

A Qualidade de Vida no Trabalho Médico Organizado em Cooperativa: o Caso de um Hospital Universitário Mineiro

Autoria: Rozeli de Fátima Dutra, Luiz Carlos Honório

Resumo

O estudo tem por objetivo aprofundar o conhecimento a respeito dos impactos que os elementos de ordem econômica, política, psicológica e sociológica provocam na qualidade de vida no trabalho de médicos que atuam em uma grande cooperativa médica de trabalho (HC-COOP) localizada em Belo Horizonte. Foi realizado um estudo de caso quantitativo e qualitativo, cujas técnicas principais de levantamento de dados foram, respectivamente, o questionário e a entrevista semi-estruturada. Os resultados evidenciam que a maior satisfação dos médicos pesquisados esteve associada à dimensão sociológica, destacando-se os indicadores ligados à ética profissional, responsabilidade pela execução das tarefas e relacionamento interpessoal. Enquanto que a menor satisfação relacionou-se à dimensão econômica, com destaque para aspectos ligados aos honorários recebidos e ao esforço despendido para auferi-los. Diferenças significativas foram observadas entre o indicador de ordem psicológica (criatividade) e os de ordem sociológica (ética profissional e valor pessoal reconhecido) em relação ao sexo, escolaridade, tempo de trabalho na organização e estado civil.

1. Introdução

Há alguns anos, o médico, ao concluir o curso de medicina, tinha um espaço garantido no mercado de trabalho, uma vez que tal profissão se inseria em uma estrutura bem menos complexa que a dos dias atuais. Com o aumento da complexidade e a caracterização do seu serviço como um negócio, o médico se vê impelido a encontrar alternativas para exercer a sua profissão de forma mais segura e rentável. Uma dessas alternativas tem sido a prestação de serviço por meio de uma cooperativa médica. Usualmente, este sistema de organização do trabalho vem acompanhado por uma forte estrutura de gestão e por uma clientela definida e abrangente, tornando-se um grande atrativo para o médico.

Na visão de Berbel (2000), não obstante a cooperativa representar uma boa alternativa de trabalho para o médico, este sistema não é suficiente para suprir todas as suas necessidades de sobrevivência. É comum a procura por outras alternativas de trabalho, seja um emprego em instituições públicas ou privadas, seja o estabelecimento de convênios, visando à atração de mais pacientes. A organização do trabalho por meio de cooperativa, embora permita ao médico melhores condições de trabalho, não rompe com os desafios do cenário da saúde e as recentes transformações do mundo do trabalho. Assim, os médicos, mesmo que altamente qualificados, inserem-se em um contexto de trabalho concorrencial e de subvalorização, convivendo de forma contínua com a perda de *status* e com a difícil negociação de tabelas e honorários que, segundo mencionado por Ismael (2005), há muitos anos não são reajustados.

Além de esse contexto impor multivariados desafios ao médico, cabe ressaltar os impactos que a tecnologia médica tem provocado neste profissional, tornando-o cada vez mais dependente desse recurso. Dupas (2006) denomina “medicalização” esse processo de dependência, que, irremediavelmente, parece ligado à lógica do retorno de investimentos patrocinados pela indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, pelos complexos hospitalares e por outras áreas afins.

Acredita-se que essa perspectiva aponta para a perda da autonomia na profissão. O médico, que anteriormente determinava o valor de sua consulta, o seu horário de trabalho, o ritmo das tarefas, o material a ser utilizado e a técnica adotada no atendimento, passa a ser regulado por um mercado que impõe uma forma de agir e de organizar o trabalho. Além de seu trabalho mostrar-se organizado de forma capitalista, dependente da tecnologia e especializado por funções, também expõe este profissional à dor, ao sofrimento, à doença e à morte do outro. Pressupõe-se que o conjunto desses elementos pode afetar a qualidade de vida do médico no exercício diário de sua profissão.

A literatura recente sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) parece demonstrar algo próximo a essas questões, na medida em que procura contemplar aspectos direcionados à satisfação de questões associadas às condições de trabalho, ao conteúdo e contexto da tarefa, ao inter-relacionamento entre as pessoas, à remuneração, ao ritmo de trabalho, à autonomia profissional, às novas práticas de gestão, entre outras (MORAES *et al.*, 2000; HONÓRIO e MARQUES, 2001; SANT'ANNA, 2002; MARQUES *et al.*, 2003; LIMONGI-FRANÇA, 2004; BASTOS *et al.*, 2006).

No final da década de 1970, Westley apresentava uma abordagem não muito diferente das concepções atuais sobre QVT. Situava como pontos centrais para a qualidade de vida dos trabalhadores aspectos de ordem econômica (equidade salarial), política (segurança no emprego), psicológica (auto-realização) e sociológica (participação nas decisões do próprio trabalho). Para o autor, os problemas políticos trariam a insegurança no emprego; os econômicos, a injustiça; os psicológicos, a alienação; e os sociológicos, a anomia, ou seja, a falta de envolvimento moral com o trabalho. Apesar de as dimensões de Westley (1979) sobre QVT terem sido originadas há quase três décadas, elas parecem extremamente atuais e convergentes com a situação descrita nesta introdução a respeito do trabalho dos médicos brasileiros.

Tendo em vista as considerações até aqui expostas, este artigo tem por objetivo geral aprofundar o conhecimento a respeito dos impactos que os elementos de ordem econômica, política, psicológica e sociológica provocam no trabalho dos médicos que atuam em uma cooperativa médica de um hospital universitário mineiro localizado na cidade de Belo Horizonte. O artigo está estruturado em cinco seções. Na primeira, são revisadas as dimensões teóricas que sustentam o estudo realizado, discutindo-se, inicialmente, o modelo de QVT que sustentou a pesquisa realizada e, em seguida, os aspectos que configuram a realidade atual da prática médica, incluindo elementos caracterizadores do cooperativismo médico. Na segunda, resumem-se as principais características da cooperativa médica participante da pesquisa. Na terceira, discutem-se os procedimentos metodológicos utilizados no estudo. Na quarta, os resultados são revelados e discutidos; e na quinta, são apresentadas as considerações finais do trabalho.

2. Referencial teórico

2.1 QVT: Considerações gerais e a abordagem de Westley

Percebe-se que, apesar de o tema Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) ter surgido há várias décadas, ainda não se chegou a uma definição consensual. Cada autor conceitua-o conforme os aspectos que julga mais importantes para que haja qualidade de vida no trabalho. Conforme sugeria Westley (1979, p. 113) “com o mesmo título, ‘Qualidade de Vida no Trabalho’ é

aplicada uma diversidade de mudanças propostas nas organizações de trabalho, o que leva a uma confusão considerável.”

Apesar de se constatar uma diversidade de definições a respeito do tema, o que realmente pode levar a uma confusão conceitual, Sant’Anna e Moraes (1998) argumentam que elas têm entre si e de forma comum, a idéia de um movimento de reação ao rigor dos métodos tayloristas. Em função desta premissa, parte-se do princípio de que a QVT pode ser considerada como uma abordagem direcionada à humanização do trabalho, por meio da qual uma organização, visando alcançar resultados, procura satisfazer os seus empregados oferecendo condições de trabalho que contemplem sistemas de recompensa inovadores, oportunidade de realização pessoal e profissional, e possibilidades de participação nas decisões e na solução de problemas (HONÓRIO, 1998; MARQUES *et al.*, 2003).

A literatura deixa claro que grande parte dos estudos sobre QVT engloba questões próprias dos ambientes econômico, político e cultural, bem como a satisfação do indivíduo com o trabalho, as conseqüências do trabalho sobre o indivíduo e seus efeitos nos resultados da organização. Contudo, é possível considerar que existem interesses antagônicos na busca pela qualidade de vida, isso no que tange aos indivíduos e às organizações (MAESTRO FILHO 2004). Neste sentido, El-Aquar e Souza (2003) comentam que o movimento da QVT destina-se à redução de conflitos entre capital e trabalho, procurando conciliar interesses antagônicos entre trabalhadores e patrões mediante a elevação do nível de satisfação, de aperfeiçoamento do desempenho do trabalhador e, conseqüentemente, de produtividade das empresas.

Dourado e Carvalho (2007), ao analisarem os principais modelos que tratam da qualidade de vida no trabalho, todos desenvolvidos nos anos de 1970 e 1980, sugerem que eles alternam pelo menos seis fatores críticos: a) sistema de recompensas; b) condições do ambiente de trabalho; c) concepção das tarefas; d) autonomia e participação no trabalho; e) imagem social da organização; e f) interface casa e trabalho.

Bastos (2006), em uma linha de pensamento semelhante, acrescenta que, apesar de diferentes técnicas serem utilizadas tendo por base o título “Qualidade de Vida no Trabalho”, a maioria das propostas implica reestruturações direcionadas para a melhoria do ambiente de trabalho, inovações no sistema de remuneração, participação dos trabalhadores no processo decisório e redesenho de cargos. Segundo este autor, é possível encontrar tanto modelos teóricos mais abrangentes sobre o tema quanto os modelos que enfocam aspectos mais específicos, tais como remuneração, natureza do cargo, dimensões básicas da tarefa e produtividade.

Um modelo que parece se encaixar nas concepções mais abrangentes sobre QVT foi desenvolvido por Westley (1979). Na época em que o modelo foi originado, Westley entendia que as características da sociedade moderna influenciavam a vida dos trabalhadores e traziam consigo uma série de problemas desafiadores, classificados em quatro dimensões:

1. Política – Caracterizada pelo medo de ser discriminadamente dispensado e de perder o emprego. Fazem parte desta dimensão aspectos associados a segurança no emprego, atuação sindical, liberdade de expressão e relacionamento com a chefia. Segundo o autor, a existência deste aspecto conduz ao sentimento de insegurança e é resultante da concentração de poder nas organizações.
2. Econômica – É configurada por aspectos associados a equidade salarial, remuneração, política de benefícios, espaço físico de trabalho e carga horária. Para o autor, a

concentração dos lucros e a exploração dos trabalhadores no sistema capitalista levam ao sentimento de injustiça quando estes elementos não são devidamente equacionados.

3. Psicológica – É simbolizada pelo conceito de auto-realização, cuja inexistência desencadeia o processo de alienação, que é originário da constatação de baixos níveis de realização de potencialidades pessoais, desafio, desenvolvimento pessoal e profissional, uso da criatividade e variedade de tarefas. Tal situação é causada pela rigidez organizacional e pelas mudanças ambientais.
4. Sociológica – Caracterizada pela participação do empregado nas decisões sobre o próprio trabalho, forma de se executar as tarefas, distribuição de responsabilidades dentro da equipe, autonomia, valor pessoal, relacionamento interpessoal e ética profissional. De acordo com Westley (1979), a ausência dessa dimensão gera falta de envolvimento moral com o trabalho (anomia).

Para Westley (1979), as duas primeiras dimensões estariam ligadas entre si e seriam de âmbito geral, referindo-se às questões pertencentes à concentração de poder e dos lucros. As duas últimas estariam associadas à forma como se estruturam as organizações em termos de tamanho, complexidade, divisão de tarefas, especialização e automação. A dimensão política traria como consequência a insegurança; a econômica, a injustiça; a psicológica, a alienação; e a sociológica, a anomia. A insegurança e a injustiça são consequências provavelmente mais antigas. A concentração de poder, segundo o autor, seria a maior responsável pela insegurança, enquanto que a concentração dos lucros e a exploração dos trabalhadores seriam as responsáveis pela injustiça (WESTLEY, 1979).

Com a emergência do movimento socialista, o trabalhador passou a lutar por segurança e justiça. “A fim de alcançar estes objetivos, os movimentos socialistas tentaram dar aos trabalhadores um poder crescente sobre as organizações de trabalho e um trabalho organizado, dirigido por uma maior distribuição dos lucros das organizações” (WESTLEY, 1979, p.114). Esses dois problemas foram minimizados na maioria dos países industrializados, dando lugar a dois outros: a alienação e a anomia.

Na visão de Westley (1979), a alienação dos empregados decorre da perda do significado da tarefa. O autor afirma ainda que a alienação pode ser vista como uma lacuna entre as expectativas do trabalhador e a sua realização. Dessa forma, novas imagens do que o ser humano poderia esperar da vida foram induzidas ao trabalhador, minimizando virtualmente essa lacuna.

Entretanto, o trabalho não mudou. A participação exigida pelos trabalhadores gerou no meio gerencial mecanismos compactos e complexos de planejamento e controle, fazendo-os sentirem-se ameaçados, frustrando ainda mais as expectativas e ativando o sentimento de que o ambiente trabalho não era o local para representar o interesse central da vida de uma pessoa. O aumento do tamanho e da complexidade das organizações, segundo o autor, trouxe consigo maior rigidez organizacional e turbulência ambiental que levaram a um enfraquecimento do conhecimento do trabalhador sobre as relações de causa e efeito no trabalho, contribuindo para a perda do seu significado. Acrescenta-se que a mecanização e a automação mudaram as normas do trabalho, tornando este contexto propício a uma crescente anomia. Isso levou o autor a afirmar que a racionalização em si parece produzir uma falta de envolvimento do trabalhador com o seu trabalho (WESTLEY, 1979).

Concluindo, Westley (1979) afirma que a insatisfação reproduz inadequações no sistema de remuneração; a alienação, um sentimento de que o trabalho é pessoalmente prejudicial; e a anomia, uma falta de envolvimento moral com o trabalho. A solução ou minimização desses problemas, conforme recomenda o autor, está no enriquecimento do trabalho, que seria adotado em nível individual, e nos métodos sócio-técnicos, que seriam orientados para a reestruturação do grupo de trabalho.

2.2 A realidade atual da prática médica

Martins (2003) alerta que o momento atual na área da saúde parece demarcado por uma ruptura entre a medicina oficial e a medicina moderna. O autor ressalta que essa ruptura surge a partir das fortes tensões entre as duas principais tendências presentes, uma de desumanização/tecnização e a outra de reumanização dos modelos médicos.

Martins (2003) argumenta que a desumanização na saúde se inicia a partir da aliança de cientistas e de homens de negócios em torno da organização de um projeto utilitarista para a medicina. No sistema utilitarista, o proveito é de uma minoria, enquanto os interesses gerais dos cidadãos e da sociedade não são atendidos. A privatização da medicina oficial promove grandes lucros para alguns e gera custos elevados para a sociedade como um todo. É interessante notar que a formação médica atual dá mais ênfase a aspectos técnicos, o que, de certa forma, contribui para que o médico dê pouca importância ao caráter humanitário e altruísta da medicina, distanciando-se cada vez mais do paciente. Segundo Mezomo (2001), na área da saúde prevalece, muitas vezes, a rotina do lógico e do necessário. Ele critica os profissionais dessa área, que se transformam e se comportam como simples burocratas e operadores de equipamentos.

Segundo Pitta (2003), o homem moderno, pelo horror de adoecer e de temer a sua própria morte, necessita do saber da técnica como refúgio para o seu medo e precariedade. Sabe-se que o paciente, pelo acesso facilitado a informações médicas, coloca-se em um patamar bem próximo do conhecimento teórico do profissional de saúde, podendo questionar, com embasamento, alguns aspectos da sua patologia. Tal realidade aponta para mudanças no perfil da clientela de serviços médicos e, certamente, provoca fortes mudanças no trabalho dos profissionais da área.

No tocante a outro aspecto que retrata a realidade do trabalho médico nos dias atuais, Costa (2006) menciona pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) entre 1999 a 2004 (levantamento nacional e por região), que confirmou o quanto é desgastante o trabalho médico. Os principais fatores de desgaste assinalados na pesquisa foram: excesso de atividades decorrentes do multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, aumento de responsabilidade, conflitos na relação médico-paciente (cobrança da população) e perda da autonomia. Costa (2006) destaca que o conjunto desses fatores reflete-se no comportamento ético que o médico estabelece com outros médicos, o paciente e a sociedade, os quais, por sua vez, repercutem em seu estilo de vida e em sua saúde.

Esse estado de coisas leva a crer que a prática médica faz parte de um círculo vicioso inserido em um sistema capitalista. Trabalha-se cada vez mais pela supremacia do capital, enquanto aspectos essenciais da profissão são deixados de lado, gerando seqüelas para o profissional e para o paciente. Diante desses aspectos, o médico sente-se compelido a trabalhar arduamente, e muitos o fazem em detrimento de problemas decorrentes do relacionamento familiar ou, até mesmo, de perdas de pessoas importantes do seu convívio.

Além desses aspectos de ordem estrutural e pessoal, presentes na prática médica, Rezende (2002) afirma que o avanço tecnológico mudou a face da medicina, trazendo evidentes benefícios para a humanidade. Contudo, trouxe também consequências negativas, que merecem reflexão. Entre elas, o autor cita: negligência com o exame clínico, sedução dos aparelhos, falsa segurança, elevação dos custos da assistência médica, uso excessivo de exames para autoproteção do médico e fragmentação e reducionismo da prática médica. O conjunto desses pontos deixa transparecer que a medicina tornou-se mais técnica e menos humana.

Nesse cenário surge o trabalho médico por meio de cooperativa. De modo geral, Pereira (1999) argumenta que uma cooperativa é formada e dirigida por uma associação de pessoas que se reúnem em igualdade de direitos, com o objetivo de desenvolver uma atividade econômica ou prestar serviços comuns, eliminando intermediários. Na área da saúde, as cooperativas de trabalho médico surgiram como imperativo ético, partindo do princípio de que não deve haver intermediário na relação médico-paciente. Considera-se que essa relação constitui um vínculo único, exclusivo, que não permite interferências de qualquer espécie. Além disso, garantir a dignidade dos que ali trabalham significa também um dos seus principais objetivos (FUNDAÇÃO UNIMED, 2007).

Segundo Pereira (1999), o cooperativismo médico promete a possibilidade de existência de uma medicina alternativa entre a socializada e a liberal, sem ferir os princípios éticos preconizados pelas entidades médicas. Assim, de um lado, a forma cooperativa oferece possibilidades que atendam aos anseios dos médicos e dos pacientes; de outro, é uma forma de organização de trabalho que também visa enfrentar a concorrência, aumentar a produtividade, diminuir os custos e expandir o grau de especialização, entre outros fatores. Sintetizando, uma cooperativa médica tem como princípio suprimir a intermediação ou os negociadores do trabalho do médico, permitindo que os próprios médicos se organizem para firmar contratos de prestação de serviços e atender diretamente os pacientes. Sem finalidade lucrativa e de propriedade coletiva, o seu principal objetivo deve ser a defesa econômica e social dos médicos cooperados, buscando gerar para eles oportunidades de trabalho e de renda. É nesse contexto de organização do trabalho que se insere a cooperativa médica participante do estudo.

3. A Cooperativa pesquisada

A Cooperativa de Trabalho Médico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-COOP), organização participante desta pesquisa, faz parte do sistema Federação Nacional das Cooperativas Médicas (FENCOM). Foi fundada em 1993, impulsionada por uma série de mudanças ocorridas na atividade médica nas últimas décadas. A iniciativa de criação desta cooperativa partiu dos próprios médicos do Hospital das Clínicas, que se sentiam insatisfeitos, inseguros e intranquilos quanto à forma pela qual a instituição remunerava os honorários de trabalho de seus profissionais. O caminho encontrado pela categoria foi criar uma cooperativa médica, alternativa essa que mostrava ser a mais simples, clara e segura para o recebimento de honorários. A HC-COOP é hoje a segunda maior cooperativa filiada à FENCOM. Possui cerca de 1000 médicos associados ativos e movimentada, mensalmente, cerca de um milhão de reais, provenientes de convênios e de recibos de pagamentos aos serviços prestados pelos médicos cooperados.

Faz parte da HC-COOP, atualmente, a Clínica de Especialidades Médicas (CEM), unidade escolhida para fazer parte do levantamento e análise dos dados desta pesquisa. A CEM foi

criada em 1997, após quatro anos de fundação da HC-COOP, tendo em vista existir a grande demanda de pacientes de diversos convênios interessados em ser atendidos pelos médicos da HC-COOP. A falta de espaço no Hospital das Clínicas para atender este tipo de paciente e o fato de os médicos cooperados entenderem que este atendimento deveria ser remunerado, foram os principais fatores que potencializaram a criação da CEM. Ocupando um espaço fora do Hospital das Clínicas, a CEM possui uma estrutura física que comporta 14 consultórios, onde trabalham noventa médicos em mais de trinta especialidades. A estrutura da clínica conta com um sistema informatizado para marcação de consultas, bem como com um sistema de prontuário eletrônico dentro dos consultórios. Além de consultas médicas, são realizados na clínica pequenos procedimentos cirúrgicos e alguns exames específicos de acordo com a especialidade médica envolvida nas consultas. Ressalta-se que a Clínica tem por objetivo oferecer espaço físico para o trabalho do médico, com forte valorização e aplicação do conhecimento científico nas consultas médicas.

4. Metodologia

Esta pesquisa tem por objetivo central aprofundar o conhecimento a respeito da qualidade de vida no trabalho de médicos que atuam em uma clínica médica de uma cooperativa pertencente a um hospital universitário mineiro (HC-COOP), a partir do levantamento das variáveis que constituem o modelo teórico de referência proposto para a pesquisa. A amostra foi composta por 64 médicos de uma população de 90 médicos cooperados da Clínica de Especialidades Médicas, perfazendo um percentual de 71,0% de profissionais que nela atuam. Posteriormente, foram escolhidos 7 médicos (cerca de 10% da amostra total) para participarem de entrevistas semi-estruturadas, visando ao aprofundamento dos dados mais significativos levantados quantitativamente.

Para alcançar este objetivo, o estudo adotou uma abordagem quantitativa e uma qualitativa, cujas técnicas principais de levantamento de dados foram, respectivamente, o questionário e a entrevista semi-estruturada. Documentos da organização foram utilizados para complementar os dados quantitativos e qualitativos levantados pelo estudo.

O questionário engloba cinco seções, compostas, basicamente de escalas de qualidade do tipo *Likert* de sete pontos. A primeira seção investiga as características pessoais e ocupacionais dos participantes do estudo. Cada uma das quatro seções seguintes avalia um tipo dimensão: econômica, política, psicológica e sociológica, tendo em vista o modelo de QVT de Westley (1979). A dimensão econômica inclui indicadores tais como honorários e benefícios recebidos, carga horária desempenhada e espaço físico oferecido para o exercício da função. A dimensão política envolve indicadores associados a segurança na função, atuação de instituições de apoio à categoria, liberdade de expressão e relacionamento do médico com a alta administração. A dimensão psicológica abrange indicadores relativos a *feedback* pelo desempenho, trabalho realizado em equipe, incentivo à atividade de ensino e pesquisa, valorização da função, nível de desafios proporcionados pela função, oportunidades de crescimento e desenvolvimento profissional, exercício da criatividade, variedade de tarefas e identidade com a tarefa. A dimensão sociológica trata de indicadores relacionados a participação nas decisões da cooperativa, relacionamento interpessoal, responsabilidade pelas atividades, reconhecimento de valor pessoal e ética profissional.

Considerou-se que as variáveis do modelo de pesquisa interagiam entre si, porém o grau dos impactos que elas provocariam na qualidade de vida no trabalho dependeria das características pessoais e ocupacionais de cada pesquisado, bem como dos aspectos que

perpassam o trabalho desenvolvido pelo médico, incluindo elementos de ordem econômica, política, psicológica e sociológica. Para fins de validação de forma e conteúdo, o instrumento de pesquisa foi pré-testado com cinco médicos da Clínica de Especialidades Médicas da Cooperativa participante do estudo.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada observando-se dois objetivos distintos. Primeiro: levantar dados para caracterizar a cooperativa médica pesquisada, visando ampliar o conhecimento a respeito do contexto de trabalho que circunscrevia os médicos pesquisados. Três diretores da cooperativa foram entrevistados, sendo um diretor presidente, um diretor administrativo e outro diretor financeiro. Segundo, submeter os resultados mais significativos encontrados por meio do questionário a uma pequena amostra participante do levantamento quantitativo. A amostra desta etapa da pesquisa foi composta por três médicos e quatro médicas, sendo dois doutores, duas mestres, duas especialistas e um com graduação apenas. Convém destacar que as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas no que se refere ao seu conteúdo.

Estatística descritiva foi utilizada para identificar as dimensões de QVT tendo em vista as concepções de Westley (1979) e os indicadores demográficos e ocupacionais dos participantes da pesquisa. Como medidas descritivas foram utilizadas a média e a mediana. Ambas foram empregadas respeitando-se as considerações de Malhotra (2001) de que podem ser usadas em escalas intervalares. Utilizaram-se também medidas de dispersão do tipo intervalo interquartil (P_{25} e P_{75}), uma vez que tais percentis representam bem o posicionamento da unidade amostral. Estatística bivariada também foi utilizada no estudo, procurando-se estabelecer possíveis diferenças entre as características demográficas e ocupacionais dos médicos pesquisados no que se refere às variáveis designadoras de qualidade de vida no trabalho, segundo as proposições de Westley (1979). Os testes não-paramétricos de Wilcoxon/Mann Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para este fim considerando-se níveis de significância de $p < .01$ (nível de confiança de 99,0%) e $p < .05$ (nível de confiança de 95,0%).

5. Apresentação e análise dos resultados

5.1 Resultados descritivos: perfil demográfico-ocupacional dos participantes da pesquisa

Compõe a pesquisa uma amostra de 64 médicos, em sua maior parte, profissionais do sexo masculino (61,0%) que já atingiram certa maturidade na vida pessoal e profissional, fato corroborado pela faixa etária elevada (66,0% com 36 anos ou mais). A maioria é casada (73,0%), possuindo alto grau de escolaridade (91,0% com algum tipo de pós-graduação), tempo de trabalho como cooperados HC-COOP há mais de 5 anos (83,0%), distribuídos em especialidades médicas diversas, desenvolvendo sua profissão em mais de um local de trabalho (75,0% com duas ou mais atividades remuneradas além da exercida na cooperativa).

5.2 Resultados descritivos: a dimensão econômica de QVT

Tendo em vista que o instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto basicamente por escalas de intensidade e qualidade do tipo *Likert* de 7 pontos, considerou-se o valor 4 como mediana. Assim, uma vez que a forma como o médico avaliava cada indicador investigado nesta escala graduava-se de “Péssimo” a “Excelente”, significava dizer que os indicadores que apresentaram escores médios acima de 4 apontavam uma avaliação de qualidade; abaixo de 4, uma avaliação de não-qualidade; e igual a este valor, uma avaliação intermediária entre a qualidade e a não-qualidade. Vale lembrar que a avaliação de qualidade

refere-se a uma percepção positiva do médico quanto aos indicadores que caracterizam as dimensões do modelo de QVT de Westley (1979), demonstrando um sentimento de satisfação com os mesmos. A avaliação de não-qualidade refere-se a uma percepção negativa, ou seja, uma insatisfação dos médicos com os indicadores que configuram as dimensões mencionadas anteriormente.

No que se refere aos escores médios da dimensão econômica, o indicador *unidades de prestação de serviço para o exercício profissional/espço físico* apresentou o maior escore (4,77), seguido por *carga horária* (4,02) e *benefícios* (4,11).

Os resultados anteriores apontam que a maior satisfação dos médicos pesquisados associa-se a questões de ordem estrutural da cooperativa onde atuam. Entretanto, observam-se escores que merecem atenção; por exemplo, associados à relação esforço de trabalho *versus* honorários recebidos (3,57), bem como a honorários pagos pela cooperativa (3,52), ambos tendendo à insatisfação. O depoimento de um médico elucidada bem esta questão:

Na minha opinião, os honorários estão mesmo muito defasados, mas eles não são ditados pela HC-COOP. Nós estamos vivendo uma fase de mais ou menos 8 a 9 anos sem um reajuste definido de honorários, e neste período o máximo que nós conseguimos foram uns 20 a 25%. Então os médicos hoje, de um modo geral, não só aqui, estão insatisfeitos com os honorários recebidos pelos convênios. É muito raro médicos que não dependam de convênios. E os nossos convênios da HC-COOP, em geral, não só os nossos, estão pagando muito mal.

O depoimento acima confirma Costa (2006) quando este autor menciona a baixa remuneração como um dos fatores de desgaste do trabalho médico, segundo pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Por um lado, este relato permite supor que os médicos cooperados devem buscar alternativas de trabalho além da Cooperativa para compensar a baixa remuneração obtida com os convênios. Por outro lado, parece demonstrar que os médicos se vêem reféns de um sistema em que os convênios têm o poder de mando, tendo surgido, conforme constatado nas entrevistas realizadas, comentários envolvendo a dificuldade de negociação com estas entidades. Assim, parece claro que o trabalho médico é realizado em um sistema de prestação de serviços em que as regras são ditadas pelos convênios. Convém ressaltar que este aspecto pode estar relacionado a questões econômicas e estratégicas do sistema de saúde brasileiro, e seria sem sentido dizer que isso depende exclusivamente de práticas da Cooperativa, já que ela é uma prestadora de serviços que depende de negociações desenvolvidas com os tomadores do serviço – no caso, os convênios. Segundo depoimentos colhidos, esforços têm sido desenvolvidos no sentido de obter reajuste nos honorários médicos. Entretanto, diversas queixas foram relatadas de que esta é uma briga árdua entre prestadores e tomadores de serviços na saúde.

5.3 Resultados descritivos: a dimensão política de QVT

Os indicadores *relacionamento com a diretoria e administração*, *liberdade de expressão e segurança no exercício da função médica* manifestaram escores médios de 5,44, 5,31 e 5,10, respectivamente, denotando satisfação dos médicos quanto a esses aspectos, que podem ser considerados característicos de uma cooperativa. No entanto, evidenciou-se uma relativa insatisfação dos médicos quanto à *atuação de instituições de apoio à categoria*, indicador que atingiu um escore médio de 3,58.

É importante observar que os médicos demonstraram maior satisfação quanto ao relacionamento com a Diretoria e administração. De um modo geral, o conteúdo das

entrevistas permitiu perceber que essas instâncias da HC-COOP desenvolvem uma gestão adequada, na qual prevalecem os sentimentos de confiança, apoio, seriedade e transparência. O depoimento de um médico revela a qualidade do relacionamento entre os médicos e a Direção da Cooperativa:

Eu acho que é o respeito que eles têm para conosco, a possibilidade de acesso, a liberdade, a abertura a críticas, o retorno às sugestões, a conduta ética ... Tudo aqui é favorável.

Apesar de os resultados da pesquisa realizada na HC-COOP revelarem uma tendência para a insatisfação dos médicos quanto à atuação das instituições de apoio à categoria, os diretores da cooperativa, de modo geral, consideram que existe um relacionamento bom e harmonioso com entidades dessa natureza, uma vez que a Diretoria e o Conselho da cooperativa se fazem representar em diferentes instituições, tais como sindicato, Conselho Regional de Medicina, Associação Médica, Fencon etc. Contudo, esse resultado merece um pouco mais de atenção, uma vez que Westley (1979) afirma estar a dimensão política diretamente relacionada à questão da segurança no emprego, ponto este que pode ser fomentado pelo sentimento de que as instituições de apoio à categoria não são atuantes nesta direção. De qualquer modo, ressalta-se que resultado parecido foi encontrado na pesquisa realizada por Ramos (1995) em sua investigação sobre a QVT de médicos e enfermeiros de um hospital público em Belo Horizonte. Todavia, na pesquisa de Ramos (1995) os médicos manifestaram a sua insatisfação evidenciando um escore mais baixo ainda, de apenas 1,77. Os resultados de ambos os estudos sugerem ser recorrente o sentimento de insatisfação dos médicos quanto à atuação de instituições de apoio à categoria.

5.4 Resultados descritivos: a dimensão psicológica de QVT

No que se refere aos escores médios da dimensão psicológica, a maioria dos indicadores recebeu escore superior ao valor mediano da escala (4,0), destacando-se como mais expressivos: *identidade com a tarefa* (5,69) e *nível de desafio* (5,27). As exceções ficaram a cargo dos indicadores: *criatividade*, que apresentou um escore médio de 3,7; *variedade de tarefas*, com um escore médio de 3,64; e *incentivo a atividades de ensino e pesquisa*, que apresentou um escore médio de apenas 3,19.

Os altos escores de satisfação alcançados com relação a identidade da tarefa e nível de desafio permitem acreditar que os médicos devem perceber o seu trabalho sendo realizado de forma completa, do início ao fim, e que devem experimentar certas complexidades na profissão capazes de propiciar sentimentos de realização, autonomia e respeito próprio. Tais sentimentos parecem ser reforçados pelos escores satisfatórios encontrados com relação aos indicadores *realização pessoal e habilidade e preparo da equipe*, ambos apresentando escores de 5,11.

No que tange ao resultado relativo a criatividade tender à insatisfação, esse dado sugere que o trabalho realizado na clínica requer o pouco uso dessa aptidão, uma vez que está voltado primordialmente para o atendimento de consultas médicas. Interessante destacar que, nas entrevistas realizadas os médicos foram unânimes em mencionar a importância do uso da criatividade no seu dia-a-dia de trabalho. Pressupõe-se que isso ocorra nas atividades que os médicos realizam fora da Cooperativa.

Também apresentando resultado de insatisfação destacou-se o indicador variedade de tarefas que apresentou escore de 3,64. Este indicador está relacionado à necessidade do uso de diferentes capacidades/habilidades para a execução da tarefa, sugerindo que os médicos parecem considerar o trabalho realizado na Cooperativa como sendo simples e rotineiro. Acredita-se que o fato de a instituição pesquisada ser uma Clínica, com atendimento de consultas programadas, pode explicar esta situação – ou seja, o trabalho pode ser considerado pelos médicos menos complexo e mais repetitivo.

Por fim, observa-se que o indicador associado ao incentivo a atividades de ensino e pesquisa apresentou o menor escore médio (3,19) obtido pelo estudo, não apenas considerando-se a dimensão psicológica, mas todas as dimensões de QVT pesquisadas. Resultado inferior a este foi encontrado na pesquisa realizada por Ramos (1995) em sua investigação da QVT de médicos e enfermeiros de um hospital público em Belo Horizonte, na qual os médicos evidenciaram também a sua insatisfação com esse indicador, alcançando um escore menor ainda, de apenas 2,95. Esse dado sugere que não seja muito comum o investimento e ou incentivo a atividades de ensino e pesquisa por parte das instituições nas quais os médicos executam suas funções.

Recorrendo à literatura, Westley (1979) afirma que a dimensão psicológica é fundamentalmente representada pelo sentimento de auto-realização e que sua inexistência desencadeia um processo de alienação, ou seja, a perda do significado da tarefa por parte do empregado. Isso leva a considerar que os dados de insatisfação descritos anteriormente merecem maior atenção por parte da Cooperativa, uma vez ser de fundamental importância que o médico, no exercício de sua profissão, sinta-se auto-realizado, sob pena de seu trabalho apresentar características mecanicistas e desumanas. Entende-se que para isso ocorrer é necessário que o médico consiga experimentar criatividade no seu trabalho, usar diferentes capacidades/habilidades na execução de suas tarefas e participar de atividades que possam permitir seu crescimento pessoal e profissional.

5.5 Resultados descritivos: a dimensão sociológica de QVT

Quanto aos escores médios da dimensão sociológica, todos os indicadores exibiram valores aproximadamente iguais ou superiores ao escore mediano da escala (4,0). Contudo, destaca-se que os médicos manifestaram maior satisfação com o indicador *ética profissional*, que atingiu um escore médio de 6,45. Por outro lado, revelaram uma tendência à insatisfação no que se refere ao indicador *tomada de decisões*, que atingiu um escore médio de apenas 3,98.

No que diz respeito ao fato de a maioria dos escores acima posicionar-se na zona da satisfação, é importante ressaltar que tais resultados convergem com a argumentação de Westley (1979) sobre a dimensão sociológica de QVT. Para o autor, esta dimensão está relacionada à forma como se estruturam as organizações, como as tarefas são executadas e como as responsabilidades são distribuídas, aspectos que podem diminuir ou aumentar o envolvimento moral do empregado com o seu trabalho. Os resultados encontrados sugerem que os médicos da Cooperativa estão satisfeitos com esses aspectos do trabalho, uma vez considerado as evidências satisfatórias reveladas com relação a ética profissional, responsabilidade destes profissionais na execução de suas tarefas e relacionamento pessoal mantido na organização. Além disso, tais aspectos vão ao encontro das características do sistema de trabalho médico por meio de cooperativa que, fundamentalmente, preconiza o comportamento ético de seus cooperados no sentido de eliminar intermediários na relação

médico-paciente, bem como a associação de pessoas que se reúnem em igualdade de direitos com o objetivo de desenvolver uma atividade econômica ou prestar serviços comuns (PEREIRA, 1999; FUNDAÇÃO UNIMED, 2007).

O resultado tendendo à insatisfação quanto a participação dos médicos no processo de tomada de decisões confronta-se com o resultado obtido referente ao relacionamento com a Diretoria e Administração, que foi considerado o aspecto mais satisfatório pelos médicos a respeito da dimensão política de QVT, descrita anteriormente. Isso sugere que os médicos, mesmo experimentando sentimentos positivos decorrentes da atuação em um sistema cooperativo, por exemplo, de serem donos do negócio e de estabelecerem um bom relacionamento com a alta administração, ainda sentem-se limitados quanto à possibilidade de participação no processo decisório da organização. Em entrevistas com a Diretoria da HC-COOP, este problema parece ter sido transferido para os médicos da Cooperativa. Os diretores alegaram que a participação dos médicos nas assembléias realizadas é muito baixa. As razões apontadas para isso são: falta de tempo dos médicos, excesso de trabalho dos mesmos em diversas instituições e pouca visão que eles possuem sobre a importância da Cooperativa.

Sintetizando os resultados a respeito de todas as dimensões de QVT de Westley (1979), fica evidenciado, de um lado, que a maior satisfação dos médicos esteve relacionada à dimensão sociológica, cujos indicadores atingiram um escore médio de 5,3. Acredita-se que esta constatação está de acordo com o propósito da função médica, que envolve aspectos muito próximos dos indicadores que abrangem a dimensão sociológica, tais como ética profissional, responsabilidade e relacionamento interpessoal, que receberam os maiores escores médios nesta dimensão.

De outro lado, a maior insatisfação dos médicos mostrou-se relacionada à dimensão econômica, cujos indicadores atingiram um escore médio de apenas 4,0, ou seja, mantendo-se na zona limítrofe da escala. Conforme observado nos próprios depoimentos dos médicos, parece que tal resultado encontra-se diretamente relacionado a questões sócioeconômicas do País, que afetam diretamente a área de saúde e, conseqüentemente, a forma como se desenha o sistema atual de remuneração médica.

6.6 Análise dos indicadores de QVT segundo as variáveis demográficas e ocupacionais

Nesta seção, comparam-se os indicadores que compõem as dimensões de QVT de Westley (1979) com as variáveis demográficas/ocupacionais, evidenciando as associações significativas encontradas, tendo em vista os níveis de significância $p < .01$ e $p < .05$.

Para as variáveis *sexo* e *faixa etária*, que possuem somente duas categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de Wilcoxon/Mann-Whitney, enquanto que para as demais variáveis – *escolaridade*, *tempo de trabalho na empresa* e *estado civil* - que possuem três ou mais categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. No teste de Kruskal-Wallis, a hipótese nula é de que não há diferenças entre as médias das categorias e a hipótese alternativa é a de que há pelo menos uma diferença significativa entre as categorias ou tratamentos estudados. A Tabela 1 sumariza as diferenças significativas da associação entre as dimensões de QVT, seus respectivos indicadores e as variáveis demográficas/ocupacionais dos participantes da pesquisa.

Dimensão de QVT	Indicador de QVT	Variável demográfica e ocupacional	Resultados				
		Sexo	Média	P₂₅	P₅₀	P₇₅	Valor p
		Masculino	4,2	3,0	5,0	6,0	0,002***
		Feminino	3,0	2,0	3,0	4,0	
		Escolaridade	Média	P₂₅	P₅₀	P₇₅	Valor p
		Graduação	3,3	2,5	3,5	4,3	0,043**
		Especialização	4,4	3,0	5,0	6,0	
		Mestrado completo/incompleto	4,1	3,0	4,0	5,0	
		Doutorado completo/incompleto	3,0	1,0	3,0	4,3	
		Tempo de trabalho	Média	P₂₅	P₅₀	P₇₅	Valor p
		Até 5 anos	6,3	6,0	7,0	7,0	0,006***
		De 6 a 10 anos	6,1	6,0	6,0	7,0	
		Mais de 10 anos	6,9	7,0	7,0	7,0	
		Estado civil	Média	P₂₅	P₅₀	P₇₅	Valor p
		Solteiro(a)	5,0	4,0	5,5	6,0	0,008***
		Casado(a)	5,5	5,0	6,0	6,0	
		Outros	3,4	2,0	4,0	4,5	

Tabela 1 – Comparação das dimensões de QVT baseadas nas variáveis demográficas e ocupacionais

Fonte: dados da pesquisa

Nota: ***p < .01 e **p < .05

A Tabela 1 mostra diferenças significativas entre o indicador associado a criatividade (dimensão psicológica de QVT) e as variáveis demográficas sexo e escolaridade, em níveis de significância $p < .01$ e $p < .05$, respectivamente. Evidenciam também diferenças significativas, em níveis de $p < .01$, entre dois indicadores relativos à dimensão sociológica de QVT e outras variáveis demográfico-ocupacionais – no caso, estado civil e tempo de trabalho na empresa. Um dos indicadores de QVT, *ética profissional*, exibiu diferenças significativas com tempo de trabalho na cooperativa, enquanto que o outro indicador, *valor pessoal reconhecido*, manifestou diferença significativa com estado civil.

Mais especificamente, os resultados da Tabela 1 revelam que os homens (média = 4,2) se dizem mais criativos que as mulheres (média = 3,0) no exercício da profissão médica. Todavia, os dados das entrevistas revelaram que não há diferença a esse respeito. De qualquer forma, é possível inferir que a criatividade varia de pessoa para pessoa, conforme a situação, ou de acordo com a quantidade de recursos disponíveis para executar a tarefa, podendo ainda variar conforme a especialidade médica. Algumas especialidades médicas são mais padronizadas, envolvem mais rotinas, outras, não, por exemplo, a especialidade de cirurgia. Em um procedimento cirúrgico pode surgir um fato que não estava previsto, gerando complicações e, por isso, demandar mais criatividade para solucioná-las.

Ainda com relação a criatividade, os dados apontaram que os médicos com especialização (média = 4,4) sentem-se mais criativos que os médicos com graduação (média = 3,3), mestrado (média = 4,1) ou doutorado (média = 3,0). Por um lado, sugere-se que o curso de especialização talvez esteja mais ligado à realidade prática da medicina, por meio do qual são buscados conhecimentos para o exercício imediato da função médica. É possível acreditar que a aquisição de conhecimentos e capacidades adquiridos em um curso de especialização,

credencia seus titulados a proporem idéias visando à solução de problemas pontuais. Por outro lado, talvez possa ocorrer uma mudança de expectativa e desejos dos médicos que possuem mestrado e ou doutorado em relação à profissão médica, impelindo-os a seguir carreira acadêmica. Tal situação pode levá-los a experimentar sentimentos de insatisfação com o uso da criatividade no trabalho que executam na cooperativa.

No tocante ao indicador sociológico associado a *ética profissional*, que avalia a medida como a profissão médica era exercida com responsabilidade, de modo a evitar óbitos e seqüelas graves aos pacientes, os médicos que possuem mais de 10 anos de trabalho na Cooperativa (média = 6,9) demonstram ser mais éticos que aqueles com um tempo inferior, cujas médias não ultrapassaram 6,3. Entretanto, os depoimentos colhidos parecem indicar que a ética não mostra muita relação com o tempo de trabalho em uma organização, mas sim com a experiência que se adquire com o exercício da profissão.

Quanto ao indicador sociológico relacionado ao valor pessoal reconhecido, que avalia os sentimentos de auto-estima e prestígio que os médicos experimentam ao executar o seu trabalho, os resultados da Tabela 1 indicam os médicos casados (média = 5,5) como mais realizados quando comparados com os solteiros (média = 5,0) ou com aqueles que possuem outro estado civil (média = 3,4). Contudo, os depoimentos colhidos nas entrevistas revelaram que esse indicador parece mais associado ao tempo de trabalho na Cooperativa, uma vez que progressões nesse quesito permitem ao médico ampliar a sua clientela e, em decorrência disso, experimentar sentimentos positivos de auto-estima na realização de sua função.

6. Considerações finais

O objetivo principal desta pesquisa foi aprofundar o conhecimento a respeito da qualidade de vida no trabalho de médicos que atuam em uma cooperativa médica de um hospital universitário mineiro (HC-COOP) localizado na cidade de Belo Horizonte.

Segundo o modelo proposto para a pesquisa, os resultados obtidos indicaram que a qualidade de vida no trabalho dos médicos pesquisados mostrou-se satisfatória para a maioria dos indicadores medidos. Constatou-se que a maior satisfação esteve relacionada à dimensão sociológica. Dentre seus indicadores principais, destacam-se: ética profissional, responsabilidade pela execução das tarefas e relacionamento interpessoal. Outros indicadores que revelaram satisfação, porém associados às dimensões psicológica e política de QVT, foram, respectivamente: a identidade com a tarefa e o relacionamento com a Diretoria/Administração.

A pesquisa evidenciou que a menor satisfação dos médicos relacionou-se à dimensão econômica, cujo escore médio atingiu a zona limítrofe da escala de satisfação. Os indicadores de insatisfação relativos à dimensão econômica foram associados aos honorários recebidos e à relação que estes mantêm com o esforço despendido pelos médicos para auferi-los. Outros indicadores que evidenciaram maior insatisfação foram o incentivo destinado a atividades de ensino e pesquisa e a atuação de instituições de apoio à categoria, respectivamente ligados às dimensões psicológica e política de QVT.

Quanto à associação entre os indicadores de QVT do modelo teórico proposto com os fatores demográficos e ocupacionais, os resultados do estudo revelaram que os indicadores de ordem psicológica (criatividade) e os de ordem sociológica (ética profissional e valor pessoal reconhecido) manifestaram relacionamentos significativos com o sexo, a escolaridade, o

tempo de trabalho na empresa e o estado civil. Mais especificamente, os médicos se percebem mais criativos quando comparados às médicas; aqueles com especialização sentem-se mais criativos do que os profissionais pesquisados com outro grau de escolaridade; os médicos com mais de 10 anos de atuação na Cooperativa valorizam mais intensamente a ética profissional e os médicos casados demonstram maior satisfação com aspectos associados a ética profissional e ao valor pessoal reconhecido no exercício da profissão.

Finalizando, a literatura sobre QVT mostra que a satisfação do trabalhador depende da maneira como uma organização estrutura e gerencia aspectos do trabalho capazes de oferecer sistemas de compensação justos, crescimento na carreira, participação nas decisões, estimulação da criatividade etc. Com base nesses argumentos, conclui-se que alguns resultados obtidos na pesquisa mostraram-se divergentes dessa premissa, o que aponta para a necessidade de implantar ações gerenciais na Cooperativa que contemplem simultaneamente o indivíduo e organização. Entre essas ações gerenciais sugere-se: a) o incentivo a atividades de ensino e pesquisa em parceria com a Faculdade de Medicina da UFMG, visando o desenvolvimento dos médicos da cooperativa estudada; b) a implantação de práticas voltadas para a sensibilização e estimulação dos médicos cooperados quanto à participação nas assembleias, levando-os a sentirem-se peças fundamentais nos seus processos decisórios; e c) o oferecimento de cursos sobre cooperativismo, de modo que os médicos entendam os princípios dessa forma de organização do trabalho e se sintam preparados para conduzir processos e negociações, inclusive aqueles relacionados a honorários médicos.

Como recomendação acadêmica aconselha-se que estudos sobre qualidade de vida no trabalho continuem sendo realizados em organizações da área de saúde que adotam o formato de cooperativa e que possam envolver o grau de satisfação dos pacientes em relação ao atendimento médico recebido.

Finalmente, é oportuno ressaltar duas limitações do estudo. Primeira, tendo em vista que o método utilizado foi o estudo de caso, é sabido que uma de suas principais desvantagens está relacionada ao fato de não proporcionar bases suficientes para se fazer generalizações dos achados. Segunda, instrumentos quantitativos de levantamento de dados são susceptíveis a julgamentos pessoais, que podem introduzir simplificações na medição dos resultados, não obstante o instrumento utilizado no estudo ter sido pré-testado com profissionais da área de saúde e uma abordagem qualitativa ter sido empregada para fins de aprofundamento dos dados. A amostra escolhida para participar da abordagem qualitativa, apesar de permitir que minúcias da atuação médica pudessem ser reveladas, não permite que sejam generalizadas para o corpo de médicos como um todo da cooperativa pesquisada.

7. Referências

- BASTOS, Antônio V. B.; SOUZA, Janice J.; COSTA, Vânia M. F. Programas de qualidade de vida no trabalho em contextos diferenciados de inovação: uma análise multivariada. Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, XXX, 2006, Salvador, BA. **Anais ...** Salvador: EnANPAD, 2006, CD-ROM.
- BERBEL, José Divanil Spósito. **Administração de programas de autogestão de saúde: gestão e controles**. São Paulo: Editora STS, 2000.
- COSTA, Augusto César de Farias. O médico, seu trabalho e sua saúde mental. Brasília: Conselho Federal de Medicina, **Revista Ética**, 2006.
- DOURADO, Débora P.; CARVALHO, Cristina A. Controle do homem no trabalho ou qualidade de vida no trabalho? **Cadernos Ebape**, v. IV, n. 4, 2007.

- DUPAS, Gilberto. **O mito do progresso**: ou progresso como ideologia. São Paulo: Unesp, 2006.
- EL-AQUAR, Walid Abbas; SOUZA, Washington José de. Com músicos, com qualidade e com vida: contribuições teórico-metodológicas aos estudos em qualidade de vida no trabalho. Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, XXVII, 2003, Atibaia, SP. **Anais ... Atibaia: EnANPAD**, 2003, CD-ROM.
- FUNDAÇÃO UNIMED. **Cooperativismo e sistema Unimed**. Belo Horizonte: UNIMED, 2007.
- HONÓRIO, Luiz C. **Cisão e privatização**: impactos sobre a qualidade de vida no trabalho de uma empresa de telefonia celular. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 1998. (Dissertação, Mestrado)
- HONÓRIO, Luiz C.; MARQUES, Antônio L. Reforma estrutural das telecomunicações no Brasil: um estudo sobre a qualidade de vida no trabalho em uma empresa de telefonia celular. **Revista de Administração da USP**, v. 36, n. 2, abril/junho, 2001.
- ISMAEL, J.C. **O médico e o paciente**: breve história de uma relação delicada. São Paulo: MG Editores, 2005.
- LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de vida no trabalho – QVT**: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2004.
- MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MAESTRO FILHO, Antônio Del. **Modelo relacional entre modernização organizacional, práticas inovadoras de treinamento e satisfação no trabalho**. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 2004 (Tese de Doutorado).
- MARQUES, Antônio Luiz; MORAES, Lúcio Flávio Renault; COSTA, Renata Pinal; FERREIRA, Juliana Rodrigues. Qualidade de vida e estresse no trabalho em uma grande corporação de polícia militar. **Third International Conference of the Iberoamerican Academy of Management**, São Paulo: Brasil, 2003 (CD-ROM).
- MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- MEZOMO, João C. **Gestão da qualidade na saúde**. São Paulo: Manole, 2001.
- MORAES, Lúcio Flávio Renault et al. Diagnóstico de qualidade de vida e estresse no Trabalho da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais. **Relatório de Pesquisa CNPq**. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 2000.
- PEREIRA, Maria Isabel. **Cooperativas de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1999.
- PITTA, Ana. **Hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Annablume/ Hucitec, 2003.
- RAMOS, Wilza M. **A qualidade de vida no trabalho de médicos e enfermeiros**: um estudo de caso em hospital público de Belo Horizonte. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 1995. (Dissertação, Mestrado)
- SANT'ANNA, Anderson de Souza; MORAES, Lúcio Flávio Renault. **O movimento da qualidade de vida no trabalho**: um estudo de suas origens, evolução, principais abordagens e avanços no Brasil. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 1998. (Ciclo de debates).
- REZENDE, Joffre M. de. **O uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas consequências**. In. XIV ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA: Goiânia, 2002.
- SANT'ANNA, Anderson de S. **Competências individuais requeridas, modernidade organizacional no trabalho**: uma análise de organizações mineiras sobre a ótica dos profissionais da área de administração. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 2002 (Tese de Doutorado).
- WESTLEY, W. A. Problems and solutions in the quality of working life. **Human Relations**, v.32, n. 2, p. 113-123, 1979.