	- 1,12	0,15	0,88

Tabela 9: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre o estado de saúde e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte, Brasil, 2009 (Análise multivariada – Primeira etapa).

	RP	DP	IC 95%		z	Valor de p
Estado de Saúde						
Presença de transtornos mentais comuns						
Não	1,00	-	-	-	-	-
Sim	0,76	0,05	0,67	- 0,87	-4,19	0,00
Nos últimos 12 meses você teve licença médica ou foi afastado trabalho?						
Não	1,00	-	-	-	-	-
Sim	0,97	0,04	0,89	- 1,06	-0,59	0,55

Tabela 10: Razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) para a associação entre as características do emprego, os fatores psicossociais e o estado de saúde, e a satisfação dos médicos de Belo Horizonte, Brasil, 2009 (Análise multivariada – Segunda etapa).

	RP	DP	IC 95%	z	Valor de p
Características do Emprego					
Jornada de trabalho no município					
Menor ou igual à 20 horas	1,00	-	-	-	-
Maior que 20 e menor ou igual a 40	0,98	0,06	0,88 - 1,10	-0,29	0,78
Maior que 40 horas	1,00	0,04	0,93 - 1,08	0,05	0,96
Fatores psicossociais					
Suporte social (JCQ)					
Baixo	1,00	-	-	-	-
Alto	1,14	0,05	1,05 - 1,23	3,12	0,00
Demanda/controlado do trabalho (JCQ)					
Baixa exigência	1,00	-	-	-	-
Trabalho passivo	0,91	0,07	0,79 - 1,05	-1,28	0,20
Trabalho ativo	0,94	0,03	0,87 - 1,01	-1,79	0,07
Alta exigência	0,86	0,05	0,76 - 0,97	-2,38	0,02
Estado de Saúde					
Presença de transtornos mentais comuns					
Não	1,00	-	-	-	-
Sim	0,78	0,05	0,70 - 0,88	-4,26	0,00

Tabela 11: Modelo final dos fatores associados à satisfação dos médicos com o trabalho em Belo Horizonte, Brasil, 2009.

	RP	DP	IC 95%		z	Valor de p
Fatores psicossociais						
Suporte social (JCQ)						
Baixo	1,00	-	-	-	-	-
Alto	1,13	0,05	1,05	- 1,23	3,15	0,00
Demanda/controlado do trabalho (JCQ)						
Baixa exigência	1,00	-	-	-	-	-
Trabalho passivo	0,91	0,07	0,79	- 1,05	-1,27	0,20
Trabalho ativo	0,94	0,03	0,87	- 1,00	-1,83	0,07
Alta exigência	0,85	0,05	0,76	- 0,96	-2,56	0,01
Estado de Saúde						
Presença de transtornos mentais comuns						
Não	1,00	-	-	-	-	-
Sim	0,78	0,04	0,70	- 0,87	-4,40	0,00

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmadiyeh, N. et al. Career satisfaction of women in surgery: perceptions, factors, and strategies. *Journal of the American College of Surgeons*. 2010;210(1):23-28. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.08.011

Appleton K, House A, Dowell, A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *The British Journal of General Practice*. 1998;48(428):1059-63.

Araújo TM, Karasek R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2008; 6(Sup.): 52–59.

Bakker AB, Demerouti E. The job demand-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007; 3(22):309-328.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003; 3:21. doi:10.1186/1471-2288-3-21.

Burbeck R, Coomber S, Robinson SM, Todd C. Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: a national survey of levels of stress at work. *Emergency Medicine Journal*. 2002;19:234-238.

Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. *Revista de Administração Pública*. 2008;42(2):347-68.

Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Alves MGM, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008. 24(1):219-224.

Clark AE. Work, Jobs And Well-Being Across the Millennium. CEPREMAP, Janeiro 2009. - Docweb n° 0901. Acessado em 15.09.10. Disponível em: <http://www.cepremap.ens.fr/depot/docweb/docweb0901.pdf>

Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*. 2005, 5:21. doi:10.1186/1472-6920-5-21.

Collins S. Statutory Social Workers: Stress, Job Satisfaction, Coping, Social Support and Individual Differences. *British Journal of Social Work*. 2008;38:1173–1193. doi:10.1093/bjsw/bcm047

Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care doctors. *British Journal of Anaesthesia*. 2002;89(6):873-881.

Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(6):992-8

Davidson JM, Lambert TW, Goldacre MJ, Parkhouse J. UK senior doctors' career destinations, job satisfaction and future intentions: questionnaire survey. *British Medical Journal*. 2002;325:685-6.

De Jonge J, Dollard MF, Dormann C, Le Blanc PM, Houtman ILD. The Demand-Control Model: specific demands, specific control and well-defined groups. *International Journal of Stress Management*. 2000;7(4):269-287.

Delcor NS, Araújo TM, Reis EJFB, Porto LA, Carvalho FM, Silva MO, et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:187-96.

Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *British Medical Journal*. 2002;324:835-838.

Faria NMX, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Revista de Saúde Pública*. 1999;33:391-400.

Fernandes SRP, Almeida Filho N. Validação do SRQ em amostra de trabalhadores em informática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1998;89:105-12.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.

Fiorotti KP, Rossoni RR, Borges LH, Miranda AE. Common mental disorders in medical students: prevalence and associated factors. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010;59(1):17-23.

Fonseca ISS, Moura SB. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicologia para América Latina*[online]. 2008;15:0-0. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000400012&lng=pt&nrm=iso

Ge C, Fu J, Chang Y, Wang L. Factors associated with job satisfaction among Chinese community health workers: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11:884 doi:10.1186/1471-2458-11-884.

Glymour MM, Saha S, Bigby J. Physician Race and Ethnicity, Professional Satisfaction, and Work-Related Stress: Results from the Physician Worklife Study. *Journal of the national medical association*. 2004;96(10):1283-1294.

Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The Effects of Work-Hour Limitations on Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165:2601-2606.

Grembowski D, Pashane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL. Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20:271-277.

Harms BA, Heise CP, Gould JC, Starling JR. A 25-Year Single Institution Analysis of Health, Practice, and Fate of General Surgeons. *Annals of Surgery*. 2005;242:520–529.

Helliwell JF, Putnam RD. The social context of wellbeing. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. 2004;359:1435–1446.

Joyce CM, Schurer S, Scott A, Humphreys J, Kalb G. Australian doctors' satisfaction with their work: results from the MABEL longitudinal survey of doctors. *The medical Journal of Australia*. 2011;194(1):30-33.

Kalet AL, Fletcher KE, Ferdman DJ, Bickell NA. Defining, Navigating, and Negotiating Success: The Experiences of Mid-Career Robert Wood Johnson Clinical Scholar Women. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21:920–925.

Kaur S, Sharma R, Talwar R, Verma A, Singh S. A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a Tertiary Hospital in Delhi. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2009;(63)4:139-144.

Lepnurm R, Dobson R, Backman A, Keegan D. Factors associated with career satisfaction among general practitioners in Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2007;12(4):217-230.

Lovell BL, Lee RT, Frank E. May I long experience the joy of healing: professional and personal wellbeing among physicians from a Canadian province. *BMC Family Practice*. 2009; 10:18 doi:10.1186/1471-2296-10-18.

Luzzi L, Spencer AJ, Teusner D. Job satisfaction of registered dental practitioners. *Australian Dental Journal*. 2005;50(3):179-185.

Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 1983;16(3):215-218.

Melo EMC, Assunção AA, Ferreira RA. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(12):3000-3010.

Mrduljas-Dujic N, Kuzmanuc M, Kardum G, Rumboldt M. Job satisfaction among medical doctors in one of the countries in transition: experience from Croatia. *Collegium Antropologicum*. 2010;34(3):813-818.

Murfett A, Charman D. GP wellbeing and general practice issues. *Australian Family Physician*. 2006; 35(9):748-750.

Murray A, Montgomery JE, Hong C, Rogers WH, Inui T, Safran DG. Doctor discontent: a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16:451-459.

Myers DG. The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*. 2000;55(1):56-67. doi: 10.1037//0003-066X.55,1.56

Nascimento-Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2006a;52(2):97-102.

Nascimento-Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006b;22 (1):131-140.

Ofili AN, Asuzu MC, Isah EC, Ogbeide O. Job satisfaction and psychological health of the doctors at the Benin Teaching Hospital. *Occupational Medicine (London)*. 2004;54(6):400-403.

Ommen O, Driller E, Kohler T, Kowalsky C, Ernstmann N, Newmann M, Steffen P, Pfaff H. The relationship between social capital in hospitals and physician job satisfaction. *BMC Health Services Research*. 2009, 9:81. doi:10.1186/1472-6963-9-81.

Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM: an International Journal of Medicine*. 2006;99:161–169.

Pillay R. Work satisfaction among nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. *Human Resources for Health*. 2009, 7:15. doi:10.1186/1478-4491-7-15.

Cano-Prais HA, Assunção AA, Araújo TM. Self-reported depression and work conditions in Brazilian physicians in a public health system. *Clinical Health Promotion*. 2011;1(sup.):173.

Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Gregory WM, Cull A. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*. 1996;347:724-728.

Rode JC. Job satisfaction and life satisfaction revisited: A longitudinal test of an integrated model. *Human Relations*. 2004;57(9):1205-1230. doi:10.1177/0018726704047143.

Silva LS, Barreto SM. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2010;27(1):32-6.

Sousa L, Lyubomirsky S. Life satisfaction. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender*. 2001;2:667-676. San Diego, CA: Academic Press.

Sternmarker M, Palmérus K, Márky I. Life satisfaction of Swedish pediatric oncologists: the role of personality, work-related aspects and emotional distress. *Pediatric Blood and Cancer*. 2009;53:1308-1314.

Tokuda Y, Hayano K, Ozaki M, Bito S, Yanai H, Koizumi S. The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: a Path Analysis. *Industrial Health*. 2009;47:166–172.

Vanasse A, Scott S, Courteau J, Orzanco, MG. Canadian family physicians' intentions to migrate. *Canadian Family Physician*. 2009;55:396-97.e1-6.

Wada K, Arimatsu M, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Higashi H, Aizawa Y, Kawashima M. Physician Job Satisfaction and Working Conditions in Japan. *Journal of Occupational Health*. 2009;51:261-266.

Wallace JE, Lemaire JB, Ghali W. A. Physician wellness: a missing quality factor. *The Lancet*. 2009;374:1714-1721.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde dos trabalhadores está intimamente relacionada às suas condições de trabalho.⁴⁷ No contexto analisado nesse estudo, a satisfação pode ser entendida como um elemento importante para bem-estar global dos médicos e como um possível fator de otimização do funcionamento dos sistemas de saúde.³⁰ Esta pesquisa evidenciou que características da ocupação e a probabilidade de adoecimento mental dos médicos associam-se à satisfação desses profissionais com o trabalho.

Globalmente, os profissionais dos sistemas assistenciais têm sido submetidos a condições de estresse e insegurança no ambiente ocupacional, ao lidar com um conjunto complexo e por vezes antagônico de forças – transições demográficas e epidemiológicas, políticas econômicas restritivas e demandas sociais –, as quais influenciam os recursos disponíveis e as exigências do dia-a-dia.⁴⁸

À semelhança do ocorrido em outros setores, as reformas sanitárias e as transformações nas relações de trabalho incidiram sobre os profissionais da saúde, incluídos os médicos. A disseminação de estratégias de gestão direcionadas à produtividade – pouco afeitas à realidade da relação médico-paciente; o enfraquecimento dos vínculos trabalhistas e dos mecanismos de proteção do trabalhador; as restrições salariais e a diminuição da autonomia do médico frente ao “paciente-esclarecido”, estão entre os fatores implicados na deterioração do trabalho médico.⁴⁹

Diferentes efeitos das novas condições de exercício da medicina têm sido descritos na literatura, destacando-se a diminuição dos níveis de satisfação com o trabalho. Tal fenômeno é alvo de preocupação crescente tanto local quanto internacionalmente, em decorrência dos impactos negativos da insatisfação sobre o bem-estar dos profissionais e sobre o funcionamento dos sistemas de saúde.⁴⁹ Por um lado, em termos do planejamento e implementação de estratégias de assistência, a insatisfação dos médicos com o trabalho

⁴⁷ ASSUNÇÃO, A. A.; BELISÁRIO, S. A.; *Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde* (Série Nescon de Informes Técnicos; n.1). Nescon – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.

⁴⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Trabalhando juntos pela saúde – Relatório Mundial da Saúde 2006*. Organização Mundial de Saúde, 2006.

⁴⁹ ABIGAIL, Z. Dissatisfaction with Medical Practice. *New England Journal of Medicine*, v. 350, n. 1, p. 69-75, 2004.

influencia a rotatividade, a migração, a aposentadoria precoce e o abandono da profissão, os quais comprometem a qualidade do atendimento e afetam negativamente o cuidado ao paciente. No que tange ao bem-estar dos sujeitos, a insatisfação está associada à morbidades como a depressão, os transtornos afetivos e o abuso de substâncias³⁰.

Como medida no sentido de potencializar a captação, retenção e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, políticas de proteção e valorização dos recursos humanos têm sido discutidas internacionalmente e no nível local. O documento “Chamada à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-15)”, foi elaborado em 2005 pela Organização Pan-americana de Saúde em conjunto com o Ministério de Saúde do Canadá e Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário, alerta para o papel fundamental dos trabalhadores da saúde na melhoria da qualidade de vida e saúde das populações. O documento ressalta desafios considerados críticos para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, a saber: a) definição e operacionalização de políticas de longo prazo para adequação da força de trabalho às necessidades futuras dos sistemas de saúde; b) distribuição equitativa dos profissionais de saúde conforme as necessidades das populações em diferentes localidades; c) regulação de fluxos e migrações dos trabalhadores da saúde; d) melhoria das relações entre trabalhadores e instituições visando a garantia de adequada prestação de serviços; e e) desenvolvimento de relações efetivas entre instituições de ensino e os serviços de saúde, de modo a garantir adequada formação dos trabalhadores.⁵⁰

Para enfrentar os referidos desafios, o desenvolvimento de ferramentas de pesquisa e análise das reais condições de trabalho dos profissionais emerge como necessidade central para fundamentar as intervenções dos gestores. Wallace et al. (2009),³⁰ após extensa revisão sobre fatores associados ao bem-estar e saúde dos médicos, propuseram que a medida do bem-estar dos sujeitos poderia ser utilizada como indicador de qualidade e desempenho dos sistemas de saúde. Ora, a satisfação do médico com o trabalho, se interpretada nesse caso como um equivalente de bem-estar, serviria como indicador indireto das condições de trabalho e da qualidade de funcionamento de alguns serviços. Esta é a posição do autor.

⁵⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Chamado à Ação de Toronto: 2006-2015: Rumo à uma década de recursos humanos em saúde nas Américas*. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

O mecanismo pelo qual medidas de satisfação poderiam indicar condições de funcionamento dos sistemas pode ser exemplificado pela análise do problema da sobrecarga de trabalho, o qual, no caso dos médicos, apresenta-se frequentemente como excesso de consultas durante a jornada. A correlação entre a satisfação com o trabalho e a sobrecarga refletiria o efeito final sobre o profissional do conjunto de condições destinadas ao atendimento dos usuários, as quais incluem: número de unidades de atendimento disponíveis, número de médicos disponíveis por unidade e, conseqüentemente, o tempo disponível para cada consulta. Ora, o tempo disponível para a consulta está associado à satisfação do médico com o trabalho e, esta, à qualidade da assistência ao usuário.⁵¹

Um argumento a ser discutido é que, no lugar da satisfação dos profissionais com o trabalho, o estudo dos fatores associados à satisfação do usuário com a assistência evidenciaria aspectos da prestação de serviços a serem modificados. Entretanto, discute-se a real representatividade de medidas de satisfação dos usuários quando se trata da avaliação dos sistemas de saúde⁵². Nesse caso, qual seria, então, a vantagem de medir a satisfação dos profissionais com o trabalho e não a satisfação dos usuários com a assistência? Primeiramente, o acesso à amostras representativas dos profissionais de saúde seria mais fácil e menos onerosa para os gestores. Em segundo lugar, os trabalhadores avaliam aspectos técnicos do funcionamento dos serviços, os quais, embora não possam ser percebidos pelos usuários, configuram engrenagens essenciais para uma assistência de qualidade.

Em suma, medidas destinadas à melhoria dos níveis de satisfação dos médicos com o trabalho se dão, de fato, sobre aspectos do funcionamento dos sistemas que indiretamente beneficiam a prestação de serviços ao usuário. Portanto, a utilização de medidas do nível de satisfação desses profissionais como indicador indireto da qualidade de funcionamento dos serviços de saúde, bem como o estudo dos fatores associados à essas medidas, constituem estratégia viável para identificação de pontos-chaves para aprimoramento do SUS.

No presente estudo, a hipótese desenvolvida considerou que o peso dos aspectos ocupacionais sobre o nível de satisfação com o trabalho poderia sofrer influências das características individuais, sociodemográficas e da vida comum. A metodologia utilizada procurou assegurar

⁵¹ SOLOMON, J. How strategies for managing patient visit time affect physician job satisfaction: a qualitative analysis. *Journal of General Internal Medicine*, v. 23, n. 6, p. 775-780, 2008.

⁵² MURRAY, J. L., KAWABATA, K., VALETINE, N. People's experiences versus people's expectations: satisfaction measures are profoundly influenced by expectations, say these WHO researches. *Health Affairs*, 2001;20(3):21-24.

tanto uma abordagem compreensível dos múltiplos fatores envolvidos, ao investigar um modelo amplo e robusto, quanto maximizar o poder estatístico dos cálculos pela utilização da razão de prevalência como estimativa da força de associação entre as variáveis.

Diante do exposto, os resultados encontrados requerem reflexões cuidadosas. Viu-se que apenas seis em cada 10 médicos (64,9%) estudados consideraram-se satisfeitos com seu trabalho no serviço público de Belo Horizonte. Embora o dado seja significativo no contexto do serviço público avaliado, esse achado não permite afirmar que os profissionais insatisfeitos estejam descontentes com a profissão médica. Tal cuidado se deve às dificuldades conceituais referentes aos termos “trabalho” e “profissão”, conforme discutido na sessão inicial.

Não obstante, reafirma-se a relevância dos dados aqui apresentados no âmbito da assistência pública à saúde. Dificuldades no cumprimento das metas de qualidade para prestação de serviços de saúde pelo SUS, advindas da rotatividade aumentada e, até mesmo, do abandono de postos de trabalho por parte dos profissionais insatisfeitos^{17, 24} não seriam inesperadas. Os serviços de atenção primária estruturados no Programa de Saúde da Família estariam entre os mais afetados, visto que a estabilidade do médico e a sua vinculação à comunidade desempenha papel fundamental na geração de resultados.¹⁷

Notavelmente, evidenciou-se pela presente investigação que o número de profissionais insatisfeitos superou o de profissionais satisfeitos com o trabalho em unidades de atendimento às urgências e emergências (54,5% vs 45,5%). Este é um resultado preocupante. À semelhança do previsto para os serviços de atenção primária, o aumento da rotatividade do efetivo, dificuldades para retenção de profissionais qualificados e a instabilidade na composição das equipes de plantão das unidades de atendimento às urgências gerariam entraves significativos aos objetivos da Política Nacional de Urgência e Emergências. A expectativa dos gestores é que a implantação de unidades simplificadas de pronto atendimento 24 horas (as UPA's) garanta o atendimento clínico, cirúrgico e pediátrico de complexidade intermediária e diminua a superlotação nas salas de pronto-socorro dos hospitais de alta complexidade.⁵³ A falha na captação dos recursos humanos para o funcionamento de tais unidades põe em xeque um dos pilares da referida estratégia.

⁵³ Extraído de: . Acessado em 07.08.2011.

Delinea-se aqui extenso campo para futuras investigações detidas em identificar precisamente os fatores correlacionados à insatisfação dos médicos emergencistas com o trabalho. A experiência prévia de trabalho do autor como médico plantonista nas referidas UPA's sugere que fatores como a sobrecarga de atendimentos, a superlotação constante das unidades e a recorrente impossibilidade de referenciar os pacientes gravemente enfermos para os serviços de alta complexidade, devido à ausência de leitos de internação, sejam fatores relevantes na percepção dos médicos sobre o seu trabalho.

Ainda, todos emergencistas incluídos nesta investigação estavam lotados em UPA's de Belo Horizonte e responderam ao inquérito tendo tais serviços como referência. Portanto, verifica-se a necessidade de investigações aprofundadas sobre a realidade do trabalho médico nas referidas unidades e sobre a satisfação com o trabalho dos profissionais lotados em hospitais de alta complexidade, a fim de elucidar as dúvidas quanto aos fatores associados à insatisfação evidenciada.

Este estudo não foi capaz de identificar associação entre renda bruta e a satisfação dos médicos com o trabalho. Esse achado gera inquietações quanto à eficácia dos atuais mecanismos de retenção dos médicos no sistema público de saúde. Campos e Malik (2008)¹⁷ já demonstraram que os profissionais mais bem pagos no Programa de Saúde da família em São Paulo eram justamente aqueles com menos fixação nos serviços. Oportunidades para capacitação, a distância da residência dos profissionais às unidades e a disponibilidade de recursos para o trabalho foram fatores explicativos para a situação de alta rotatividade.

Por outro lado, quando confrontados com a afirmação “levando em conta todo meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado” 81,3% dos médicos investigados discordaram. Entre os médicos insatisfeitos a proporção de respostas negativas atingiu a espantosa cifra de 97,5% (Anexo D, tabela D3). De fato, a análise univariada por regressão de Poisson desta relação evidenciou associação significativa entre baixo nível de satisfação com o trabalho e uma percepção de inadequação sobre a relação esforço/renda. Este resultado inquietante pode servir de pista para abrir novos modelos de análise do trabalho médico.

Dieleman et al. (2003)⁵⁴ assinalaram que melhorar apenas o salário sem adequar as demais condições de trabalho não seria o suficiente para fixar os profissionais e facilitar as metas dos sistemas de saúde no Vietnã. No caso do Brasil, segundo Nascimento-Sobrinho et al. (2006a)³⁷ a análise da satisfação com a remuneração dos médicos merece cautela porque a renda está atrelada às práticas do multiemprego e de extensas jornadas. Seria coerente, portanto, a associação entre a insatisfação e uma percepção de desequilíbrio quanto aos esforços empreendidos e a baixa recompensa obtida, e não com a renda informada. Possivelmente, a utilização de indicadores mais hábeis na identificação de situações de sobrecarga e sobre-volume de trabalho, tais como o valor da hora-trabalhada, remuneração por atendimento e remuneração por procedimento, possam trazer elementos esclarecedores e indicar soluções tanto para os profissionais quanto para o sistema de saúde.

Infelizmente, não foi possível incluir a variável “adequação esforços/renda” na análise multivariada deste estudo, porque a estratificação dos indivíduos quanto à satisfação revela um número insuficiente de sujeitos (n = 2) em um dos estratos (Anexo D, tabela D3), comprometendo o desenvolvimento das regressões. Contudo, investigações subsequentes poderão aprofundar esta via de análise.

Ademais, para uma discussão mais aprofundada, seria necessário considerar que a remuneração profissional envolve questões políticas e sociais, sendo impossível discutir reajustes nos vencimentos dos médicos sem contemplar com cautela o desnível salarial existente entre essa categoria e os demais profissionais de nível superior do setor. Embora uma associação entre renda bruta e satisfação com o trabalho médico não tenha se confirmado, não é aconselhável extrapolar tal resultado para outras categorias profissionais, pois a renda bruta pode ser um fator significativo para a satisfação com o trabalho entre os demais sujeitos. Estudos direcionados aos grupos profissionais específicos (tais como enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos) empreendidos a médio e longo prazo seriam desejáveis.

Finalmente, em que pese sobre os gestores a importante tarefa de otimizar o desempenho dos serviços de saúde, destaca-se aqui que esta meta inclui a assistência aos próprios profissionais

⁵⁴ DIELEMAN M, CUONG PV, ANH LV, MARTINEAU T. Identifying factors for job satisfaction of rural health workers in North Viet Nam. *Human Resources for health*. Acessado em 23.02.11. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/10>

de saúde. Ao focalizar a provisão de cuidados à comunidade, corre-se o risco de, inadvertidamente, excluir os trabalhadores da saúde dessa mesma comunidade, ignorando-se que o próprio trabalho assistencial pode colocar os profissionais sob risco de adoecimento.

Embora ocupem posição chave na promoção/recuperação da saúde dos indivíduos, tem se relatado frequentemente que os próprios médicos estão sob risco aumentado de adoecimento mental, estresse, abuso de substâncias, problemas cardiovasculares e suicídio.³⁰ O adoecimento mental, particularmente, tem sido associado à diminuição da capacidade para o trabalho em tempo integral, levando profissionais atingidos a buscarem empregos de meia jornada.⁵⁵ Isto é preocupante tanto no que diz respeito aos efeitos sobre o médico que adoece quanto aos problemas institucionais gerados pelo absenteísmo, licença médica e desvio de função do profissional doente. No presente estudo evidenciou-se que uma parcela significativa de profissionais (23,8%) está sob risco de transtornos mentais comuns.

Emerge aqui a necessidade de inclusão efetiva da saúde ocupacional dos trabalhadores da saúde, os médicos inclusive, como objeto primordial de políticas de gestão. Os recursos humanos são o fundamento do sistema de saúde e sua proteção e desenvolvimento conformam a base social e técnica para aprimoramento dos sistemas. A contribuição dos trabalhadores de saúde é um fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde das comunidades⁴⁸. Nesse sentido, está claro que a geração de saúde para os trabalhadores da saúde está relacionada à melhoria de suas condições laborais, condições estas, possivelmente espelhadas pelos seus níveis de satisfação com o trabalho.

⁵⁵ MILLER, L. Doctors, their mental health and capacity for work. *Occupational Medicine*, v. 59, p. 53-55, 2008.

ANEXO A1 – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PBH



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa - **Protocolo 054/2006**

Projeto: Condições de Emprego, Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Saúde"

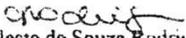
Pesquisadora: Maria Cristina Ramos de Vasconcellos

Pesquisador Responsável

- 1) Ada Avila Assunção (coordenação)
- 2) Soraya Almeida Belisário (coordenação)
- 3) Luciana Souza d'Avila (Bolsista do Projeto)
- 4) Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho (Mestranda / Programa de Pós-graduação em Saúde Pública/UFMG)
- 5) Vivian Patricia Andrade de Souza (Bolsista do Projeto)
- 6) Juliana da Costa Martins

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 01 de dezembro de 2006

ANEXO A2 – FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA UFMG

	Universidade Federal de Minas Gerais Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP
--	--

Parecer nº. ETIC 542/07

Interessado(a): Profa. Ada Ávila Assunção
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado "**Condições de emprego, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG



6. Exerce cargo de:		
<input type="checkbox"/> 1 Nível elementar	<input type="checkbox"/> 2 Nível médio	<input type="checkbox"/> 3 Nível superior
<input type="checkbox"/> 4 Estagiário Ensino Superior	<input type="checkbox"/> 5 Estagiário Ensino Médio	
7. Seu regime de trabalho é:		
<input type="checkbox"/> 1 Diurno	<input type="checkbox"/> 2 Noturno	
<input type="checkbox"/> 3 Diurno em Regime de plantão	<input type="checkbox"/> 4 Noturno em Regime de plantão	
8. Qual a sua jornada real neste trabalho no município?		
<input type="checkbox"/> 1 Jornada semanal 8 horas	<input type="checkbox"/> 4 Jornada semanal 20 horas	<input type="checkbox"/> 7 Jornada semanal 36 horas
<input type="checkbox"/> 2 Jornada semanal 10 horas	<input type="checkbox"/> 5 Jornada semanal 24 horas	<input type="checkbox"/> 8 Jornada semanal 40 horas
<input type="checkbox"/> 3 Jornada semanal 12 horas	<input type="checkbox"/> 6 Jornada semanal 30 horas	<input type="checkbox"/> 9 Jornada semanal 44 horas
9. Você possui outro trabalho?		
<input type="checkbox"/> 1 Sim, na Prefeitura de BH	<input type="checkbox"/> 5 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada	
<input type="checkbox"/> 2 Sim, em outra Prefeitura	<input type="checkbox"/> 6 Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada	
<input type="checkbox"/> 3 Sim, no Estado	<input type="checkbox"/> 7 Sim, tenho outro trabalho por conta própria	
<input type="checkbox"/> 4 Sim, no nível Federal	<input type="checkbox"/> 8 Não tenho outro trabalho	
10. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas as suas atividades que geram renda? _____ horas semanais.		

Bloco 3 Sobre o seu Ambiente de Trabalho

1. Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
2. Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
3. Em geral, a iluminação em seu local de trabalho é:			
<input type="checkbox"/> 2 Precária	<input type="checkbox"/> 1 Razoável	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatória	
4. Em geral, você considera as cadeiras e as mesas do seu local de trabalho:			
<input type="checkbox"/> 2 Precárias	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórias	
5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:			
<input type="checkbox"/> 2 Precários	<input type="checkbox"/> 1 Razoáveis	<input type="checkbox"/> 0 Satisfatórios	
6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?			
<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 2 Não sei o que é isso	
Quais são eles? [ANOTAR] _____			
7. Você utiliza estes equipamentos?			
<input type="checkbox"/> 0 Sim	<input type="checkbox"/> 1 Não	<input type="checkbox"/> 2 Não se aplica	
Em caso afirmativo, qual(is)? _____			
8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:			
<input type="checkbox"/> 0 Boa	<input type="checkbox"/> 1 Regular	<input type="checkbox"/> 2 Ruim	<input type="checkbox"/> 3 Muito ruim
9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre
10. Você entra em contato com radiação ionizante (raio X, tomografia, radioterapia, radiofármacos)?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre
11. Você entra em contato com gases anestésicos?			
<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Raramente	<input type="checkbox"/> 2 Às vezes	<input type="checkbox"/> 3 Sempre



12. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
13. Você entra em contato com agentes citotóxicos (quimioterápicos)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
14. Você prepara e/ou administra medicamentos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
15. Durante seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
16. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
17. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
18. Seu trabalho exige que você ande muito?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
19. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
20. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
21. Você fica sem fazer pausas durante a jornada?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
22. Você trabalha em rodízio de turnos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
23. Você trabalha no turno noturno?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sempre
24. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é?	<input type="checkbox"/> Desprezível	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Insuportável
25. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é?	<input type="checkbox"/> Desprezível	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Elevado	<input type="checkbox"/> Insuportável
26. Já tomou a vacina contra Febre Amarela?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, há quanto tempo?	<input type="checkbox"/> Menos de 10 anos	<input type="checkbox"/> Mais de 10 anos		
27. Já tomou a vacina Anti-Rábica?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro
28. Já tomou a vacina contra Hepatite B?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses	
29. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu:	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses		
30. Já tomou a vacina contra Tétano?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não sei/não me lembro	
Em caso afirmativo, você recebeu?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos	<input type="checkbox"/> 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos	



31. Já tomou a vacina contra Tuberculose (BCG)? Não Sim Não sei/não me lembro

32. Já tomou a vacina contra Varicela? Não Sim Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu: 1 dose 2 doses

33. No setor onde você trabalha existe:

Recursos	0 Não	1 Sim
1. Recursos materiais suficiente para realizar as tarefas		
2. Tempo disponível para você se alimentar		
3. Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho		
4. Copa/refeitório		
5. Sala de descanso		
6. Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		
7. Escaninhos para guardar pertences		

34. No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:

- Em casa
 No próprio local de trabalho em condições confortáveis
 No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis
 Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho
 Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho
 Não se aplica

Bloco 4 Características Psicossociais do Trabalho

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda à sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

1. Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2. Meu trabalho envolve muita repetitividade.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
3. Meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
4. Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
5. Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
6. Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
7. Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente
8. O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente



9. No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
10. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
11. Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
12. Meu trabalho exige muito esforço físico. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
13. Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
14. O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
15. Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
16. Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
17. Eu frequentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
18. Meu trabalho me exige muito emocionalmente. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
19. Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
20. Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
21. Meu supervisor me trata com respeito. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
22. Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
23. Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente <input type="checkbox"/> Não tenho supervisor
24. As pessoas no meu trabalho são amigáveis. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
25. As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho. <input type="checkbox"/> Discordo fortemente <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Concordo fortemente



Bloco 5 Atividades Domésticas e Hábitos de Vida

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa?

1. Quais as atividades domésticas, listadas abaixo, que você faz?

Atividade	0 Não	1 Sim	2 Não se aplica
2. Cuidar das crianças?			
3. Cuidar da limpeza?			
4. Cozinhar?			
5. Lavar roupa?			
6. Passar roupa?			
7. Feira/ supermercado			
8. Levar filho à escola			
9. Pequenos consertos			
10. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes			

11. Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa?

Não Sim

12. Nas últimas duas semanas, você realizou atividades domésticas?

- Todos os dias da semana
 Três ou mais dias na semana
 Um ou dois dias na semana
 Apenas no final de semana
 Não realizou atividades domésticas

13. Você participa de atividades regulares de lazer?

Sim Não - Se SIM: de qual tipo de atividade?

Atividades culturais (cinema, teatro, exposição) Atividades sociais (visita amigos, festa, barzinho)

Atividades físicas (caminhadas, exercícios, prática de esportes etc)

Com que frequência você realiza as atividades físicas?

Nunca 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana.

14. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:

Não fumante Ex-fumante Fumante atual

15. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

Sim Não

16. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? Sim Não

17. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber? Sim Não

18. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? Sim Não

19. Atualmente, você está fazendo uso de medicamento prescrito por médico para (marque quantas opções forem necessárias):

Hipertensão arterial Depressão ou ansiedade Reumatismo Diabetes
 Alterações do sono Outros Nenhum

Bloco 6 Qualidade de Vida

Por favor, circule o número que 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



As questões abaixo abordam o grau de satisfação que você sente e sentiu a respeito de alguns aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
3. Quanto satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
4. Quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

Bloco 7 Aspectos Relacionados à sua Saúde

1. Você possui diagnóstico médico das doenças listadas abaixo?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Gastrite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Obesidade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Úlcera	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pressão alta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Hepatite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	LER/DORT	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Rinite/sinusite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Depressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Asma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Distúrbios do sono	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Disfonia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Lombalgia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Outro(s)? [ANOTAR] _____

2. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale **Nunca**. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

Problema	1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco Freqüente	4 Freqüente	5 Muito Freqüente
Dor nos braços					
Dor nas pernas					
Dor nas costas					
Fadiga					
Problemas de pele					
Problemas digestivos					
Cansaço mental					
Nervosismo					
Esquecimento					
Sonolência					
Insônia					
Irritação					

3. Nas duas últimas semanas, você tem sentido cansaço para falar?

Não De vez em quando Diariamente

4. Nas duas últimas semanas, você percebe piora na qualidade de sua voz?

Não De vez em quando Diariamente



5. Nos últimos 12 meses, você faltou ao trabalho por problemas de saúde? Não Sim
 Se SIM, por qual motivo? _____

6. Nos últimos 12 meses, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho? Não Sim
 Se SIM, por qual motivo? _____

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?
 Não Sim
 Em caso afirmativo, qual? _____
 Há quanto tempo? _____ anos _____ meses
 Houve emissão da CAT? Sim Não Não sei o que é CAT

8. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?
 Em caso afirmativo, qual tipo de líquido (s) corporal(is) _____
 Houve emissão da CAT? Sim Não Não sei o que é CAT

9. Você procurou obter a Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde de Belo Horizonte?
 Sim Não Não tenho conhecimento da existência dessa Orientação

10. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder uma questão, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Dorme mal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Tem tremores nas mãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Você se cansa com facilidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10 - Tem dores de cabeça freqüentemente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não


Bloco 8 Atos de Violência - Vitimização

1. Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com frequência
4. Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalhos (durante o seu trabalho)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Com frequência
5. Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça vivenciada durante o seu trabalho? <input type="checkbox"/> Nunca pensei <input type="checkbox"/> Já pensei algumas vezes <input type="checkbox"/> Pensei com frequência

Esta seção trata de atos de violência **FORA** do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 12 meses. Por favor, responda às seguintes questões:

6. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem praticou a agressão? <input type="checkbox"/> Paciente/ usuário do serviço de saúde <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Amigo (a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Irmão/irmã <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Vizinho (a) <input type="checkbox"/> Desconhecido (a) <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
7. Qual foi o tipo de agressão (fora do trabalho)? <input type="checkbox"/> Física - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Psicológica - Especifique _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligência <input type="checkbox"/> Atos de destruição <input type="checkbox"/> Xingamentos <input type="checkbox"/> Outros - Especifique _____
8. Você foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Qual seu vencimento bruto mensal relativo a este trabalho? R\$ _____

10. Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

Muito obrigado por sua colaboração!!



ANEXO C – Equivalência entre os cargos da Prefeitura de Belo Horizonte e a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization. Global Atlas of the Health Workforce. 2009. <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>)

Código OMS	Descrição OMS	Código PBH	Descrição PBH
10	Médicos	26	Médico
20	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	10, 17, 39	Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem
30	Dentistas e Técnicos da Odontologia	9, 34,40, 45	Auxiliar de Consultório Dentário, Odontólogo, Técnico de Higiene Dental, Técnico de Prótese Dentária
50	Bioquímicos e Técnicos de Laboratório	11, 20, 46, 41	Farmacêutico, Técnico de Radiologia, Técnico de Laboratório, Auxiliar de Laboratório
60	Profissionais de Nível Superior e Médio envolvidos com a Vigilância	3, 14, 18, 21, 22,50	Agente Sanitário, Biólogo, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Fiscal de Nível Superior, Fiscal Sanitário, Veterinário
70	Agentes Comunitários	8, 54	Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social
80	Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e afins	6, 23, 24, 33, 37, 44, 49	Terapeuta Ocupacional, Técnico Ótico, Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Artista Plástico
90	91 - Profissionais de Nível Superior	43	Técnico de Nível Superior
	92 - Profissionais de Nível Médio	4, 42, 47	Agente Serviço de Saúde, Técnico de Serviço Saúde
	93 - Administrativos, Serviços Gerais e Outros	1, 2, 5, 7, 12, 13, 15, 16, 19, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 48, 51,52	Administrador, Administrativo, Agente de Serviço de Saúde, Ajudante de Serviço Operacional, Ascensorista, Auxiliar de Serviço Administrativo, Auxiliar de Serviços Gerais, Estagiário, Limpeza, Motorista, Agente Portaria M/S, Agente Vigilância M/S, Office Boy, Oficial de Serviços, Técnico de Contabilidade, Técnico de Nível Médio, Telefonista, Vigilância/Portaria, Outros
100	Gerentes	53	Gerentes

ANEXO D – Distribuição dos sujeitos dentro das variáveis explicativas estratificadas pela satisfação com o trabalho.

Tabela D1 – Distribuição dos sujeitos quanto às características sociodemográficas e de estilo de vida estratificadas pela satisfação com o trabalho. Belo Horizonte, 2009.

Características Sociodemográficas e de Estilo de Vida	Satisfação com o trabalho		Total
	Não satisfeito	Satisfeito	
Sexo			
Masculino	37	72	109
Feminino	44	78	122
Total	81	150	231
Idade			
20-29 anos	17	12	29
30-39 anos	27	49	76
40-49 anos	23	40	63
50 anos ou mais	14	47	61
Total	81	148	229
Cor da pele			
Branca	61	120	181
Pardos e outras etnias	19	24	43
Total	80	144	224
Situação conjugal			
Com companheiro	44	99	143
Sem companheiro	37	51	88
Total	81	150	231
Número de filhos			
Não	43	55	98
1 ou 2	29	73	102
3 ou mais	9	19	28
Total	81	147	228
Grau de escolaridade			
Ensino superior completo	19	28	47
Especialização	59	107	166
Mestrado/Doutorado	3	15	18
Total	81	150	231
Rendimento bruto mensal			
Menor que R\$ 2.500,00	3	5	8
R\$ 2.500,00 a R\$ 4.999,00	37	68	105
R\$ 5.000,00 a R\$ 7.499,00	23	45	68
R\$ 7500,00 ou mais	12	22	34
Total	75	140	215
Você participa de atividades regulares de lazer?			
Sim	64	134	198
Não	17	14	31
Total	81	148	229
Com que frequência você realiza atividades físicas?			
Nunca	17	19	36
1 ou 2 vezes por semana	35	55	90
3 ou mais vezes por semana	23	63	86
Total	75	137	212

Tabela D2 – Distribuição dos sujeitos quanto às características do emprego estratificadas pela satisfação com o trabalho. Belo Horizonte, 2009.

Características do Emprego	Satisfação com o trabalho		Total
	Não satisfeito	Satisfeito	
Nível de complexidade em que atua no sistema de saúde.			
Primário	47	90	137
Secundário	7	31	38
Urgência e Emergência	24	20	44
Gerências distritais	3	8	11
Total	81	149	230
Tempo de trabalho no serviço público.			
Menos de 2 anos	15	14	29
Dois a menos de 5 anos	12	17	29
Cinco a menos de 10 anos	17	30	47
Dez a menos de 20 anos	20	50	70
Vinte anos ou mais	16	38	54
Total	80	149	229
Tempo de trabalho na unidade atual.			
Menos de 2 anos	38	41	79
Dois a menos 5 anos	10	32	42
Cinco a menos de 10 anos	14	27	41
Dez a menos de 20 anos	16	38	54
Vinte anos ou mais	2	9	11
Total	80	147	227
Jornada de trabalho no município.			
Menor ou igual à 20 horas	28	71	99
Maior que 20 e menor ou igual a 40	19	19	38
Maior que 40 horas	33	58	91
Total	80	148	228
Qual sua Jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando todas suas atividades que geram renda?			
Menor ou igual a 50 horas	63	107	170
Maior que 50 horas	18	43	61
Total	81	150	231
Vínculo empregatício.			
Municipal com concurso	70	120	190
Municipalizado	2	9	11
Contratado sem concurso	9	17	26
Total	81	146	227
Você possui outro trabalho?			
Não	15	25	40
Sim (público, privado ou por conta própria)	55	110	165
Total	70	135	205
Regime de trabalho.			
Diurno	54	129	183
Diurno em regime de plantão	11	7	18
Noturno em regime de plantão	4	4	8
Total	69	140	209

Tabela D3 – Distribuição dos sujeitos quanto aos fatores psicossociais estratificados pela satisfação com o trabalho. Belo Horizonte, 2009.

Fatores psicossociais	Satisfação com o trabalho		
	Não satisfeito	Satisfeito	Total
Levando em conta todo meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.			
Concordo	2	41	43
Discordo	79	108	187
Total	81	149	230
Você se candidataria ao seu emprego novamente?			
Sim	65	148	213
Não	16	2	18
Total	81	150	231
Suporte social (JCQ).			
Baixo	60	56	116
Alto	17	86	103
Total	77	142	219
Demanda/controle do trabalho (JCQ).			
Baixa exigência	5	45	50
Trabalho passivo	5	9	14
Trabalho ativo	36	72	108
Alta exigência	32	19	51
Total	78	145	223
Comprometimento excessivo com o trabalho (ERI).			
Não	33	101	134
Sim	48	48	96
Total	81	149	230
Condições de trabalho			
No seu setor existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?			
Sim	49	100	149
Não/Não sei o que é	31	47	78
Total	80	147	227
Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?			
Não	36	98	134
Sim	45	52	97
Total	81	150	231
Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho (durante seu trabalho)?			
Não	54	114	168
Sim	27	35	62
Total	81	149	230
Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços (durante seu trabalho)?			
Não	55	119	174
Sim	26	31	57
Total	81	150	231

Tabela D4 – Distribuição dos sujeitos quanto às características do estado de saúde estratificadas pela satisfação com o trabalho. Belo Horizonte, 2009.

Estado de Saúde	Satisfação com o trabalho		Total
	Não satisfeito	Satisfeito	
Probabilidade de abuso de álcool (CAGE)			
Baixa	72	130	202
Alta	5	5	10
Total	77	135	212
Presença de transtornos mentais comuns.			
Não	40	132	172
Sim	39	15	54
Total	79	147	226
Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?			
Não	75	138	213
Sim	6	10	16
Total	81	148	229
Nos últimos 12 meses você teve licença médica ou foi afastado trabalho?			
Não	43	103	146
Sim	37	44	81
Total	80	147	227

PROJETO DE PESQUISA

Rafael Brito Nery Ribeiro

**Fatores associados a satisfação com o trabalho: o caso dos médicos no
SUS-BH**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2010**

Rafael Brito Nery Ribeiro

Fatores associados a satisfação com o trabalho: o caso dos médicos no
SUS-BH

Projeto apresentado perante banca de
qualificação do mestrado do Programa de
Pós- Graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal de Minas Gerais, (área
de concentração em Saúde e Trabalho).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ada Ávila Assunção
Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Maria de Araújo

Belo Horizonte - MG

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Profª Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA**Diretor**

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profª Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**Coordenadora**

Profª. [Mariângela Leal Cherchiglia](#)

Sub-Coordenador

Prof. [Mark Drew Crosland Guimarães](#)

Colegiado

Profª. [Ada Ávila Assunção](#)

Profª. [Eli Iola Gurgel Andrade](#)

Prof. [Fernando Augusto Proietti](#)

Prof. [Francisco de Assis Acurcio](#)

Profª. [Maria Fernanda Furtado Lima Costa](#)

Profª. [Soraya Almeida Belisário](#)

Prof. [Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro](#)

Profª. [Waleska Teixeira Caiaffa](#)

Lista de figuras e gráficos

Figura 1. Modelo Hipotético proposto por Rode (2004) para interação de domínios da vida sobre o nível de satisfação.....	103
Figura 2. Interrelações entre condições de trabalho, saúde e resultados em saúde, segundo Wallace, (2009) – Adaptado.....	105
Figura 3. Modelo hipotético de interação entre a satisfação com o trabalho e seus fatores explicativos.....	105
Figura 4. Número de recusas por regional do município de Belo Horizonte.....	120
Figura 5. Modelo de demanda/controle do trabalho proposto por Karasek.....	112
Gráfico 1. Satisfação com o trabalho por distrito municipal.....	126
Gráfico 2. Satisfação com o trabalho por nível de complexidade.....	126

Lista de tabelas e quadros

Quadro 1. Equivalência entre os cargos da Prefeitura de Belo Horizonte e a Organização Mundial de Saúde.....	109
Quadro 2. Questões extraídas do WHOQOL-bref e o assunto avaliado.....	112
Quadro 3. Recodificação da variável resposta – satisfação com o trabalho – de quatro para duas opções.....	114
Quadro 4. Descrição das variáveis independentes, por subgrupo de análise.....	116-119
Quadro 5. Características sócio-demográficas.....	122
Quadro 6. Características do trabalho.....	124, 125

Lista de abreviaturas e siglas

JCQ – *Job Content Questionnaire*

OR – Odds ratio

PBH – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

PPGSP - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

RP – Razão de prevalência

SMSA-PBH – Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte

SRQ20 – *Self Reporting Questionnaire*

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

Sumário

INTRODUÇÃO.....	84
PARTE I.....	93
A satisfação e a existência.....	94
A satisfação e os aspectos não associados ao trabalho.....	96
<i>Aspectos sociais</i>	96
<i>Aspectos individuais</i>	99
A satisfação, os médicos e o trabalho.....	101
PARTE II.....	106
Objetivos.....	107
Metodologia.....	107
Desenho do estudo, População e amostragem.....	107
Coleta dos dados.....	110
Considerações éticas.....	110
Considerações sobre o Instrumento de coleta de dados.....	111
Variáveis de interesse e análise estatística.....	113
PARTE III.....	120
Primeiros resultados.....	121
CRONOGRAMA.....	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	129

INTRODUÇÃO

“Assim, descobri que, para o homem, o melhor e o que mais vale a pena é comer, beber, e desfrutar o resultado de todo esforço que se faz debaixo do sol durante os poucos dias de vida que Deus lhe dá, pois essa é a sua recompensa. E quando Deus concede riquezas e bens a alguém e o capacita a desfrutá-los, a aceitar a sua sorte e a ser feliz em seu trabalho, isso é um presente de Deus.” Livro de Eclesiastes 5:18-19, Nova Versão Internacional

A satisfação com o trabalho e a satisfação com a carreira médica vêm sendo amplamente discutidas nos últimos 20 anos, tendo em vista seus efeitos sobre a saúde dos médicos e sobre o funcionamento dos serviços de saúde. Esse fenômeno foi abordado inicialmente por Liechtenstein (1984) em estudo sobre os fatores associados a rotatividade de profissionais médicos no sistema penitenciário norte-americano. Ao redor do mundo, seguiram-se pesquisas na Malásia, Austrália, Nova Zelândia, Inglaterra, Estados Unidos e Noruega (Campos e Malik, 2008). Mais recentemente foram publicados estudos na Turquia (Ozyurt *et al.*, 2006), Japão (Tokuda *et al.*, 2008; Wada *et al.*, 2009), Canadá (Lepnurm *et al.*, 2007) e Índia (Kaur *et al.*, 2009). No Brasil, Campos e Malik (2008) estudaram a satisfação com o trabalho e sua relação com a rotatividade de médicos no programa de saúde da família no estado de São Paulo.

A satisfação é, em termos gerais, um conceito abrangente que diz respeito a um estado de contentamento com, ou realização de, uma ideia, atividade ou situação. Os indivíduos podem estar satisfeitos com sua família, com suas relações de amizade, com seu emprego, seu salário, sua saúde ou seus planos para o futuro. Eles podem, ainda, estar satisfeitos com um aspecto da vida e não com outro.

A satisfação pode ser abordada como sendo uma expressão do julgamento de um indivíduo sobre a discrepância entre suas condições reais e as condições ideais que foram por ele próprio projetadas (Sousa e Lyumbomirsky, 2001). No que concerne ao trabalho, segundo Ommen *et al.* (2009), a satisfação pode ser entendida como uma atitude global que o indivíduo tem em relação à sua ocupação, quando considerados aspectos tais como condições e duração do trabalho, e relacionamento com os colegas.

Sob os conceitos apresentados, entende-se que os médicos podem estar satisfeitos com suas vidas globalmente ou com algumas de suas dimensões: o trabalho, a família ou a saúde. A maioria das pesquisas sobre a satisfação médica aborda pelo menos uma das seguintes dimensões: a satisfação global com a vida (Goitein *et al.*, 2005; Cohen e Patten, 2005; Murfett e Charman, 2006; Lovell *et al.*, 2009; Sternmarker *et al.*, 2010), a satisfação com a carreira (também descrita como satisfação profissional) (Kalet *et al.*, 2005; Harms *et al.*, 2005; Lepnurm *et al.*, 2007; Vanasse *et al.*, 2009; Ahmadiyah *et al.*, 2010) e a satisfação com o trabalho (Appleton *et al.*, 1998; Glymour *et al.*, 2004; Grembowski *et al.*, 2004; Ozyurt *et al.*, 2006; Campos e Malik, 2008; Tokuda *et al.*, 2008; Ommen *et al.*, 2009; Mrduljas-Dujic *et al.*, 2010).

Sobre as múltiplas dimensões da satisfação, a maioria dos médicos noruegueses considerava-se feliz e satisfeita com seu trabalho. Em estudo realizado na Noruega (Nyllenna *et al.*, 2005), os sujeitos reportaram uma média de 5,32 pontos numa escala de satisfação de um a sete (sendo um extremamente insatisfeito com a vida e sete extremamente satisfeito), sendo que os médicos generalistas e os psiquiatras registraram maiores níveis de satisfação do que os demais colegas de outras especialidades. Ademais, ao compararem a si mesmos com outros grupos profissionais, os médicos se consideraram mais felizes. O estudo citado é marcante na literatura sobre o tema porque não observou declínio no nível de satisfação dos médicos no período observado (1994 a 2002), ao contrário de estudos realizados na Inglaterra no mesmo período.

Declínio dos níveis de satisfação entre os médicos ingleses foi observado em três períodos distintos por Sibbald *et al.* (2000; 2003). No intervalo de 1987 a 1990, período de reforma do sistema de saúde inglês, houve redução dos níveis de satisfação entre os profissionais. Essa diminuição foi seguida de recuperação parcial, mas nunca atingindo o nível inicial, no período de 1990 a 1998. Entre 1998 a 2001, contudo, nova redução do nível de satisfação com o trabalho foi observada. No referido período, o percentual de médicos que relataram intenção de abandonar a prática clínica aumentou de 14% em 1998 para 22% em 2001. O fator mais importante associado a essa variação foi a diminuição da satisfação com o trabalho.

Os dados empíricos apresentados permitem afirmar que diferentes fatores ocupacionais e de emprego parecem estar envolvidos na satisfação com o trabalho entre médicos, sendo eles os

seguintes: a) estrutura organizacional; b) número de horas extras semanais ou mensais; c) nível de controle sobre o trabalho; d) equilíbrio entre tarefas e recursos; e) características físicas do ambiente de trabalho e f) relação interpessoal com os colegas. Fraquezas nos referidos âmbitos têm sido associadas a eventos mórbidos de saúde nesse grupo, tais como transtornos afetivos, *burnout* e depressão (Appleton *et al.*, 1998; Ozyurt *et al.*, 2006; Tokuda *et al.*, 2008; Wallace *et al.*, 2009).

Sabe-se também da associação entre baixos níveis de satisfação dos médicos com o trabalho e os seguintes fatores: a) diminuição do tempo disponível com cada paciente; b) diminuição da autonomia; c) baixos salários e sobrecarga de trabalho; d) desilusão com o trabalho ou com o sistema de saúde; e) o próprio estado de saúde (adoecimento, estresse ou pressão associados ao trabalho); e f) um desejo por mudança, viagem, ou por trabalhar em um país em desenvolvimento (Murray *et al.*, 2001; Edwards *et al.*, 2002; Davidson, 2002).

Receber um salário justo parece associar-se à satisfação com o trabalho entre médicos. Em estudo transversal realizado no Japão por Wada *et al.* (2009), a associação entre salário e satisfação com o trabalho foi averiguada num grupo de 478 médicos. Segundos os autores, os salários no Japão são, em geral, determinados pelo número de anos de experiência médica e não pelo grau de especialização ou carga de trabalho. Nesse estudo, a percepção do salário como adequado associou-se significativamente à satisfação com o trabalho, para homens e mulheres.

Por outro lado, em um estudo realizado com um grupo de 250 médicos em Delhi, Índia, verificou-se que 45,6% dos respondentes consideravam o salário como ruim, sendo a insatisfação com o salário significativamente mais alta entre os médicos residentes e entre os que trabalhavam mais de 8 plantões noturnos por mês. A insatisfação com salário não se associou a gênero nem à média de horas diárias de trabalho. A associação entre satisfação com o salário e satisfação com o emprego não foi descrita. Entretanto, a proporção de médicos satisfeitos com a profissão nesse estudo foi de apenas 44,8% (Kaur *et al.*, 2009).

A disponibilidade de recursos para o trabalho também parece associada a satisfação dos médicos com o trabalho. Pesquisa qualitativa realizada por Lovell *et al.* (2009), no Canadá, avaliou 165 profissionais. Viu-se que a falta de recursos para o trabalho e as restrições de

autonomia foram os fatores mais significativos apontados pelos médicos para baixa satisfação com o trabalho.

Os recursos considerados essenciais pelos profissionais variam de acordo com a especialidade e o local de trabalho. A disponibilidade de instalações médicas essenciais, de espaço suficiente nas salas de exame e de suporte administrativo no hospital foi associada à satisfação com o trabalho médico nessas unidades (Wada *et al.* 2009). Em um estudo realizado com 256 médicos da atenção primária no Canadá viu-se que a satisfação com a carreira de generalista em grandes centros urbanos estava associada ao acesso amplo à serviços hospitalares, à serviços de saúde mental e à serviços de reabilitação (Lepnurm *et al.*, 2007).

Experiências vividas no período de formação profissional também influenciam o nível de satisfação. Tanto a especialidade escolhida quanto a sobrecarga de trabalho no período da residência médica parecem ter efeitos significativos. Em estudo realizado por Cohen e Patten (2005) com 451 médicos residentes em Alberta, Canadá, experiências de estresse, insatisfação com a profissão, intimidação e abuso de poder foram extensamente relatadas.

À semelhança dos efeitos observados em profissionais mais experientes, viu-se que a resposta dos médicos residentes ao estresse tem sido descrita na literatura como alterações depressivas do humor, *burnout*, irritabilidade e abuso de substâncias psicoativas, especialmente o álcool. Um em cada cinco residentes não escolheria a medicina como profissão se tivesse oportunidade de recomeçar sua carreira. Uma parcela significativa dos médicos homens abandonaria a profissão, quando comparados às médicas residentes (18% vs. 11%, $p < 0,02$). No conjunto, os dados são preocupantes se considerado que as médicas tendem a buscar empregos de horário parcial, devido as atribuições familiares, ocasionando esvaziamento da força de trabalho na categoria. Além disso, 14% dos respondentes mudariam a especialidade em treinamento se tivessem oportunidade (Cohen e Patten, 2005).

Na mesma direção, Goitein *et al.* (2005), ao investigarem 118 médicos residentes de Seattle, Estados Unidos, verificaram que a limitação de horas durante o programa de residência acompanhou-se de um aumento significativo na proporção do número de residentes satisfeitos com a carreira e uma diminuição significativa na proporção de estudantes com critérios para exaustão emocional. Esses achados sugerem que revisões dos programas de especialização

médica podem ser necessárias. Contudo, nesse mesmo estudo, os médicos residentes demonstraram preocupação com a possibilidade de que a redução de horas de treinamento interferisse negativamente na formação profissional.

Após o treinamento, é possível que a especialidade possa influenciar o nível de satisfação com o trabalho, havendo, entretanto, resultados discordantes sobre quais áreas estariam positivamente associadas a satisfação. Conforme citado, para Nyllenna *et al.* (2002), na Noruega, os médicos da atenção primária e os psiquiatras apresentaram os maiores índices de satisfação enquanto os internistas e anestesistas relataram os piores. Por outro lado, Taylor *et al.* (2008), na Inglaterra, investigando a satisfação com a carreira entre médicos formados em 1977, verificaram que os médicos lotados em hospitais relataram maior nível de satisfação com o trabalho do que os generalistas. Ainda na Inglaterra, Davidson *et al.* (2002), também observaram que médicos em hospitais estavam mais satisfeitos do que os generalistas. Keeton *et al.* (2007), por sua vez, ao estudarem uma amostra de 935 médicos nos Estados Unidos, não encontraram influência significativa da especialidade no nível de satisfação com o trabalho. Nesse estudo, entretanto, a taxa de resposta foi de apenas 48%.

Um outro aspecto da formação acadêmica o qual poderia associar-se à satisfação com o trabalho é progressão para o mestrado e doutorado. Estudo realizado com médicos na Croácia, um país europeu em transição econômica (Mrduljas-Dujic *et al.*, 2010), evidenciou que os médicos graduados com mestrado e doutorado estavam significativamente menos satisfeitos com seus locais de trabalho, jornada, salário e tempo disponível para férias do que outros colegas. Entretanto, esse estudo obteve uma taxa de resposta de apenas cerca de 41%.

A associação entre a satisfação com a carreira e a satisfação com o trabalho foi verificada em apenas um estudo (Wada *et al.*, 2009) e mostrou-se significativa. Estudo qualitativo realizado por Kalet *et al.* (2005) com 21 médicas americanas sugere que ter clareza quanto aos objetivos pessoais e uma percepção de controle sobre o tempo pode associar-se à satisfação com a carreira. As médicas que se descreveram como não-satisfeitas, por outro lado, enfatizaram a dificuldade de equilibrar as exigências das vidas pessoal e profissional e descreveram barreiras institucionais para desenvolvimento do seu potencial profissional. Entre as causas de insatisfação as mulheres citaram falta de suporte e falta de credibilidade. Os homens citaram características internas do trabalho (excesso de competição, falta de autonomia, excesso de pressão). Em um outro estudo qualitativo realizado também nos

Estados Unidos com objetivo de explorar fatores associados a satisfação com a carreira entre médicas cirurgiãs (Ahmadiyah *et al.*, 2010), a satisfação com a carreira foi descrita de modo semelhante por mulheres e homens. O fator mais citado pelas médicas para o sucesso foi a posse de redes sociais (família, amigos, vizinhos, e mentores e colegas de trabalho) e para os homens treinamento e remuneração.

Lepnurm *et al.* (2007) observaram que a satisfação com a carreira entre médicos generalistas do Canadá associou-se a fatores diferentes, dependendo do local de trabalho do profissional. Para os médicos que trabalhavam em pequenas cidades daquele país, a satisfação esteve ligada à capacidade de lidar com uma variedade ampla de condições clínicas, em geral sozinhos, contando porém com a colaboração efetiva de médicos nos grandes centros. Para profissionais lotados em pólos regionais a satisfação também associou-se a capacidade de lidar com o estresse, e à capacidade de manter de modo eficiente os serviços de referência. Para os médicos nos grandes centros urbanos, a satisfação associou-se à possibilidade de compartilhar o caso com colegas e ao acesso a uma ampla gama de serviços de apoio, como hospitais e centros de reabilitação.

Em outro estudo realizado no Canadá por Vanasse *et al.* (2009) para verificar as intenções de migração dos médicos generalistas pelo país ou para outro país, após avaliarem 6203 profissionais ativos, os autores observaram que a insatisfação com a vida profissional e relacionamentos profissionais, e clientela em cidades pequenas e isoladas, associaram-se à intenção de realocação.

Uma boa relação médico-paciente pode associar-se à satisfação com o trabalho. Esse efeito foi verificado por Wada *et al.* (2009) entre médicas japonesas, mas não entre os médicos. Segundo estudo realizado nos Estados Unidos por Krebs *et al.* (2006), alguns médicos, a despeito do gênero, podem apresentar características que os predisponham a frustração no relacionamento com os pacientes. Os fatores independentes associados a frustração com a relação médico-paciente foram: idade acima de 40 anos, trabalhar mais de 55 horas por semana, maior nível de estresse, praticar medicina interna em uma subespecialidade, e atender a uma população com maior número de pacientes com problemas psicossociais e de abuso de substâncias.

Ao avaliar estratégias utilizadas pelos médicos para administração do tempo, Solomon (2008) verificou que os médicos alteram o tempo das consultas de modo a poder atender as demandas dos pacientes. Esse aspecto é interessante porque o tempo disponível para consulta pode depender do volume de pacientes, que é um fator independente associado à insatisfação com o trabalho. Isso significa que o efeito de um deles pode, na verdade, expressar o poder do outro. O autor observou também que a existência de limites no tempo para consulta tem impacto negativo na satisfação geral com o trabalho.

Adicionalmente ao relacionamento com os pacientes, os médicos também parecem beneficiar-se do bom relacionamento com os colegas. Wada *et al.* (2009) encontraram associação significativa entre satisfação com o trabalho e bom relacionamento com colegas médicos. Esse efeito foi significativo apenas para os homens. O autor verificou também que um bom relacionamento com a equipe técnica, baseado em colaboração mútua, contribui para a satisfação com o trabalho. Esse último efeito, diferentemente do primeiro, foi significativo tanto para os médicos quanto para as médicas.

A sobrecarga de trabalho está associada a baixa satisfação com o trabalho. Estudos têm mostrado que o excesso de horas de trabalho e, principalmente, o excesso de plantões noturnos, associam-se à insatisfação, estresse e *burnout* (Ozyurt *et al.*, 2006; Kaur *et al.*, 2009). Quando os médicos trabalham mais de 24 horas, o cansaço resultante está associado a um aumento no risco de erros médicos graves, aumento no risco de acidentes com agulhas, acidentes automobilísticos no trajeto para casa e *burnout* (Wallace *et al.*, 2009)

Em estudo realizado com médicos turcos, Ozyurt *et al.* (2006) verificaram que os profissionais com dois ou mais períodos de férias por ano estavam significativamente mais satisfeitos. Estudo realizado por Kaur *et al.* (2009) demonstrou associação entre jornadas diárias maiores do que 8 horas e insatisfação com o trabalho.

No Brasil, estudo realizado por Campos e Malik (2008) no estado de São Paulo verificou que a rotatividade de médicos na atenção primária associou-se negativamente à satisfação com o trabalho. Em Salvador, o estudo de Nascimento-Sobrinho *et al.* (2006a), os médicos estavam submetidos a elevada sobrecarga de trabalho, excesso de plantões, múltiplas inserções de emprego e baixa remuneração. Em estudo correlato, os autores (Nascimento-Sobrinho *et al.*,

2006b) evidenciaram que as condições precárias de trabalho na mesma cidade estavam associadas a maior morbidade psiquiátrica na amostra examinada.

Quanto aos efeitos sobre a saúde relacionados a baixos níveis de satisfação com o trabalho e com a carreira, citam-se os seguintes: exaustão emocional, depressão, *burnout*, aumento da rotatividade no emprego, aposentadoria precoce e piora da qualidade do cuidado ao paciente (mudanças frequentes de profissional e baixa adesão ao tratamento) (Appleton *et al.*, 1998; Chew e Williams, 2001; Magee e Hojat, 2001; Grembowki *et al.*, 2004; Ozyurt *et al.*, 2006; Campos e Malik, 2008; Tokuda *et al.*, 2008; Vanasse *et al.*, 2009; Wallace *et al.*, 2009).

Tokuda *et al.* (2009) observaram, em estudo no Japão, que a insatisfação com o trabalho e poucas horas de sono associavam-se diretamente à saúde mental precária e *burnout*. Resultados convergentes foram obtidos por Ramirez *et al.* (1996), no Reino Unido, sugerindo que a saúde mental dos médicos poderia ser protegida dos efeitos adversos das elevadas demandas clínicas do cotidiano profissional, mantendo-se ou aumentando-se a satisfação com o trabalho. Keeton *et al.* (2007) concluíram que o *burnout* associava-se à satisfação com a carreira e que o controle da agenda e das horas de trabalho são os preditores mais importantes para equilíbrio na vida pessoal e prevenção da ocorrência de *burnout*.

Ozyurt *et al.* (2009), investigando níveis de satisfação e *burnout* em uma amostra de 596 médicos de Istambul, Turquia, verificaram que os médicos generalistas trabalhando no setor público estavam sob maior de risco de estresse e *burnout*. O autor atribuiu esse efeito ao elevado volume de atendimentos e problemas de identidade profissional.

Apesar de todos esses achados, até o momento, poucos estudos no Brasil avaliaram os fatores associados a satisfação dos médicos com o trabalho. Encontramos apenas um estudo no Brasil com foco no assunto (Campos e Malik, 2008). Os demais estudos sobre médicos no país ocupavam-se da avaliação da saúde dos sujeitos, em especial a saúde mental, e de análises descritivas do grupo (Nascimento-Sobrinho *et al.*, 2006a; Nascimento-Sobrinho *et al.*, 2006b).

A escassa literatura sobre a satisfação desses trabalhadores no Brasil e a experiência profissional do autor desempenhando a função de médico na rede pública de saúde de Belo Horizonte motivaram a presente investigação. O objetivo é conhecer os fatores associados a

satisfação dos médicos com o trabalho realizado no sistema público municipal de saúde de Belo Horizonte.

O texto está organizado em três partes. Começaremos discutindo o conceito de satisfação, o que esse conceito representa para os indivíduos, como as pessoas o utilizam no dia-a-dia e o modo como vem sendo utilizado nas pesquisas científicas. Tal delimitação conceitual é relevante porque a satisfação apresenta mais de um campo de definição (bem-estar, felicidade, satisfação global, satisfação com o trabalho, satisfação não-associada ao trabalho) e tem sido apresentada com noções diferentes para os mesmos conceitos, dificultando comparações entre os estudos. Esse cuidado aplica-se também ao domínio específico do trabalho, em que a satisfação pode ser abordada quanto ao trabalho propriamente dito e quanto à carreira, implicando distintos arcabouços teórico-metodológicos.

A primeira seção apresenta, ainda, os achados atuais relacionados à satisfação com a vida e à satisfação com o trabalho, os fatores associados a satisfação com o trabalho entre médicos e alguns modelos explicativos para o entendimento da interrelação entre esses domínios.

A segunda seção objetiva descrever os procedimentos metodológicos utilizados no estudo: definição da população estudada, descrição do método de amostragem adotado, desenvolvimento do instrumento de coleta de dados, definição das variáveis de estudo, procedimentos e condutas no trabalho de campo e a proposta para análise estatística dos dados.

A terceira seção é composta da descrição dos primeiros resultados. Nela serão apresentadas as principais características da amostra quanto aos aspectos sócio-demográficos, aspectos do trabalho e da satisfação com o trabalho.

PARTE I

A satisfação e a existência

Satisfação, bem-estar e felicidade são conceitos interrelacionados (Sternmark *et al.*, 2010) sendo desejável delimitar-se ao máximo a que se refere cada conceito.

A palavra satisfação vem do latim *satisfactionem* que expressava a ideia de “pagamento de uma dívida, reparação”. O termo parece referir-se originalmente à realização de atos ou rituais religiosos, para expiação de pecados. O seu uso com a conotação de “contentamento” foi incomum antes do século XVI (Online Etymology Dictionary).

Segundo o dicionário Michaelis online (2010), a palavra portuguesa satisfação significa atualmente “contentamento, prazer” ou a “sensação agradável que alguém sente quando as coisas correm à sua vontade ou se cumprem a seu contento”.

Os conceitos de “bem-estar” e “felicidade”, por sua vez, são construtos subjetivos amplos, apresentando dois componentes: um afetivo (emocional) e outro cognitivo (de julgamento). A frequência com que um indivíduo relata uma experiência como positiva ou negativa compõe o aspecto afetivo do bem-estar/felicidade. O componente cognitivo dos referidos construtos constitui a noção de satisfação com a vida (Diener *et al.*, 1999 *apud* Sousa e Lyumbomirsky, 2001).

Na obra de Freud encontra-se uma reflexão bastante desenvolvida sobre a satisfação dos instintos, na concepção psicanalítica do termo, enquanto condição essencial para o bem-estar e/ou felicidade, visto que os indivíduos são orientados pelo princípio do prazer. De acordo com a psicanálise, o sofrimento surge quando o mundo deixa de satisfazer as necessidades dos indivíduos (Freud, 1930; 1997).

Para Freud, o sofrimento pode ser infligido a uma pessoa a partir de três fontes: o próprio corpo, cuja decadência é progressiva; o mundo externo, sobre o qual não se pode ter controle e, eventualmente, incide destrutivamente sobre o indivíduo; e o relacionamento com outros seres humanos. Como alternativa para lidar com essas pressões, os seres humanos, de modo geral, se conformaram a uma maneira mais moderada de reivindicar sua felicidade, colocando o princípio do prazer de lado e considerando que um homem possa ser feliz simplesmente por ter escapado à infelicidade ou porque tenha sobrevivido ao sofrimento. A substituição do

princípio do prazer pela tarefa de evitar o sofrimento caracterizaria, sob esse paradigma, o princípio da realidade. Entretanto, para Freud, nem a satisfação plena pode ser atingida nem o caminho até a satisfação pode ser trilhado com segurança (Freud, 1930;1997).

A satisfação de um indivíduo com a vida implica, portanto, um contentamento ou aceitação pelo indivíduo das condições de sua existência e associa-se à maneira como ele percebe a realização ou não-realização daquilo que deseja ou necessita. Desse modo, a satisfação seria uma medida subjetiva da qualidade de vida de um indivíduo, computada pela diferença entre o “que se tem” e “o que se deseja” (Sousa e Lyumbomirsky, 2001).

Segundo Helliwell e Putnam (2004), o bem-estar humano tem sido abordado com razoável confiabilidade tanto através do conceito de “felicidade” (*happiness*) quanto do conceito de “satisfação” (*life satisfaction*). Contudo, parece que auto-avaliações de “felicidade” tendem a refletir situações recentes ou de curta duração, sendo mais suscetíveis a variações do humor, ao passo que medidas de “satisfação” tendem a avaliar condições de longa duração, com alguma estabilidade ao longo da vida do indivíduo.

Em estudo transversal realizado pelos autores citados, após avaliação de uma amostra de cerca de 12.5000 indivíduos, foram identificadas diferenças quanto aos fatores associados à “satisfação” e “felicidade”. As pessoas mais idosas, por exemplo, tendem a exibir níveis muito mais elevados de satisfação com a vida do que de felicidade. Os resultados citados seriam esperados, uma vez que a satisfação é uma avaliação da conquista dos objetivos e realizações ao longo da vida, ao passo que a percepção de felicidade parece mais suscetível às alterações da saúde e limitações que podem surgir na senescência.

A religião também pode ser um determinante das impressões que os sujeitos têm de suas próprias vidas. Entre os sujeitos que relataram a importância e o valor de Deus em suas vidas foram encontrados níveis elevados de percepção tanto de felicidade quanto de satisfação com a vida, sendo o efeito mais marcante para o último. Vale ressaltar que tanto as medidas de satisfação quanto de felicidade declaradas pelos sujeitos parecem refletir de modo consistente os resultados derivados de observações externas (amigos, parentes) e observações do comportamento desses indivíduos.

Supõe-se existir uma medida global de satisfação que seria elaborada pelos indivíduos tendo em vista as principais dimensões (encaradas enquanto domínios nas estratégias quantitativas de pesquisa) da vida, em especial o trabalho, as relações sociais, a saúde e o lazer. Dados empíricos sugerem que estes domínios respondem por cerca de 50% da variância do nível global de satisfação, sendo que os 50% restantes seriam atribuídos a fatores individuais e erros nas medidas. Há indícios de que esse domínios se relacionam de modo aditivo, e há pouca evidência de interação entre eles (Rode, 2004).

A satisfação e os aspectos não associados ao trabalho

Pesquisas têm encontrado diversos aspectos da vida diária, não ligados diretamente ao trabalho, associados à satisfação. Esses fatores contribuem para o que se tem chamado de “satisfação não associada ao trabalho” e podem ser classificados em dois grupos: os aspectos sociais (*background* cultural, casamento, educação, desemprego, religião e suporte social – família, amigos) e os aspectos individuais (saúde física e mental, fatores genéticos e traços de personalidade, como otimismo e auto-estima) (Myers, 2000; Sousa e Lyumbomirsky, 2001; Rode, 2004; Helliwell e Putnam, 2004; Clark, 2009).

A seguir, discutiremos separadamente os dois grupos, procurando exemplificar suas relações com a satisfação a partir de achados recentes da literatura.

1. Aspectos sociais:

Seria natural perguntar se os atributos da satisfação variam de acordo com diferentes grupamentos humanos. Apesar das diferenças culturais, segundo Sousa e Lyumbomirsky (2001), o conceito de satisfação com a vida é razoavelmente constante, sendo possível comparar os índices de satisfação entre os povos. Indivíduos de diferentes localidades ao redor do mundo compreendem e distinguem de modo semelhante conceitos abstratos como “felicidade”, “satisfação com a vida”, “melhor vida possível” e “pior vida possível”.

Pequenas diferenças nos níveis de satisfação, entretanto, podem ser observadas. Os indivíduos de culturas individualistas (por exemplo, Estados Unidos e Inglaterra) relataram níveis mais elevados de satisfação quando comparados aos indivíduos de culturas coletivistas (por exemplo, China e Índia) (Sousa e Lyumbomirsky, 2001). Achados de Eunkook Suh *et al.*

(1998) sugerem que indivíduos de culturas individualistas e coletivistas avaliam seus níveis de satisfação com a vida a partir de crenças distintas entre si. Os indivíduos de culturas individualistas tendem a basear seu julgamento em experiências emocionais (como expresso pela pergunta, “Sinto-me frequentemente feliz ou contente?”), enquanto indivíduos em culturas coletivistas fundamentam suas avaliações a partir de normas culturais (como expresso pela pergunta “É esperado que eu me sinta satisfeito?”). O nível de satisfação com a vida também é mais elevado em povos cujas culturas caracterizam-se por maior igualdade sexual, maior liberdade política e maior aceitação de diferenças (por exemplo, sexo, orientação sexual, idade e etnia) (Sousa e Lyumbomirsky, 2001).

As relações sociais de laços familiares, de amizade ou de trabalho, designam o capital social e também influenciam os níveis de satisfação. A expressão capital social diz respeito a um conjunto de recursos reais e potenciais associados a posse de redes de relacionamentos caracterizadas pelo reconhecimento e suporte mútuo, e que proveem aos seus membros credibilidade e aceitação (Ommen *et al.*, 2009). Pessoas que possuem amigos íntimos, vizinhos amigáveis e colegas têm menor probabilidade de experimentar solidão, baixa-estima e distúrbios de sono e da alimentação. Estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá demonstraram que o contato frequente com amigos e vizinhos também associava-se a índices mais elevados de satisfação. Uma pesquisa demonstrou que participantes capazes de listar cinco ou mais amigos eram mais felizes do que aqueles cuja lista de amigos era muito restrita ou inexistente (Sousa e Lyumbomirsky, 2001; Helliwell e Putnam, 2004). Além disso, verificou-se que o casamento tem um efeito sobre a satisfação equivalente a quadruplicar a renda anual, enquanto atividades sociais como encontros mensais em clubes e trabalho voluntário equivalem ao efeito de duplicar a renda (Helliwell e Putnam, 2004).

O casamento é outro aspecto que influencia a satisfação com a vida. Segundo Myers (2000), os indivíduos casados relatam maior nível de satisfação do que os solteiros ou divorciados, e estes, por sua vez, relatam maior nível de satisfação do que os “mal” casados. Quando os cônjuges são tomados separadamente, é possível que o casamento contribua diferentemente para a felicidade de homens e mulheres. Esse fenômeno pode ser explicado pela diferença nas atribuições das tarefas domésticas de acordo com o sexo. Sabe-se que a equidade doméstica é um preditor de felicidade matrimonial. Entretanto, esse último efeito não foi observado por Helliwell e Putnam (2004).

A educação aparece nos estudos como uma variável associada a elevados níveis de satisfação. Entretanto, quando controlada pela renda e ocupação, parece não exercer efeito positivo direto sobre o bem-estar subjetivo. É possível que a educação tenha um efeito modulador sobre saúde e nível de emprego, fatores que influenciariam diretamente a satisfação. Alguns indícios sugerem que a educação possa ter um efeito mais pronunciado sobre a satisfação com a vida entre os indivíduos socialmente desfavorecidos. Em situações onde a educação não é um bem de acesso universal, como para mulheres de algumas culturas pobres, o acesso a esse bem tende a ser mais apreciado e valorizado do que em povos em que liberdade de acesso é inquestionável. Adicionalmente, o número de anos na escola garante acesso a empregos mais qualificados com conseqüente aumento na renda. Por outro lado, os indivíduos com os níveis educacionais mais altos nos países ricos parecem levemente menos satisfeitos do que a população em geral, o que pode ser secundário a expectativas mais elevadas ou a uma maior consciência sobre as limitações gerais de suas vidas (Sousa e Lyumbomirsky, 2001; Heliwell e Putnam, 2004).

A situação de emprego, isto é, se o indivíduo está empregado ou não, influencia fortemente a satisfação com a vida, a despeito da renda (Sousa e Lyumbomirsky, 2001). Estudo realizado na Europa com cerca de 30.000 indivíduos mostrou que não ter um emprego, quando se quer trabalhar, permanece como uma das principais fontes de baixo índice de bem-estar (Clark, 2009).

A perda do emprego associa-se significativamente a um baixo nível de satisfação. Segundo Helliwell e Putnam (2004) o impacto do desemprego é maior do que o imputado somente à diminuição da renda, sugerindo que a perda da rede social relacionada ao trabalho, a angústia que a situação provoca no equilíbrio familiar e a diminuição da auto-estima contribuem significativamente para a diminuição do bem-estar.

Ainda sobre o desemprego, segundo Clark (2009), merece destaque o contexto social no qual o indivíduo se torna desempregado. O efeito negativo é mais pronunciado para o indivíduo que perde o emprego numa sociedade na qual o desemprego é baixo, do que naquele que perde o emprego numa sociedade com elevados índices de desemprego. Esse achado é coerente com a discussão de Myers (2000), de que o bem-estar associa-se à percepção do indivíduo de que ele tem recursos, ao comparar-se com o seu próximo. Esse efeito também fica evidente no próprio estudo de Clark (2009), ao observar-se que o nível de satisfação de

um indivíduo é mais baixo se ele fica desempregado e o cônjuge não, quando comparado ao nível de satisfação dos indivíduos quando ambos os parceiros de um mesmo casal encontram-se desempregados.

A renda também exerce efeito na percepção de bem-estar. Segundo Helliwell e Putnam (2004), para os mais pobres, o aumento da renda associa-se ao aumento da satisfação. No entanto, o efeito não se reproduz nas sociedades onde as necessidades básicas de educação, saúde e lazer foram supridas, pois o aumento na renda parece não gerar aumentos significativos no nível de satisfação nesses casos. Esse efeito também foi observado por Myers (2000). Em um estudo, citando Inglehart (1997), Myers observa que o índice subjetivo de bem-estar para países como Brasil, Argentina e México, com PIB *per-capita* de US\$ 3000,00, é semelhante ao índice da Alemanha oriental (PIB *per-capita*: US\$ 9.500,00) e Japão (PIB *per-capita* US\$ 27.000,00).

Outro possível mecanismo para explicar a influência da renda sobre os níveis de satisfação seria o conceito de renda relativa. De acordo com esse conceito, mais do que possuir grandes valores absolutos de renda, possuir recursos quando o vizinho não os têm contribuiria para uma percepção positiva de satisfação com a vida (Helliwell e Putnam, 2004).

Finalmente, a fé, ou religião, parece estar associada a níveis levemente aumentados de satisfação. Nesse caso, é possível separar os indivíduos que “têm forte crença em Deus” daqueles que “frequentam regularmente a igreja”, indicando mecanismos diferenciados na associação religião e bem-estar. Diversas hipóteses foram levantadas para explicar esse efeito. A primeira anuncia a facilidade e eficiência das redes de suporte social nos grupos religiosos. A segunda explicação diz respeito ao sentido, propósito ou significado para a vida que a religião proporcionaria, com indiscutível impacto sobre o bem-estar (Myers, 2000; Helliwell e Putnam, 2004).

2. Aspectos individuais:

As características individuais de gênero, idade, saúde e personalidade podem, conforme relatado, contribuir para até 50% da variância da satisfação em alguns estudos. Entretanto, o efeito dessas características de personalidade e da satisfação não-associada ao trabalho sobre a

relação da satisfação com o trabalho e satisfação global com a vida não foi completamente esclarecido (Rode, 2004).

Quanto à idade, discutida anteriormente, vale acrescentar algumas considerações. Estudos têm demonstrado que o nível de satisfação com a vida se mantém razoavelmente constante com o envelhecimento. Esse efeito pode ser parcialmente explicado pela capacidade de adaptação dos indivíduos aos efeitos da senescência e às experiências pelas quais passaram ao longo de suas vidas. Sabe-se que as pessoas mais velhas manifestam uma discrepância menor entre a percepção real e ideal que têm sobre si mesmos, quando comparados aos mais jovens. Com o passar dos anos, é possível que os indivíduos revisem seus objetivos de vida de modo a acomodá-los às suas reais circunstâncias. Por exemplo, uma mulher que desejava o casamento, mas que permaneceu solteira, ao longo do tempo poderia elaborar que ser solteira era na verdade preferível ou mais vantajoso, por permitir maior dedicação à carreira profissional. Essa elaboração serviria para diminuir a discrepância entre seu ideal e sua vida real, contribuindo para o aumento da satisfação. Esse processo de adaptação é chamado enfrentamento acomodativo e ajuda na manutenção de níveis mais elevados de satisfação (Sousa e Lyumbomirsky, 2001).

Com respeito à influência do gênero na satisfação, dados da literatura demonstram que as mulheres reportam paradoxalmente tanto taxas mais altas de depressão quanto níveis mais altos de bem-estar. Entretanto, o gênero não parece estar associado ao nível de satisfação com a vida em diversos estudos, apresentando pequenas diferenças de acordo com o país avaliado. As variações parecem moduladas por diferentes percepções que homens e mulheres têm do próprio estado de saúde, da crença em Deus e da visão do governo. Esses achados podem também ser parcialmente explicados considerando-se a influência do afeto nas experiências de homens e mulheres. As últimas tendem a experimentar as emoções – tanto positivas quanto negativas – de modo mais frequente e mais extremo do que os homens. Desse modo, as medidas de depressão e bem-estar subjetivo, que comportam um importante componente afetivo, tendem a apresentar variações mais amplas no sexo feminino. Por outro lado, a satisfação com a vida varia pouco de acordo com o gênero porque é uma construção predominantemente cognitiva (Sousa e Lyumbomirsky, 2001; Helliwell e Putnam, 2004).

Finalmente, a satisfação com a vida pode ser influenciada por características da personalidade. Traços como empatia, extroversão e auto-estima têm sido associados à

satisfação. As crenças dos indivíduos podem afetar a percepção que eles têm tanto de eventos objetivos do dia-a-dia quanto das normas pelas quais esses eventos são avaliados influenciando, desse modo, o julgamento da satisfação. Indivíduos que acreditam em si mesmos fundamentalmente como incapazes ou incompetentes, por exemplo, podem apresentar níveis mais baixos de satisfação num determinado conjunto de condições de trabalho. Isso ocorreria porque essas pessoas acreditam que sua incompetência as levará a uma subsequente incapacidade de responder às expectativas postas sobre elas (Rode, 2004).

A satisfação, os médicos e o trabalho

O trabalho é um elemento fundamental para o bem-estar individual e social daqueles que desejam trabalhar (Clark, 2009). Para Borsoi (2007), os indivíduos nascem atualmente num contexto em que o trabalho é a base da sobrevivência do grupo, de modo que, quando um indivíduo ingressa no mundo do trabalho, passa a organizar sua vida em função das demandas da produção.

Conforme já mencionado, a satisfação com o trabalho é um construto psicológico complexo, sujeito a influências internas e externas ao ambiente de trabalho (Wanous *et al.*, 1997; Martinez *et al.*, 2004). Pode ser entendida como uma atitude global positiva ou negativa que o indivíduo tem em relação ao seu trabalho, quando considerados os recursos disponíveis para o trabalho, as demandas e duração da jornada, o relacionamento com os colegas, e suas interrelações (Ommen *et al.*, 2009). De acordo com referencial adotado por Martinez *et al.* (2004), os elementos causais da satisfação com o trabalho estão relacionados ao próprio trabalho, seu conteúdo, organização, oportunidades e demandas, e caracterizam os aspectos psicossociais do trabalho.

A despeito da definição apresentada, entretanto, a satisfação com o trabalho tem sido abordada utilizando-se de diferentes arcabouços teórico-metodológicos, dificultando a comparação e análise dos resultados. No caso da satisfação com o trabalho entre médicos, por exemplo, há estudos estruturados em torno da avaliação da satisfação com o trabalho, propriamente dita (Nyllenna *et al.*, 2005; Ozyurt *et al.*, 2006; Tokuda *et al.*, 2008; Wada *et al.*, 2009), outros estruturados em torno da avaliação da satisfação com a carreira (Kalet *et al.*, 2005; Harms *et al.*, 2005; Lepnurm *et al.*, 2007; Vanasse *et al.*, 2009), e há aqueles estudos que, embora avaliem fatores associados ao trabalho, descrevem níveis globais de satisfação

com a vida (Goitein *et al.*, 2005; Cohen e Patten, 2005; Murfett e Charman, 2006; Lovell *et al.*, 2009), conforme descrito anteriormente.

Na revisão realizada neste estudo, não foram encontradas pesquisas sobre a comparabilidade das medidas de satisfação utilizando os conceitos “satisfação com o trabalho”, “satisfação com a carreira” e “satisfação profissional”. Em apenas um dos estudos revisados (Wada *et al.*, 2009), os conceitos “satisfação com o trabalho” e “satisfação com a carreira” foram formalmente usados de modo distinto e avaliados quanto a sua interrelação. Uma associação significativa foi encontrada entre eles.

A fim de guiar as análises e resultados futuros, optou-se neste estudo por utilizar o conceito de satisfação com o trabalho, entendendo seu caráter multidimensional e a dificuldade analítica de determinar as fronteiras entre seus múltiplos determinantes e suas diversas dimensões. Os argumentos para escolha assim definida serão apresentados a seguir.

Existe mais de uma hipótese sobre como a satisfação com o trabalho se relaciona com a satisfação global com a vida (Rode, 2004). A primeira hipótese sugere que a satisfação com o trabalho tenha uma influência eventual sobre a satisfação global, porque seria parte desse construto. Sob tal perspectiva, o conceito de satisfação global com a vida pode ser entendido, em parte, como o resultado aditivo da satisfação com várias dimensões da vida, tais como a saúde, a família e o trabalho. Nesse modelo, a satisfação com o trabalho é parte integrante da satisfação com a vida e contribuiria positiva ou negativamente para a experiência global de satisfação do indivíduo.

Uma segunda hipótese sugere que a satisfação global com a vida relaciona-se com a satisfação obtida do trabalho de modo vertical, ou seja, atuando “de cima para baixo”, a primeira influenciando, numa linearidade causal, a segunda. Desse modo, uma atitude positiva diante da vida, por exemplo, predisporia a uma percepção positiva do ambiente e das condições de trabalho. Vale mencionar, entretanto, que o efeito inverso, de influência da satisfação com o trabalho sobre a satisfação global, seria mínimo (Rode, 2004).

A terceira hipótese, por sua vez, pressupõe que a relação entre a satisfação global com a vida e a satisfação com o trabalho seria irreal, espúria, resultando na verdade de influências individuais, sociais e ambientais – como características da personalidade, a renda e o estado

de saúde – comuns a ambas as dimensões da satisfação. Nesse modelo, seria preponderante o conjunto das auto-avaliações básicas dos indivíduos, as quais correspondem a percepções fundamentais que as pessoas têm acerca de si mesmas e de suas capacidades. A maneira de operar as auto-avaliações influenciaria simultaneamente tanto a satisfação com o trabalho quanto a satisfação global com a vida, confundindo os resultados (Rode, 2004).

Em estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos, com uma amostra de 89 adultos trabalhadores, verificou-se que a satisfação com o trabalho associava-se às características das auto-avaliações básicas do indivíduo. Notadamente, Rode (2004) também relata que, contrariando outros estudos, uma associação entre satisfação com o trabalho e satisfação global com a vida não foi encontrada, sugerindo que ambas podem realmente ser influenciadas por um terceiro fator (auto-avaliações básicas do indivíduo e satisfação não associada ao trabalho), e podem não influenciar uma à outra.

Rode (2004) propôs um modelo de interação entre satisfação global com a vida, satisfação com o trabalho e seus possíveis fatores determinantes (figura 1). Assumiremos nessa pesquisa que o construto proposto pelo autor aplica-se, em termos gerais, aos médicos, e que as particularidades da profissão podem ser razoavelmente acomodadas às linhas gerais do modelo.

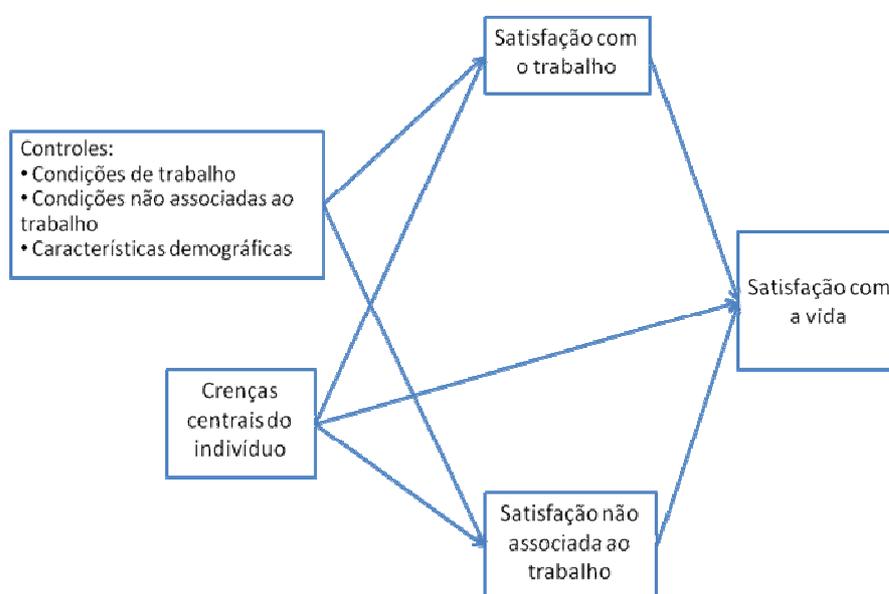


Figura. 1 – Modelo Hipotético proposto por Rode (2004) para interação de domínios da vida sobre o nível de satisfação.

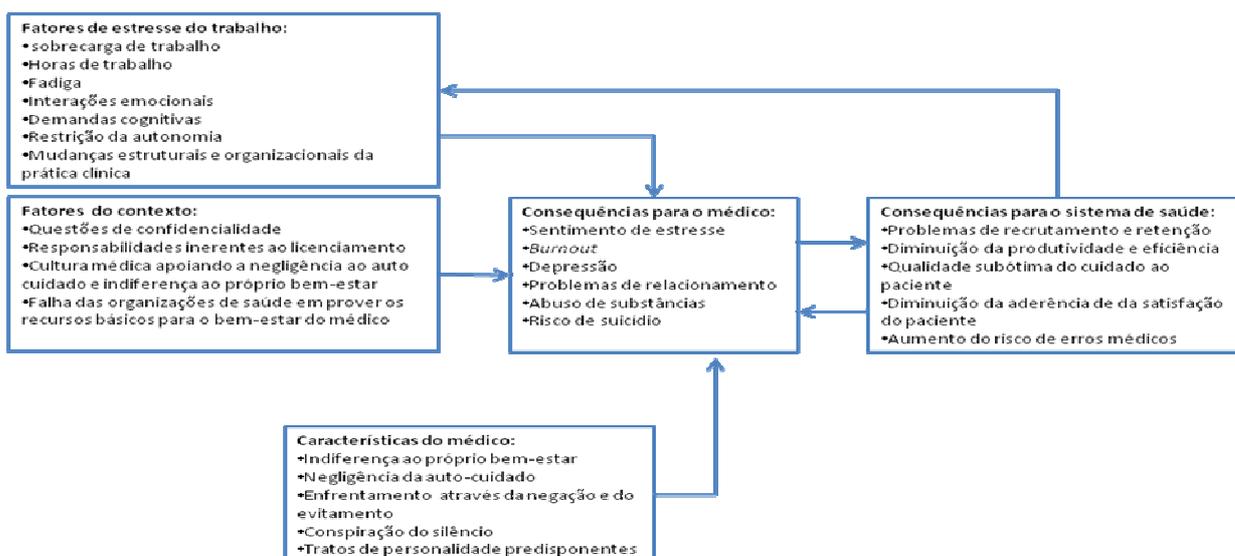
Ao considerar investigações sobre médicos, é válido lembrar que estes são profissionais altamente qualificados, em geral com treinamento de longa duração e elevado custo social e financeiro (Misra-Hebert *et al.*, 2004). O médicos representam peças-chave para o funcionamento dos atuais sistemas de saúde, tendo responsabilidade central no diagnóstico e tratamento dos pacientes e influência no desempenho desses serviços (Wallace *et al.*, 2009).

Conforme já mencionado, as condições de trabalho dos médicos podem apresentar diversas facetas de precarização e de risco, com consequências negativas sobre a saúde dos profissionais. A relação entre as condições de trabalho e o bem-estar e a satisfação do médico, por sua vez, podem ser verificados em estudos das características individuais, sociais e de trabalho desses profissionais.

A satisfação global com a vida associa-se, por exemplo, à percepção de equilíbrio na relação trabalho/vida pessoal, situação conjugal e área de atuação na medicina (Murfett e Charman, 2006; Lovell *et al.*, 2009). A satisfação com o trabalho, por sua vez, pode estar associada a múltiplos fatores tais como: a escolha da medicina por opção própria – e não por pressão familiar; a natureza do emprego – se público ou privado; a extensão da jornada de trabalho; a percepção do salário como adequado; a disponibilidade de recursos adequados no local de trabalho; o nível elevado de satisfação com a carreira; bom relacionamento com os colegas médicos e com a equipe técnica; bom relacionamento com os pacientes; uma saúde mental equilibrada e a origem étnica (Davidson *et al.*, 2002; Glymour *et al.*, 2004; Ozyurt *et al.*, 2006; Tokuda *et al.*, 2008; Kaur *et al.*, 2009; Wada *et al.*, 2009)

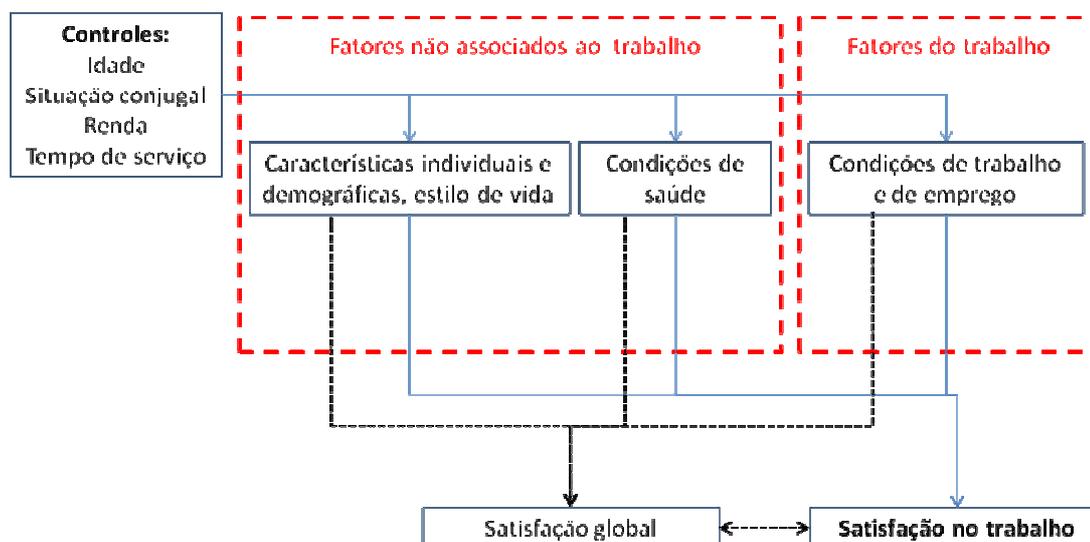
Uma tentativa de sistematizar esses múltiplos fatores associados ao bem-estar, à saúde e ao desempenho profissional dos médicos, bem como suas interrelações, foi proposta por Wallace *et al.* (2009) (figura 2) e descreve de um modo particularizado a essa categoria alguns dos domínios determinantes da satisfação propostos por Rode (2004).

Figura 2. Interrelações entre condições de trabalho, saúde e resultados em saúde, segundo Wallace *et al.*, (2009) – Adaptado.



Finalmente, tendo em vista os argumentos discutidos até o momento nesta revisão, compreende-se a complexidade do estudo da satisfação com o trabalho no âmbito da categoria médica. Se por um lado esses profissionais estão submetidos a fatores socio-culturais determinantes do bem-estar comuns a todos indivíduos, por outro estão sujeitos e são confrontados por características próprias da profissão médica. Com objetivo de orientar a investigação dos referidos fatores e suas interrelações com a satisfação obtida do trabalho entre médicos, um diagrama foi construído para sumarizar o contexto desta pesquisa e será utilizado para guiar a análise dos resultados obtidos.

Figura 3 – Modelo hipotético de interação entre a satisfação com o trabalho e seus fatores explicativos.



PARTE II

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Avaliar os fatores associados a satisfação com o trabalho dos médicos da rede pública municipal de Belo Horizonte.

Objetivos específicos:

- Identificar a prevalência de satisfação com o trabalho numa amostra de médicos da rede pública municipal de Belo Horizonte;
- Examinar as associações entre satisfação com o trabalho e as seguintes características: satisfação global, características individuais e demográficas; estilo de vida e condição de saúde; condições de trabalho e emprego;
- Examinar as associações entre satisfação com o trabalho e os aspectos psicossociais do trabalho.

METODOLOGIA

Desenho do estudo, população e amostragem

Este estudo foi conduzido no período de setembro de 2008 a janeiro de 2009 no setor público de saúde do município de Belo Horizonte (MG), Brasil. À época do estudo, esse setor totalizava cerca de 13.602 funcionários, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, funcionários administrativos e de gerência, dentre outros.

Trata-se de um estudo de corte transversal. O acesso à lista disponível no departamento de recursos humanos permitiu identificar a distribuição dos sujeitos. A composição percentual da amostra foi realizada tomando-se em conta o número e a proporção de trabalhadores por região do município e segmento no setor saúde: a) profissionais de unidades básicas de saúde, b) profissionais de unidades de referência e urgência, c) gerências distritais.

Foram considerados elegíveis todos os profissionais vinculados ao serviço público municipal de saúde, independente do vínculo empregatício (permanente, temporário, estágio), em efetivo exercício profissional na unidade sorteada. Os indivíduos que compuseram a amostra foram sorteados por procedimento aleatório. Aqueles que não se encontravam no serviço por motivo de férias, transferência, aposentadoria ou morte foram substituídos respeitando a função ou cargo, segmento (nível de assistência) e região.

Para a seleção dos trabalhadores da saúde a serem estudados, realizou-se uma amostragem por estratificada por área geográfica e por nível de complexidade. O procedimento de seleção dos profissionais foi conduzido em múltiplas etapas:

- Identificação da distribuição do número de trabalhadores por regional;
- Definição das estimativas dos eventos de interesse para o estudo;
- Cálculo da amostra segundo os parâmetros estabelecidos (que serão detalhados a seguir);
- Composição percentual da amostra segundo o número de trabalhadores em cada regional;
- Composição percentual da amostra segundo os três níveis de complexidade dos serviços consideradas (atenção básica, unidades de urgência/emergência e gerências);
- Composição percentual da amostra, em cada nível de complexidade, segundo o número de trabalhadores e segundo os grupos profissionais definidos no estudo (Tabela 1). Foram constituídos 11 grupos ocupacionais segundo a equivalência entre os cargos da Prefeitura de Belo Horizonte e as ocupações em saúde sugeridas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009); e
- Sorteio, por procedimento aleatório, dos trabalhadores a serem entrevistados por nível de complexidade e grupo profissional em cada regional.

Para o cálculo amostral foram considerados o universo de 13.602 trabalhadores da saúde, um nível de confiança de 95%, uma precisão de 3% e proporção esperada de 34,2% para o evento de interesse de maior prevalência na população estudada (no caso a exposição a riscos biológicos, cuja ocorrência varia de 34,2% a 79%). Considerando-se o efeito de desenho de estudo de 1,5, estimou-se a amostra de 1.495 trabalhadores; acrescidos mais 20% para compensar possíveis perdas. Finalmente, o número amostral calculado foi 1.794 trabalhadores.

Um total de 1808 indivíduos participou do estudo. Apenas 23 sorteados que se encontravam na ativa se recusaram a participar. O sucesso na obtenção da taxa de resposta pode ser atribuído à estratégia da coleta que buscou: a) sensibilizar os gerentes locais que foram mobilizados exclusivamente para apresentação da pesquisa, b) retornar para encontrar o profissional sorteado em seu ambiente de trabalho quando o mesmo estava ausente ou, apesar de presente, não estava disponível para a entrevista, e c) treinar e supervisionar devidamente os entrevistadores (todos acadêmicos ou graduados na área da saúde). Adicionalmente, o tema relacionado às condições de trabalho e saúde mostrou-se relevante para a administração central e, fundamentalmente, para os sujeitos, conforme explicitado por eles durante o trabalho de campo.

Quadro 1 – Equivalência entre os cargos da Prefeitura de Belo Horizonte e a Organização Mundial de Saúde

Código OMS	Descrição OMS	Código PBH	Descrição PBH
10	Médicos	26	Médico
20	Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem	10, 17, 39	Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem
30	Dentistas e Técnicos da Odontologia	9, 34,40, 45	Auxiliar de Consultório Dentário, Odontólogo, Técnico de Higiene Dental, Técnico de Prótese Dentária
50	Bioquímicos e Técnicos de Laboratório	11, 20, 46, 41	Farmacêutico, Técnico de Radiologia, Técnico de Laboratório, Auxiliar de Laboratório
60	Profissionais de Nível Superior e Médio envolvidos com a Vigilância	3, 14, 18, 21, 22,50	Agente Sanitário, Biólogo, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Fiscal de Nível Superior, Fiscal Sanitário, Veterinário
70	Agentes Comunitários	8, 54	Agente Comunitário de Saúde, Assistente Social
80	Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e afins	6, 23, 24, 33, 37, 44, 49	Terapeuta Ocupacional, Técnico Optica, Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Artista Plástico
90	91 - Profissionais de Nível Superior	43	Técnico de Nível Superior
	92 - Profissionais de Nível Médio	4, 42, 47	Agente Serviço de Saúde, Técnico de Serviço Saúde
	93 - Administrativos, Serviços Gerais e Outros	1, 2, 5, 7, 12, 13, 15, 16, 19, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 48, 51,52	Administrador, Administrativo, Agente de Serviço de Saúde, Ajudante de Serviço Operacional, Ascensorista, Auxiliar de Serviço Administrativo, Auxiliar de Serviços Gerais, Estagiário, Limpeza, Motorista, Agente Portaria M/S, Agente Vigilância M/S, Office Boy, Oficial de Serviços, Técnico de Contabilidade, Técnico de Nível Médio, Telefonista, Vigilância/Portaria, Outros
100	Gerentes	53	Gerentes

Uma amostra de 237 médicos integrou a população do estudo. Apenas 3 profissionais optaram por não participar do inquérito e foram considerados perdas, conforme explicitado anteriormente. A taxa de resposta para esse grupo foi de 98,7%.

Figura 4. Número de recusas por regional do município de Belo Horizonte



<i>Distrito</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Recusas</i>	<i>%Recusas</i>
Barreiro	23	9,96	0	0.00
Centro-sul	19	8,23	0	0.00
Leste	42	18,18	0	0.00
Nordeste	21	9,09	0	0.00
Noroeste	29	12,55	1	3.45
Norte	23	9,96	0	0.00
Oeste	33	14,29	1	3.03
Pampulha	14	6,06	0	0.00
Venda nova	27	11,69	1	3.70
Total	231	100,00	3	1.30

Considerações éticas

Termo de consentimento livre e esclarecido foi requerido de todos os participantes do estudo. Esse projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (542/07) e da Prefeitura de Belo Horizonte (054/06), Minas Gerais, Brasil.

Coleta dos dados

Um estudo piloto foi realizado em unidades de saúde, as quais, por essa razão, foram excluídas do sorteio. Após a avaliação da primeira versão do questionário, testada principalmente quanto ao tempo de resposta, nível de dúvidas esboçadas pelos respondentes e questões elaboradas pela própria equipe de campo, ajustes foram introduzidos sem alterações daquelas questões pertinentes aos instrumentos já validados. Ao final, o questionário se constituiu de questões fechadas e semi-estruturadas auto-aplicáveis.

O questionário final foi organizado em 8 blocos, a saber: 1. Identificação geral; 2. Informações gerais sobre o trabalho; 3. Características do ambiente de trabalho; 4. Características psicossociais do trabalho; 5. Atividades domésticas e hábitos de vida; 6. Qualidade de vida; 7. Aspectos relacionados à saúde; 8. Atos de violência – vitimização.

O preenchimento do questionário foi conduzido por um entrevistador devidamente treinado, o qual se dirigiu à unidade do participante após contato e confirmação da presença do entrevistado junto à gerência do setor. Os profissionais ausentes no dia da entrevista foram convidados a participar em uma data subsequente conforme sua conveniência.

Considerações sobre o instrumento de pesquisa

A satisfação com o trabalho é um evento de natureza multicausal, portanto, traz dilemas quando o objetivo é definir como, e qual o melhor método para, realizar sua medida. Seguindo Ommen *et al.* (2009), optamos nesse estudo por avaliar o nível de satisfação através de uma única pergunta. Para o autor, a avaliação por meio de uma única questão apresenta vantagens quanto à custo-efetividade, em relação às medidas multidimensionais (mais de uma pergunta), além de não apresentar prejuízo na qualidade da estimativa em relação às medidas multi-itens de satisfação.

Uma ressalva deve ser feita. Diz respeito à baixa confiabilidade da medida por meio de um único item quando se trata da avaliação de variáveis psicométricas. Para contornar esse problema, Wanous *et al.* (1997) realizaram metanálise para verificar a confiabilidade de questões de um item para estudo de satisfação geral com o trabalho.

Os resultados foram esclarecedores: a) Existe correlação entre medidas de satisfação através de questões simples e questionários multi-itens, no caso particular da satisfação geral com o trabalho; b) Não foram observadas diferenças significativas nas estimativas de satisfação ao compararem-se estudos que utilizaram questões de um item. Entretanto, nos estudos que utilizaram avaliações multidimensionais as estimativas de satisfação variaram significativamente. Isso pode sugerir que medidas da satisfação global com o trabalho tomadas a partir de um item sejam mais robustas do que aquelas aferidas por modelos multi-itens, sofrendo menos influência de fatores não controláveis. Adicionalmente, a mensuração através de um único item pode ser mais sensível a mudanças no nível de satisfação ao longo do tempo.

Para avaliar a qualidade de vida, quatro questões selecionadas do instrumento WHOQOL-bref foram utilizadas. Esse instrumento foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da

OMS e avalia a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida através de 26 questões, tomando como referência as duas semanas anteriores à data de preenchimento do questionário (Fleck *et al.*, 2000). Utilizando-se de uma escala que varia de 1 a 5 (de muito ruim – muito insatisfeito à muito boa – muito satisfeito), cada questão avalia um aspecto da satisfação com a vida, conforme explicitado no quadro abaixo:

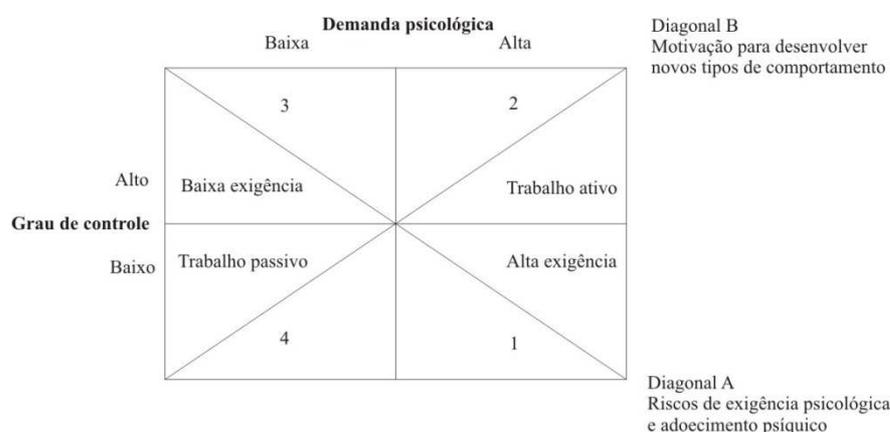
Quadro 2 – Questões extraídas do WHOQOL-bref e o aspecto avaliado.

Questões	Domínio avaliado
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Satisfação global com a vida
Quão satisfeito você está com sua capacidade de trabalho?	Meio ambiente
Quão satisfeito você está com suas relações pessoais?	Meio ambiente
Quão satisfeito você está consigo mesmo?	Meio ambiente

O *Job Content Questionnaire – JCQ*, traduzido como Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho, tem como finalidade permitir a mensuração de características psicossociais do trabalho (Araújo *et al.*, 2003). Neste estudo, utilizou-se a versão traduzida para o português e recentemente validada por Araújo e Karasek (2008).

Dentre as dimensões psicossociais do trabalho avaliadas pelo JCQ, as mais utilizadas são: o controle sobre o trabalho, a demanda psicológica, a demanda física e o apoio social recebido dos colegas e da chefia. Sua análise é baseada na construção de um diagrama sobre os eixos demanda psicológica e controle do trabalho. Quatro situações de trabalho são possíveis: baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle) (Araújo *et al.*, 2003).

Figura 5 – Modelo demanda e controle



Para estudar a condição de saúde mental dos profissionais optou-se pelo *Self Report Questionnaire* - SRQ-20. Este questionário, desenvolvido no início da década de 1980 para estudar a presença de transtornos mentais comuns (TMC) em populações do terceiro mundo, apresentou resultados comparáveis aos do *General Health Questionnaire* (GHQ-12) em estudo realizado no Brasil por Mari e Williams (1985). Foi validado para uso em unidades de atenção primária em 1986, em estudo realizado na cidade São Paulo/SP (Mari, 1986).

O SRQ-20 compõe-se de 20 questões com respostas sim ou não, agrupadas em sintomas somáticos e grupos de distúrbios psico-emocionais (diminuição de energia, humor depressivo e pensamento depressivo). Esse instrumento vêm sendo utilizado com sucesso em outros estudos ocupacionais no Brasil (Fernandes *et al.*, 1998; Faria *et al.*, 1999; Delcor *et al.*, 2005; Nascimento-Sobrinho *et al.*, 2006b), motivo pelo qual foi escolhido para essa investigação.

Além do SRQ-20, duas outras variáveis foram formuladas para estudo das comorbidades no grupo dos médicos. Para avaliar a associação entre satisfação e doenças crônicas, criou-se uma variável – comorbidades – para a qual a presença de qualquer uma das doenças a seguir foi considerado um evento de interesse: Obesidade, Hipertensão, Câncer, Diabetes, Depressão.

No caso dos sintomas inespecíficos de saúde – cansaço mental, nervosismo, esquecimento, sonolência, insônia e irritação – criou-se uma variável (Sintomas inespecíficos) a partir da soma das respostas positivas à presença ou ausência dos referidos sintomas. A presença de sintomas inespecíficos foi definida como uma pontuação para os sintomas acima da média da amostra.

Variáveis de interesse e análise estatística

A satisfação com o trabalho será considerada a variável dependente. Com o objetivo de manter um número adequado de casos em cada categoria de análise, os médicos serão distribuídos em dois grupos: satisfeitos e não-satisfeitos.

Quadro 3 – Recodificação da variável resposta – satisfação com o trabalho – de quatro para duas opções.

Você está satisfeito(a) com seu trabalho?	0. Não satisfeitos	Não estou satisfeito de forma alguma Não estou satisfeito
	1. Satisfeitos	Estou satisfeito Estou muito satisfeito

As variáveis independentes, por sua vez, serão agrupadas para construção de modelos de regressão nos seguintes conjuntos: (I) Características sócio-demográficas e de estilo de vida; (II) Satisfação Global; (III) Características estruturais do trabalho; (IV) Aspectos psicossociais e dinâmicos do trabalho; (V) Características do estado de saúde; (Quadro 2).

Existe ampla discussão quanto ao melhor estimador da força de associação entre variáveis em estudos transversais, se *odds ratio* (OR) ou razão de prevalência (RP). O OR tem a vantagem de poder ser estimado diretamente a partir das equações de regressão logística, um método largamente utilizado por pesquisadores. Entretanto, a menos que condições específicas sejam assumidas (estudos do tipo caso-controle, raridade do evento de interesse, estabilidade da prevalência da exposição), o OR tende a superestimar a força de associação quando comparado a RP.

A RP, por sua vez, tem sido considerada um estimador mais conservador de força de associação, bem como uma medida de mais fácil interpretação. Pode ser estimada tanto para variáveis de baixa quanto de alta prevalência. Contudo, a RP não pode ser derivada diretamente das equações de regressão logística e precisa ser estimada através das prevalências de ponto derivadas pela regressão. Além disso, a manipulação dos dados torna-se progressivamente mais difícil na medida em que aumenta o número de covariáveis e/ou o número de estratos das mesmas.

Finalmente, é necessário o uso de tratamentos matemáticos específicos para calcular os intervalos de confiança (IC) da RP gerada por métodos de regressão logística (Oliveira, *et al.*, 1997; Thompson *et al.* 1998). Modelos matemáticos alternativos disponíveis para cálculo direto da RP são as regressões de Cox, log-binomial e de Poisson (Coutinho *et al.*, 2008).

Pelos argumentos expostos, as possíveis associações entre a satisfação com o trabalho e as variáveis explicativas desse estudo serão verificadas pela RP estimada por meio de um

modelo de regressão de Poisson, uma vez que a satisfação no trabalho é um evento de elevada prevalência (a menor estimativa encontrada foi de 55%, conforme Kaur *et al.*, 2009). Em geral, o modelo de Poisson é utilizado para avaliação de estudos longitudinais onde a variável resposta é uma contagem do número de ocorrências de um evento num período de tempo. No caso dos estudos transversais, onde não há seguimento temporal da amostra, o tempo pode ser ajustado considerando-se o tempo sob risco para cada indivíduo igual a um. Esse procedimento possibilitará uma estimativa da razão de prevalência por ponto. Um problema pode surgir quando a regressão de Poisson é aplicada a dados binomiais: o erro para o risco relativo é superestimado. Para contornar esse problema pode-se utilizar o método de variância robusta, que converge os resultados da regressão a achados semelhantes ao do método de Mantel-Haenszel (Coutinho *et al.*, 2008).

Com base nos pressupostos discutidos, uma análise univariada será conduzida com todas as variáveis independentes. Aquelas que mostrarem-se significativas ao nível de 20% serão agrupadas em um modelo multivariado e avaliadas por análise de deleção sequencial, considerando-se um nível de significância de 5% e um intervalo de confiança de 95% para avaliação da magnitude de associação das variáveis. Na análise por deleção sequencial, as variáveis não significativas do modelo multivariado são retiradas do conjunto, gerando um novo modelo explicativo. Este novo modelo é novamente testado considerando o mesmo nível de significância. O processo é repetido até obter-se um modelo final, em que todas as variáveis resistem repetidamente à análise ao nível de significância de 5%.

Os modelos serão ajustados pelas seguintes covariáveis: sexo, idade, situação conjugal, renda e tempo de trabalho no serviço público.

O software para análise estatística STATA 10.0 será utilizado para o tratamento dos dados.

Quadro 4. Descrição das variáveis a serem analisadas quanto a associação com a satisfação com o trabalho, por subgrupo de análise:

Bloco I – Características sócio-demográficas e de estilo de vida	
<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>
Sexo	Feminino
	Masculino
Idade	20-29 anos
	30-39 anos
	40-49 anos
	50-59 anos
	60 anos ou mais
Situação conjugal	Com companheiro
	Sem companheiro
Categoria salarial	Menos 2500
	2500 a 5000
	5000 a 7500
	Mais de 7500
Grau escolaridade	Ensino superior completo
	Especialização
Cor da pele	Mestrado/Doutorado
	Branca
Tem filhos?	Parda
	Não
Realiza atividades de lazer?	1 ou 2
	3 ou mais
Realiza atividades físicas?	Sim
	Não
É fumante?	Nunca
	1 ou vezes por semana
Realiza atividades físicas?	3 ou mais vezes por semana
	Não fumante
É fumante?	Ex-fumante
	Fumante atual

Bloco II – Satisfação com a vida	
<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>
Salário adequado	Concordo
	Não concordo
	Sim
Você se recandidataria ao atual emprego?	Não
	Boa ou muito boa
	Nem boa nem ruim
Avaliação da qualidade de vida	Ruim ou muito ruim
	Satisfeito ou muito satisfeito
	Nem satisfeito nem insatisfeito
Satisfação com a capacidade de trabalho	Insatisfeito ou muito insatisfeito
	Satisfeito ou muito satisfeito
	Nem satisfeito nem insatisfeito
Satisfação com as relações pessoais	Insatisfeito ou muito insatisfeito
	Satisfeito ou muito satisfeito
	Nem satisfeito nem insatisfeito
Satisfação consigo mesmo	Insatisfeito ou muito insatisfeito

Bloco III – Características estruturais do trabalho	
<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>
Nível de complexidade	Primário
	Secundário
	Urgência e Emergência
	Gerências distritais
	< 2 anos
	2 - < 5 anos
Tempo de trabalho no serviço público	5 - < 10 anos
	10 - < 20 anos
	> ou = 20 anos
	< 2 anos
	2 - < 5 anos
	5 - < 10 anos
Tempo de trabalho na unidade atual	10 - < 20 anos
	> ou = 20 anos
	Menor ou igual a 50 horas
Jornada de trabalho semanal total	Maior que 50 horas
	Menor ou igual à 20 horas
	Maior que 20 e menor ou igual a 40
Jornada de trabalho no município	Maior que 40 horas
	Não
Outro emprego	Sim (público, privado ou por conta própria)
	Municipal com concurso
	Municipalizado
Vínculo empregatício	Contratado sem concurso

Índice de sobrecarga doméstica	Alto Baixo Diurno Diurno em regime de plantão
Regime de trabalho	Noturno em regime de plantão Nunca Raramente Às vezes
Trabalha a noite?	Sempre Sim
Disponibilidade de EPI	Não/Não sei o que é Sim
Disponibilidade de sala de descanso	Não Satisfatórios
Recursos técnicos e equipamentos para o trabalho	Não satisfatórios (razoáveis ou precários) Sim
Recursos materiais disponíveis para as tarefas	Não

Bloco IV – Aspectos psicossociais e dinâmicos do trabalho	
<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>
Ameaça à segurança pessoal no trabalho	Não Sim
Ameaça à segurança dos objetos no trabalho	Não Sim
Presença de agressão a colegas no último ano	Não Sim
Presença de agressão a usuários no último ano	Não Sim
Relação entre exigência das tarefas e recursos disponíveis	Boa Regular Ruim
Tempo para alimentação	Muito ruim Sim
Ausência de pausa durante a jornada de trabalho	Não Nunca Raramente Às vezes
Excesso de comprometimento com trabalho	sempre Não Sim
Suporte social (JCQ)	Alto Baixo
Demanda/controlado do trabalho (JCQ)	Alta exigência Trabalho ativo Baixa exigência

Trabalho passivo

Bloco V – Características do estado de saúde	
<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>
	Baixa
Probabilidade de abuso de álcool (CAGE)	Alta
	Não
Presença de transtornos mentais menores	Sim
	Não
No último ano você faltou trabalho por motivo de saúde	Sim
	Não
No último ano você foi afastado ou teve licença do trabalho	sim
	Não
Você já teve doença de trabalho diagnosticada	Sim
	Não
Presença de doença crônica (Obesidade ou Hipertensão, cancer, Diabetes, Depressão)	Sim
	Não
Sintomas inespecíficos (Cansaço mental ou nervosismo, esquecimento, sonolência, insônia, irritação)	Sim

PARTE III

PRIMEIROS RESULTADOS

A análise inicial da amostra desse estudo permitiu traçar um perfil do grupo de médicos. Os resultados mais relevantes serão descritos a seguir e procurarão caracterizar a população de interesse.

Um grupo de 237 médicos foi selecionado. Três indivíduos se recusaram a participar. Houve duas perdas por falhas no preenchimento do questionário. Dos 232 profissionais restantes, a maioria dos profissionais declarou trabalhar na atenção primária (59,31%), seguindo-se os profissionais dos setores de urgência (19,05%), os médicos do nível secundário (16,45%) e aqueles ocupados nas gerências (5,19%).

As mulheres compuseram a maior fração da amostra: 123 indivíduos (53,02%). O distrito com maior proporção de médicas repondentes foi o leste (64,3%) e o com menor proporção, o noroeste (37,9%). As mulheres foram a maioria nos níveis de atenção primário (55,5%) e nas gerências (66,7%). Foram igualmente distribuídas no nível terciário (50%) e compuseram a minoria no nível secundário (44,7%).

Quanto a idade, a média para o grupo foi de 41,36 ($\pm 9,89$) anos, sendo que 168 médicos (73%) relataram ter entre 20 e 49 anos. Apenas 5 profissionais relataram ter 60 anos ou mais. Cento e quarenta e quatro médicos (62,07%) declararam viver com um companheiro (a); 98 (42,42%) relataram não ter filhos e 45% relataram terem um ou dois filhos.

Um total de 182 profissionais (79,13%) declarou-se branco enquanto 43 (18,7%) indivíduos declaram-se pardos. Apenas 2 indivíduos relataram a cor preta. Quanto a formação profissional, 47 médicos (20,26%) relataram não terem feito especialização; 167 (71,98%) declararam ter realizado especialização e 18 (7,76%) fizeram mestrado ou doutorado.

<i>Quaro 5 - Características sócio-demográficas</i>		
<i>Sexo</i>	<i>n(232)*</i>	<i>%</i>
masculino	109	46,98
feminino	123	53,02
<i>Idade</i>	<i>n(230)*</i>	<i>%</i>
20-29 anos	29	12,61
30-39 anos	76	33,04
40-49 anos	63	27,39
50-59 anos	57	24,78
60 anos ou mais	5	2,17
<i>Cor</i>	<i>n(230)*</i>	<i>%</i>
Branca	182	79,13
Parda	43	18,70
Outras	5	2,17
<i>Número de filhos</i>	<i>n(229)*</i>	<i>%</i>
Não	98	42,79
1 ou 2	103	44,98
3 ou mais	28	12,23
<i>Situação conjugal</i>	<i>n(232)*</i>	<i>%</i>
Com Companheiro	144	62,07
Sem Companheiro	88	37,93
<i>Grau escolaridade</i>	<i>n(232)*</i>	<i>%</i>
Ensino Superior Completo	47	20,26
Especialização	167	71,98
Mestrado/Doutorado	18	7,76
<i>Rendimento bruto mensal</i>	<i>n(216)</i>	<i>%</i>
Menor que 2500	8	3,70
Entre 2500 e 4999	105	48,61
Entre 5000 e 7499	69	31,94
Maior que 7500	34	15,74
<i>Atividades de lazer</i>	<i>n(229)*</i>	<i>%</i>
sim	198	86,46
não	31	13,54
<i>Frequencia de atividades físicas</i>	<i>n(212)*</i>	<i>%</i>
3 ou mais vezes por semana	86	40,57
1 ou 2 vezes por semana	90	42,45
nunca	36	16,98
<i>Fumante</i>	<i>n(227)*</i>	<i>%</i>
não fumante	168	74,01
ex- fumante	41	18,06
fumante atual	18	7,93

*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas

Com relação ao tempo de trabalho no serviço público os profissionais apresentavam à época do estudo uma média de 12,42 ($\pm 8,86$) anos. Cerca de 54% dos médicos eram funcionários

públicos há dez o mais anos. O tempo médio de atuação na unidade de trabalho à época do estudo foi de 6,74 ($\pm 6,5$) anos.

Verificou-se que 190 (83,33%) profissionais eram servidores selecionados por concurso; 26 (11,4%) trabalhavam como contratados e 12 (5,26%) eram municipalizados, sendo o vínculo mais frequente com a Secretaria Estadual de Saúde. Quando perguntados sobre terem outro emprego, 80,1% dos profissionais relataram outras atividades. O trabalho por conta própria foi a modalidade mais frequente (21,7%), seguida de emprego em outras prefeituras (15,4%) ou no estado (11,6%); 19,9% dos profissionais trabalhavam apenas para a prefeitura de Belo Horizonte.

A maior parte dos médicos (87,62%) trabalhava em regime diurno; 8,57% trabalhavam em regime de plantão diurno e 3,81% em regime de plantão noturno. A jornada de trabalho no município era de até 20 horas para 43,67% dos profissionais. Os demais médicos relataram expedientes de 20 à 44 horas.

A jornada semanal média de trabalho dos profissionais foi de $53,9 \pm 15,1$ horas e a renda média mensal de R\$ $5182,00 \pm 2230,00$. Quando perguntados se o salário que recebiam era adequado aos seus esforços e conquistas, 81,3% dos médicos o consideraram inadequado.

Em relação a suas condições de trabalho, 53,04% dos médicos relataram não ter recursos materiais suficientes para as tarefas e apenas 14,22% que os recursos e equipamentos disponíveis eram satisfatórios; 65,35% dos profissionais relataram terem equipamentos de proteção individual a disposição; Dos entrevistados 24% dos profissionais consideraram a relação entre a exigência de tarefas e recursos disponíveis como ruim ou muito ruim. Quando questionados sobre a presença de pausas durante o expediente, 25% dos médicos relataram sempre ficar sem intervalos de descanso e 64,5% dos entrevistados disseram não terem tempo para se alimentar.

Cerca de 87,45% dos médicos consideraram seu trabalho emocionalmente demandante; 60,18% relatam terem que suprimir suas verdadeiras emoções no trabalho.

Evidenciou-se que 41,81% dos médicos sentiam sua segurança ameaçada no trabalho e 59,8% temiam pela segurança dos seus pertences pessoais; 26,84% dos profissionais relataram a

ocorrência de pelo menos um episódio de agressão a colegas durante o expediente de trabalho no último ano; 32% dos médicos relataram já ter pensado em mudar o local de trabalho devido a episódios de agressão ou ameaça.

<i>Quadro 6 - Características do trabalho</i>		
<i>Nível de complexidade</i>	<i>n(231)*</i>	<i>%</i>
Primário	137	59,31
Secundário	38	16,45
Urgência	44	19,05
Gerências Distritais	12	5,19
 <i>Tempo de trabalho no serviço público</i>	 <i>n(230)*</i>	 <i>%</i>
Menos de 2 anos	29	12,61
De 2 a menos de 5 anos	29	12,61
De 5 a menos de 10 anos	47	20,43
De 10 a menos de 20 anos	70	30,43
20 ou mais anos	55	23,91
 <i>Tempo de trabalho na unidade atual</i>	 <i>n(228)*</i>	 <i>%</i>
Menos de 2 anos	79	34,65
De 2 a menos de 5 anos	42	18,42
De 5 a menos de 10 anos	42	18,42
De 10 a menos de 20 anos	54	23,68
20 ou mais anos	11	4,82
 <i>Vínculo de emprego</i>	 <i>n(228)*</i>	 <i>%</i>
Municipal com concurso	190	83,33
Municipalizado	12	5,26
Contrato sem concurso	26	11,40
 <i>Regime de trabalho</i>	 <i>n(210)*</i>	 <i>%</i>
Diurno	184	87,62
Diurno em regime de plantão	18	8,57
Noturno em regime de plantão	8	3,81
 <i>Jornada de trabalho no município</i>	 <i>n(229)*</i>	 <i>%</i>
Menor ou igual a 20 horas	100	43,67
Maior que 20 ou menor ou igual a 40	38	16,59
Maior que 40	91	39,74
 <i>Possui outro trabalho?</i>	 <i>n(206)*</i>	 <i>%</i>
Não	41	19,90
Sim(público, privado ou por conta próprio)	165	80,10
 <i>Jornada de trabalho total semanal</i>	 <i>n(232)*</i>	 <i>%</i>
Menor ou igual a 50 horas	119	51,29
Maior que 50 horas	113	48,71
Total	232	100,00
 <i>Os recursos técnicos e equipamentos para o trabalho são:</i>	 <i>n(232)*</i>	 <i>%</i>
Satisfatórios	33	14,22
Razoáveis/Precários	199	85,78

<i>Quadro 6 - Características do trabalho - continuação</i>		
<i>Existem EPI(s) à disposição</i>	<i>n(228)*</i>	<i>%</i>
Sim	149	65,35
Não/Não sei o que é	79	34,65
<i>Você usa EPI(s)?</i>	<i>n(189)*</i>	<i>%</i>
Sim	147	77,78
Não	42	22,22
<i>Relação entre tarefas e recursos disponíveis</i>	<i>n(232)*</i>	<i>%</i>
Boa	44	18,97
Regular	132	56,90
Ruim	47	20,26
Muito ruim	9	3,88
<i>Ausência de pausas durante jornada de trabalho</i>	<i>n(232)*</i>	<i>%</i>
Nunca	25	10,78
Raramente	38	16,38
Às vezes	111	47,84
Sempre	58	25,00
<i>Trabalha em rodizio de turnos</i>	<i>n(232)*</i>	<i>%</i>
Nunca	173	74,57
Raramente	13	5,60
Às vezes	21	9,05
Sempre	25	10,78
<i>Trabalho em regime noturno</i>	<i>n(229)*</i>	<i>%</i>
Nunca	142	62,01
Raramente	16	6,99
Às vezes	27	11,79
Sempre	44	19,21

*Respostas válidas, excluídas as respostas ignoradas

Quando perguntados sobre a satisfação com seu trabalho, 64,94% dos médicos relataram estarem satisfeitos enquanto 53,5% declararam-se reconhecidos pelo seu trabalho; 28% dos profissionais declararam terem dificuldade de realizar suas tarefas diárias com prazer e 23,3% que seu trabalho diário lhes causava sofrimento. Dezoito profissionais relataram que não se candidatariam novamente ao seu atual emprego.

Em apenas um distrito municipal houve maior prevalência de profissionais não-satisfeitos: venda nova (51,85%). Quanto ao nível de assistência, verificou-se maior número de profissionais não satisfeitos do que de profissionais satisfeitos trabalhando nas unidades de urgência (54,5% vs 45,5%).

Gráfico 1 – Satisfação com o trabalho por distrito municipal.

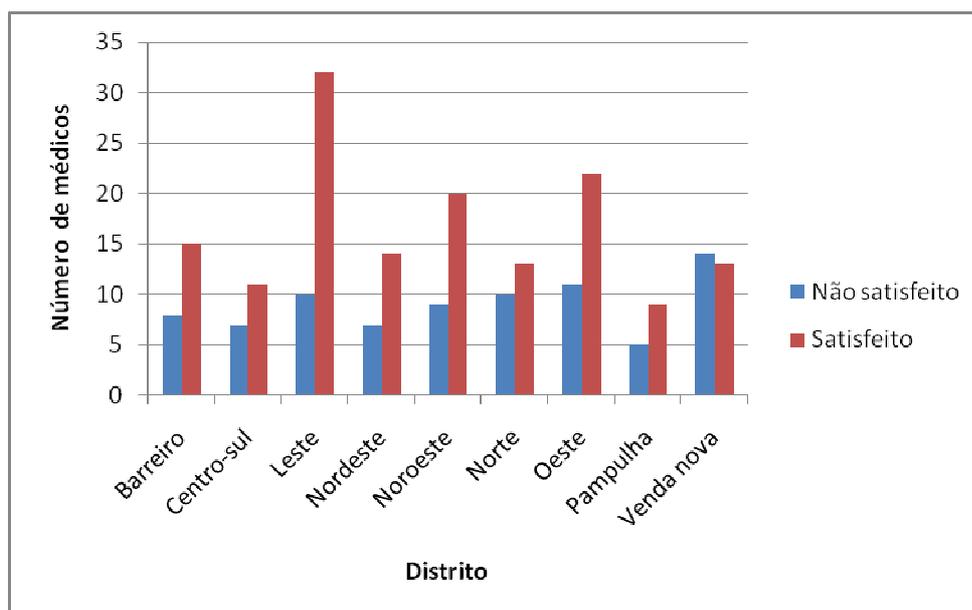
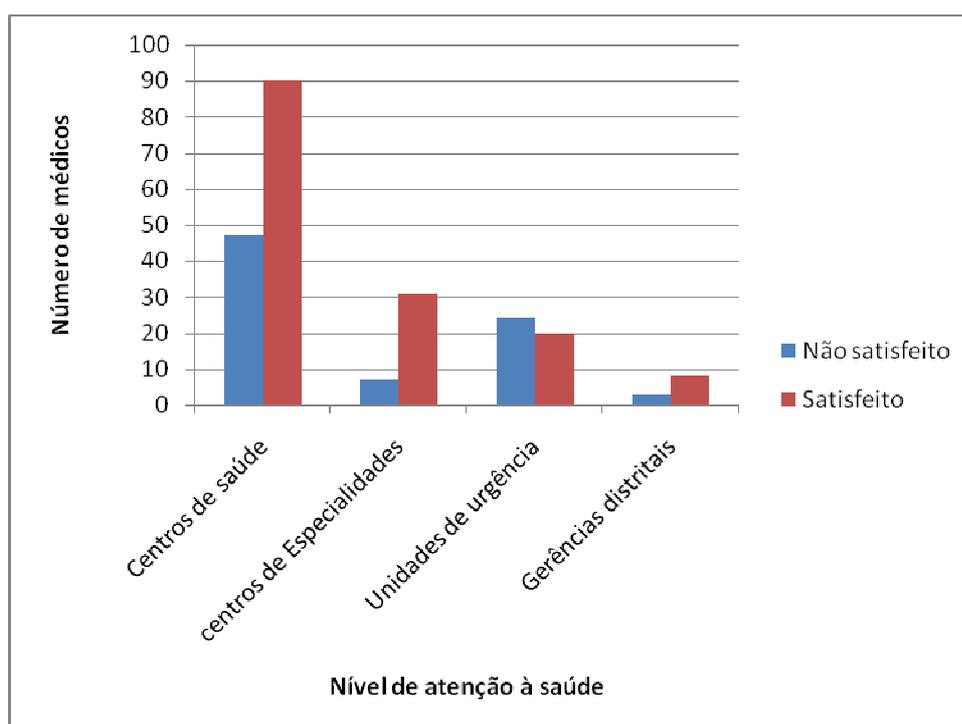


Gráfico 2 – Satisfação com o trabalho por nível de assistência a saúde



Os médicos avaliaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa em 66,96% dos casos; 74,6% declararam-se satisfeitos consigo mesmos e 66,96% estavam satisfeitos com sua capacidade para o trabalho. Com respeito as suas relações pessoais, 76,32% dos médicos estavam satisfeitos.

A prática de atividades físicas foi relatada em 83,02% dos casos; 40,57% dos médicos realizavam exercícios 3 ou mais vezes por semana.

As condições mórbidas mais prevalentes entre os profissionais foram: rinite/sinusite (35,6%), lombalgia (25,9%), gastrite (17,4%), obesidade (15,9%) e distúrbios do sono (15%). O diagnóstico de depressão foi declarado por 12,04% dos entrevistados, enquanto 13,6% relataram usar algum tipo de medicação para a doença. Uma parcela de 53,9% dos profissionais relatou ter faltado ao trabalho no último ano por motivo de saúde enquanto 6,96% dos entrevistados declararam serem portadores de doença ocupacional.

A prevalência global de distúrbio psíquico menor foi de 23,79%. Três médicos (1,3%) declararam que têm tido a idéia de acabar com a própria vida. A triagem para consumo abusivo de álcool através do CAGE identificou 10 (4,72%) bebedores-problema; 7,93% dos profissionais declaram-se tabagistas.

Os dados apresentados sugerem convergência das características dos médicos de Belo Horizonte em direção a aspectos frequentemente relatados nas pesquisas sobre o trabalho desses profissionais: multi-emprego, longas jornadas de trabalho, níveis baixos de satisfação com o trabalho (apenas 65% de entrevistados satisfeitos) e a presença de transtornos mentais menores (Nascimento-Sobrinho *et al.*, 2006; Kaur *et al.*, 2009). Tratamento estatístico subsequente será empreendido, conforme discutido previamente, para verificar as variáveis significativamente associadas a satisfação com o trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHMADIYEH, N. *Et al.* Career satisfaction of women in surgery: perceptions, factors, and strategies. *Journal of the American College of Surgeons*. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.08.011
- APPLETON, K., HOUSE, A., DOWELL, A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *The British Journal of General Practice*. 1998;48(428):1059-63.
- ARAÚJO, T. M. Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadores de enfermagem. Tese (Doutorado em saúde pública) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de saúde coletiva. 1999.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; 8(3): 285-97.
- ARAÚJO, T. M.; KARASEK, R. Validity and reliability of the job content questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2008; 6(Supl): 52–59.
- BORSOI I. C. F. Da Relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*. 19, Edição Especial 2007;1:103-111.
- CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A.M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. *Revista de Administração Pública*. 2008; 42(2):347-68.
- CHEW, M.; WILLIAMS, A. Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction. *The Medical Journal of Australia*. 2001; 175:85-86
- CLARK, A.,E. Work, Jobs And Well-Being Across the Millennium. CEPREMAP, Janeiro 2009. - Docweb nº 0901. Acessado em 15.09.10. disponível em: <http://www.cepremap.ens.fr/depot/docweb/docweb0901.pdf>
- COHEN, J.S.; PATTEN, S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 2005, 5:21. doi:10.1186/1472-6920-5-21.
- COHEN, D., RHYDDERCH, M. Measuring a doctor's performance: personality, health and well-being. *Occupational Medicine (London)*. 2006; 56:438–441.
- COUTINHO, L., M., S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P., R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42(6):992-8
- DAVIDSON, J. M., LAMBERT, T. W., GOLDACRE M. J., PARKHOUSE J. UK senior doctors' career destinations, job satisfaction and future intentions: questionnaire survey. *British Medical Journal*. 2002; 325:685-6.

DELCOR, N.S., ARAÚJO, T.M., REIS E.J.F.B., PORTO, L.A, CARVALHO, F.M., SILVA M.O., *et al.* Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20:187-96.

DIENER, E.; SUH, E. M.; LUCAS, R. E.; SMITH, H. L. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999; 125:276-302.

EDWARDS, N. KORNACKI, M. J., SILVERSIN, J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *British Medical Journal*, 2002; 324:835-838.

GLYMOUR, M. M, SAHA, S., BIGBY, J. Physician Race and Ethnicity, Professional Satisfaction, and Work-Related Stress: Results from the Physician Worklife Study. *Journal of the national medical association*. 2004; v. 96, nº 10.

GOITEIN, L., SHANAFELT, T. D., WIPF, J. E., SLATORE, C. G., BACK, A.L. The Effects of Work-Hour Limitations on Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program. *Archives of Internal Medicine*. 2005; 165:2601-2606.

GREMBOWSKI, D., PASHANE, D., DIEHR, P., KATON, W., MARTIN, D., PATRICK, D. L. Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 20:271-277.

FARIA, N.M.X., FACCHINI, L.A., FASSA, A.G., TOMASI, E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Revista de Saúde Pública*. 1999; 33:391-400.

FLECK, M. P. A., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L., PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*. 2000; 34 (2):178-83.

FERNANDES, S.R.P., ALMEIDA FILHO, N. Validação do SRQ em amostra de trabalhadores em informática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 1998; 89:105-12.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 112 p. ISBN 8531205751 : (Broch.).

KALET, A. L., FLETCHER, K. E., FERDMAN, D. J., BICKELL, N. A. Defining, Navigating, and Negotiating Success: The Experiences of Mid-Career Robert Wood Johnson Clinical Scholar Women. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21:920-925.

KAUR, S., SHARMA, R., TALWAR, R., VERMA, A., SINGH, S. A study of job satisfaction and work environment perception among doctors in a Tertiary Hospital in Delhi. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2009; v. 63, nº. 4.

KEETON, K., FENNER, D. E., JOHNSON, T. R. B., HAYWARD, R. A. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstetrics and Gynecology*, 2007; 109:949-55.

KREBS, E. E., GARRET, J. M., KONRAD, T. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Services Research*. 2006, 6:128 doi:10.1186/1472-6963-6-128.

HARMS, B. A., HEISE, C. P., GOULD, J. C., STARLING J.R. A 25-Year Single Institution Analysis of Health, Practice, and Fate of General Surgeons. *Annals of Surgery*. 2005;242: 520–529.

HELLIWELL, J. F.; PUTNAM, R. D. The social context of well being. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. (2004) 359, 1435–1446.

LEPNURM, R., DOBSON, R., BACKMAN, A., KEEGAN, D. Factors associated with career satisfaction among general practitioners in Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine*. 2007; 12 (4).

LICHTENSTEIN, R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. *Medical Care Research and Review*. 1984; 22:56-68.

LOVELL, B. L., LEE, R. T., FRANK, E. May I long experience the joy fo healing: professional and personal wellbeing among physicians from a Canadian province. *BMC Family Practice*. 2009, 10:18 doi:10.1186/1471-2296-10-18

MAGEE, M.; HOJAT, M; Impact of health care system on physicians' discontent. *Journal of Community Health*. 2001; Vol. 26, No. 5.

MARI, J. J. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *British Journal of Psychology*. 1986; 148:23-26.

MARI, J. J., WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psyquiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) Analysis. *Psychological Medicine*. 1985; 15: 651-659.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B.; LATORRE, M.R.D.O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de saúde Pública*. 2004; 38(1):55-61.

MILLER, L.; Doctors, their mental health and capacity for work. *Occupational Medicine*. 2009; 59:53–55

MISRA-HEBERT, A. D.; KAY, R.; STOLLER J. K. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. *American Journal of Medical Quality*. 2004; 19(2):56-66

MRDULJAS-DUJIC, N. KUZMANUC, M. KARDUM, G. RUMBOLDT, M. Job satisfaction among medical doctors in one of the countries in transition: experience from Croatia. *Coll. Antropol*. 2010; 34(3):813-818.

MURFETT, A.; CHARMAN, D. GP wellbeing and general practice issues. *Australian Family Physician*. 2006; 35(9).

MURRAY, A., MONTGOMERY, J. E., HONG, C., ROGERS, W. H., INUI, T., SAFRAN D. G. Doctor discontent: a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *Journal of General Internal Medicine*. 2001; 16:451-459.

MYERS, David G. The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*. 2000. V. 55, nº 1, 56-67. DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.56

NASCIMENTO-SOBRINHO, C. L.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; CIRINO, C. A. S.; FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Revista da associação médica Brasileira*. 2006a; 52(2):97-102.

NASCIMENTO-SOBRINHO, C. L.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; CIRINO, C. A. S.; FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006b; 22 (1):131-140.

NYLENNA, M., GULBRANDSEN, P., FØRDE, R., AASLAND, O. G. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994 – 2002. *BMC Health Services Research*. 2005. 5:44 doi:10.1186/1472-6963-5-44.

OLIVEIRA, N. F.; SANTANA, V. S.; LOPES, A. A. Razões de proporções e o uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. *Revista de Saúde Pública*. 1997; 31(1):90-9.

ONLINE ETIMOLOGY DICTIONARY. Acessado em 09.09.2010; Disponível no endereço: <http://www.etymonline.com/index.php?term=satisfaction>

OZYURT, A., HAYRAN, O., SUR, H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM: an International Journal of Medicine*. 2006; 99:161–169.

RAMIREZ, A. J., GRAHAM J., RICHARDS M. A., GREGORY W. M., CULL A. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet* 1996; 347:724-728.

RODE, J. C. Job satisfaction and life satisfaction revisited: A longitudinal test of an integrated model. *Human Relations* 2004 57: 1205. Disponível online em: <http://hum.sagepub.com/content/57/9/1205>. DOI: 10.1177/0018726704047143

SIBBALD, B. et al. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Family Practice*. 2000; 17(5):364-371.

SIBBALD, B.; BOJKE C.; GRAVELLE H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *British Medical Journal*. 2003. 326:326.

SMITH, R. Why are doctors so unhappy? *British Medical Journal*. 2001; 322:1073–4.

SOUSA, L., & LYUBOMIRSKY, S. (2001). Life satisfaction. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender* (Vol. 2, pp. 667-676). . San Diego, CA: Academic Press.

SOLOMON, J. How Strategies for Managing Patient Visit Time Affect Physician Job Satisfaction: A Qualitative Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2008, 23(6):775–80.

STERNMARKER, M. PALMÉRUS, K. MÁRKY, I. Life satisfaction of Swedish pediatric oncologists: the role of personality, work-related aspects and emotional distress. *Pediatric blood and cancer*. 2009; 53:1308-1314.

TAYLOR, K., LAMBERT, T., GOLDACRE, M. Career destinations, job satisfaction and views of the UK medical qualifiers of 1977. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2008; 101: 191–200. DOI 10.1258/jrsm.2007.070277.

THOMPSON, M. L.; MYERS, J. E.; KRIEBEL, D. Prevalence odds ratio or prevalence ratio in the analysis of cross sectional data: what is to be done? *Occupational and Environmental Medicine* 1998; 55:272–277

TOKUDA, Y., HAYANO, K., OZAKI, M., BITO, S., YANAI, H., KOIZUMI, S.; The Interrelationships between Working Conditions, Job Satisfaction, Burnout and Mental Health among Hospital Physicians in Japan: a Path Analysis. *Industrial Health*. 2009; 47:166–172.

VANASSE, A., SCOTT, S., COURTEAU, J., ORZANCO, M. G. Canadian family physicians' intentions to migrate. *Canadian Family Physician*. 2009 V° 55.

WADA, K., ARIMATSU, M., YOSHIKAWA, T. ODA, S., TANIGUCHI, H., HIGASHI, H., AIZAWA, Y.; Factors on working conditions and prolonged fatigue among physicians in Japan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2008; 82:59–66.

WADA, K., ARIMATSU, M., YOSHIKAWA, T. ODA, S., TANIGUCHI, H., HIGASHI, H., AIZAWA, Y., KAWASHIMA, M.; Physician Job Satisfaction and Working Conditions in Japan. *Journal of Occupational Health*. 2009; 51:261-266.

WALLACE, J. E., LEMAIRE, J. B., GHALI, W. A. Physician wellness: a missing quality factor. *The Lancet*. 2009; 374:1714-1721.

WANOUS, J. P., REICHERS, A. E., HUDY, M. J. Overall Job Satisfaction: How Good Are Single-Item Measures? *Journal of Applied Psychology*. 1997; 82(2):247-252.