

FACULDADE NOVOS HORIZONTES
Mestrado Acadêmico em Administração

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: o caso de uma cooperativa
médica de um hospital universitário mineiro**

Rozeli de Fátima Dutra

Belo Horizonte
2008

Rozeli de Fátima Dutra

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: o caso de uma cooperativa médica de um hospital universitário mineiro

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Honório

Área de Concentração: Organização e estratégia

Linha de Pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações

Belo Horizonte

2008

Para os meus filhos, Sara e Saulo, que em muitos momentos suportaram minha ausência física, meu silêncio, que muitas vezes sofreram comigo e que torceram para que chegasse logo o dia em que este trabalho estaria concluído.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Pai Supremo, fonte de luz verdadeira, sabedoria e provedor de situações, recursos e pessoas imprescindíveis a cada momento durante este longo percurso. Algumas das pessoas as quais agradeço, com muito carinho, e divido minha alegria e alívio de ter chegado até aqui:

- ❖ A todos os meus familiares e àqueles que, de forma oculta em suas preces, pediram para que eu tivesse forças para chegar ao fim deste trabalho.
- ❖ Aos meus filhos, Sara e Saulo, que também batalharam comigo, quantos desafios.
- ❖ Ao Sérgio que acaba de chegar em um momento tão importante e adequado e que nos últimos instantes incentivou-me na conclusão deste trabalho.
- ❖ Ao professor Luiz Honório que com competência, seriedade e dedicação inspirou-me, encorajou-me, sanou-me dúvidas diversas, e, em muito, contribuiu com suas sugestões e recomendações, que enfim, possibilitaram a conclusão deste trabalho.
- ❖ A todos os professores da Faculdade Novos Horizontes, especialmente a professora Ester Jeunon que esteve mais próxima, e a todos os outros professores com os quais convivi até hoje, que, com certeza, tiveram a sua parcela de contribuição e sustentação deste trabalho.
- ❖ À Laudicéa que foi meu primeiro contato na cooperativa pesquisada e quem, com muita gentileza, abriu para mim a primeira porta da HC-COOP.
- ❖ A todos os médicos da cooperativa pesquisada que colaboraram na realização desta pesquisa, fornecendo informações ou respondendo ao questionário: a vocês, o meu muito obrigado e a certeza de que, sem a sua colaboração, este trabalho simplesmente não teria sido realizado.
- ❖ Aos diretores e conselheiros da cooperativa pesquisada que permitiram que o meu trabalho fosse realizado na Clínica sob sua direção.
- ❖ Aos empregados da cooperativa pesquisada que foram intermediários entre mim e os médicos participantes da pesquisa.

- ❖ A minha amiga Cleuza que, desde o primeiro dia de aula no mestrado, garantiu-me o apoio nas rotinas diárias e inúmeras vezes comemorou comigo várias etapas vencidas.
- ❖ Ao Élvio, Nadjanaira e Simone pela amizade sincera e engrandecedora que se fizeram presentes muito antes do começo e durante todo este longo percurso e que também ofereceram suas contribuições.
- ❖ Aos amigos, colegas e parceiros de trabalho e/ou mestrado que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho, prestando serviços ou colaborações diversas, Antônio Olintho, Cardoso, Edgar Sérgio, Enio Biaggi, Léssio Nunes, Patrícia Tanuri, Roberto Cavaliere e Sérgio Pedrosa.
- ❖ A todos os meus amigos que, apesar das minhas longas ausências, na correria do dia-a-dia, continuam presentes na minha vida e no meu coração.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal

CASU - Caixa de Assistência à Saúde da Universidade

CFM - Conselho Federal de Medicina

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CRM - Conselho Regional de Medicina

CTI - Centro de Tratamento Intensivo

FENCOM - Federação Nacional das Cooperativas Médicas

HC-COOP - Cooperativa do Hospital das Clínicas

OCB - Organização das Cooperativas Brasileiras

OCEMG - Organização das Cooperativas do Estado de Minas Gerais

QVT - Qualidade de Vida no Trabalho

RPA'S - Recibo de Pagamento a Autônomos

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UNIMED - União de Médicos

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 - Modelo teórico de referência da pesquisa.....	59
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição dos médicos segundo o sexo.....	64
GRÁFICO 2 - Distribuição dos médicos segundo a faixa etária.....	65
GRÁFICO 3 - Distribuição dos médicos segundo o estado civil.....	65
GRÁFICO 4 - Distribuição dos médicos segundo a escolaridade.....	66
GRÁFICO 5 - Distribuição dos médicos segundo o tempo de cooperado na HC-COOP.....	67
GRÁFICO 6 - Distribuição dos médicos segundo o exercício de outras atividades remuneradas, além da HC-COOP.....	68
GRÁFICO 7 - Distribuição do número de atividades como médico no mercado de trabalho, além da HC-COOP.....	69
GRÁFICO 8 - Distribuição do grau de importância da remuneração por produção obtida por meio da HC-COOP para a composição da renda pessoal do médico	70
GRÁFICO 9 - Escores médios das variáveis que compõem a dimensão econômica.....	75
GRÁFICO 10 - Escores médios das variáveis que compõem a dimensão política	77
GRÁFICO 11 - Escores médios das variáveis que compõem a dimensão psicológica.....	79
GRÁFICO 12 - Escores médios das variáveis que compõem a dimensão sociológica.....	81

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Raízes da Qualidade de Vida no Trabalho.....	27
QUADRO 2 - Alguns estudos sobre QVT e satisfação no trabalho realizados no Brasil.....	31
QUADRO 3 - Definição operacional das variáveis de pesquisa.....	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos médicos segundo as especialidades em que atuam na HC-COOP.....	67
TABELA 2 - Indicadores de QVT classificados em ordem decrescente segundo o escore médio.....	72
TABELA 3 - Escores médios, por dimensão de QVT.....	83
TABELA 4 - Diferenças significativas segundo as variáveis demográficas e ocupacionais em cada dimensão de QVT	84
TABELA 5 - Níveis médios dos indicadores de QVT com diferenças significativas segundo o sexo	85
TABELA 6 - Níveis médios dos indicadores de QVT com diferenças significativas segundo a escolaridade	87
TABELA 7 - Níveis médios dos indicadores de QVT com diferenças significativas segundo o tempo de trabalho na cooperativa.....	88
TABELA 8 - Níveis médios dos indicadores de QVT com diferenças significativas segundo o estado civil.....	89
TABELA 9 - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais.....	91
TABELA 10 - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais segundo as variáveis demográficas com diferenças significativas entre suas categorias.....	93

RESUMO

Este estudo sobre qualidade de vida no trabalho baseou-se nas dimensões econômica, política, psicológica e sociológica de Westley (1979) e nas dimensões ambientais e organizacionais de Honório (1998), tendo como objetivo principal aprofundar o conhecimento a respeito da qualidade de vida no trabalho de médicos que atuam em uma grande cooperativa de Trabalho (HC-COOP) de um hospital universitário de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa aplicada, de natureza descritiva e interpretativa e de caráter quantitativo e qualitativo. O método de pesquisa foi o estudo de caso, utilizando-se como instrumentos de coleta de dados o questionário, a entrevista semi-estruturada e os documentos da cooperativa. Para os dados levantados pelo questionário, foram utilizadas as estatísticas descritiva e bivariada. Observou-se também que a qualidade de vida no trabalho dos médicos pesquisados mostrou-se satisfatória para a maioria dos indicadores medidos, sendo que a maior satisfação dos médicos está relacionada à dimensão sociológica e a maior insatisfação, à econômica. De um modo geral os indicadores de maior satisfação foram ética profissional, responsabilidade, relacionamento interpessoal, identidade com a tarefa e relacionamento com a diretoria e administração. Enquanto os indicadores de maior insatisfação foram, tomada de decisões, criatividade, variedade de tarefas, atuação de instituições de apoio à categoria, esforço de trabalho-honorários recebidos, honorários “cooperativa *versus* mercado”, incentivo a atividades de ensino e pesquisa. No que se refere aos fatores ambientais e organizacionais, constatou-se que os médicos (especialmente os mais jovens) consideram que o ambiente externo interfere na realização de suas atividades. Quanto à concorrência de mercado atual na área de saúde, observou-se que os médicos que possuem apenas mais uma atividade remunerada além da HC-COOP consideram que a concorrência afeta menos na obtenção e fidelização de clientes que aqueles que possuem mais de uma atividade remunerada além da cooperativa pesquisada. O trabalho por meio de cooperativa visa proporcionar maior autonomia, independência e qualidade de vida para o trabalhador, porém, no caso da área médica em específico, muitos fatores interferem na sua dinâmica de trabalho e que, ao longo do tempo, têm desafiado os atores deste cenário.

Palavras-chave: qualidade de vida no trabalho; cooperativa; trabalho médico.

ABSTRACT

This study on the quality of life at work was based on Westley's (1979) economic, political, psychological and sociological dimensions, and Honório's (1998) environmental and organizational dimensions. Its main objective is to broaden knowledge on the quality of life at work of doctors who are part of a large cooperative of a university hospital in Belo Horizonte (HC-COOP). It's an applied research which has a descriptive, interpretive, quantitative and qualitative nature. The methodology used was case study and data were collected through questionnaires, semi-structured interviews and documents belonging to the cooperative. Data collected by the questionnaires were analyzed through the use of descriptive and bi-varied statistics. It was observed that the quality of life of the doctors involved in the research was satisfactory in the majority of the indicators being measured; highest satisfaction is associated with the sociological dimension and lowest satisfaction is related to the economic factor. Generally speaking, the indicators showing the greatest satisfaction were: professional ethics, responsibility, interpersonal relationships, rapport with the task and interaction with the administrative board. The ones showing the least satisfaction, on the other hand, were: decision-making, creativity, variety of tasks, action of medical professionals support institutions, effort/pay ratio, cooperative pay versus market standards, teaching and research incentive. As to environmental and organizational factors, it was concluded that the doctors – specially the younger ones – see the external environment interfering in their practice. The answers to how the present competition in the health market affects the process of obtaining and keeping clients depended on the number of salaried activities the doctors have outside the cooperative: those who have just one other activity think competition affects them less, while those with more than one activity think competition affects them more. A cooperative should foster autonomy, independence and quality of life for those taking part in it. However, specifically in the medical field, several factors interfere in the dynamics of the service provided by the doctors, and which constantly challenge them.

Key words: quality of life at work; cooperative; medical labor.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	Considerações sobre a QVT.....	19
2.2	Qualidade de vida no trabalho: conceitos.....	20
2.3	Qualidade de vida no trabalho: principais abordagens.....	21
2.3.1	A QVT do ponto de vista de Walton (1973).....	22
2.3.2	A QVT do ponto de vista de Hackman e Oldham (1975).....	23
2.3.3	A QVT do ponto de vista de Thériault (1980).....	24
2.3.4	A QVT do ponto de vista de Wherter e Davis (1983).....	25
2.3.5	A QVT do ponto de vista de Westley (1979).....	26
2.4	Perspectivas atuais sobre QVT.....	29
2.5	O trabalho médico.....	34
2.5.1	Considerações gerais sobre a medicina e a prática médica.....	34
2.5.2	A realidade atual da prática médica.....	37
2.5.3	O cooperativismo médico e suas principais características.....	41
2.5.4	Princípios cooperativistas.....	43
3	A HC-COOP E SUA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	46
4	METODOLOGIA.....	55
4.1	O tipo e o método da pesquisa.....	55
4.2	População e amostra da pesquisa.....	56
4.3	Definição das variáveis do estudo e modelo teórico de referência.....	57
4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	60
4.5	Tratamento dos dados.....	62
4.6	Limitações da pesquisa.....	63
5	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	64
5.1	Análise descritiva das variáveis demográficas e ocupacionais.....	64
5.2	Análise descritiva das dimensões de qualidade de vida no trabalho.....	70
5.2.1	Dimensão econômica.....	74
5.2.2	Dimensão política.....	76
5.2.3	Dimensão psicológica.....	78
5.2.4	Dimensão sociológica.....	81
5.3	Análise dos indicadores de QVT segundo as variáveis demográficas e ocupacionais.....	83
5.4	Análises descritivas dos fatores ambientais e organizacionais.....	90
5.5	Análise dos fatores ambientais e organizacionais segundo as variáveis demográficas e ocupacionais.....	91
6	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	98
	REFERÊNCIAS.....	102
	APÊNDICE A.....	106
	APÊNDICE B.....	114
	APÊNDICE C.....	116
	APÊNDICE D.....	118

APÊNDICE E.....	119
APÊNDICE F.....	120
APÊNDICE G.....	121
APÊNDICE H.....	122
APÊNDICE I.....	123
APÊNDICE J.....	124
APÊNDICE L.....	125
APÊNDICE M.....	126

1 INTRODUÇÃO

A área de saúde tem sido influenciada por diversos fatores: crescimento demográfico exagerado da população mundial, revolução nos costumes advinda da globalização, enorme avanço da tecnologia na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças e aumento da expectativa de vida, entre outros fatores.

O trabalho na área de saúde é considerado, por muitos que ali atuam, como uma atividade geradora de orgulho. Contudo, é um trabalho árduo, desenvolvido em regime de turnos e plantões, abrindo perspectivas de duplos empregos e de jornadas de trabalho prolongadas, em meio a um cenário de constantes paradoxos: vida, morte, alegrias, dores, sofrimento, perdas. Essa realidade afeta, em geral, a população e, em particular, os profissionais de saúde e os médicos.

Além disso, o segmento da saúde faz parte de um mercado altamente competitivo e em constantes mudanças, que exige um posicionamento como um verdadeiro negócio, e não mais como algo beneficente. No passado, os hospitais, clínicas e demais serviços de saúde conseguiam se sustentar sem uma forte estrutura de gestão; hoje, ao contrário disso, além do médico e do paciente, este tipo de negócio envolve um processo de gerenciamento complexo e necessariamente uma condução estratégica, do contrário, está fadado ao fracasso.

Anteriormente, o médico, em uma estrutura bem menos complexa que nos dias atuais tinha ao concluir o curso de medicina, um espaço garantido no mercado de trabalho. Com o aumento da complexidade e a caracterização do serviço como um negócio, o médico precisa encontrar alguma alternativa para exercer a sua profissão de forma segura e rentável. Neste contexto, como uma das alternativas, surge a cooperativa médica, que, com uma forte estrutura de gestão e já com uma clientela definida e abrangente, torna-se o grande atrativo para o médico. Esse profissional, na expectativa de exercer sua profissão com dignidade, segurança, remuneração garantida e autonomia, candidata-se ao processo seletivo de uma cooperativa médica. Cumpridos os requisitos exigidos, paga o compromisso da cota de capital fixada para ingressar na cooperativa. Isso para se associar a este sistema de trabalho, e daí passar a ter os benefícios por ela conferidos.

Segundo Pereira (1999), historicamente, o cooperativismo vem contribuindo para o desenvolvimento regional, estruturando setores desorganizados da economia, que se constituem de atividades econômicas com características autônomas. Quanto à cooperativa médica, acredita-se que essa é uma forma de organização do trabalho que confere estrutura de gestão com maior poder de negociação de tabelas e taxas de serviços e honorários médicos, bem como maior garantia de demanda de clientes e pagamento das faturas em dia.

Na visão de Berbel (2000), não obstante a cooperativa representar uma alternativa de trabalho para o médico, este sistema não é suficiente para atender às suas necessidades de sobrevivência. É comum a busca por uma segunda ou mais atividades, seja um emprego em entidades públicas ou privadas, seja o estabelecimento de convênios que lhe tragam pacientes.

Além disso, embora permita ao profissional melhores condições de trabalho, a organização do trabalho por meio de cooperativa não rompe com os desafios do cenário da saúde e as transformações do mundo do trabalho. Assim, os médicos, mesmo que altamente qualificados, inserem-se em um contexto de concorrência e subvalorização, convivendo de forma contínua com a perda do *status* do médico e com a difícil negociação de tabelas e honorários médicos que, há muitos anos, não é reajustada. (ISMAEL, 2005).

Costa (2006) destaca o novo posicionamento adotado pelo paciente, agora tratado como cliente, que impõe ao médico um novo ritmo de trabalho e, muitas vezes, a adaptação aos seus horários e necessidades. Além disso, o médico precisa ter muita habilidade para discutir, de forma aprofundada e transparente, as questões técnicas específicas de cada doença, já que os pacientes com muita frequência, antes de realizarem consulta ao médico, acessam a *internet* e, a partir daí, preparam um interrogatório, a ser feito ao médico, sobre o seu caso, correndo o risco de o paciente ter maior volume de informação que o médico. Se por um lado essa situação leva a uma maior aproximação entre médico e paciente, desmistificando a questão do poder, por outro, pode representar perda da liberdade na profissão.

Acredita-se que esta perspectiva aponta para a perda da autonomia na profissão, e o médico que, antes, determinava o valor de sua consulta, seu horário, ritmo de trabalho, matéria-prima a ser utilizada e a técnica adotada no atendimento, começa a ser regulado pelo mercado, que impõe sua forma de agir e de organizar seu trabalho, o que pode afetar a qualidade de vida do médico no exercício diário de sua profissão.

A literatura sobre Qualidade de Vida no Trabalho - QVT parece demonstrar algo próximo a essas questões paradoxais, porque busca contemplar aspectos associados a melhores condições de trabalho, conteúdo e contexto da tarefa, inter-relacionamento entre as pessoas, remuneração, ritmo de trabalho, autonomia profissional, entre outros. Na perspectiva de Limongi-França (2004), a qualidade de vida é um assunto atraente e trata-se de uma competência organizacional, cuja capacidade de solução pressupõe: vontade, legitimidade e qualificação dos diversos níveis de poder, interesses e impactos. A autora também afirma que o tema QVT, apesar de bastante explorado, está longe de ser esgotado, e ainda apresenta grandes desafios.

Westley (1979) aponta, como pontos centrais para a qualidade de vida dos trabalhadores, questões associadas a aspectos econômicos (equidade salarial); políticos (segurança no emprego, direito a trabalhar e não ser discriminado); psicológicos (conceito de auto-realização) e sociológicos (conceito de participação nas decisões do próprio trabalho). Para esse autor, os problemas políticos trariam insegurança; os econômicos, a injustiça; os psicológicos, a alienação; e os sociológicos, a anomia, ou seja, a falta de envolvimento moral com o trabalho. Apesar das considerações de Westley (1979) sobre QVT terem sido originadas há quase três décadas, elas parecem extremamente atuais e convergentes com a situação de trabalho a que estão submetidos os médicos e os profissionais de saúde do Brasil.

Ao apresentar a proposta do estudo da qualidade de vida no trabalho na área de saúde é importante destacar que a prática médica tem sido realizada em um contexto que envolve multivariados desafios, o que, conseqüentemente, implica em

um gerenciamento estratégico, profissional e eficaz no que tange a consultórios médicos ou hospitais de grande porte.

Há de se notar que, independente da forma como é organizado o trabalho do médico, em cooperativas, empresas médicas ou de forma assalariada, a atividade médica nos últimos tempos se mostra muito peculiar. Grande parte de médicos alia trabalho assalariado e prática autônoma em consultórios e organizações hospitalares, numa jornada que acumula três ou mais atividades. Soma-se, a isso, o fato de os médicos venderem sua força de trabalho, sem avaliar adequadamente as conseqüências de sua decisão, usualmente submetendo-se a uma contratação precária do ponto de vista da remuneração (baixa e tabelada).

Outro desafio importante a ser considerado está relacionado ao uso da tecnologia médica. Com o passar do tempo, a prestação de serviços em saúde perdeu sua característica artesanal e vem absorvendo cada vez mais novas tecnologias, tornando o profissional médico cada vez mais dependente desse recurso. Dupas (2006) chama de medicalização a dependência tecnológica da medicina. Para ele, o imperativo da medicalização está ligado estreitamente à lógica de retorno do investimento da indústria do setor saúde, que ele considera como sendo a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, os complexos hospitalares e as áreas afins.

Além do trabalho médico mostrar-se organizado de forma capitalista, valorizando a tecnologia e a especialização das funções, ainda expõe este profissional à dor, ao sofrimento, à doença e à morte do outro. Assim sendo, é possível acreditar que atuar nessas condições pode desencadear sofrimento e insegurança no exercício da profissão. Enfim, essas questões, em conjunto, podem apontar para a diminuição de perspectiva na profissão, alienação e a baixa qualidade de vida desse profissional no exercício de seu trabalho.

Tendo em vista as considerações anteriores, cabe fazer a pergunta: quais são os impactos que os elementos de ordem econômica, política, psicológica e sociológica provocam no trabalho dos médicos que atuam na cooperativa médica de um hospital universitário mineiro (HC-COOP) localizada em Belo Horizonte?

Para responder a essa pergunta, esta pesquisa teve como objetivo geral aprofundar o conhecimento a respeito da qualidade de vida no trabalho de médicos que atuam na HC-COOP, a partir do levantamento das variáveis que constituem o modelo teórico de referência proposto para a pesquisa. Assim, além do objetivo geral, pretendeu-se atingir os seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever a cooperativa médica a ser pesquisada, posicionando-a em termos de origem, organização, tecnologia, ambiente de trabalho, bem como quanto à atuação do médico cooperado;
- b) Identificar os principais indicadores de QVT dos médicos participantes da pesquisa, segundo as dimensões econômica, política, psicológica e sociológica do modelo de Westley (1979);
- c) Identificar os fatores demográficos e ocupacionais da amostra a ser pesquisada, relacionando-os aos indicadores de Westley (1979);
- d) Identificar os fatores demográficos e ocupacionais da amostra a ser pesquisada, relacionando-os aos fatores ambientais e organizacionais, segundo adaptação de Honório (1998).

A organização pesquisada foi escolhida por caracterizar uma das tendências na área de saúde, o trabalho por meio de cooperativa, e, além disso, por ser uma instituição que possui representatividade no contexto da saúde em Belo Horizonte.

O presente estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa aplicada, de natureza descritiva e interpretativa, de caráter quantitativo e qualitativo. O método de pesquisa foi o estudo de caso, utilizando-se, como instrumentos de coleta de dados o questionário, a entrevista semi-estruturada e os documentos da cooperativa. Para os dados levantados pelo questionário, foram utilizadas as estatísticas descritiva e bivariada.

A relevância deste trabalho, do ponto de vista acadêmico, está relacionada ao fato de que poderá contribuir com o processo de investigação e evolução sobre a qualidade de vida no trabalho, tema tão desafiador em meio a um mercado de trabalho globalizado, caracterizado por excesso de tecnologia e mudanças velozes.

Outro aspecto fundamental é que o sistema de saúde no Brasil passa por uma profunda crise, levando a crer que estudar aspectos relacionados ao trabalho dos principais atores desse cenário contribuirá para um melhor entendimento das condições de trabalho desses profissionais.

Além da introdução, esta dissertação está estruturada em mais cinco capítulos. No segundo capítulo, é apresentada uma revisão teórica, enfocando dois pólos principais. O primeiro pólo está relacionado ao tema qualidade de vida no trabalho, apresentando considerações gerais sobre a QVT, conceitos, principais abordagens, o modelo teórico de Westley (1979) que norteou o desenvolvimento do presente estudo e as perspectivas atuais sobre QVT. O segundo pólo descreve o trabalho médico, especificando as considerações gerais sobre a medicina e a prática médica; a realidade atual da prática médica; o cooperativismo médico e as suas principais características; e, por fim, os princípios cooperativistas. O terceiro capítulo se ocupa da descrição sobre a cooperativa participante do estudo (HC-COOP) e sua Clínica de Especialidades Médicas. No quarto capítulo, são apresentados os principais procedimentos metodológicos adotados pela pesquisa. No quinto capítulo, apresenta-se a descrição e análise dos resultados. No sexto e último capítulo, apresentam-se as conclusões e recomendações, e, a seguir, as referências e os apêndices da pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da pesquisa está sustentado por dois pólos: o primeiro pólo enfatiza aspectos associados à qualidade de vida no trabalho (QVT) e o segundo pólo aborda considerações sobre o trabalho médico.

2.1 Considerações gerais sobre a QVT

Na visão de Limongi-França (2004), a QVT faz parte das mudanças pelas quais passam as relações de trabalho na sociedade moderna, em rápida transformação. Concordando com isso, Bom Sucesso (1997) afirma que a qualidade de vida no trabalho trata da experiência emocional da pessoa com o seu trabalho, no momento em que tantas mudanças sociais e tecnológicas se instalam de forma intensa e acelerada. A autora salienta ainda os efeitos dessa realidade no bem-estar do indivíduo do ponto de vista emocional e profissional.

Contribuindo para a discussão, Limongi-França (2004, p. 22) afirma que,

no cenário marcado pela exuberância tecnológica, a qualidade de vida é uma necessidade? Ou é um modismo pós-industrial? Ou, ainda, é uma resposta a pressões da vida moderna diante das novas exigências de adaptação ao viver globalizado? A resposta é simples. Existe uma nova realidade social: aumento da expectativa de vida, maior tempo de vida trabalhando em atividades produtivas, maior consciência do direito à saúde, apelos a novos hábitos e estilos comportamentais, responsabilidade social e consolidação do compromisso de desenvolvimento sustentável.

Observa-se, ante o exposto, que a QVT envolve variados aspectos que fazem parte da vida de todo indivíduo em uma época de grandes oportunidades e desafios. Dentre esses aspectos, pode-se citar ambiente de trabalho, novas formas de atuação profissional, conteúdo do trabalho, remuneração, etc.

Por outra perspectiva, Honório (1998, p.18) considera que “a QVT tem atraído a atenção de muitos estudiosos e empresários, visto que ela representa uma possibilidade de retomada da discussão sobre o sentido do trabalho humano e o reconhecimento do saber do trabalhador”. E, ainda, pode representar uma

ferramenta para alavancagem de ganhos de produtividade e competitividade das empresas.

Interessante mencionar que foram inúmeras as contribuições dos pesquisadores que investigaram o tema QVT nas últimas décadas. As pesquisas retratam com frequência os antecedentes históricos da QVT, partindo das concepções que fundamentam a administração e que ajudam a entender a QVT nos dias atuais. Tais concepções vindas desde os anos 1920 são referentes a alguns teóricos da administração, dentre eles: Mayo, Trist, Herzberg, Maslow, Marx, McGregor, Taylor. Considera-se importante mencioná-los, contudo optou-se por não desdobrar suas teorias e abordagens referentes ao trabalho humano, dentre outros aspectos por acreditar-se que já foram suficientemente explorados em estudos anteriores referentes ao tema QVT.

2.2 Qualidade de Vida no Trabalho: conceitos

Por se tratar de um tema complexo e de grande abrangência, diversos são os conceitos dados para a QVT. Percebe-se que, apesar do tema ter surgido há várias décadas, ainda não se chegou há uma definição consensual. Cada autor conceitua-o conforme os aspectos que julga mais importantes para que haja qualidade de vida no Trabalho. “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” (WESTLEY, 1979, p. 113)

Para Walton (1973), o termo QVT freqüentemente é usado para descrever valores humanos e ambientais que foram deixados de lado pelas sociedades industriais em favor dos avanços tecnológicos, da produtividade e do crescimento econômico. Nadler e Lawler (1983) consideram a QVT como uma forma de melhoria do ambiente de trabalho, no sentido de alcançar maior produtividade e satisfação.

Huse e Cummings (1985), além dos aspectos de bem-estar do trabalhador e eficiência organizacional, enfatizam no conceito da QVT, a participação dos trabalhadores nas decisões e nos problemas do trabalho.

No entendimento de Sant'Ana e Moraes (1998), as definições guardam, entre si e de forma comum, a QVT como um movimento de reação ao rigor dos métodos tayloristas. Para esses autores, o movimento da QVT tem como objetivo propiciar maior humanização do trabalho, aumento do bem-estar dos trabalhadores e maior participação dos empregados nas decisões e problemas do trabalho.

Tal entendimento indica que a qualidade de vida no trabalho está relacionada ao indivíduo, seu trabalho e a organização. Cria perspectivas para a análise das condições de trabalho, relações de trabalho, satisfação no trabalho, enfim, a forma como o trabalho está organizado e o quanto isso pode impactar na satisfação e dignidade humana. QVT é uma estratégia de administração de recursos humanos que visa promover a integração do indivíduo à organização, maximizar o bem-estar do trabalhador na organização e com o seu trabalho, através da satisfação de suas necessidades de crescimento pessoal e profissional e, ao mesmo tempo, minimizar seu esforço e aumentar seu desempenho (FERNANDES *et al.*, 1988).

E, por fim, em uma visão que engloba diversos aspectos citados anteriormente, Honório (1998) afirma que a QVT pode ser considerada como uma experiência de humanização do trabalho, através da qual uma organização, visando alcançar resultados, procura satisfazer os seus trabalhadores, criando condições de trabalho que lhes ofereçam vantagens, tais como sistemas de recompensa inovadores, oportunidade de realização pessoal e profissional, possibilidades de participação nas decisões e na solução de problemas, entre outras vantagens.

Mediante as considerações acima, é possível acreditar que o conceito de QVT está fundamentado nas situações próprias do ambiente de trabalho, nas expectativas individuais e na busca de resultados organizacionais.

2.3 Qualidade de Vida no Trabalho: principais abordagens

Diversas são as abordagens do tema qualidade de vida no trabalho. Inicialmente, algumas abordagens são apresentadas de forma resumida, optando-se pelas de Walton (1973), Hackman e Oldham (1975), Thériault (1980) e Wherter e Davis (1983). A escolha desses autores deve-se ao fato de que, em suas abordagens de

QVT, são tratados aspectos que convergem com o objetivo deste estudo. Em seguida, enfoca-se e detalha-se o modelo de Westley (1979) por ser o norteador do presente estudo e, finalizando o referencial teórico sobre QVT, por último, apresenta-se de forma concisa perspectivas atuais sobre o tema.

Partindo do modelo que enfoca variáveis mais abrangentes, destaca-se Walton (1973), que aborda alguns aspectos como condições físicas, jornada de trabalho, possibilidades de carreira, relevância social no trabalho, etc. E no que tange às variáveis mais específicas no modelo Hackman e Oldham (1975), há enfoque nos aspectos de atributos da tarefa, influência dos fatores subculturais, a motivação e as diferenças individuais com a satisfação do trabalhador. Já o foco central do modelo de Thériault (1980) é a remuneração. Wherter e Davis (1983) reconhecem que a supervisão, condições de trabalho, sistema de recompensa e projetos de cargos afetam a QVT; contudo, a natureza do cargo é o que mais intimamente envolve o trabalhador.

De acordo com Moraes *et al.* (1990), as diversas abordagens de QVT diferem-se, entre si, dando provas de que são dinâmicas, variando-se conforme os valores culturais predominantes em cada época, os contextos sócio-político-econômicos prevaletentes e as experiências prévias de cada pesquisador.

2.3.1 A QVT do ponto de vista de Walton (1973)

Para Walton (1973), a QVT aumenta a motivação interna do trabalhador, sua satisfação, sua auto-estima e sua produtividade, e, para propiciar e manter um ambiente de trabalho com elevado nível de QVT, uma organização deve incorporar oito diretrizes básicas à política de administração de pessoal:

- a) Fornecer condições de segurança e saúde ao trabalhador;
- b) Vislumbrar oportunidades imediatas para a utilização e o desenvolvimento da capacidade humana;
- c) Criar oportunidades futuras para o crescimento contínuo e a segurança do trabalhador em relação à organização;
- d) Promover a integração social através da organização do trabalho;

- e) Reconhecer a relevância social do trabalho na vida do trabalhador;
- f) Efetuar o planejamento das responsabilidades e divulgar informações sobre o trabalho;
- g) Valorizar a multiplicidade de habilidades exigidas para a execução da tarefa;
- h) Conceder autonomia ao trabalhador, para a execução da tarefa.

Observa-se que as diretrizes acima apresentadas sinalizam para a importância da construção de valores humanísticos no ambiente organizacional e são a base para elevar a qualidade de vida no trabalho.

2.3.2 A QVT do ponto de vista de Hackman e Oldham (1975)

Hackman e Oldham (1975) baseiam-se no pressuposto de que a realização pessoal e profissional é resultante de três estados psicológicos críticos que o indivíduo experimenta na sua relação com o trabalho:

- a) Significação Percebida (SP): grau em que o indivíduo percebe o trabalho de maneira importante, valiosa e significativa;
- b) Responsabilidade Percebida (RP): grau de responsabilidade em que o indivíduo experimenta em relação aos resultados de seu trabalho;
- c) Conhecimento dos Resultados do Trabalho (CRT): grau de entendimento do indivíduo quanto à efetividade de seu trabalho.

De acordo Hackman e Oldham (1975), os trabalhadores estarão motivados, satisfeitos, desempenhando suas tarefas com qualidade e produtividade e serão assíduos no trabalho, quando esses três estados psicológicos estiverem presentes nos indivíduos. Esses estados psicológicos são afetados por sete dimensões básicas, oriundas das tarefas que um indivíduo executa. São elas:

- a) Variedade de Habilidade (VH): grau em que a tarefa requer, para a sua execução, o envolvimento e o uso de várias habilidades e talentos de um mesmo indivíduo;
- b) Identidade da Tarefa (IT): grau em que uma tarefa é realizada de maneira completa (do início ao fim) e é identificável com resultados visíveis;

- c) Significância da Tarefa (ST): grau em que o trabalho de um indivíduo impacta em outras pessoas, tanto na organização quanto no ambiente externo;
- d) Autonomia (AU): grau de liberdade e independência que um indivíduo possui para estabelecer os procedimentos de seu trabalho;
- e) Feedback Extrínseco (FE): grau em que o desempenho de um indivíduo é avaliado através de informações que ele recebe de superiores, colegas ou clientes;
- f) Feedback Intrínseco (FI): grau em que a própria execução da tarefa de um indivíduo lhe fornece informações sobre o seu desempenho;
- g) Inter-relacionamento (IR): grau em que a tarefa requer que o indivíduo lide diretamente com outras pessoas ou clientes.

Finalmente, o modelo desenvolvido por Hackman e Oldham (1975) completa-se com a variável Resultados Pessoais e de Trabalho que têm por objetivo gerar resultados satisfatórios (alto desempenho e absenteísmo/rotatividade baixos), através da identificação das reações afetivas ou sentimentos que um indivíduo expressa ao realizar o seu trabalho.

Portanto, segundo mencionam Moraes e Kilimnik (1994), a QVT resulta da combinação de dimensões básicas da tarefa potencialmente geradoras de estados psicológicos críticos que, por sua vez, podem resultar em motivação e satisfação em diferentes níveis e tipos de atitudes e comportamentos.

Para operacionalizar o modelo, foi criado um instrumento – o *Job Diagnostic Survey* (JDS) – que permite realizar um diagnóstico da tarefa e a verificação da necessidade de se fazer uma reestruturação no trabalho de um indivíduo, de maneira a possibilitar a melhora de sua produtividade e motivação, bem como avaliar os efeitos que uma mudança de trabalho porventura possa causar. (HACKMAN; OLDHAM, 1975).

2.3.3 A QVT do ponto de vista Thériault (1980)

Em abordagem mais específica, Thériault (1980) foca seu modelo na remuneração, que é poucas vezes abordada nos programas de QVT. Conforme o autor, as

questões de remuneração são amplas e abarcam quatro tipos de transações que a questão cultural permeia: a econômica, a psicológica, a política e a ética.

De acordo com o autor, a remuneração é uma espécie de transação que ocorre entre os empregados e a organização, caracterizada por cinco tipos:

1. econômica - representa o preço pago pelo trabalho realizado por um indivíduo;
2. psicológica - representa um contrato através do qual um indivíduo manifesta certas atitudes e comportamentos em troca de um salário e outras particularidades;
3. sociológica - representa um conjunto de expectativas que as organizações e os indivíduos buscam estabelecer entre si a partir de um ambiente cultural determinado;
4. política - representa as relações de influência e poder que ocorrem entre os diversos atores sociais presentes no interior de uma organização;
5. ética - representa a relação de dependência entre a moral e a justiça manifestada nas formas de satisfação das necessidades, igualdade, legalidade e distributivismo.

Na visão de Thériault (1980), um programa que considere a importância da remuneração deve reconhecer a significância, a inter-relação e a questão cultural que permeiam esses tipos de transações.

2.3.4 A QVT do ponto de vista de Werther e Davis (1983)

Para Werther e Davis (1983), o projeto de cargos é fator fundamental que afeta a QVT. Citam ainda outros aspectos, tais como: condições de trabalho, supervisão e sistema de remuneração. Os autores salientam que o projeto de um cargo deve promover a autonomia do empregado, a variedade das habilidades para a execução de suas tarefas, dentre outros aspectos.

Os autores destacam os elementos organizacionais, ambientais e comportamentais que influenciam o projeto de cargos em termos de qualidade de vida no trabalho.

Os elementos organizacionais relacionam-se com o fator eficiência, além de estarem orientados para a motivação do trabalhador e sua produção máxima. Reunem-se nestes elementos, fundamentalmente, o fluxo e as práticas de trabalho.

Os elementos ambientais envolvem dois pontos básicos: 1) a habilidade e disponibilidade de potencial do trabalhador; 2) as expectativas sociais que o trabalhador estabelece com o seu emprego. Quanto ao primeiro, é importante uma análise das habilidades e competência do trabalhador para que o cargo não seja dimensionado acima ou abaixo de seus desejos profissionais. E quanto às expectativas sociais, precisam ser pesquisadas de forma criteriosa e devem ser atendidas pelo cargo, sendo importante considerar que elas variam com o tempo.

Em uma parte mais sensível para o êxito de um cargo estão os elementos comportamentais que se referem às necessidades humanas e aos comportamentos individuais expressos no ambiente de trabalho. Neles estão agrupadas as variáveis autonomia, variedade de habilidades, identidade da tarefa e retroinformação. Sendo que a autonomia seria a “responsabilidade pelo trabalho”; a variedade, “o uso de diferentes perícias e capacidade”; a identidade de tarefa “seria fazer o todo da peça de trabalho”; e a retroinformação, “a informação sobre o desempenho”. (WERTHER; DAVIS, 1983, p. 78).

2.3.5 A QVT do ponto de vista de Westley (1979)

As características da sociedade moderna influenciam a vida dos trabalhadores e trazem consigo uma série de problemas desafiadores, que são classificados por Westley (1979) em quatro dimensões:

1. Política: caracterizada pelo medo de ser discriminadamente dispensado, de perda do emprego. Segundo o autor, a existência deste aspecto conduz ao sentimento de insegurança e é resultante da concentração de poder nas organizações.
2. Econômica: configurada pela ausência de equidade salarial. Para o autor, a concentração dos lucros e a exploração dos trabalhadores no sistema capitalista leva ao sentimento de injustiça.

3. Psicológica: representada pelo conceito de auto-realização, cuja inexistência desencadeia o processo de alienação, que é originária da perda do significado da tarefa por parte do empregado. Tal situação é causada devido à rigidez organizacional e às mudanças ambientais.
4. Sociológica: caracterizada pela não-participação do empregado nas decisões sobre o próprio trabalho, a forma de se executar as tarefas e a distribuição de responsabilidade dentro da equipe. De acordo com o Westley (1979), a ausência dessa dimensão gera anomia (falta de referências ou normas).

Para Westley (1979), as duas primeiras dimensões estão ligadas entre si e são de âmbito geral, referindo-se às questões pertencentes à concentração de poder e dos lucros. As duas últimas, estão associadas à forma como se estruturam as organizações, em termos de tamanho, complexidade, divisão de tarefas, especialização e automação. O quadro 1 apresenta a síntese dessa abordagem.

QUADRO 1 – Raízes da Qualidade de Vida no Trabalho

ESFERA DO TRABALHO	PROBLEMA DO TRABALHO	RESPONSÁVEL PELA SOLUÇÃO	INDICADORES	SOLUÇÃO PROPOSTA
Econômica (1850-1950)	Injustiça	União dos trabalhadores	Insatisfação Greves Sabotagens	Cooperação, divisão dos lucros, acordos de produtividade
Política (1850-1950)	Insegurança	Partidos Políticos	Insatisfação Greves Sabotagens	Auto-supervisão do trabalho, Conselho de trabalhadores
Psicológica (1950...)	Alienação	Agentes de mudanças	Desinteresse Absentéismo <i>Tur-nover</i>	Enriquecimento das tarefas
Sociológica (1950...)	Anomia	Grupos de trabalho	Sentimento de falta de significado Absentéismo	Grupos de trabalho estruturados sócio-tecnicamente

Fonte: Westley (1979)

Conforme apresentado no Quadro 1, a esfera política traria como conseqüência a insegurança; a econômica, a injustiça; a psicológica, a alienação; e a sociológica, a anomia. A insegurança e a injustiça são 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 pela 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 é originária da perda do significado da tarefa e ainda afirma que ela 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 se sentirem ameaçados. O que frustrou ainda mais as expectativas e ativou “o senso de que o trabalho não era o local para interesse central da vida de uma pessoa” (WESTLEY, 1979, p. 117).

O aumento no tamanho e complexidade das organizações, segundo o autor, trouxe consigo uma maior rigidez organizacional e turbulência ambiental “que levaram a um enfraquecimento do conhecimento sobre as relações de causa e efeito e, assim, à perda do significado”. Por outro lado, a mecanização e a automação mudaram as normas do trabalho. Este contexto é propício a uma crescente anomia. Segundo Westley (1979, p. 117), “a racionalização em si, parece produzir anomia”.

Resumindo, Westley (1979, p. 118) diz que “a insatisfação reflete a remuneração inadequada; a alienação, um sentimento de que o trabalho é pessoalmente prejudicial; e anomia, uma falta de envolvimento moral”. A solução ou minimização dos problemas apresentados no modelo de Westley (1979), segundo o próprio autor, está no enriquecimento do trabalho que seria adotado em nível individual e nos métodos sócio-técnicos para a reestruturação do grupo de trabalho.

2.4 Perspectivas atuais sobre QVT

Conforme afirma Limongi-França (2004), o conjunto e a natureza das indagações em torno do tema QVT em termos dos diversos conceitos, critérios, abordagens e indicadores, podem-se agrupar em escolas de pensamento. A idéia de criar escolas de pensamento de QVT de acordo com a autora é que estas escolas integram e localizam as demandas de qualidade de vida nas organizações, e isso pode representar um avanço importante da consolidação de uma nova competência da administração.

Limongi-França (2004) apresenta uma proposta de classificação de tais escolas, que são: a socioeconômica, a organizacional e a condição humana do trabalho.

A escola socioeconômica aborda a questão da globalização que tem impulsionado novas relações de trabalho e tendências, e que, segundo ela, estão se refletindo na segurança, na saúde e nas expectativas do trabalhador. A tecnologia cada vez mais avançada proporciona equipamentos de proteção mais seguros e a medicina preventiva pode contar com estudos e mais soluções. Novos desafios surgem pela revolução nas relações de produção e nas formas ocupacionais, como, por exemplo, o trabalho à distância. Simultaneamente, a inclusão de novas tecnologias pode gerar a exclusão de pessoas da esfera produtiva (LIMONGI-FRANÇA 2004).

Para Limongi-França (2004), a dimensão socioeconômica condiciona as formas de encarar teórica e analiticamente as questões da qualidade de vida no trabalho. Na perspectiva da autora, é preciso entender os condicionamentos socioeconômicos gerais para apreender as reais dimensões do conceito de QVT.

No que tange à escola organizacional, Limongi-França (2004) afirma que a QVT envolve uma dimensão específica do local onde as relações de produção acontecem. De acordo com a autora, grande parte das relações de trabalho, de suas práticas e de seus valores nasce da experiência do chão de fábrica, dos processos de controle da produção, evoluindo para a qualidade total e os critérios de excelência. Dessa forma, apesar de ser influenciada pelas condições gerais da organização socioeconômica, é na dimensão organizacional que muitos pesquisadores apoiaram seus estudos sobre QVT.

E, finalmente, a escola condição humana no trabalho, considera que toda pessoa é um complexo biopsicossocial, que apresenta potencialidades biológicas, psicológicas e sociais que respondem simultaneamente às condições de vida. Segundo Limongi-França (2004), não existe uma definição exata do conceito de qualidade de vida na escola de pensamento da condição humana, contudo, reconhece a multidimensionalidade de seu construto baseada em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Assim, a autora deixa clara a importância de compreender o ser humano a partir de uma visão holística.

O desafio proposto por Limongi-França (2004) é o de que um estudo completo e profundo sobre QVT deveria incluir todos os aspectos que caracterizam as três escolas de pensamentos colocadas pela autora. Segundo Moraes *et al.* (2007, p. 173) “a carência de estudos e pesquisas mais aprofundados sobre QVT e suas inter-relações com a dinâmica organizacional pode ser explicada, em parte, pela não existência, ainda, de um construto definitivo sobre o tema”. Esses autores afirmam que as pesquisas nessa área tendem a sofrer reestruturações metodológicas e técnicas, isso devido ao fato de o tema QVT estar em estágio intermediário.

A literatura deixa claro que grande parte dos estudos sobre o tema QVT engloba questões próprias do ambiente 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) afirmam que o movimento da QVT, por meio de seus modelos, destina-se à redução de conflitos entre capital e trabalho ao visar conciliar os interesses antagônicos de trabalhadores e patrões, mediante a elevação do nível de satisfação e do aperfeiçoamento do desempenho do trabalhador, contribuindo para indicadores crescentes de produtividade das empresas. Tal observação elucida as possíveis perspectivas da implementação de programas de QVT no cenário do trabalho contemporâneo.

O Quadro 2 mostra uma visão sinóptica de alguns estudos realizados sobre qualidade de vida no trabalho no país, incluindo também alguns trabalhos próximos a essa perspectiva que enfocam a satisfação no trabalho.

QUADRO 2 – Alguns estudos sobre QVT e satisfação no trabalho realizados no Brasil

Autores	Objetivos e Metodologia do trabalho	Resultados obtidos
RAMOS (1995)	Investigar a influência das variáveis que constituem os indicadores econômicos, políticos, psicológicos e sociológicos, modelo analítico de Westley (1979) sobre a QVT dos profissionais médicos e enfermeiros atuantes em hospital público. Pesquisa quantitativa e qualitativa com aplicação de questionário e realização de entrevistas.	A QVT dos médicos e enfermeiros que atuam em hospital público foi considerada insatisfatória em relação às variáveis medidas pelo modelo proposto. Constatou-se que há muita insatisfação gerada pela falta de oportunidade de capacitação, salários baixos, péssimas condições de trabalho, falta de plano de cargos e salário compatível com as responsabilidades, e riscos inerentes aos processos de trabalho, etc.
SANT'ANNA (1997)	Investigar fatores de pressão e de insatisfação presentes em áreas de atendimento ao público – mais especificamente em áreas de teleatendimento e atendimento direto a clientes. A partir da utilização do referencial de Hackman e Oldham (1975) sobre o modelo das Dimensões Básicas da Tarefa. Pesquisa quantitativa com aplicação de questionário.	Apurou-se nível geral de QVT satisfatório. Para os atendentes de serviços, os níveis mais altos referem-se a: variedade de habilidades, <i>feedback</i> extrínseco e autonomia. Para atendentes comerciais, os níveis mais baixos referem-se a: identidade da tarefa e <i>feedback</i> extrínseco. Foram encontradas diferenças significativas entre os tipos de cargos estudados.

...continua

Autores	Objetivos – Metodologia do trabalho	Resultados obtidos
HONÓRIO (1998)	Aprofundar o conhecimento a respeito da QVT de trabalhadores envolvidos em processos de cisão de empresas, entrada da concorrência e privatização, a partir do levantamento das fontes de satisfação e insatisfação presentes no dia-a-dia de trabalho, mediante a utilização do referencial de Hackman e Oldham (1975) sobre o modelo das Dimensões Básicas da Tarefa. Pesquisa aplicada, de natureza descritiva e interpretativa, qualitativo e quantitativa com aplicação de questionário e realização de entrevistas.	A QVT do grupo pesquisado mostrou-se satisfatória para a maioria das variáveis do modelo proposto. Apenas a variável de contexto do trabalho relacionada ao sistema de compensação praticado na empresa foi avaliada de maneira insatisfatória. Questões de conteúdo do trabalho ligadas ao <i>feedback</i> extrínseco mostraram-se muito significativas do ponto de vista da insatisfação para profissionais que realizavam atividades de maior complexidade.
DEL CURA (1999)	Identificar e avaliar os sentimentos do profissional enfermeiro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeiro Preto, com relação à sua satisfação no trabalho. População de 91 profissionais. Utilização do questionário de medida de satisfação no trabalho (qmst).	Os resultados permitiram observar que, de maneira geral, os enfermeiros estão satisfeitos com o seu trabalho, especialmente nos seus aspectos intrínsecos (realização, reconhecimento e autonomia).
GROSSEMAN e PATRÍCIO (2001)	Compreender junto a profissionais médicos, os significados do desejo de ser médico e sua satisfação com o trabalho. Pesquisa qualitativa, estudo de multicaseos com entrevistas semi-estruturadas em profundidade. Amostra de 25 médicos que atuam em Santa Catarina nas áreas de pediatria, clínica médica, cirurgia, ginecologia/obstetrícia e saúde pública.	Emergiram fatores limitantes de satisfação com o trabalho: a dificuldade em lidar com o paciente, a desvalorização profissional, a disseminação do saber médico, as dificuldades em selecionar informações, o excesso de carga de trabalho e prejuízo da qualidade de vida.
OLIVEIRA, LIMONGI- FRANÇA e MURITIBA (2002)	Captar percepção dos administradores sobre a avaliação dos resultados de ações e programas de gestão de pessoas, com ênfase na QVT, e como seriam as práticas de avaliação de resultados utilizadas para esse fim. O referencial teórico do trabalho contemplou o modelo de Werther e Davis (1983).	Constatou-se que, para a maioria dos respondentes, toda empresa deve possuir um programa de QVT, pois traz resultados mensuráveis para as organizações e que é preciso desenvolver metodologias próprias para avaliação dos programas de QVT.
SOUZA <i>et al.</i> (2003)	Verificar as relações entre a implementação de práticas inovadoras de racionalização dos processos de trabalho e QVT. A partir da utilização do referencial teórico de Walton (1973) e Huse e Cummings (1985).	Confirmou-se que tanto as práticas de racionalização dos processos de trabalho quanto as práticas de desenvolvimento de pessoas, estão fomentando a implementação de programas de QVT nas empresas.

...continua

Autores	Objetivos – Metodologia do trabalho	Resultados obtidos
MAESTRO FILHO (2004)	Investigar as relações entre as variáveis Grau de Inovação das Práticas de Treinamento, Desenvolvimento e Educação, Grau de Modernidade Organizacional e Grau de Satisfação no e com o Trabalho. O referencial teórico do trabalho contemplou a abordagem de análise dos padrões de modernidade propostos por Eboli (1996), adaptado por Sant'Anna (2002), o modelo das Dimensões Básicas da Tarefa de Hackman e Oldham (1975) e os estudos sobre Treinamento, Desenvolvimento e Educação, baseados nos estudos de Abbad (1999) e Borges-Andrade (1982), além da revisão das pesquisas nacionais e estrangeiras no período de 1998 e 2002.	Constatou-se a existência de uma relação positiva embora de baixa intensidade entre as variáveis grau de modernidade organizacional e grau de satisfação no e com o trabalho. Constatou-se, também, a existência de uma relação positiva embora de baixa intensidade entre o grau de inovação das práticas de treinamento, desenvolvimento e educação e o grau de modernidade organizacional.
ARALDI (2004)	Estudar questões ergonômicas, qualidade de vida no trabalho e o grau de satisfação com o trabalho. Estudo quali-quantitativo. Pesquisa de campo com 19 funcionários do setor de lavoura e estiva de São Sepé (SP). Utilização de entrevistas, observações e questionários.	Os resultados revelaram que o item de maior insatisfação dos funcionários dos dois setores foi a questão da saúde. A QVT foi o item de maior satisfação.

Fonte: Adaptado de Moraes *et al.* (2007) e Maestro Filho (2004)

A maioria desses estudos não permite generalizações de seus resultados, isso considerando-se as características específicas das unidades de observação e análise, dentre outros aspectos. Contudo, é possível perceber que os resultados sinalizam para uma discrepância entre expectativas e resultados. Esse aspecto reforça a idéia de que estudos nesse campo ainda se mostram desafiadores.

É à luz das considerações sobre QVT abordadas neste referencial teórico que pretende-se aprofundar o conhecimento a respeito da Qualidade de Vida no Trabalho de médicos que atuam na Clínica de Especialidades Médicas da HC-COOP. Antes, porém, é necessário desenvolver considerações teóricas sobre a função médica.

2.5 O trabalho médico

Esta seção apresenta aspectos teóricos que auxiliam o conhecimento do trabalho médico. O conteúdo aqui apresentado é fundamental à compreensão do exercício da profissão do médico por meio de cooperativa.

2.5.1 Considerações gerais sobre a medicina e a prática médica

De acordo com Vieira (2004), a medicina é a arte e a ciência para promover, com sabedoria e amor, a saúde humana. Assim, o ato médico deve ser sempre um ato de amor pelo ser humano, pela sua vida e sua saúde.

Segundo Mendes (1984, p.27), “a medicina científica surge no período formativo do capitalismo monopolista, o que se dá entre o final do século XIX e o início do século XX”. Para Mendes (1994), a medicina científica ou flexneriana é uma resposta à emergência da Revolução Industrial coerente com as novas formas de capitalismo. Por suas próprias características estruturais, tornou-se altamente seletiva e inalcançável pela maioria da população.

A institucionalização do paradigma da medicina científica foi fortalecida com a criação da Faculdade de Medicina da Universidade de John Hopkins (1983). Nessa época, a consolidação da medicina científica se deu através das recomendações do famoso Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie. Citado por Landamann (1984), o conhecido reformador da medicina americana, Abram Flexner afirma que:

uma vez que os leigos não podem exercer a medicina por falta de treinamento, a profissão médica é necessariamente um monopólio; nas sociedades modernas o monopólio é legal, adotado por medidas oficiais, mas historicamente a profissão sempre tentou realizá-lo através de suas associações de classe clamando por um exclusivo direito de praticar a arte... O orgulho profissional justifica o monopólio dizendo que ele é essencial à segurança do povo. (LANDMANN, 1984, p 227).

Na perspectiva de Mendes (1984), a medicina científica, também chamada por ele de sistema médico do capital monopolista, institucionalizou-se por meio da união orgânica entre o capital, a corporação médica e as universidades. Na visão do autor, esse novo paradigma determinou mudanças significativas nos propósitos, nos

recursos e nos agentes da medicina, representando, assim, uma configuração de um marco conceitual que passou a referenciar a prática e a educação médica.

E, por fim, Mendes (1984) afirma que, na tecnologia médica, os equipamentos caros e sofisticados são produzidos pela indústria e vendidos em larga escala, sem que haja uma comprovação real de sua eficácia. A difusão da tecnologia médica, através da transferência da tecnologia, excessiva e inapropriada, dos países centrais para as economias periféricas, tem sido responsabilizada pelo subdesenvolvimento da saúde.

Apesar de a medicina tecnológica criar perspectivas de que qualquer problema de saúde pode ser resolvido, Dupas (2006, p. 177) afirma que “as vítimas não morrem mais nas ruas, como nas epidemias antigas, mas em hospitais muito sofisticados, tratadas por equipamentos de milhões de dólares”.

Martins (2003) alerta ainda que se vive em um momento de ruptura entre a medicina oficial e a medicina moderna. O autor ressalta que essa ruptura surge a partir de fortes tensões contraditórias entre as duas principais tendências presentes, desde algumas décadas e explica que uma tendência é a de desumanização/tecnização e a outra é a de reumanização dos modelos médicos.

E, a partir dessa consideração, Martins (2003) menciona alguns aspectos que demonstram a fragilidade da medicina oficial, dentre eles, destacam-se:

- a) Que os cidadãos descobrem, pouco a pouco, que a inovação tecnológica não se realiza unicamente em nome da verdade científica, mas também em nome dos grandes interesses, especialmente aqueles da indústria farmacêutica e da nova burguesia médica;
- b) Que os preços dos medicamentos e as incessantes inovações biotecnológicas são objeto de manipulação aberta pelos estrategistas de mercado;
- c) Que a extrema especialização médica contribui para aumentar as incertezas do diagnóstico e, por conseguinte, dos erros médicos, ampliando, igualmente, os custos do tratamento (pois se necessita com frequência recorrer a diferentes

- especialistas para se chegar a um diagnóstico que o antigo clínico geral realiza num bater de pestanas);
- d) Que tudo isso contribui para aumentar a insatisfação, a frustração e o medo dos cidadãos-pacientes;
 - e) Que a sociedade tem a obrigação de reagir contra uma situação que se torna sociologicamente indesejável do ponto de vista da reprodução da medicina como fenômeno social.

Finalmente, Martins (2003) afirma que a desumanização na saúde teve início 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 dá grande ênfase a aspectos técnicos, o que de certa forma contribui para que o médico dê pouca importância ao caráter humanitário e altruísta da medicina e, assim, se distancie cada vez mais do doente.

Segundo Mezomo (2001), na área de saúde prevalece, muitas vezes, a rotina do lógico e do necessário. Ele critica os profissionais dessa área que se transformam e se comportam como se fossem simples burocratas e operadores de equipamentos. Acredita-se que isso pode impactar no significado de seu trabalho médico bem como na sua auto-realização.

Segundo Pitta (2003), o homem moderno, pelo horror de adoecer e de 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 num patamar bem próximo do conhecimento teórico do profissional de saúde, ao questionar, com embasamento, alguns aspectos da sua patologia, assegurando assim, sua posição enquanto indivíduo socializado. Tal realidade aponta para mudanças no perfil da clientela desses serviços e certamente representa fortes mudanças no trabalho dos profissionais da área.

Assim, essa pressão vivida pelos profissionais médicos no seu dia a dia de trabalho associa-se à consideração feita por Martins (2003), referente ao momento de ruptura entre a medicina oficial e a medicina moderna. Isso leva à crença de que tanto a tendência de desumanização/tecnização, quanto de reumanização dos modelos médicos, causa impacto no trabalho do médico e interfere na forma de realização de suas tarefas.

Finalmente, de acordo com Donabedian (1986), um indicador de qualidade na atenção médica é a qualidade de vida no trabalho. Ao se analisar a qualidade de vida no trabalho do médico, que presta uma atenção e cuidados diretos ao paciente, naturalmente se analisa aspectos relacionados ao caráter humanístico da prestação dos serviços de saúde.

2.5.2 A realidade atual da prática médica

Na visão de Ramos (1995), há na sociedade capitalista uma mercantilização da saúde que, elevada à categoria de um bem privado, tende a tornar os serviços acessíveis somente às classes mais abastadas. Situação essa que pode ser observada no contexto brasileiro, cuja saúde privada é considerada privilégio da minoria.

Segundo Martins (2003, p. 188):

O horror do cidadão em geral – candidato em potencial a doente/consumidor – de cair nas garras dos hospitais e médicos particulares constitui um bom exemplo. A perspectiva de vivência de um sofrimento dobrado (pelo padecimento do corpo e pelo esvaziamento do bolso, muitas vezes com o comprometimento do patrimônio familiar) já constitui em si uma fonte de doença.

Fica claro que a corrente da medicina moderna está contribuindo para que os médicos sejam assalariados em função de objetivo de lucro, com busca de estratégias que permitam ganho econômico com menos tempo de trabalho. De outro lado, encontra-se a crescente desconfiança dos usuários desses serviços.

Na opinião de Costa (2006), a disseminação da política de desenvolvimento econômico balizada por critérios próprios do capitalismo se reflete no perfil do médico que vem se modificando de maneira radical, notadamente quanto à perda da atividade liberal e, por conseguinte, da autonomia, além da mudança no formato de sua remuneração.

Numa perspectiva ideológica e ao mesmo tempo ética é possível recorrer a alguns princípios fundamentais que regem a prática da medicina, conforme se observa no Código Brasileiro de Deontologia Médica (1984):

- a) A medicina não pode, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, ser exercida como comércio;
- b) A fim de que possa exercer a medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa;
- c) O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente;
- d) O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho;
- e) O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

No tocante a outro aspecto que retrata a realidade do trabalho médico nos dias atuais, Costa (2006) menciona uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) de 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 com multiemprego, a baixa remuneração, as más condições de trabalho, a responsabilidade, a área de atuação (especialidade), os conflitos na relação médico-paciente (cobrança da população) e a perda da autonomia.

Costa (2006) destaca que esse complexo conjunto se reflete no comportamento ético do médico na relação médico-paciente, médico-sociedade e na relação médico-médico, repercutindo adicionalmente em seu estilo de vida e em sua saúde.

Tais citações nos levam a crer que a prática médica faz parte de um círculo vicioso em meio a 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.

Frente a esses aspectos, o médico sente-se compelido a trabalhar arduamente, e muitos o fazem em detrimento de relacionamento familiar, ou até mesmo perdas (cônjuges, parceiros, etc).

Na perspectiva de Reich (2002), há um aspecto da nova economia que faz as pessoas trabalharem mais: são as disparidades entre renda e riqueza que se ampliaram durante as últimas décadas. Somado a isso, a sociedade ainda considera que a profissão médica confere *status* ao indivíduo, contudo manter esta posição social nos dias atuais tem custado muito caro para os profissionais médicos.

Com o passar do tempo, a prática médica e a medicina na vida do paciente sofreu grandes transformações. Antes, o médico clínico fazia diagnósticos e prognósticos, usando o faro clínico e a experiência sem recursos adequados para confirmar-lhe ou não sua opinião. Segundo Ismael (2005), a partir da metade do século XX, essas mudanças são caracterizadas por diversos fatores, dentre eles, a proliferação de superespecializações na medicina, que tende a aumentar com a descoberta de novas tecnologias.

Com a inovação tecnológica, desencadeia o processo de aumento da complexidade e incorporação de técnicas médicas refinadas, o que impossibilita o domínio por único profissional da totalidade dos conhecimentos, daí o fortalecimento da demanda por especialização, que é uma forma de divisão do trabalho. Para Pitta (2003), a divisão no trabalho no hospital é a reprodução no seu interior da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista.

Nesses mesmos termos, Rezende (2002) afirma que o avanço tecnológico mudou a face da medicina, trazendo evidentes benefícios para a humanidade. Mas a despeito disso, trouxe também conseqüências negativas que merecem reflexão, dentre elas, o autor cita a negligência com o exame clínico, a sedução dos aparelhos, a falsa segurança, a elevação dos custos da assistência médica, o uso excessivo de exames para autoproteção do médico e a fragmentação e o reducionismo da prática médica. Assim, fica claro que a medicina se tornou mais técnica e menos humana.

Ainda se referindo a esse aspecto, Rezende (2002, p. 5) aborda também o aumento da complexidade da medicina, o que torna necessária a especialização em áreas cada vez mais restritas de atuação médica. E alerta “a sociedade, de um modo geral, a mídia e as instituições públicas e privadas passaram a supervalorizar o especialista em detrimento do médico geral, seja ele clínico ou cirurgião”. O autor ainda menciona que a especialização precoce, sem aquisição de uma base mais ampla da cultura médica, passou a produzir um médico que se comporta no exercício da profissão como verdadeiro técnico, confinado no seu campo de trabalho.

Nessa perspectiva, o especialista não possui a capacidade de integração dos conhecimentos e de percepção do quadro clínico do paciente em sua totalidade e abrangência. Contudo, essa escolha precoce pela especialização pode representar um mecanismo utilizado para assegurar um lugar no mercado de trabalho competitivo, próprio do sistema capitalista, no qual, se desprezada a possibilidade de lucro, torna-se impossível a garantia da sobrevivência econômica do médico e de sua família.

Martins (2003), contribuindo com essas citações, enfatiza que, no desenvolvimento recente da medicina tecnoutilitarista, a especialização disciplinar adequou-se pragmaticamente à divisão técnica do trabalho do capitalismo médico. Esse fato favorece a transformação dos órgãos humanos em mercadorias de prateleiras.

Gorz (1996) ao referir-se à divisão do trabalho deixa claro que ela é a origem das alienações. Segundo o autor, a divisão do trabalho favorece o desenvolvimento de habilidades parciais e suprime um mundo de instintos e capacidades.

E, finalmente, Dupas (2006, p. 190) expõe que

a medicina contemporânea entra com seu arsenal de “mísseis e bazucas” muito eficientes, mas exterminadores de “bons e maus”. À custa, portanto, sempre de efeitos colaterais. Esse arsenal pode salvar muitas vidas – o que não é pouco -, mas também pode matar com frequência. ...no seu campo restrito saberá muito. Mas, no campo geral do “ser”, saberá cada vez menos por ser um não generalista.

É de acordo com essas perspectivas abordadas sobre a prática médica atual que se pretende investigar a qualidade de vida no trabalho do médico que exerce sua profissão por meio de cooperativa.

2.5.3 O cooperativismo médico e suas principais características

Pretende-se, nesta seção, descrever algumas características do cooperativismo médico, a fim de que propiciem um melhor entendimento quanto ao contexto de trabalho no qual os médicos estão inseridos.

Para melhor compreensão do sistema cooperativista adotado pelos médicos, faz-se necessário definir o que vem a ser uma Cooperativa. Trata-se de uma empresa 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. O movimento cooperativista contrapõe ao princípio do Capital, fortalecendo a equanimidade e igualdade de votos. (PEREIRA, 1999).

Segundo Rech (2000), o cooperativismo está relacionado à idéia de solução de problemas sociais por meio da criação de comunidades de cooperação. Esse sistema abre perspectivas que possam contribuir cada vez mais com a estruturação de setores desorganizados da economia, sobretudo aqueles que apresentam características autônomas.

Na área de saúde, as cooperativas de trabalho médico, surgiram como imperativo ético, partindo do princípio de que não deve haver intermediário na relação médico-paciente. Para eles, essa relação é um vínculo único, exclusivo, que não permite

interferências de qualquer espécie, e que, portanto, garantir a dignidade dos que ali trabalham representa também um dos seus principais objetivos. (FUNDAÇÃO UNIMED, 2007).

Em todo mundo, o cooperativismo é incentivado pela Aliança Cooperativa Internacional. No Brasil, a formação de cooperativas é regulamentada por lei desde 1907. Atualmente, é regulamentada por leis especiais e representada pela Organização das Cooperativas do Brasil – OCB, que exerce o papel de representação nacional do cooperativismo na defesa dos interesses de suas associadas.

A Lei 8.949/94 introduziu novo conceito nas relações comerciais das cooperativas, trazendo uma maior atratividade para as empresas comerciais, parceiras das cooperativas de trabalho. Acrescentou no parágrafo único do artigo 442 da CLT, a seguinte redação: “Qualquer que seja o ramo de atividade da sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela”. Dessa forma, abriram-se possibilidades mais seguras nas relações comerciais, uma vez que as empresas poderiam contratar profissionais, sem vínculo de emprego e com menor risco de vinculação empregatícia, embora essa questão gere debate polêmico.

Pereira (1999) afirma que, ao contrário das empresas mercantis, que se regem por um Contrato Social, as Sociedades Cooperativas são constituídas por Estatuto. É parte integrante do Contrato Social da cooperativa um Regimento Interno, sendo que ambos devem ser aprovados em Assembléia Geral de Constituição da cooperativa. A cooperativa de trabalho e prestação de serviços deve definir, de forma bem clara e adequada aos propósitos, qual é seu objeto e objetivo social, adotando as terminologias específicas de sua operação desejada, empregando sempre a expressão *cooperativa* em sua denominação, como por exemplo, cooperativa de trabalho médico.

Ainda conforme Pereira (1999) a primeira cooperativa de trabalho médico brasileira foi fundada em 1967 e foi denominada UNIMED, que significa *União de Médicos*. Nesse cenário, acredita-se que a idéia cooperativista promete a possibilidade de

uma medicina alternativa entre a socializada e a liberal, sem ferir os princípios éticos preconizados pelas entidades médicas. Assim, a forma cooperativa oferece possibilidades que atendam aos anseios dos médicos e dos pacientes.

Por outro lado, a cooperativa é uma forma de organização de trabalho que também visa enfrentar a concorrência, aumentar a produtividade, diminuir custos, expandir o grau de especialização, entre outros fatores. (PEREIRA, 1999).

De acordo com Rech (2000), existem cooperativas de distribuição ou serviços, cooperativas de colocação da produção e cooperativas de trabalho. As cooperativas de trabalho se dedicam à colocação da produção dos seus sócios, dentro das melhores condições possíveis de preços, regularidade e segurança. E, nesse contexto de cooperativa de trabalho, está a cooperativa médica que participou do estudo: a HC-COOP.

Assim, fica claro que o propósito principal de uma cooperativa médica é suprimir intermediação ou negociadores do trabalho do médico, permitindo a organização entre os próprios médicos para firmar contratos de prestação de serviços e atender diretamente aos clientes. Sem finalidade lucrativa e de propriedade coletiva, o seu principal objetivo deve ser ainda a defesa econômica e social dos médicos cooperados, ao gerar oportunidades de trabalho e renda para seus cooperados.

2.5.4 Princípios cooperativistas

As cooperativas possuem princípios a serem seguidos, ou seja, existem linhas orientadoras por meio das quais as cooperativas levam os seus valores à prática, conforme Organização das Cooperativas Brasileiras - OCB.

Livre Adesão - As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e a assumir responsabilidades como membros, sem discriminações sociais, raciais, de sexo, políticas e religiosas. Qualquer pessoa pode associar-se livremente a uma cooperativa, desligar-se dela e voltar a se associar quando bem desejar. Só pode ser dela demitida caso cometa alguma falta grave ao Estatuto Social ou Regimento Interno. Porém, é admitido que

os estatutos das cooperativas restrinjam, de acordo com suas finalidades, a participação das pessoas para que elas possam manter certa identidade de objetivos.

Gestão democrática - As cooperativas são organizações democráticas, controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Por serem sócios igualitários, os cooperados têm poder de decisão dentro da cooperativa. Reunidos em assembléia, discutem e votam os objetivos e metas do trabalho em conjunto, bem como elegem os representantes que irão administrar a sociedade.

Participação econômica dos membros - Os membros contribuem eqüitativamente para a formação do capital da cooperativa, o qual é controlado democraticamente. Parte desse capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Quando a cooperativa obtém uma receita maior do que as despesas, os rendimentos são divididos entre os sócios até o limite do valor da contribuição de cada um. O restante poderá ser destinado a investimentos na própria cooperativa ou a outras aplicações, sempre de acordo com a decisão tomada na assembléia.

Autonomia e independência - As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas pelos seus membros. Se firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia da cooperativa.

Educação, formação e informação - As cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores, de forma que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. É também objetivo da cooperativa informar ao público sobre a natureza e as vantagens da cooperação organizada.

Intercooperação – Para o fortalecimento do cooperativismo, é importante que haja intercâmbio de informações, produtos e serviços, viabilizando o setor como atividade

sócioeconômica. A intercooperação determina avanços e conquistas para o movimento cooperativista nacionalmente e internacionalmente.

Interesse pela comunidade - As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades através de políticas aprovadas pelos membros, como a execução de programas sócio-culturais, realizados em parceria com o governo e outras entidades civis.

No próximo capítulo, busca-se caracterizar a cooperativa médica participante da pesquisa (HC-COOP), reunindo informações colhidas junto à Diretoria da instituição. Posteriormente, no capítulo que trata da análise dos resultados da pesquisa, as informações colhidas são utilizadas para verificar o grau de coerência entre o discurso gerencial e a prática dos médicos na cooperativa.

3 A HC-COOP E SUA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Para melhor entendimento da unidade de análise desta pesquisa, é necessário apresentar um pouco da história, missão, visão e estrutura administrativa que norteiam a atuação da HC-COOP - Cooperativa de Trabalho Médico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

A HC-COOP foi fundada em 1993, impulsionada por uma série de mudanças ocorridas na atividade médica nas últimas décadas. A iniciativa partiu dos próprios médicos do Hospital das Clínicas que se sentiam insatisfeitos, inseguros e intranquilos quanto à forma de recebimento de seus honorários. Assim, ela nasceu da necessidade que a categoria tinha de organizar e centralizar seus recebimentos de honorários médicos, visando separá-los das contas hospitalares. O caminho encontrado foi a cooperativa médica que criava perspectivas para um recebimento de forma simples, clara e segura, conforme argumenta o diretor financeiro da HC-COOP:

A HC-COOP nasceu da necessidade de organização da categoria médica, em relação a recebimento de honorários médicos. Um grande problema não só no Hospital das Clínicas, mas também em outros hospitais, era a forma com que o médico recebia seus honorários via hospital. Isso gerava uma grande insatisfação, daí a necessidade que os médicos tiveram na época de se organizar, e o formato que eles encontraram, foi o de cooperativa.

A HC-COOP, assim como diversas outras cooperativas médicas, faz parte do sistema FENCOM - Federação Nacional das Cooperativas Médicas -, que foi criada por iniciativa de cooperativas hospitalares. A HC-COOP é a segunda maior cooperativa filiada à FENCOM e completou 14 anos em 16/06/2007. Consolidou-se como um modelo de intermediação do trabalho do médico que tem alguma relação com o Hospital das Clínicas da UFMG. Atualmente, possui cerca de 1000 médicos associados ativos e movimenta mensalmente em torno de um milhão e cem mil reais provenientes dos convênios e de recibos de pagamento a autônomos - RPA'S fruto do trabalho dos médicos cooperados.

Como missão, a HC-COOP se propõe a satisfazer as necessidades dos cooperados, negociar a melhor remuneração, agilizar o repasse de honorários, zelar pelo bem-estar de seus cooperados e clientes e promover um constante crescimento com

ética e transparência. Na percepção da diretoria da Cooperativa, essa missão tem sido colocada em prática ao longo dos anos e já passou por mudanças. Segundo os seus dirigentes, a HC-COOP tem buscado ser muito mais que uma repassadora de honorários, exercendo hoje uma representação política efetiva, não só junto aos seus cooperados, mas também na comunidade médica em geral. O depoimento do diretor financeiro da HC-COOP enfatiza o cumprimento do propósito da Cooperativa:

Temos hoje representações que saíram da HC-COOP, oriundas da cooperativa, e que ocupam postos políticos estratégicos em várias instâncias do movimento, não só cooperativista, mas do movimento médico ligado à Associação Médica, Sindicato dos Médicos, Conselho Regional de Medicina, ou seja, a cooperativa tem uma função também de representação política e ela tem exercido esse papel que consideramos que é papel da cooperativa também.

Como toda visão de futuro define onde uma instituição pretende chegar, a HC-COOP estabeleceu que pretende ser a efetiva representante de seus cooperados no Hospital das Clínicas da UFMG. Quanto a isso, o diretor administrativo destaca que:

Aqui a fogueira da vaidade não encontra combustível. Estamos, acima de tudo preocupados em trabalhar, atender aos colegas, atender à atividade profissional, livres de vaidade. Não estamos querendo suplantar ninguém. Estamos querendo trabalhar.

A estrutura administrativa da HC-COOP é composta de acordo com a legislação do sistema de cooperativismo. Fazem parte dessa estrutura a presidência, a diretoria administrativa, a diretoria financeira, o conselho administrativo e o conselho fiscal. Como preconiza o próprio princípio do cooperativismo, a gestão é considerada democrática, na qual todos os associados são considerados donos da empresa cooperativa. As decisões são definidas em reunião, que segue o sistema de assembléia geral, utilizando-se do voto para eleição dos representantes de cada diretoria, cuja gestão é de dois anos, podendo ser reeleita por igual período, sendo permitida apenas uma reeleição.

O planejamento estratégico da HC-COOP, a despeito de ser considerado muito importante pela maior parte dos diretores entrevistados, ainda não dispõe de periodicidade regular para sua aplicação. Contudo, a diretoria informou que é realizado de dois em dois anos pelo menos e, quando há a sua definição, toda a

diretoria, conselho fiscal e administrativo, gerência administrativa da cooperativa, bem como algum funcionário mais graduado da cooperativa participam.

No sistema de cooperativismo, conforme volume e complexidade dos negócios, a diretoria pode contratar pessoal externo para gerenciar áreas de trabalho que exijam conhecimentos especializados ou habilidades técnicas comprovadas, do mesmo modo como contratam mão-de-obra para serviços operacionais, quando necessário. E é dessa forma que procede a cooperativa pesquisada.

A HC-COOP conta com 22 empregados e um gerente geral responsável por toda a área administrativa da Clínica de Especialidades Médicas, que foi a unidade de análise desta pesquisa, e pelo escritório da Cooperativa localizado no Hospital das Clínicas da UFMG. O quadro de funcionários está distribuído da seguinte forma: um agente de comunicação, cinco telefonistas, seis recepcionistas, um auxiliar de enfermagem, dois agentes de serviço de limpeza que exercem suas atividades na Clínica de Especialidades Médicas. Os demais desenvolvem suas atividades no escritório da HC-COOP localizado no Hospital das Clínicas, e são eles: uma recepcionista, dois agentes de faturamento, dois agentes administrativos e um contínuo. A HC-COOP possui ainda dois estagiários que atuam na área administrativa e de informática.

As normas e procedimentos da HC-COOP seguem o regimento interno da cooperativa e são divulgadas por meio de assembléias e repassadas também no dia-a-dia. Quando há alguma demanda para decisão que extrapole as normas e procedimentos formais, a decisão é tomada em reunião da diretoria e do conselho, que é realizada semanalmente, conforme depoimento do presidente da cooperativa:

Para alguns problemas de origem fiscal, temos que pedir até a assessoria jurídica. Mas aí o conselho determina isso também. Temos sempre o cuidado de que, quando existe algum problema trabalhista, nunca, a não ser que seja um caso muito simples, a gente tende a levar para o conselho, justamente para não tomar medidas muito personalistas, muito individualizadas, que podem ser injustas. Sempre que é preciso, recorremos ao conselho. Excepcionalmente se o conselho não achar que ele seja capaz, aí vai para assembléia, que é o órgão máximo.

A participação é o princípio e o meio para se criar uma cooperativa, e é por meio das assembleias que os cooperados têm, formalmente, a oportunidade de participar do processo de decisão. A Assembleia Geral Ordinária da HC-COOP normalmente acontece uma vez por ano, atendendo ao estatuto da Cooperativa, que determina que seja no primeiro trimestre de cada ano. Quanto à Assembleia Geral Extraordinária, ocorre mediante necessidade. De um modo geral, os diretores entrevistados consideram baixa a participação dos associados nas Assembleias devido, em alguns casos, à falta de tempo, excesso de trabalho em diversas instituições, pouca visão sobre a importância da cooperativa, distanciamento de suas entidades profissionais representantes, etc. O comentário do presidente da cooperativa elucida esta questão:

Os médicos geralmente têm pouco tempo para se dedicar à cooperativa, de maneira que a gente tem até dificuldade de encontrar pessoas que queiram se dedicar ao cooperativismo de trabalho, que é de trabalho mesmo e dá trabalho.

A condição inicial para o médico associar-se à HC-COOP é que ele esteja, de alguma forma, vinculado profissionalmente ao Hospital das Clínicas da UFMG. Este é o único meio instituído para o médico desenvolver sua profissão no Hospital das Clínicas da UFMG, como plantonista, e para todo tipo de atendimento a pacientes. Assim, todo recebimento de honorários do trabalho desenvolvido pelo médico no Hospital das Clínicas ou na Clínica de Especialidades Médicas da HC-COOP é por intermédio da HC-COOP, sendo que esta situação contribui para que não haja caracterização de vínculo empregatício.

A HC-COOP tem investido no processo de capacitação dos seus cooperados e pela composição atual do conselho fiscal é deliberado que, todo ano, aqueles cooperados que não têm o curso de conselheiro fiscal, estatutariamente, são obrigados a fazer esse curso, ministrado pela OCEMG – Organização das Cooperativas do Estado de Minas Gerais. Além disso, a FENCOM tem também a preocupação de capacitar cada vez mais os dirigentes de cooperativas. Assim, a capacitação se dá por meio do sistema geral do cooperativismo e não necessariamente por iniciativa da HC-COOP. Contudo, a capacitação técnico-profissional para o exercício da medicina, ligada a cada especialidade, ocorre por iniciativa dos próprios médicos. Há de se

destacar que a Cooperativa possui um *link* com a UFMG por meio do qual os médicos têm acesso aos periódicos da CAPES, com acesso a revistas abertas, artigos científicos, etc. e ao acervo existente nos consultórios da Clínica de Especialidades Médicas, sem nenhum custo adicional para o cooperado.

Os diretores entrevistados foram unânimes ao afirmar que o relacionamento da HC-COOP com as instituições de apoio à categoria profissional é positivo e harmonioso, considerando principalmente que a Cooperativa possui representante em diversas instituições médicas, como por exemplo, no CRM, Associação Médica de Minas Gerais, Sindicato dos Médicos e a FENCOM. A partir disso, pode-se considerar que a HC-COOP é muito respeitada e prestigiada por estas instituições. O relato do diretor financeiro evidencia bem esta questão:

Mantemos um contato muito próximo com todas as cooperativas médicas de Belo Horizonte integradas pela Federação. Temos uma formação mensal que, além de ser uma formação de liderança e gestão compartilhada, é também um espaço de discussão desses grandes temas políticos da categoria. Então, nós decidimos há alguns anos que a cooperativa tinha que mostrar a cara mesmo. O sindicato só jogava pedra, o conselho criticava. Falavam assim: isso aí é contratação, terceirização de mão-de-obra irregular. Hoje, nós temos representação no CRM, na Associação Médica, na Unimed, na FENCOM. Eu sou conselheiro fiscal da Credicon, O presidente da HC-COOP é vice-presidente da FENCOM e é do Conselho do Banco Cooperativo do Brasil.

O processo de comunicação interna na HC-COOP se dá, na maioria das vezes, de forma verbal, sendo comum a utilização do recurso descanso de tela dos computadores para disseminar alguma informação importante para os médicos. Há um tempo, a HC-COOP já utilizou do sistema de Jornal Institucional, que foi abolido devido ao alto custo, segundo informação do diretor financeiro. Existe um plano para a construção de um endereço virtual na *intranet* da Cooperativa, e pretende-se que este *site* possua um *link* de acesso à FENCOM.

Inserida neste contexto se encontra a Clínica de Especialidades Médicas da HC-COOP, unidade de análise desta pesquisa, que foi criada em 1997 por desejo dos cooperados e com a participação da atual Diretoria e administração da Cooperativa. Naquela época, já existia uma demanda de pacientes de diversos convênios a serem atendidos pelos médicos da Cooperativa, Contudo estes pacientes não podiam ser atendidos na estrutura física do Hospital das Clínicas, que possuía

espaço para atender apenas aos pacientes do SUS - Sistema Único de Saúde. Ademais, os médicos atendiam muitas vezes voluntariamente, muitos eram professores do curso de Medicina da UFMG, e com isso, o atendimento dos pacientes ficava de certa forma vinculado à questão acadêmica, como se fosse um desdobramento da teoria para a prática, porém era considerado pelos próprios médicos um procedimento realizado e não-remunerado.

Diante dessa situação, a Diretoria da HC-COOP entendeu que deveria criar um espaço específico de trabalho para o médico. A idéia era que este espaço fosse um atrativo para que o médico permanecesse trabalhando no Hospital das Clínicas, já que trabalhar no Hospital não é considerado como vantajoso financeiramente pelos médicos, conforme afirmação do diretor administrativo da HC-COOP:

Ficar no Hospital significa ganhar pouco, porque o Hospital paga mal, quer dizer, os funcionários do hospital, os médicos, são professores, ou são contratados, ou são concursados do hospital e ganham muito pouco. Então a Clínica foi uma forma de atrair o médico, senão ele teria o que? Com ela ele teria a possibilidade de atender na clínica, consultas de convênio, particular e poderia com isso melhorar a renda e permanecer no hospital.

Assim, em 1997, inaugurou-se a Clínica de Especialidades Médicas da HC-COOP que inicialmente funcionou em um imóvel alugado localizado na Rua Bernardo Monteiro, esquina com Rua dos Otoni, no Bairro Funcionários, com uma estrutura física que comportava oito consultórios médicos.

Entretanto, a cooperativa obteve ganho de causa em um processo referente a questões tributárias da cooperativa, originado de impostos pagos pelos médicos compulsoriamente por força de lei, o que permitiu que um aporte de recursos inicialmente provisionados fosse utilizado para a construção da sede própria. Na época, após aprovação em assembléia, um imóvel foi adquirido e reformado para abrigar a atual Clínica de Especialidades Médicas, que se encontra localizada próximo à região hospitalar, no bairro Funcionários em Belo Horizonte. O depoimento do diretor financeiro sobre como a clínica foi construída, deixa claro o valor deste patrimônio para os médicos cooperados:

A clínica é um patrimônio que a gente tem e ele foi construído da seguinte forma: nós fiscalizamos a obra. Eu participei na época, porque era do conselho fiscal, e como fiscal de obra a gente vinha aqui conferir material, pintura, se estava tudo certinho. Foi uma coisa bem feita, porque isso era nosso objetivo. Eu atendia na clínica, eu queria isso, porque era uma coisa nossa. Então por isso, eu estou diretor hoje, e amanhã eu quero voltar a ser médico, nós já estamos na nossa segunda gestão, então, a idéia é que a clínica se perpetue, que as pessoas se perpetuem na clínica.

Atualmente a Clínica possui uma estrutura física que comporta 14 consultórios, onde trabalham 90 médicos em mais de 30 especialidades que atendem em três turnos diferentes, distribuídos de 08 às 20 horas, de segunda a sexta-feira. A estrutura conta com um sistema informatizado para marcação de consultas, bem como um sistema de prontuário eletrônico dentro dos consultórios.

Na Clínica de Especialidades Médicas são realizadas consultas, pequenos procedimentos cirúrgicos e alguns exames específicos de acordo com a especialidade médica vinculados à própria consulta médica como, por exemplo, eletrocardiograma – ECG, mais comum para consultas de cardiologia ou clínica médica e colposcopia, no caso de consulta ginecológica. Ressalta-se que a Clínica tem como objetivo oferecer espaço físico para o trabalho do médico, com forte valorização para o conhecimento científico e aplicação deste no momento da consulta médica. Na Clínica não são utilizadas tecnologias médicas para realização de propedêutica, ou seja, não são realizados exames de diagnóstico.

É Interessante destacar que, conforme entrevistas realizadas com os diretores da HC-COOP, fica clara a necessidade da utilização da tecnologia pelos médicos cooperados, mas de forma responsável e secundária. Acredita-se que existe próximo à Clínica tecnologia sofisticada e paradoxalmente obsoleta. Assim, procura-se valorizar o trabalho artesanal do médico, o trabalho clínico, a semiologia, a opinião, enfim, o conhecimento, considerando que isso, a despeito de não gerar retorno financeiro imediato, gera qualidade na prestação de serviço e satisfação do cliente. O depoimento do diretor administrativo elucida essa questão e aponta para os abusos do uso da tecnologia na área médica:

Tudo que é bem usado é bom. Tudo que é em excesso faz mal. Este problema de tecnologia, vai muito do bom senso, é sabido que na medicina com uma anamnese bem feita, um exame físico bem feito, o médico tem possibilidade de fazer um diagnóstico de 90% dos casos sem nenhum exame... Agora vemos que de um modo geral, há um abuso na propedêutica. Às vezes a gente recebe paciente com uma pilha de exame e ele não precisava daquilo tudo. Este problema de preciosismo propedêutico é um abuso, que eu não sei se reflete uma má formação do médico, ou se é uma insegurança. Se tiver uma denúncia de algum erro médico ou alguma coisa, ele não vai enfrentar aí um tribunal e falar que não fez exame, que não foi completo, só que há excesso.

A clínica possui em torno de 30 convênios, como, por exemplo, Caixa de Assistência à Saúde dos Funcionários da UFMG – CASU, Fundação Santa Casa Saúde, Forluz, Copasa, dentre outros. É possível afirmar que aproximadamente 90% dos honorários médicos são provenientes de convênios e que apenas 10% são provenientes de pacientes particulares. Assim, fica claro que os médicos de um modo geral dependem do pagamento de convênios que trabalham com valores de tabelas defasados, atingindo um valor de consulta em média de R\$ 33,00. Isto é um fator que interfere na remuneração final do médico, segundo afirmação do presidente da HC-COOP:

Não falta serviço para o médico. O que tem acontecido é que a remuneração do médico está muito ruim, então isso é um fator complicador. O médico às vezes tem que trabalhar muito para manter um rendimento no final do mês razoável, cada vez mais a gente tem visto que os médicos têm que trabalhar mais para manter este padrão de vida. Então não é tanto pela falta de serviço é muito mais pela baixa remuneração que às vezes tem prejudicado a qualidade da vida do médico. Às vezes, as pessoas trabalham em 3, 4, 5 lugares para manter um padrão de vida. Os convênios na sua maioria pagam mal. Nos últimos anos, tem havido muito pouca correção, tanto é que surgiu um movimento brasileiro, CBHPM¹, uma tentativa dos médicos de melhorar a classificação dos procedimentos, no sentido, principalmente, de remuneração.

Considerando-se que a concorrência é uma realidade na área de saúde, os diretores HC-COOP, de um modo geral concordam em afirmar que a Clínica de Especialidades Médicas se mantém no mercado de forma saudável e forte, com fidelização de seus clientes, graças principalmente ao seu corpo clínico que é formado por profissionais altamente capacitados em suas diferentes especialidades, muitos deles professores titulares da Faculdade de Medicina da UFMG, respeitados no meio médico pela larga experiência. Acredita-se que a fidelização do paciente depende muito da relação médico-paciente e, neste sentido, o diretor financeiro da HC-COOP ressalta:

¹ Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

Bom, a iniciativa médica é individual. Ela é extremamente individual, a fidelização do médico com o cliente depende da parte da clínica mesmo. Da parte administrativa, a gente procura receber bem o cliente, atendê-lo bem, propiciar uma estrutura mínima, um conforto mínimo. A gente trabalha com o médico, como relação ao horário, atraso e tudo, mas nem sempre conseguimos resolver todos os problemas, pois os médicos trabalham em outros locais.

Diante do exposto, pode-se considerar que a HC-COOP e sua Clínica de Especialidades Médicas enfrentam, hoje, as oportunidades e desafios próprios do contexto da saúde, e demonstram que sua diretoria apresenta grande seriedade ao liderar com um forte desejo e empenho para que prevaleça a dignidade, reconhecimento e a ética nas relações com todos os envolvidos neste processo. Mesmo em meio aos obstáculos enfrentados pela área e pela categoria no exercício e remuneração da profissão, gerar segurança e satisfação para os clientes é considerado para eles fator primordial, que tem sido possível em função do sistema de cooperação adotado por esses profissionais.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, descrevem-se os aspectos metodológicos que foram utilizados para a realização do estudo. São apresentados o tipo e método de pesquisa, o universo e a amostra da pesquisa, a definição das variáveis do estudo e o modelo de referência proposto para pesquisa. Em seguida, descrevem-se alguns aspectos do instrumento de coleta de dados, sua operacionalização e o tratamento dos dados. Por fim, são apresentadas as limitações da pesquisa.

4.1 O tipo e o método da pesquisa

O presente estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa aplicada, de natureza descritiva e interpretativa, de caráter quantitativo e qualitativo. Conforme Kerlinger (1999) argumenta, a pesquisa aplicada é dirigida para a solução de problemas práticos em áreas delimitadas e da qual se espera melhoria ou progresso de algum processo ou atividade. O presente estudo se enquadra nesse conceito, uma vez que foram analisadas e diagnosticadas certas características presentes no contexto da área de saúde, especialmente o trabalho do médico clínico por meio de cooperativa médica.

Caracteriza-se como de natureza descritiva porque, de acordo com Kerlinger (1999), pretendeu-se determinar a distribuição de certas características e opiniões de uma população, bem como estabelecer um grau de generalidade da uniformidade social na qual esta população está inserida. Foi também interpretativa pelo fato de que a pesquisadora procurou analisar e compreender as relações existentes entre o trabalho do médico, por meio de uma cooperativa médica, com os possíveis impactos que isso, porventura, poderia causar na qualidade de vida no trabalho desses médicos.

O método de pesquisa foi o estudo de caso, já que o objeto de análise foi de uma única unidade de estudo, qual seja, uma grande cooperativa de trabalho médico, de um hospital universitário localizado na cidade de Belo Horizonte. Além disso, em concordância com o que afirmam De Bruyne *et al.* (1977) a respeito das

características de um estudo de caso, foram reunidas numerosas e detalhadas informações com vistas à apreensão da totalidade de uma determinada situação recorrendo a uma gama variada de técnicas de coleta de dados como observações, questionários, entrevistas e documentos. E ainda, na perspectiva de Yin (2001, p.19),

os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo como e por que, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

O estudo apresenta caráter quantitativo, com medição objetiva e quantificação dos resultados obtidos mediante a utilização de um questionário. Pode ser caracterizado também como de caráter qualitativo, porque, em concordância com Godoy (1995), ao referir-se aos aspectos que caracterizam estudos desta natureza, procurou-se obter dados descritivos de uma cooperativa médica a partir do contato direto do pesquisador com a situação a ser estudada, utilizando-se entrevistas para este fim, e da sua intenção de compreender os fenômenos a ela relacionados.

4.2 População e amostra da pesquisa

Participou da pesquisa uma população de médicos associados a uma cooperativa de trabalho localizada em Belo Horizonte que atuam na Clínica de Especialidades Médicas própria desta cooperativa.

A organização pesquisada foi escolhida por caracterizar uma das tendências na área de saúde, o trabalho por meio de cooperativa, e, além disso, por ser uma instituição que possui representatividade no contexto da saúde em Belo Horizonte.

Atingiu-se um percentual de alcance dos médicos da Clínica de Especialidades Médicas de 71%, sendo que a amostra foi de 64 médicos de uma população de 90 médicos cooperados da Clínica de Especialidades Médicas, o que corresponde a um nível de confiança de 95,0% ($p < .05$), e a um erro amostral máximo de 6,58%, considerando a variabilidade máxima, haja vista não se conhecer a priori a

variabilidade inerente à população objeto de estudo. Procurou-se atingir o maior número possível dos médicos atuantes na Clínica de Especialidades Médicas, contudo alguns aspectos impediram que isso fosse alcançado, destacando-se o excesso de trabalho dos médicos que chegavam para assumir o horário de trabalho, muitas vezes com atraso, vindos de outros locais de trabalho, bem como saíam apressados visando muitas vezes atender a outros pacientes, com horários marcados em outros locais de trabalho. Além disso, alguns médicos estavam ausentes da Clínica no período da realização da pesquisa, por motivo de férias e/ou congresso, enquanto alguns se negaram a participar da pesquisa.

Os médicos que participaram da pesquisa estão distribuídos em especialidades médicas diversas e atuam na Clínica pesquisada em sistemas de turnos diários perfazendo em média 4 horas de trabalho diário, sendo que nem todos atendem nesta Clínica todos os dias da semana. Contudo, além de atuarem nesta clínica, a grande maioria dos pesquisados possui outras inserções no mercado de trabalho médico.

4.3 Definição das variáveis do estudo e modelo teórico de referência

Neste estudo, foram investigados seis construtos, que fundamentam o modelo de pesquisa proposto. Cabe ressaltar que um dos construtos é referente a características demográficas e ocupacionais, enquanto quatro construtos, de ordem econômica, política, psicológica e sociológica fazem parte do modelo de Westley (1979), e mais um construto, que enfoca aspectos ambientais e organizacionais, adaptado de Honório (1998).

QUADRO 3 – Definição operacional das variáveis de pesquisa

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO
1. Demográficas e ocupacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenção de dados pessoais e ocupacionais dos participantes da pesquisa.
2. Econômica	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de aspectos pertinentes à equidade no trabalho, por exemplo: remuneração, benefícios e produtividade.
3. Política	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de aspectos relacionados à segurança, produtividade e relação de poder no trabalho.
4. Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de aspectos relacionados à auto-realização e à percepção do significado do trabalho
5. Sociológica	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de aspectos associados ao envolvimento e à participação nas decisões relativas ao próprio trabalho.
6. Ambientais e organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de aspectos ambientais (internos e externos) e organizacionais pertencentes ao trabalho dos participantes da pesquisa, por exemplo: estrutura física para o exercício profissional, apoio tecnológico para emissão de faturas e controles administrativos.

Fonte: Adaptado de Westley (1979) e de Honório (1998)

Conforme mencionado anteriormente, as definições operacionais das variáveis da pesquisa de números 2, 3, 4 e 5 colocadas no Quadro 3 foram adaptadas de Westley (1979), visando ampliar e delimitar as dimensões originalmente estabelecidas por esse autor, uma vez que o modelo original fora concebido em um contexto diferente do atual. Acredita-se que estas variáveis permitirão identificar aspectos que envolvem a QVT, considerando os valores culturais e a realidade própria do contexto atual, enfatizando-se que se passaram praticamente três décadas e muitas mudanças ocorreram neste período. As variáveis ambientais e organizacionais foram adaptadas de Honório (1998) com o objetivo de obter dados não contemplados pelas dimensões conceituais pertencentes ao modelo de Westley (1979) como, por exemplo, estrutura física para exercício profissional, apoio tecnológico para emissão de faturas, controles administrativos e resolutividade de

gestão. As variáveis definidas no quadro acima estão contempladas no modelo teórico de referência formulado para esta pesquisa, conforme mostrado na Figura 1.

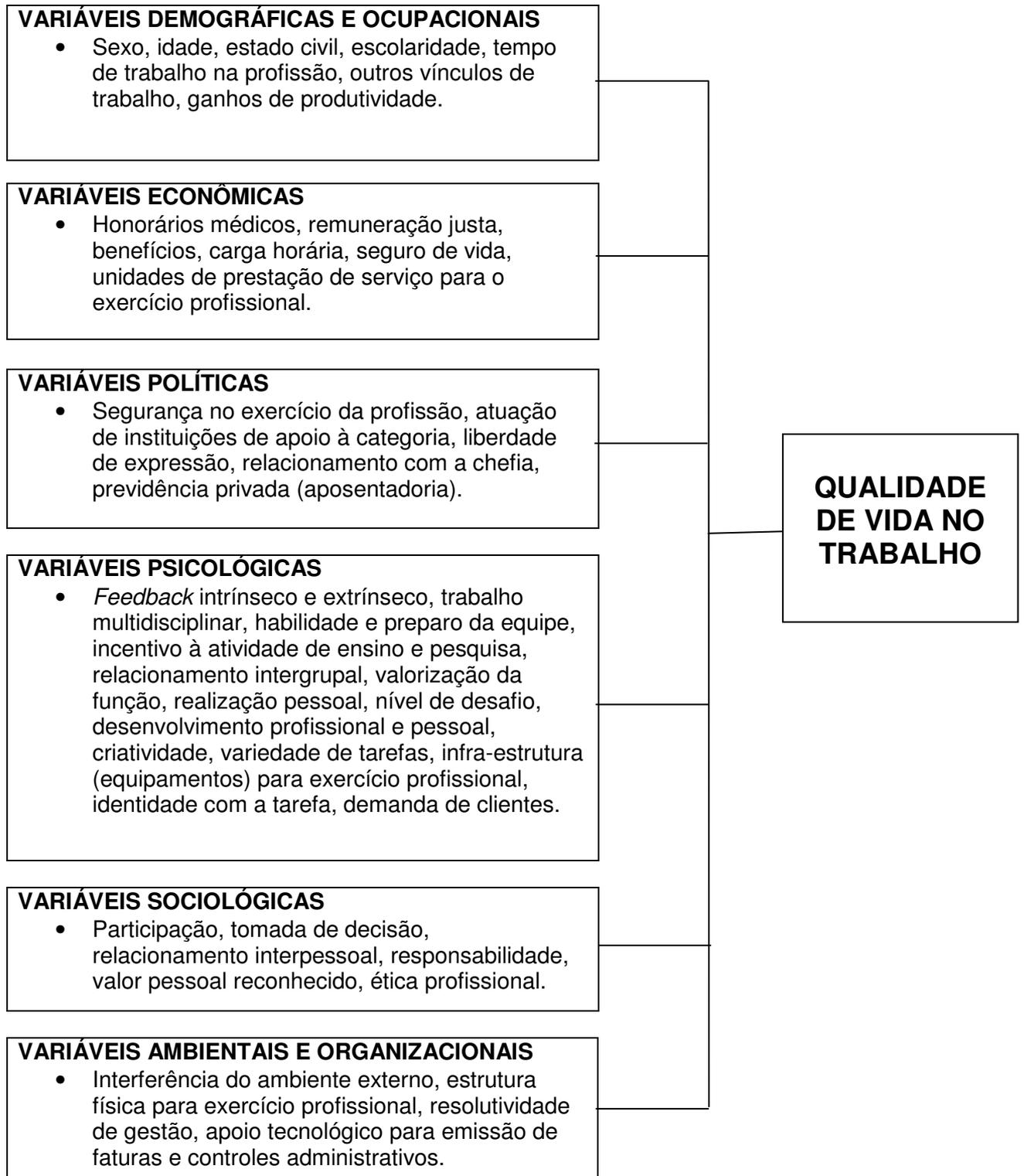


FIGURA 1 - Modelo teórico de referência da pesquisa
FONTE: Adaptado de Westley (1979) e Honório (1998).

A partir desse modelo, percebe-se que as variáveis nele presentes interagem entre si, porém o grau dos impactos que elas provocariam na qualidade de vida no trabalho dependeria das características pessoais de cada um, dos aspectos ambientais e organizacionais, dos aspectos econômicos, políticos, psicológicos e sociológicos que perpassam o trabalho desenvolvido pelo médico.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Neste estudo, foi feita uma combinação de métodos da pesquisa quantitativa e qualitativa, utilizando-se diversas técnicas de coleta de dados. Na coleta de dados, dividida em três etapas, foram utilizadas como técnicas de pesquisa o questionário, a entrevista semi-estruturada e os documentos da cooperativa.

Na primeira etapa, utilizou-se o questionário, conforme apresentado no APÊNDICE A, composto basicamente de escalas de respostas de intensidade e de qualidade do tipo *Likert* de sete pontos, aplicado aos médicos clínicos da cooperativa médica participante do estudo. O instrumento é composto por seis seções. Uma seção é composta por questões que investigam dados demográficos e ocupacionais, outra seção é composta por aspectos ambientais e organizacionais, enquanto as demais investigam os aspectos econômico, político, psicológico e sociológico.

O ponto de partida para a construção do questionário levou em consideração o modelo de referência da pesquisa e o instrumento de pesquisa utilizado por Ramos (1995) em sua investigação da QVT de médicos e enfermeiros de um hospital público em Belo Horizonte, conforme apresentado anteriormente. As variáveis ambientais e organizacionais foram inspiradas em Honório (1998) em sua pesquisa sobre a QVT de trabalhadores de uma grande empresa de telefonia celular envolvidos em processos de cisão de empresas, entrada da concorrência e privatização, a partir do levantamento das fontes de satisfação e insatisfação presentes no dia-a-dia de trabalho.

Antes da aplicação definitiva do questionário, foi realizado um pré-teste junto a cinco médicos da Clínica da cooperativa pesquisada, o que contribuiu para algumas adequações do questionário.

Os questionários foram distribuídos pessoalmente pela pesquisadora com o apoio da gerente geral, das recepcionistas e da auxiliar de enfermagem da Clínica de Especialidades Médicas. A aplicação do questionário ocorreu em um período de três semanas, sendo que, na primeira semana, a maior parte dos questionários foi entregue aos respondentes explicando-se seu objetivo e solicitando-se o preenchimento no mesmo dia. A distribuição foi feita no início de cada turno de atendimento da Clínica, ou seja, manhã, tarde e noite. Alguns participantes da pesquisa responderam na hora, ou no mesmo dia, outros não. Assim, a segunda semana de realização da pesquisa foi dedicada a cobrar dos participantes o questionário preenchido. E, finalmente, na terceira semana, uma recepcionista da Clínica fez contato por telefone com todos os pesquisados a fim de se certificar quais ainda não haviam respondido e, mediante essa informação, a pesquisadora providenciou a entrega de outro questionário para alguns deles, bem como procedeu a sua coleta. Essa coleta foi realizada em outros locais de trabalho dos respondentes, tais como hospitais, clínicas e consultórios localizados em Belo Horizonte. Ressalta-se que a estratégia utilizada na terceira semana foi de fundamental importância para o atingimento do alto percentual de respostas de 71%, já que o dia-a-dia dos médicos envolve grande sobrecarga de trabalho e levou ao esquecimento da devolução do questionário respondido.

Na segunda etapa, após aplicação dos questionários, utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada, conforme apresentada no APÊNDICE B, que foi feita de forma individual com três diretores da cooperativa, sendo um diretor presidente, um diretor administrativo e outro diretor financeiro. O objetivo foi o de levantar dados para caracterizar a cooperativa médica visando a um melhor entendimento quanto ao contexto de trabalho no qual os médicos estão inseridos.

Por fim, na terceira etapa, após uma prévia análise dos dados da pesquisa levantados por meio do questionário, um grupo de sete médicos (aproximadamente 10% da amostra total) foi definido para participar de um processo de entrevista semi-estruturada, conforme apresentado no APÊNDICE C, visando ao aprofundamento dos dados mais significativos levantados quantitativamente. A amostra desta etapa foi composta por três médicos e quatro médicas, sendo dois doutores, dois mestres,

dois especialistas e um com graduação superior. As idades variaram de 32 a 70 anos.

Para complementar as estratégias de levantamentos de dados, foram utilizados documentos que contribuíram para a caracterização da cooperativa pesquisada.

4.5 Tratamento dos dados

Para os dados levantados pelo questionário, foram utilizadas as estatísticas descritiva e bivariada para associação entre as variáveis de QVT, econômicas, políticas, psicológicas e sociológicas, do modelo de referência da pesquisa, com as variáveis demográficas ocupacionais e as variáveis designadoras dos fatores ambientais e organizacionais, adaptadas de Honório (1998).

Para a avaliação de diferenças entre as características demográficas e ocupacionais dos médicos pesquisados no que se refere aos escores relativos às variáveis de QVT, variáveis demográficas ocupacionais e variáveis designadoras dos fatores ambientais e organizacionais definidas para o presente estudo, foram utilizados testes não-paramétricos. Para as variáveis sexo e faixa etária, que possuem somente duas categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de Wilcoxon/Mann-Whitney para a comparação dos valores centrais entre as categorias. Já para as demais variáveis – escolaridade, tempo na empresa e estado civil, que possuem três ou mais categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, que permite a comparação múltipla de k tratamentos ou categorias. No teste de Kruskal-Wallis, a hipótese nula é a de que não há diferenças entre as medianas das categorias; e a hipótese alternativa é a de que há pelo menos uma diferença significativa entre as categorias ou tratamentos estudados. O mesmo procedimento foi feito quanto à avaliação de diferenças entre os fatores ambientais e organizacionais no que se refere aos escores relativos às variáveis demográficas ocupacionais, ou seja, para as variáveis que possuem somente duas categorias (sexo e faixa etária). As categorias relativas aos fatores demográficos e ocupacionais são devidamente apresentadas no capítulo que trata da descrição e análise dos resultados.

No que se refere às entrevistas, cabe ressaltar que foram realizadas pela própria pesquisadora e que foram gravadas, transcritas e analisadas no que se refere ao seu conteúdo. Todo o material das entrevistas encontra-se nos arquivos dessa pesquisadora, digitadas textualmente em Word, bem como em sistema de áudio MP3 e WAP.

É importante ressaltar que o fato de a pesquisadora trabalhar há mais de vinte anos na área de saúde favoreceu que os conteúdos das observações, tanto descritivos quanto reflexivos, se tornassem enriquecidos.

Destaca-se que, para compreender melhor sobre a legislação e características próprias do modelo de trabalho cooperativista, a pesquisadora realizou um curso sobre o cooperativismo por meio de uma cooperativa nacional de trabalho médico.

Ao final, os dados primários (questionários e entrevistas) e secundários (documentos) foram triangulados de forma a tornar mais robusta a análise em termos de convergência e divergência dos resultados.

4.6 Limitações da pesquisa

Como em toda e qualquer pesquisa, é comum a existência de certas limitações. Neste estudo, três se mostraram mais relevantes:

1. Tendo em vista que o método utilizado nesta pesquisa foi o estudo de caso, é sabido que uma das suas principais desvantagens é o fato de ele não proporcionar bases suficientes para se fazer generalizações;
2. Não foi alcançada a população em sua totalidade, conforme pretensão deste estudo;
3. A impossibilidade de comparar de forma segura a especialidade médica com as variáveis do estudo, já que os médicos participantes da amostra possuem mais de uma especialidade.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Análise descritiva das variáveis demográficas e ocupacionais

Participou desta pesquisa uma amostra de 64 médicos cooperados, o que corresponde a um nível de confiança de 95,0% ($p < .05$), e a um erro amostral máximo de 6,58%, considerando a variabilidade máxima, haja vista não se conhecer, a *priori* a variabilidade inerente à população objeto de estudo.

Em relação ao sexo, observa-se que a atividade médica na cooperativa é realizada predominantemente por profissionais do sexo masculino (61,0%), enquanto que os profissionais do sexo feminino representam 39,0%, o Gráfico 1 ilustra esta situação.

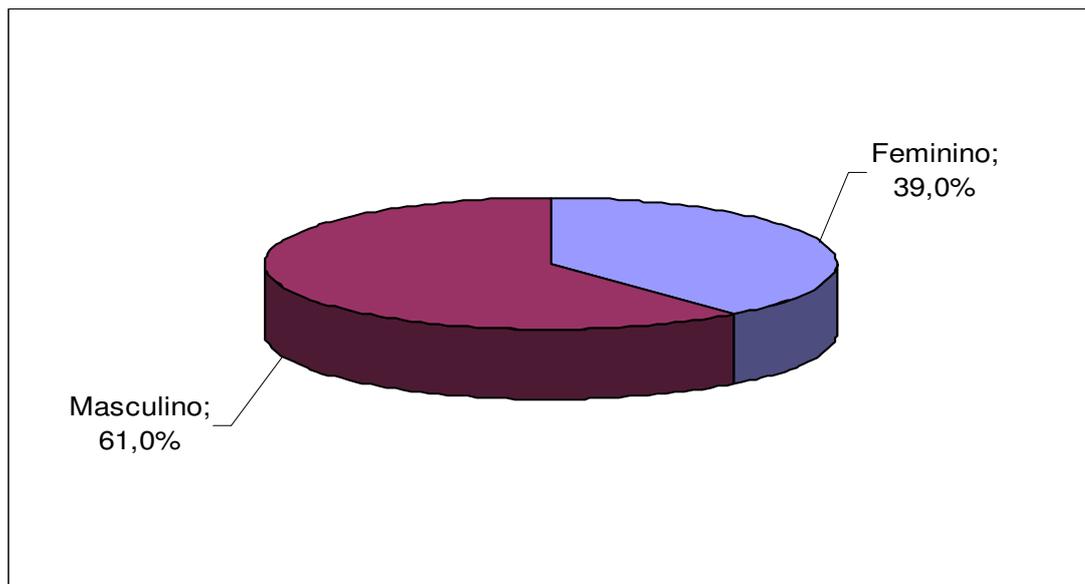


GRÁFICO 1 - Distribuição dos médicos segundo o sexo

Fonte: dados da pesquisa.

No tocante à faixa etária, os médicos com idade igual ou superior a 36 anos são a maioria (66,0%), tendo os mais jovens (idade até 35 anos) uma representação da ordem de 34,0%. (GRÁFICO 2).

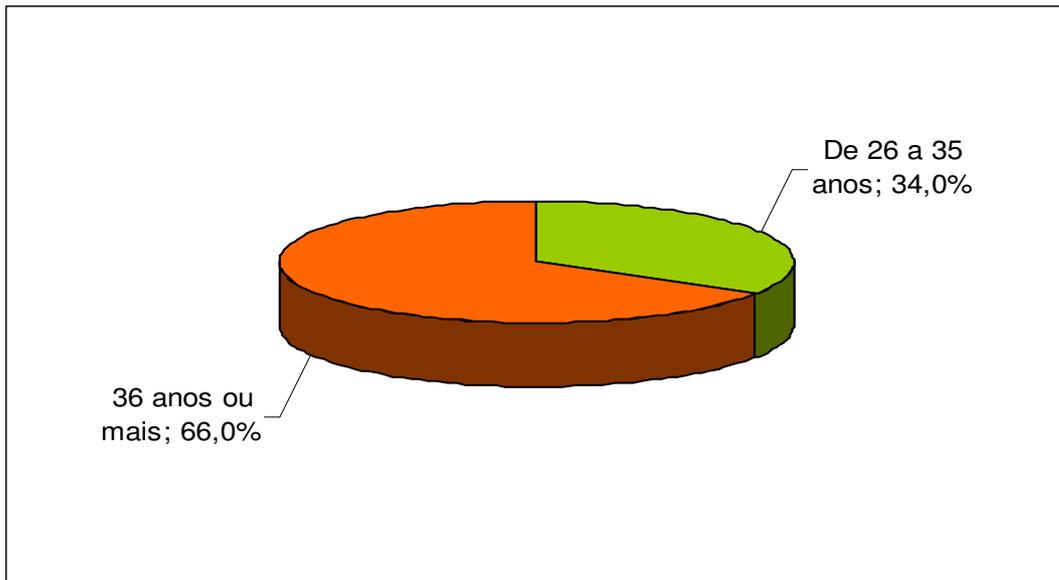


GRÁFICO 2 - Distribuição dos médicos segundo a faixa etária

Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição dos médicos segundo o estado civil revela uma predominância dos casados (73,0%), com uma pequena parcela de solteiros (19,0%) e de outros estados civis (8,0%). (GRÁFICO 3).

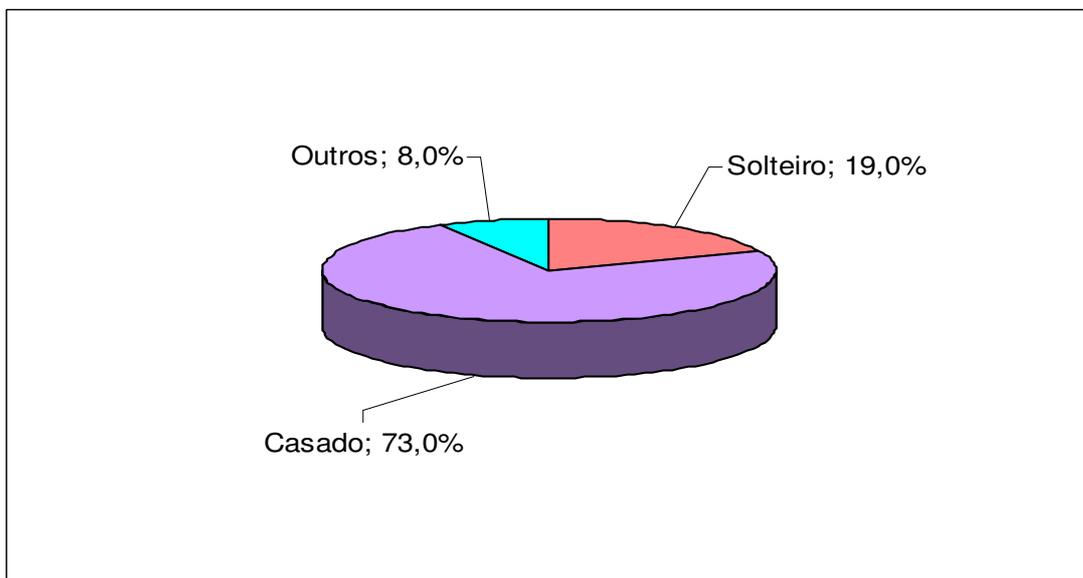


GRÁFICO 3 - Distribuição dos médicos segundo o estado civil

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria (91,0%) dos médicos participantes da pesquisa revelou possuir algum tipo de pós-graduação, denotando uma visível

preocupação com qualificação formal. Supõe-se que este alto percentual também decorra do fato de atuarem em uma instituição de saúde universitária. (GRÁFICO 4).

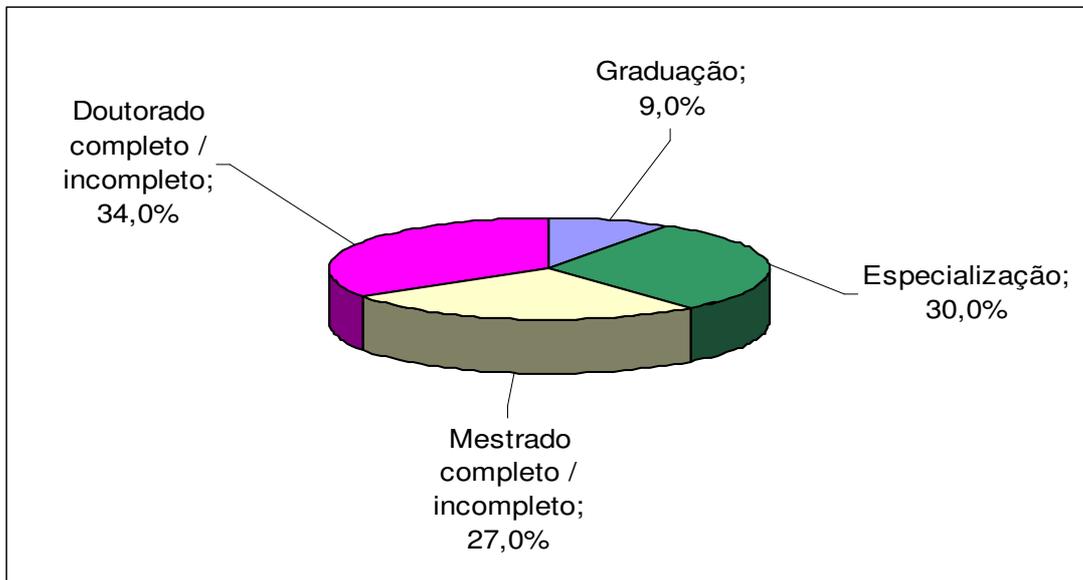


GRÁFICO 4 - Distribuição dos médicos segundo a escolaridade

Fonte: dados da pesquisa.

No tocante ao tempo de serviço na cooperativa, a maior parcela é de médicos com até 5 anos de cooperado (49,0%). Em seguida, vem a categoria de médicos com mais de 10 anos de cooperado (34,0%) e, por último, em menor representatividade, o grupo de médicos com tempo de cooperado entre 6 e 10 anos. Observa-se que quase houve um empate amostral entre aqueles que trabalham até 5 anos (49%) e os que trabalham há 6 anos ou mais (51%). Esses dados sugerem que o trabalho na cooperativa tem atendido às expectativas do médico, uma vez que o tempo de trabalho na cooperativa aponta para uma permanência prolongada. (GRÁFICO 5).

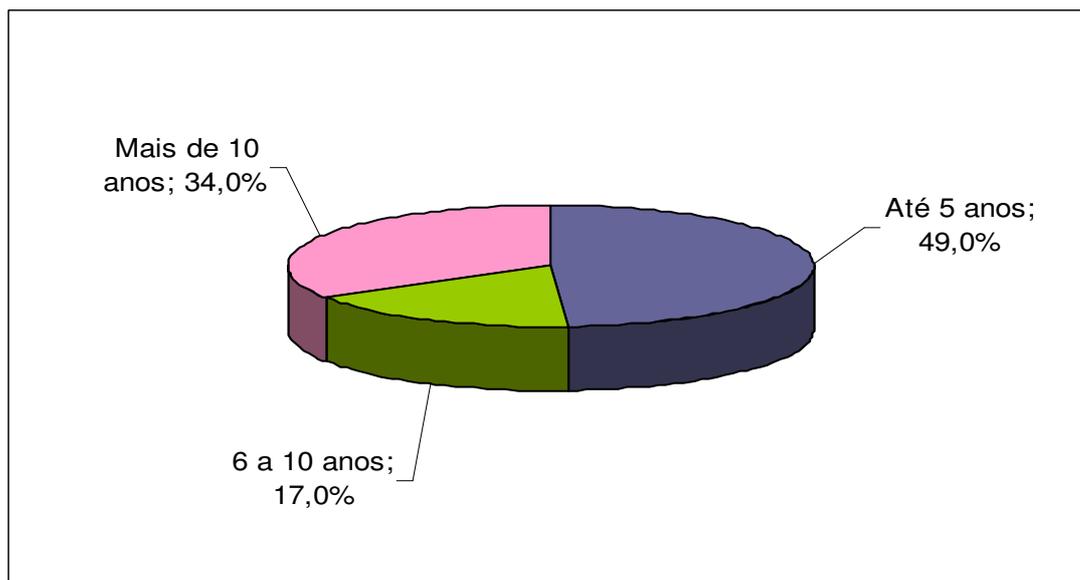


GRÁFICO 5 - Distribuição dos médicos segundo o tempo de cooperado na HC-COOP

Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere às especialidades médicas, as maiores freqüências, por ordem de importância, são de médicos cooperados que atuam na cirurgia (28,1%), na clínica médica (10,9%) e na ginecologia (9,4). (TABELA 1).

TABELA 1 - Distribuição dos médicos segundo as especialidades em que atuam na HC-COOP

Especialidade	Freqüência	Porcentagem
Cirurgia	18	28,1
Clínica Médica	7	10,9
Ginecologia	6	9,4
Pediatria	5	7,8
Endocrinologia	4	6,3
Oftalmologia	4	6,3
Cardiologia	3	4,7
Dermatologia	2	3,1
Nefrologia	2	3,1
Psiquiatria	2	3,1
Urologia	2	3,1
Clínica da dor	1	1,6
Geriatria	1	1,6
Hematologia	1	1,6
Infectologia	1	1,6
Ortopedia	1	1,6
Otorrinolaringologia	1	1,6
Pneumologia	1	1,6
Radiologia	1	1,6
Reumatologia	1	1,6
Total	64	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição dos médicos cooperados por exercício da função em outro lugar além da cooperativa mostra que o quadro de médicos da cooperativa é composto estritamente por médicos de dedicação não exclusiva da cooperativa (94%), com um percentual bem pequeno de cooperados exclusivos da instituição pesquisada (6,0%). (GRÁFICO 6).

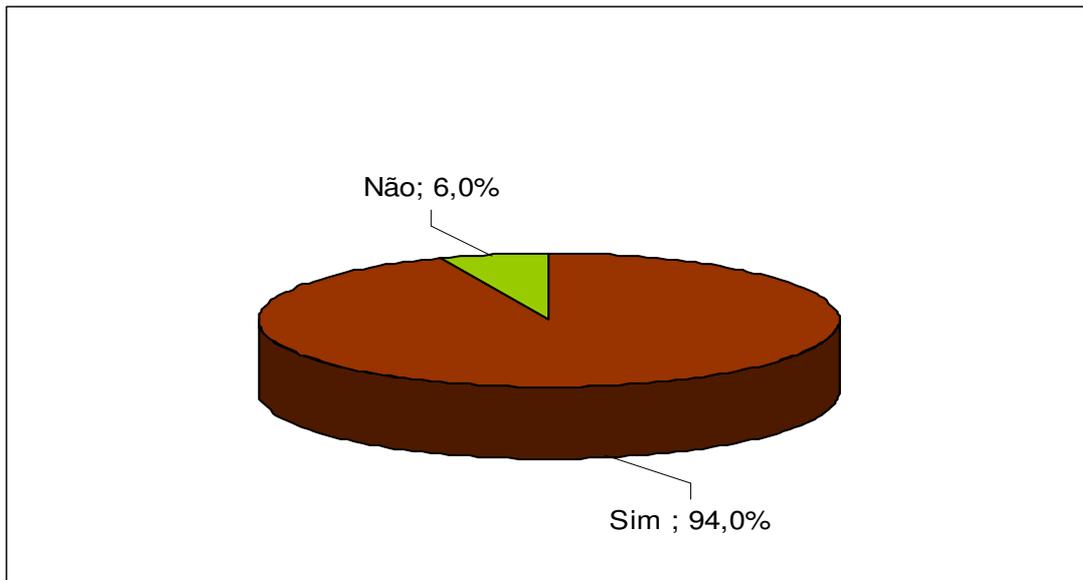


GRÁFICO 6 - Distribuição dos médicos segundo o exercício de outras atividades remuneradas, além da HC-COOP

Fonte: dados da pesquisa.

Esses médicos exercem, em sua maioria, duas ou mais atividades médicas remuneradas além da exercida na cooperativa (75,0%). Este resultado aponta para uma realidade crítica vivida hoje pelos médicos que exercem sua profissão, utilizando-se de diversas inserções no mercado, o que sugere a baixa remuneração da categoria. Este aspecto que pode impactar em sua saúde e qualidade de vida, bem como na qualidade e segurança do serviço prestado ao paciente, o que pode ser justificado pela tentativa de resgate do *status* vinculado à profissão até algumas décadas atrás, o que está atrelado diretamente à questão da remuneração. Cabe ressaltar-se, ainda, que em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina, segundo Costa (2006), constatou-se esta mesma realidade, ou seja, o exercício da profissão médica por meio de excesso de atividades e multiemprego, o que foi considerado um dos fatores de desgaste do profissional. (GRÁFICO 7).

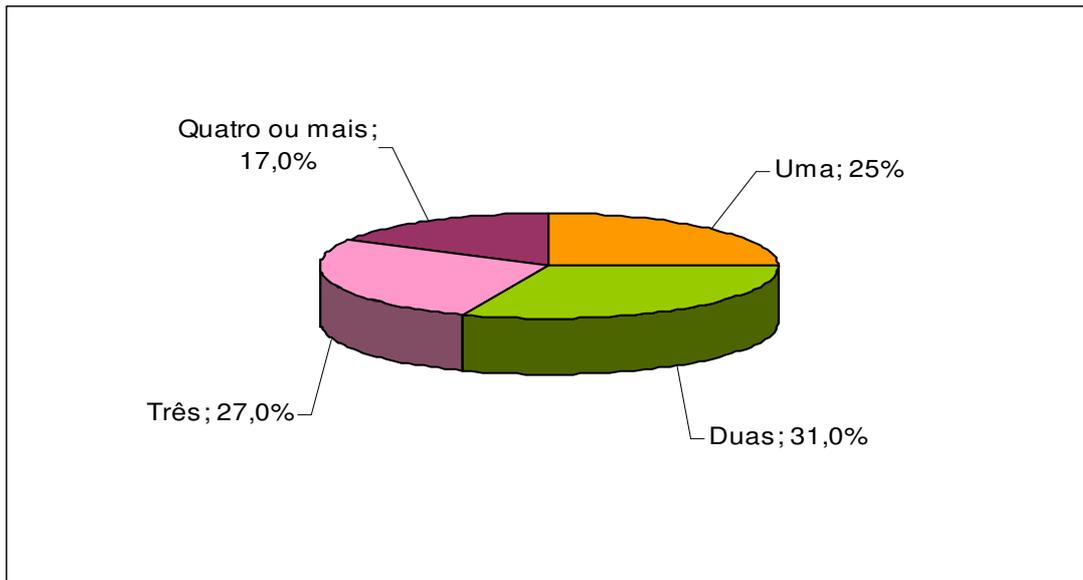


GRÁFICO 7 - Distribuição do número de atividades como médico no mercado de trabalho, além da HC-COOP

Fonte: dados da pesquisa.

A distribuição da amostra, por grau de importância da remuneração obtida na cooperativa na renda familiar do médico, revela que, para aproximadamente (55,0%) dos médicos, a remuneração da cooperativa é de pouca ou nenhuma relevância na composição da renda familiar do médico cooperado. Assim, supõe-se que a remuneração obtida por meio da cooperativa é considerada baixa ou insuficiente para o padrão de vida do médico, o que explica as diversas inserções no mercado de trabalho. Mostra também coerência com o gráfico anterior no qual a grande maioria dos médicos pesquisados (75,0%) possui duas ou mais atividades profissionais fora da cooperativa pesquisada. (GRÁFICO.8).

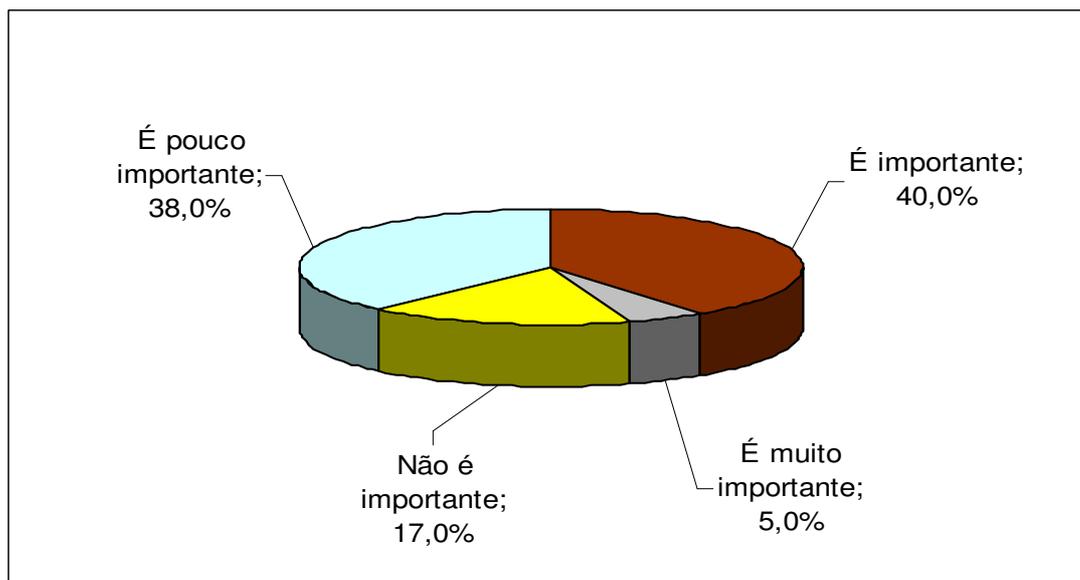


GRÁFICO 8 - Distribuição do grau de importância da remuneração por produção obtida por meio da HC-COOP para a composição da renda pessoal do médico

Fonte: dados da pesquisa.

Em síntese, considerando a representatividade da amostra pesquisada, pode-se deduzir que, em termos demográficos e ocupacionais, a HC-COOP é composta, em sua maior parte, por médicos que já atingiram uma certa maturidade na vida pessoal e profissional devido à faixa etária elevada. A maioria é casada, possuindo alto grau de escolaridade, distribuídos em especialidades médicas diversas, desenvolvem sua profissão em mais de um local de trabalho e são cooperados à HC-COOP há mais de 5 anos, sendo que há predomínio do sexo masculino.

Nas próximas seções, são apresentados os resultados que caracterizam o trabalho dos médicos da Clínica de Especialidades Médicas da HC-COOP, de acordo com os indicadores de qualidade de vida no trabalho abordados na pesquisa.

5.2 Análise descritiva das dimensões de qualidade de vida no trabalho

Nesta seção, são analisados e comparados os indicadores de qualidade de vida no trabalho segundo o modelo proposto por Westley (1979), correspondente às seções 2, 3, 4 e 5 do questionário, através do qual foram colhidos dados referentes à qualidade de vida no trabalho para a amostra total definida neste estudo. Inicia-se a descrição dos resultados com a apresentação do escore médio dos indicadores de QVT classificados em ordem decrescente.

Tendo em vista que o instrumento utilizado para coleta de dados foi composto basicamente por escalas de resposta do tipo *Likert* de 7 pontos, considerou-se como escore médio ou mediana o valor 4. Assim, uma vez que a forma como o médico avalia cada variável investigada nesta escala gradua-se de péssimo a excelente, significa dizer que as variáveis que apresentaram escores acima de 4 indicam 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. A avaliação de qualidade se refere à uma percepção positiva do médico quanto aos itens que caracterizam as dimensões do modelo de Westley (1979) relativas à função que exercem na instituição pesquisada, demonstrando satisfação com as variáveis que as constituem. A avaliação de não-qualidade se refere à uma percepção negativa quanto aos itens que caracterizam as dimensões mencionadas anteriormente, demonstrando insatisfação com as mesmas.

No intuito de apresentar a discussão dos resultados obtidos quantitativamente, utilizou-se os depoimentos mais significativos das entrevistas realizadas com os médicos, conforme APÊNDICE B.

A Tabela 2 mostra uma predominância do indicador sociológico, liderado pelas variáveis ética profissional (6,45), responsabilidade (5,83) e relacionamento interpessoal (5,81), o que significa dizer uma avaliação de satisfação dos médicos quanto a essas variáveis. Em contrapartida, os menores índices são referentes às variáveis atuação de instituições de apoio à categoria (3,58), esforço de trabalho – honorários recebido (3,57), honorários (3,52) e incentivo a atividades de ensino e pesquisa (3,19) o que significa dizer uma avaliação de insatisfação na percepção dos médicos.

TABELA 2 - Indicadores de QVT classificados em ordem decrescente segundo o escore médio

Indicadores	N	Dimensões			Média
		Sociológica	Política	Psicológica	
Ética profissional	64	•			6,45
Responsabilidade	64	•			5,83
Relacionamento interpessoal	64	•			5,81
Identidade com a tarefa	64			•	5,69
Relacionamento com diretoria e administração	64		•		5,44
Liberdade de expressão	64		•		5,31
Nível de desafio	63			•	5,27
Valor pessoal reconhecido	64	•			5,25
Habilidade e preparo da equipe	62			•	5,11
Relacionamento intergruppal	64			•	5,11
Realização pessoal	64			•	5,11
Segurança no exercício da função médica	62		•		5,10
Unidades de prestação de serviço para o exercício profissional/Espaço físico	64				• 4,77
Valorização da função	63			•	4,63
Participação	64	•			4,56
Infra-estrutura	64			•	4,53
Trabalho multidisciplinar	64			•	4,47
Feedback intrínseco e extrínseco	64			•	4,45
Demanda de clientes	64			•	4,42
Desenvolvimento profissional e pessoal	64			•	4,16
Benefícios	62				• 4,11
Carga Horária	64				• 4,02
Tomada de decisões	63	•			3,98
Criatividade	64			•	3,73
Variedade de tarefas	64			•	3,64
Atuação de instituições de apoio à categoria	64		•		3,58
Esforço de trabalho - honorários recebidos	60				• 3,57
Honorários	60				• 3,52
Incentivo a atividades de ensino e pesquisa	63			•	3,19

Fonte: dados da pesquisa.

No que diz respeito à predominância do indicador sociológico observada nas maiores médias da Tabela 2, é importante ressaltar que Westley (1979) argumenta que essa dimensão está relacionada à forma como se estruturam as organizações,

como as tarefas são executadas e como as responsabilidades são distribuídas dentro da equipe. Assim, os resultados da pesquisa sugerem que os médicos da Clínica de Especialidades Médicas da HC-COOP estão satisfeitos com esses aspectos do trabalho, especificando a ética profissional, a responsabilidade dos profissionais na execução das tarefas e o relacionamento pessoal na cooperativa, que vai ao encontro das características do sistema de trabalho por meio de cooperativa.

Cabe ressaltar que, em pesquisa realizada por Ramos (1995) em sua investigação da QVT de médicos e enfermeiros de um hospital público em Belo Horizonte, chegou-se também a um baixo índice de satisfação dos médicos no que se refere à remuneração. Dessa forma, é possível acreditar que, ao longo dos anos, o médico tem convivido com o problema da baixa remuneração, independentemente do sistema de trabalho do qual ele faz parte. E, neste sentido, cabe destacar a opinião de Costa (2006) que explica sobre o problema da baixa remuneração, afirmando que isso pode desencadear outras conseqüências, tais como, submissão a condições extremas de trabalho levando o médico do desgaste físico e psicológico, até o estresse profissional. O autor aborda ainda sobre a mudança de perfil do médico que vem se modificando de maneira radical, notadamente quanto à perda da atividade liberal e, por conseguinte, da autonomia, além da mudança no formato de sua remuneração.

De modo geral, percebe-se, através das entrevistas realizadas, que há insatisfação com o sistema de remuneração, especificamente com os honorários recebidos dos convênios. Contudo fica claro que este aspecto está relacionado a questões econômicas nacionais e estratégicas do sistema de saúde, e seria sem sentido dizer que isso depende exclusivamente de práticas da cooperativa, já que ela é uma prestadora de serviços e depende de negociação com os convênios, os quais ela tem como cliente ou tomadoras de serviços. Esforços em conjunto são feitos a fim de obter reajuste dos honorários, contudo, diversas queixas foram relatadas de que esta é uma briga árdua entre prestadores e tomadores de serviços na saúde. A esse respeito, o diretor financeiro da HC-COOP diz que:

A gente tem uma participação na comissão estadual de honorários, através da federação de cooperativas, eu mesmo sou representante lá, e voluntariamente toda semana, já há 4 ou 5 anos eu vou lá, toda semana tem uma reunião que a gente está brigando por honorários.

O depoimento apresentado esclarece que o formato da remuneração do médico está, hoje atrelado a toda uma negociação com as fontes pagadoras, os convênios. Concordando com alguns aspectos mencionados acima, referente à baixa remuneração e perda da atividade liberal enfrentada hoje, um dos médicos participantes da entrevista relata o seguinte:

Cada vez é mais achatada a questão da remuneração. Não é você que define nada, então é um autônomo entre aspas.

Mediante esse depoimento, é possível perceber a real insatisfação dos médicos quanto à baixa remuneração, e ainda a impossibilidade de tomada de decisão, já que não se considera de fato um profissional liberal. Contudo um médico adverte para a seguinte questão:

A insatisfação não tem a ver com a cooperativa na minha opinião, é uma questão de classe, de momento político e social do país.

A seguir, serão discutidos os resultados encontrados pela pesquisa, levando-se em consideração as quatro dimensões do modelo de Westley (1979).

5.2.1 Dimensão Econômica

No que se refere aos escores médios da dimensão econômica, a variável 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). (GRÁFICO 9).

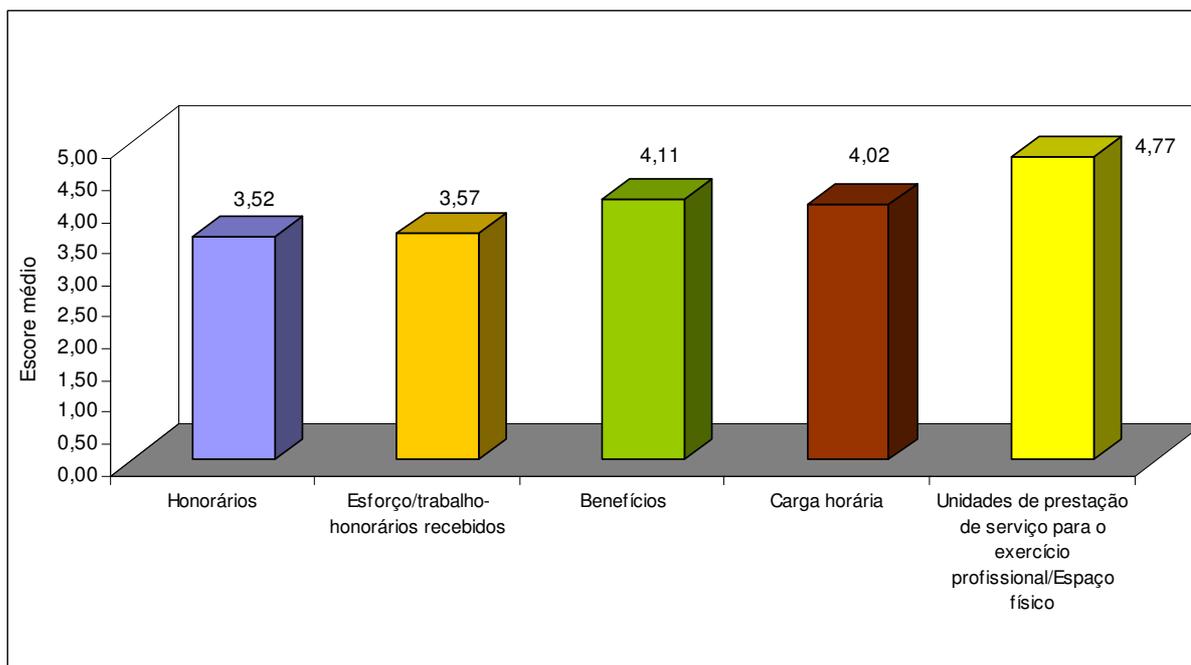


GRÁFICO 9 - Escores médios das variáveis que compõem a dimensão econômica

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados do Gráfico 9 apontam que a maior satisfação dos médicos pesquisados se associa a questões de ordem estrutural da cooperativa onde atuam. O depoimento de um dos médicos entrevistados ilustra essa situação:

Eu acho que tem uma estrutura super organizada, raramente a gente tem algum problema, eu trabalho em outros lugares, com estrutura semelhante, que a gente não tem a mesma eficiência daqui.

Nesta mesma dimensão, a econômica, surgem escores médios que merecem atenção devido aos baixos índices, estes relacionados à insatisfação dos médicos quanto a relação “esforço de trabalho – honorários recebidos” (3,57), bem como a honorários em relação mercado de trabalho (3,52), conforme foi apresentado no item anterior deste relatório, e complementa-se abaixo. O depoimento de um médico elucida bem esta questão:

Na minha opinião é que os honorários estão mesmo muito defasados, e os honorários 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 foi 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 anterior parece demonstrar que os médicos se vêem como reféns de um sistema onde os convênios têm o poder de mando e, de modo geral, nas entrevistas realizadas, surgiram comentários envolvendo a dificuldade de negociação com os convênios. Assim, fica claro que o trabalho médico é realizado num sistema de prestação de serviços em que são os convênios que ditam as regras.

Cabe ressaltar que os convênios citados em vários depoimentos são regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) órgão vinculado ao Ministério da Saúde e que tem como finalidade promover a defesa do interesse do público na assistência à saúde e regular as operadoras de saúde. Além disso, esse órgão visa promover o equilíbrio das relações entre esses segmentos para construir, em parceria com a sociedade, um mercado sólido, equilibrado e socialmente justo.

Contudo, os resultados dos dados da pesquisa referentes aos fatores econômicos sugerem que este sistema não esteja promovendo a parceria e justiça almejada no que se refere ao trabalho dos médicos, já que, em termos de remuneração, observa-se insatisfação.

5.2.2 Dimensão política

No Gráfico 10, representativo dos escores médios da dimensão política, as variáveis segurança no exercício da função médica, liberdade de expressão e relacionamento com a diretoria e administração apresentaram-se com escores acima de 5,0 denotando satisfação dos médicos quanto a esses aspectos que podem ser considerados característicos de uma cooperativa. Quanto à atuação de instituições de apoio à categoria que o escore médio atingiu apenas 3,58 - significa dizer que há insatisfação dos médicos.

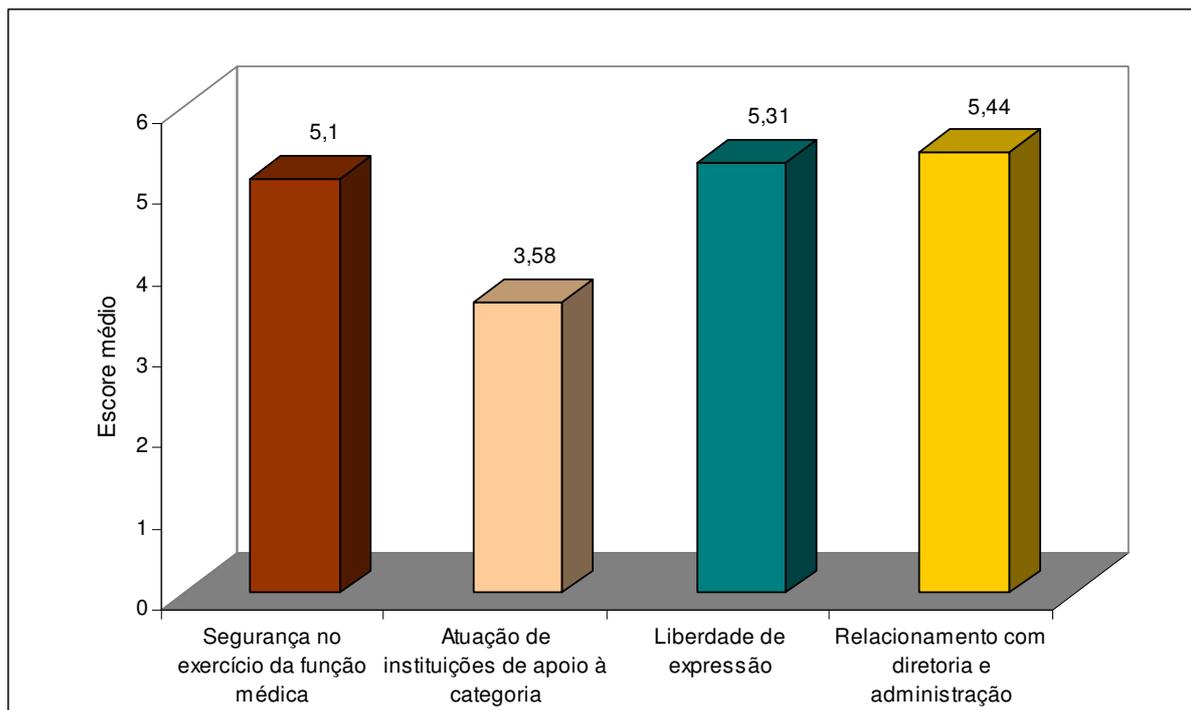


GRÁFICO 10 - Escores médios das variáveis que compõem a dimensão política
 Fonte: dados da pesquisa.

No que se refere à atuação de instituições de apoio à categoria, ressalta-se que resultado inferior 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 mediante o baixo índice atingido, de apenas 1,77. Esse dado sugere que seja recorrente a percepção dos médicos quanto à falta de apoio advinda das instituições de apoio à categoria.

Apesar dos resultados da pesquisa realizada na HC-COOP apontarem para insatisfação dos médicos quanto ao apoio das instituições de apoio à categoria, os diretores da cooperativa, de um modo geral, consideram que existe um relacionamento bom e harmonioso com essas instituições, conforme depoimento do diretor presidente da cooperativa:

É uma relação muito boa, porque a diretoria e o conselho da HC-COOP tem representante em todas as instituições médicas. No sindicato, no CRM, na Associação Médica, na FENCON, na UNIMED. De maneira, que este é um ponto que a HC-COOP é muito forte, é muito tranqüila, é muito ouvida, muito prestigiada.

Westley (1979) afirma que a dimensão política está diretamente relacionada à questão da segurança no emprego, e relaciona-se à qualidade de vida no trabalho. Assim, a insatisfação com a atuação de instituições de apoio à categoria, que faz parte da dimensão política, demonstra impactar de forma negativa no trabalho dos médicos, já que estes não demonstram receber de forma efetiva melhores resultados que poderiam ser advindos do bom relacionamento da HC-COOP com as referidas instituições.

Se por um lado há insatisfação com as instituições de apoio à categoria, por outro os médicos demonstraram satisfação quanto ao relacionamento com a diretoria e administração, variável que recebeu os maiores escores no indicador político. Quanto a isso, de um modo geral, percebe-se, através das entrevistas realizadas, que a diretoria e administração da HC-COOP desenvolvem uma gestão adequada, na qual prevalece o sentimento de confiança, apoio, seriedade e transparência. O depoimento de um médico explica a que se deve essa satisfação:

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.

Mediante os resultados dos dados apresentados anteriormente, é possível perceber que as variáveis componentes do indicador político são significativamente responsáveis pela satisfação do médico no exercício de sua profissão na HC-COOP, com exceção da atuação das instituições de apoio à categoria.

5.2.3 Dimensão psicológica

No Gráfico 11, representativo dos escores médios da dimensão psicológica, a maioria das variáveis recebeu escore superior ao valor mediano da escala (4,0), destacando-se a variável identidade com a tarefa (5,69) e nível de desafio (5,2), que tiveram os maiores escores. Com exceção das variáveis, criatividade 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.

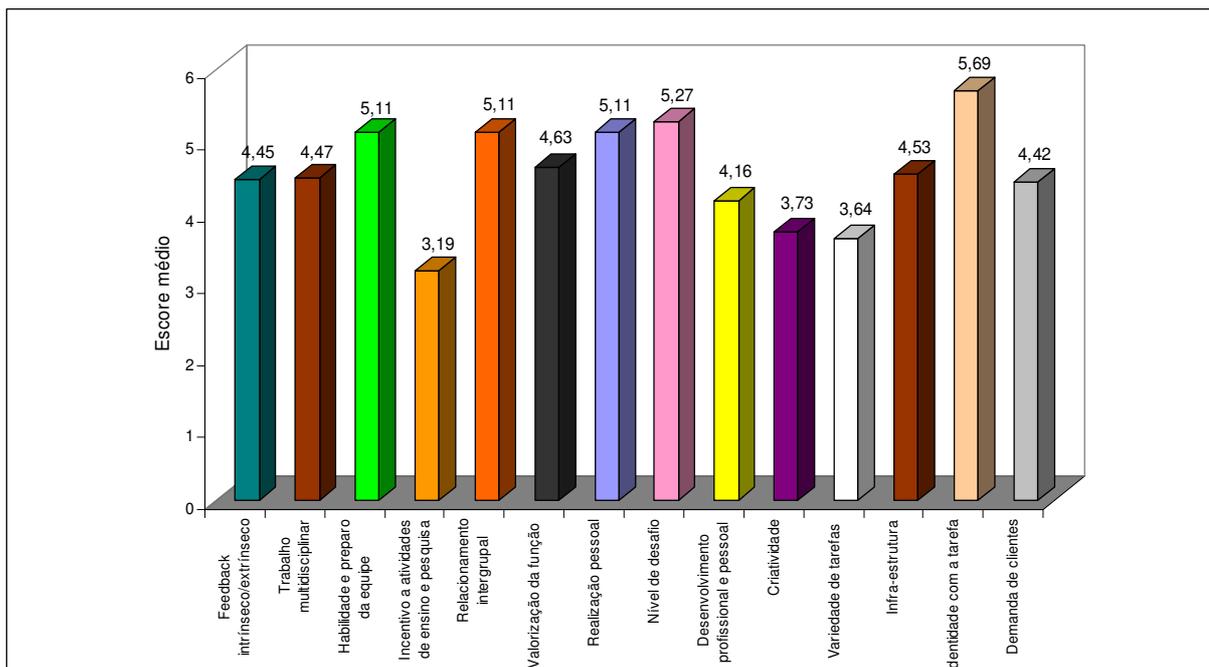


GRÁFICO 11 - Escores médios das variáveis que compõem a dimensão psicológica

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se que a variável *identidade com a tarefa* destaca-se com um escore médio de 5,69 - bem como a variável *realização pessoal* com um escore médio de 5,11 - o que significa dizer que os médicos estão satisfeitos quanto a esses aspectos, considerando-se que percebem seu trabalho sendo realizado de forma completa, do início ao fim, bem como se consideram realizados, com um sentimento de autonomia de ação e auto-respeito.

Nas entrevistas realizadas, a *identidade com a tarefa* e a *realização pessoal* foram aspectos amplamente mencionados pelos médicos. A esse respeito, um dos médicos diz que:

Financeiramente a medicina não está compensando mais, já tem muito tempo, mas agora fica bem real. Então realmente se você não tiver um prazer, uma recompensa, fora que a relação humana também é muito complicada, e o médico tem que ter o tempo todo a relação humana, então quando ele chega em casa ele está com a cabeça cheia mesmo.

Vieira (2004) chama a atenção para o papel do médico na sociedade, argumentando que o ato médico deve ser sempre de amor pelo ser humano, pela vida e pela saúde.

No que tange à variável *criatividade* - que apresentou um escore médio de 3,73 - esse dado sugere que o baixo grau de complexidade do trabalho desenvolvido na Clínica demanda o uso de pouca criatividade, o que gera uma insatisfação do médico, já que é comum na profissão lidar com desafios constantes que, em conseqüência, levam ao uso da criatividade. 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 pesquisada.

Recorrendo à literatura, Westley (1979) afirma que a dimensão psicológica é fundamentalmente representada pelo sentimento de auto-realização, e sua inexistência desencadeia um processo de alienação, ou seja, perda do significado da tarefa por parte do empregado. Isso leva a considerar que os dados apresentados anteriormente merecem maior atenção, já que, no exercício de sua profissão, é de fundamental importância que o médico se sinta auto-realizado, e que no seu dia-a-dia consiga perceber o significado da tarefa que realiza, sob pena de o seu trabalho apresentar características mecanicistas e desumanas.

A variável *variedade de tarefas* - que apresentou um escore de 3,64 e que está relacionada à necessidade do uso de diferentes capacidades/habilidades para a execução da tarefa - sugere que os médicos apresentam insatisfação, podendo considerar o trabalho simples e rotineiro. Acredita-se que o fato da 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, analisa-se a variável *incentivo a atividades de ensino e pesquisa* - com escore médio de apenas 3,19 - o menor escore médio obtido, isso não apenas ao considerar-se a dimensão psicológica, mas considerando-se todas as variáveis pesquisadas. Ou seja, esta é a maior insatisfação apresentada pelos médicos da HC-COOP.

Apesar dessa variável ter sido evidenciada como menor índice de escore médio de todos da pesquisa realizada nessa cooperativa, ressalta-se que 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 mediante o baixo índice atingido, 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 realizam suas atividades.

Assim, é possível acreditar que um dos aspectos que têm contribuído com a qualidade de vida no trabalho do médico, bem como sustentado a qualidade dos serviços por ele prestados, seja a identificação com o trabalho.

5.2.4 Dimensão sociológica

No Gráfico 12, representativo dos escores médios da dimensão sociológica, todas as variáveis tiveram escores aproximadamente iguais ou superiores ao valor mediano da escala (4,0). Contudo, destaca-se que os médicos apresentam maior satisfação quanto à variável ética profissional que atingiu um escore médio de 6,45.

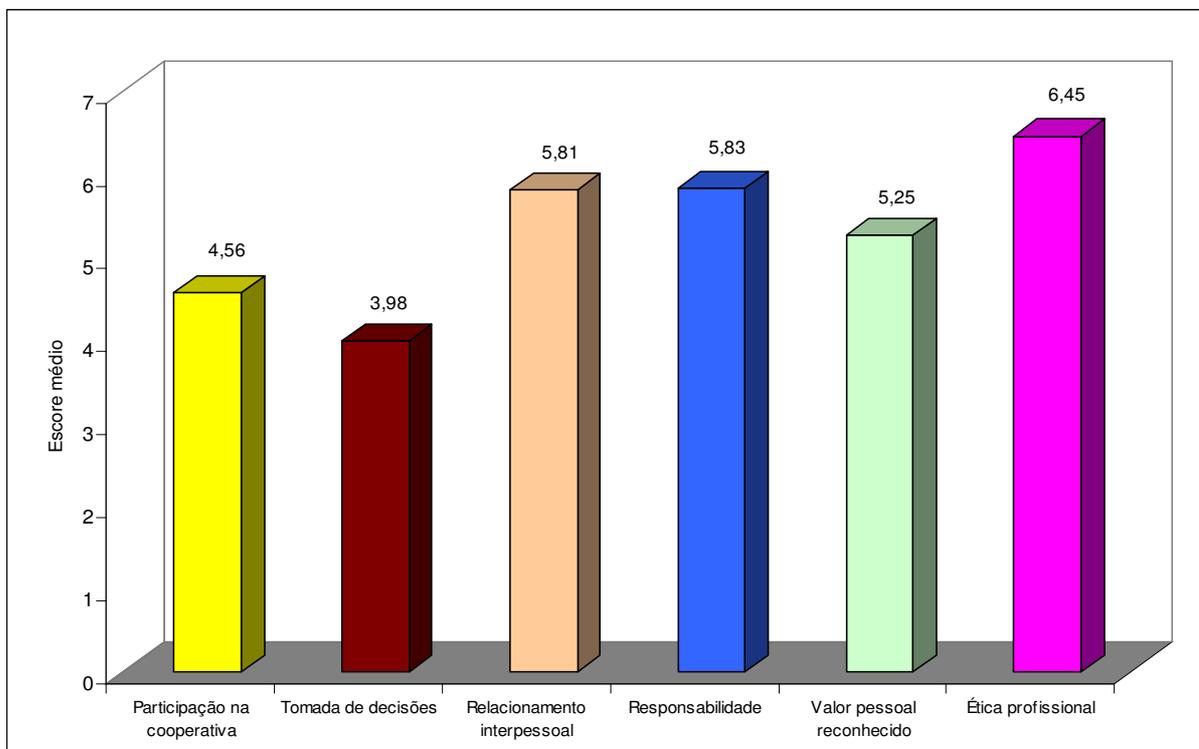


GRÁFICO 12 - Escores médios das variáveis que compõem a dimensão sociológica

Fonte: dados da pesquisa.

Para elucidar o resultado que atingiu maior escore médio, ética profissional (6,45), destaca-se o seguinte depoimento de um médico:

Eu acho que no nosso trabalho a ética é fundamental. Quando você trabalha numa profissão que envolve pessoas, o ser humano, limitações, problemas pessoais, problemas de esfera íntima, a ética deve ser exercitada.

Por outro lado, apresentam insatisfação quanto à tomada de decisão que atingiu um escore médio de apenas 3,98. Esse resultado confronta-se com o resultado obtido referente a relacionamento com a diretoria e administração, que foi considerado satisfatório pelos médicos, conforme depoimentos apresentados anteriormente. Isso sugere que os médicos, mesmo em sistema de trabalho por meio de cooperativa, no qual são considerados donos do negócio, ainda se sentem limitados quanto à possibilidade de participação e tomada de decisão.

Em entrevistas com a diretoria da HC-COOP, ficou claro que é muita baixa a participação dos médicos nas assembleias realizadas, destacando-se a falta de tempo, excesso de trabalho em diversas instituições e pouca visão sobre a importância da cooperativa.

Em síntese, mediante o que se observa na Tabela 3, fica claro que, considerando a média por dimensão de QVT, a maior satisfação dos médicos está relacionada a dimensão sociológica que atingiu um escore médio de 5,3. Por outro lado, a maior insatisfação dos médicos está relacionada a dimensão econômica que atingiu um escore médio de apenas 4,0. Ou seja, a qualidade de vida no trabalho se faz presente notadamente na dimensão sociológica, enquanto que na dimensão econômica deixa a desejar, já que o escore 4,0 está na zona limítrofe da escala.

TABELA 3 - Escores médios, por dimensão de QVT

Dimensão de QVT	Média
Sociológico	5,3
Político	4,9
Psicológico	4,5
Econômico	4,0

Fonte: dados da pesquisa.

Acredita-se que o resultado encontrado, conforme Tabela 3, está de acordo com o propósito da função médica, que envolve aspectos muito próximos das variáveis que abrangem a dimensão sociológica, tais como ética profissional, responsabilidade e relacionamento interpessoal, que receberam os maiores escores médios nesta dimensão. Já as questões econômicas, como os próprios depoimentos dos médicos esclarecem e confirmam, estão diretamente relacionadas a questões sócioeconômicas do país, que afetam diretamente a área de saúde e, conseqüentemente, a forma como se desenha o sistema de remuneração médica atual.

5.3 Análises dos indicadores de QVT segundo as variáveis demográficas e ocupacionais

Nesta seção, comparam-se os valores de tendência central das variáveis que compõem os indicadores de qualidade de vida no trabalho, de acordo com o modelo proposto por Westley (1979), segundo as variáveis demográficas sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de trabalho na cooperativa e estado civil.

Para as variáveis sexo e faixa etária, que possuem somente duas categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de Wilcoxon/Mann-Whitney para a comparação dos valores centrais entre as categorias. Já para as demais variáveis – escolaridade, tempo na empresa e estado civil - que possuem três ou mais categorias, foi adotado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, que permite a comparação múltipla de k tratamentos ou categorias. No teste de Kruskal-Wallis, a hipótese nula é de que não há diferenças entre as medianas das categorias; e a hipótese alternativa é a de que há pelo menos uma diferença significativa entre as categorias ou tratamentos estudados.

A seguir, apresenta-se a Tabela 4, que mostra as diferenças significativas segundo as variáveis demográficas e ocupacionais em cada dimensão de QVT. Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: $p < .01^{***}$ (nível de confiança de 99,0%); $p < .05^{**}$ (nível de confiança de 95%); $p < .10^*$ (nível de confiança de 90,0%).

TABELA 4 – Diferenças significativas segundo as variáveis demográficas e ocupacionais em cada dimensão de QVT

Variável Demográfica e ocupacional	Dimensão de QVT	Indicador de QVT	Valor de p
Sexo	Psicológica	Criatividade	0,002 ^{***}
Escolaridade	Psicológica	Realização pessoal	0,074 [*]
		Criatividade	0,043 ^{**}
Tempo de trabalho na cooperativa	Sociológica	Valor pessoal reconhecido	0,064 [*]
		Ética profissional	0,006 ^{***}
Estado civil	Política	Segurança no exercício da profissão	0,074 [*]
		Relacionamento com a diretoria e administração	0,100 [*]
	Psicológica	Incentivo à atividade de ensino e pesquisa	0,100 [*]
		Realização pessoal	0,076 [*]
	Sociológica	Demanda de clientes	0,091 [*]
		Responsabilidade	0,064 [*]
		Valor pessoal reconhecido	0,008 ^{***}
		Ética profissional	0,008 ^{***}

Fonte: dados da pesquisa.

Na comparação dos indicadores de qualidade de vida no trabalho entre os sexos, a única diferença significativa foi em criatividade, que integra a dimensão psicológica, que apresentou um valor p de 0,002^{***}.

No que se refere aos indicadores de qualidade de vida no trabalho por escolaridade, as diferenças significativas foram para realização pessoal, que apresentou um valor de p de 0,074^{***}; e criatividade, com valor p de 0,043^{***}, ambas na dimensão psicológica.

Já na comparação dos indicadores de qualidade de vida no trabalho por tempo de trabalho na cooperativa, as diferenças significativas foram para valor pessoal,

reconhecido com valor p de 0,064*, e ética profissional, que apresentou valor p de 0,006***, sendo as duas na dimensão sociológica.

E, por fim, a comparação por estado civil mostrou-se com diferenças significativas entre as categorias de diversos indicadores. Na dimensão política, as diferenças foram significativas nos indicadores segurança no exercício da função médica, com valor p de 0,074*; e relacionamento com diretoria e administração, que apresentou valor p de 0,100*. Na dimensão psicológica, as diferenças significativas foram para os indicadores incentivo a atividades de ensino e pesquisa, valor p de 0,100*; realização pessoal, com valor p de 0,076**; e demanda de clientes, que apresentou valor de 0,091*. Na dimensão sociológica, as diferenças foram significativas para as variáveis responsabilidade, com valor p de 0,064*; valor pessoal reconhecido, que apresentou valor p de 0,008***; e, por fim, ética profissional que apresentou um valor p de 0,008***.

Cabe mencionar que os resultados gerais desta seção encontram-se nas tabelas colocadas nos apêndices D, E, F e G.

A seguir, será feita uma discussão mais pormenorizada dos resultados significativos entre as dimensões de QVT e variáveis demográficas e ocupacionais, com os respectivos escores médios, valores mínimos e máximos, os percentis P₂₅, P₅₀ e P₇₅, e os valores de significância dos testes de comparação das categorias.

A Tabela 5 mostra os resultados dos níveis médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho da variável sexo, entre as duas categorias.

TABELA 5 - Níveis médios dos indicadores de QVT com diferenças significativas segundo o sexo

Dimensão	Indicador	Resultados					Valor p
		Sexo	Escore	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	
Psicológica	Criatividade	Masculino	4,2	3,0	5,0	6,0	0,002***
		Feminino	3,0	2,0	3,0	4,0	

Fonte: dados da pesquisa

Os homens apresentaram resultados significativamente superiores aos das mulheres, segundo se observa pela diferença de escores entre os sexos. Mediante

os dados das entrevistas com os médicos, obteve-se opiniões diferenciadas quanto a isso, contudo todos consideram que não há diferença. Uma médica afirma que:

A princípio eu acho que não faz sentido. Às vezes eu acho que os homens são muito mais tímidos, tem muito mais dificuldade de abordar a questão do paciente, tem muito menos paciência, tendem a ser mais ríspidos, por causa da seriedade, traço masculino talvez. Então em termos de criatividade não acho não. Não concordo.

Um médico depõe o seguinte:

Não vejo a relação de criatividade com gênero, eu acho que as mulheres talvez sejam mais rígidas com elas mesmas, elas tenham talvez um pouco menos de capacidade de lidar com situações muito estressantes.

E por último destaca-se a percepção de um médico quanto a este aspecto:

Quanto ao sexo eu não vejo diferença, mas a criatividade faz parte do dia-a-dia da gente, até para convencer o paciente a fazer alguma coisa. Às vezes a criatividade ajuda, sem dúvida nenhuma. Nós temos que trabalhar com recursos escassos sempre, temos que receitar um remédio, de um jeito que o paciente vai achar, em uma dose menor que vai ser mais barata. Tem que adaptar tudo isso, então a criatividade é inerente à profissão.

É possível inferir que o aspecto da 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, como, por exemplo, na especialidade de cirurgia, na qual durante um procedimento pode surgir um fato que não estava previsto gerando, assim, complicações e, por isso, demandar mais criatividade para solucioná-las.

A Tabela 6 mostra os resultados dos escores médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho da variável escolaridade, entre as diversas categorias.

TABELA 6- Níveis médios dos indicadores de QVT com diferenças significativas segundo a escolaridade

Dimensão	Indicador	Resultados					Valor p
		Escolaridade	Escore	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	
Psicológica	Realização pessoal	Graduação	4,7	3,5	4,5	6,3	0,074*
		Especialização	5,7	5,0	6,0	6,0	
		Mestrado completo/incompleto	4,9	4,5	5,0	6,0	
		Doutorado completo/incompleto	4,9	4,0	5,0	6,0	
Psicológica	Criatividade	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	

Fonte: dados da pesquisa

No tocante à escolaridade, houve diferenças significativas entre indicadores de qualidade de vida no trabalho no que se refere à realização pessoal e criatividade, ambos referentes à dimensão psicológica.

Quanto à realização pessoal, os escores apontaram que médicos que possuem especialização (5,7), ou seja, que estão no nível intermediário de busca de novos conhecimentos e capacidades, sentem-se mais satisfeitos, enquanto que os médicos que possuem apenas graduação (4,7) são os que se sentem menos satisfeitos. Já com uma satisfação intermediária, destacam-se os médicos que possuem mestrado ou doutorado completo/incompleto, o que pode estar relacionado a mudanças de expectativa e desejos em relação à profissão como médico.

No que diz respeito à criatividade, os dados apontaram que médicos que possuem especialização estão mais satisfeitos, enquanto os menos satisfeitos são os que possuem mestrado ou doutorado completo/incompleto. O curso de especialização talvez esteja mais ligado à realidade prática da medicina, por meio do qual são buscados conhecimentos para o exercício imediato na função médica. É possível acreditar que, com o aumento dos conhecimentos e capacidades adquiridos com o alto grau de escolaridade, maior seja a possibilidade de buscar e propor idéias ou soluções de problemas.

Contudo, no que se refere aos que possuem mestrado e/ou doutorado completo/incompleto, igualmente ao que foi abordado anteriormente, pode ocorrer

uma mudança de expectativa e desejos em relação à profissão médica, talvez pensando em seguir carreira acadêmica, sentindo-se, assim, insatisfeitos com o uso da criatividade no trabalho na cooperativa.

A Tabela 7 mostra os resultados dos escores médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho da variável tempo de trabalho na cooperativa, entre as diversas categorias, que foram definidas em três escalas, até 5 anos, de 6 a 10 anos e mais de 10 anos.

TABELA 7 - Níveis médios dos indicadores de QVT com diferenças significativas segundo o tempo de trabalho na cooperativa

Dimensão	Indicador	Resultados				Valor p	
		Tempo na empresa	Escore	P ₂₅	P ₅₀		P ₇₅
Sociológica	Valor pessoal reconhecido	Até 5 anos	5,3	4,0	6,0	6,0	0,064*
		De 6 a 10 anos	4,5	4,0	5,0	5,0	
		Mais de 10 anos	5,6	5,0	6,0	6,3	
Sociológica	Ética profissional	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	

Fonte: dados da pesquisa

Na comparação por tempo na empresa, as diferenças entre categorias se concentraram na dimensão sociológica. Os resultados apontaram para uma maior satisfação dos médicos que possuem mais de 10 anos de trabalho na cooperativa (5,6), quanto ao indicador relativo ao valor pessoal reconhecido, o que sugere que, com o aumento de tempo de trabalho na cooperativa, o médico tem seu prestígio aumentado, o que pode ser reflexo, por exemplo, de uma maior clientela, o que impacta de forma positiva em seu sentimento de auto-estima na realização de sua função.

No tocante ao indicador associado à ética profissional, observa-se que os médicos que possuem mais de 10 anos de trabalho na cooperativa se sentem mais satisfeitos, com um resultado de escore médio de 6,9. Nesse sentido, o depoimento de um médico esclarece o seguinte:

Eu acho que quanto mais você vive mais você percebe que este é o ponto fundamental, antes de tudo o médico precisa ter ética.

De um modo geral, nas entrevistas, os médicos relacionaram a questão da ética a outros fatores, como tempo de formado, por exemplo, conforme o depoimento abaixo:

Não sei se aí está relacionado ao tempo de cooperativa, se pode inferir que quem tem mais tempo de cooperativa tenha mais tempo de formado, por exemplo. Eu acho que isto é uma coisa que você vai ganhando com o tempo. Na época que eu fiz faculdade, eu formei em 1992, a gente nem tinha no currículo médico a questão da ética, agora até faz parte.

A Tabela 8 mostra os resultados dos níveis médios dos indicadores de qualidade de vida no trabalho da variável estado civil, entre as diversas categorias.

TABELA 8 - Níveis médios dos indicadores de QVT com diferenças significativas segundo o estado civil

Dimensão	Indicador	Resultados			Valor p
		Estado civil	Escore	P ₂₅ P ₅₀ P ₇₅	
Política	Segurança no exercício da função médica	Solteiro(a)	4,8	4,0 4,5 6,0	0,074*
		Casado(a)	5,3	4,0 6,0 6,0	
		Outros	3,8	2,5 3,0 5,5	
Política	Relacionamento com diretoria e administração	Solteiro(a)	5,2	4,0 5,0 6,0	0,100*
		Casado(a)	5,6	4,0 6,0 7,0	
		Outros	4,4	3,0 5,0 5,5	
Psicológica	Incentivo a atividades de ensino e pesquisa	Solteiro(a)	3,8	1,5 4,0 5,0	0,100*
		Casado(a)	3,2	2,0 3,0 4,0	
		Outros	1,8	1,0 2,0 2,5	
Psicológica	Realização pessoal	Solteiro(a)	5,0	4,0 5,5 6,0	0,076*
		Casado(a)	5,3	5,0 5,0 6,0	
		Outros	3,8	3,0 3,0 5,0	
Psicológica	Demanda de clientes	Solteiro(a)	5,1	4,3 6,0 6,0	0,091*
		Casado(a)	4,4	3,0 5,0 5,0	
		Outros	3,4	2,0 3,0 5,0	
Sociológica	Responsabilidade	Solteiro(a)	6,1	6,0 6,0 7,0	0,064*
		Casado(a)	5,9	6,0 6,0 6,0	
		Outros	4,4	2,5 5,0 6,0	
Sociológica	Valor pessoal reconhecido	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	
Sociológica	Ética profissional	Solteiro(a)	6,3	6,0 6,0 7,0	0,008***
		Casado(a)	6,6	6,0 7,0 7,0	
		Outros	5,4	4,5 5,0 6,5	

Fonte: dados da pesquisa

Na comparação por estado civil, notam-se diferenças significativas em quase todas as dimensões de Westley (1979). Mediante os dados apresentados anteriormente, observa-se que, em diversos indicadores, os casados demonstram maior satisfação que os demais estados civis, especificamente em relação à segurança no exercício da função médica, relacionamento com a diretoria e administração, realização pessoal, responsabilidade, valor pessoal reconhecido e ética profissional. Na literatura, tem-se que os homens casados tendem a possuir melhor qualidade de vida no trabalho. (MORAES e KILIMNIK, 1989).

5.4 Análises descritivas dos fatores ambientais e organizacionais

Nesta seção, são analisadas as variáveis presentes na parte 6 do questionário, adaptadas às especificidades da cooperativa pesquisada a partir de Honório (1998), através da qual foram colhidos dados relacionados aos fatores ambientais e organizacionais capazes de interferir na dinâmica do trabalho dos médicos participantes da pesquisa e que não foram contempladas no modelo de Westley (1979).

É importante ressaltar que o instrumento utilizado para coleta de dados foi composto basicamente por escalas de resposta do tipo *Likert* de 7 pontos. Dessa forma, considerou-se como escore médio ou mediana o valor 4, sendo que a forma como o médico avalia as variáveis 1, 2 e 3 (interferência do ambiente externo na realização das atividades, concorrência de mercado atual na área de saúde e custeio da estrutura física do consultório) é referente ao grau de intensidade e gradua-se de *não tem afetado a tem afetado muito*. Já a forma como avalia a variável 4 (qualidade da gestão por parte da HC-COOP dirigida para a averiguação, acompanhamento e solução de problemas do dia-a-dia de trabalho) é referente à qualidade e gradua-se de *péssima a excelente*. E, por último, a variável 5 (grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos) que é avaliada pelos médicos considerando-se o grau de satisfação, e gradua-se de *muito insatisfeito a muito satisfeito*.

A Tabela 9, a seguir, mostra o escore médio de cada variável pesquisada, bem como seus respectivos percentis. Quanto ao escore médio, o maior índice

encontrado é referente à variável interferência do ambiente externo na realização das atividades (5,6), o que significa dizer que os médicos consideram que o ambiente externo interfere na realização de suas atividades. Em contrapartida, o menor índice de escore médio é referente ao grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles (5,0), contudo é considerado satisfatório já que considerou-se como escore médio ou mediana o valor 4.

TABELA 9 - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais

Item	Variável	Resultados						
		N	Escore	Mínimo	Máximo	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
1.	Interferência do ambiente externo na realização das atividades.	64	5,6	1,0	7,0	5,0	6,0	7,0
2.	Concorrência de mercado atual na área de saúde.	64	5,1	1,0	7,0	5,0	5,0	6,0
3.	Custeio da estrutura física (instalações, equipamentos, mobiliários, recursos humanos e materiais) do seu consultório (próprio ou não)	64	5,1	1,0	7,0	4,0	5,0	7,0
4.	Qualidade da gestão por parte da HC-COOP dirigida para a averiguação, acompanhamento e solução de problemas do dia-a-dia de trabalho.	64	5,2	1,0	7,0	4,0	5,0	6,0
5.	Grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos.	64	5,0	1,0	7,0	4,0	5,5	6,0

Fonte: dados da pesquisa

Ressalta-se que, nos próximos itens, serão feitas análises mais específicas sobre as variáveis que apresentaram diferenças significativas no que diz respeito às variáveis ambientais e organizacionais, visando a uma maior clareza quanto aos resultados obtidos. Os resultados gerais se encontram nos apêndices H, I, J, L e M.

5.5 Análises dos fatores ambientais e organizacionais segundo as variáveis demográficas e ocupacionais

Nesta seção, apresentam-se os valores de tendência central das variáveis demográficas e organizacionais que se mostraram com diferenças significativas

entre suas categorias, na avaliação dos fatores ambientais e organizacionais. Cabe mencionar que as categorias foram estabelecidas do mesmo modo que no item 5.3, no qual foram as análises dos indicadores de QVT segundo as variáveis demográficas e ocupacionais.

Para as variáveis que possuem somente duas categorias, adotou-se o teste não-paramétrico de Wilcoxon/Mann-Whitney para a comparação dos valores centrais entre as categorias. Já para as demais variáveis, adotou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

De forma análoga à dos itens anteriores, os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber:

$p < .01^{***}$ (nível de confiança de 99,0%); $p < .05^{**}$ (nível de confiança de 95%); $p < .10^*$ (nível de confiança de 90,0%).

TABELA 10 - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais segundo as variáveis demográficas com diferenças significativas entre suas categorias

Variável ambiental e/ou organizacional	Variável demográfica	Resultados			
		N	Escore	Valor p	
Custeio da estrutura física do seu consultório	Sexo	Masculino	39	4,7	0,064*
		Feminino	25	5,7	
Interferência do ambiente externo na realização das atividades.	Faixa etária	De 26 a 35 anos	22	6,1	0,03**
		De 36 anos ou mais	42	5,3	
Interferência do ambiente externo na realização das atividades.	Escolaridade	Graduação	6	6,2	0,062*
		Especialização	19	5,7	
		Mestrado completo/incompleto	17	6,1	
		Doutorado completo/incompleto	22	4,8	
Grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos.	Escolaridade	Graduação	6	4,5	0,097*
		Especialização	19	5,6	
		Mestrado completo/incompleto	17	5,0	
		Doutorado completo/incompleto	22	4,6	
Concorrência de mercado atual na área de saúde.	Número de outras atividades remuneradas	Uma	15	4,1	0,079*
		Duas	19	5,3	
		Três	16	5,8	
		Quatro ou mais	10	5,5	
Grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos.	Grau de importância da remuneração da cooperativa na renda familiar do médico cooperado	É muito importante	3	6,0	0,008***
		É importante	26	5,4	
		É pouco importante	24	5,1	
		Não é importante	11	3,5	

Fonte: dados da pesquisa

O custeio da estrutura (instalações, equipamentos, mobiliários, recursos humanos e materiais) do consultório foi considerado pelos médicos como uma variável que interfere na sua vida no trabalho; contudo, quanto ao gênero, o sexo feminino apresentou um índice de escore médio maior do que o sexo masculino. Mediante as entrevistas realizadas com os médicos, ficou claro que existe a percepção de forma

generalizada de que custear a estrutura física afeta a vida no trabalho do médico. Alguns médicos não conseguiram diferenciar isso conforme o sexo do respondente. Todavia, o depoimento de uma médica traz alguns dados que possibilitam aprofundar um pouco nesta análise, ela diz:

Uma coisa que é comentada no meio médico é que onde tem muitas mulheres, a remuneração é mais baixa, porque as mulheres aceitam trabalhar às vezes por remuneração mais baixa. Por exemplo, eu mesma já fiz isto, para ficar mais próximo de casa, porque eu tinha um bebê, eu aceitei trabalhar ganhando menos do que sair daqui para viajar para Sete Lagoas para ganhar mais. Então eu acho que talvez tenha estas questões, de estar preso a outras coisas, família, você acaba aceitando outras condições. Eu acho que talvez seja por isto esta diferença entre sexos.

Muito próximo a esta percepção uma médica afirma o seguinte:

Talvez porque a mulher seja mais mal remunerada, porque ela trabalha menos e ganhe menos, e aí fica mais difícil de pagar. Ela tem outros afazeres e trabalha menos.

Em termos de interferência do ambiente externo na realização das atividades, no que se refere à faixa etária, foi apontado que os médicos mais novos consideram que esta variável afeta mais a sua vida no trabalho, se comparados aos índices de escores médios dentre as duas categorias. Cabe ressaltar que, nesta pergunta, procurou-se identificar a interferência do ambiente externo e, de forma específica, foi mencionada a questão da tecnologia médica. Mediante este resultado, é possível inferir que os médicos mais jovens possuem uma dependência maior da tecnologia. Recorrendo à literatura, Dupas (2006) chama de medicalização a dependência e sedução pela tecnologia da medicina.

A despeito de os médicos terem apontado os diversos benefícios advindos com a tecnologia médica, surgiram muitos comentários que deixam bem claro o quanto esta variável afeta o trabalho do médico nos dias atuais. Alguns médicos esclarecem a importância do uso da tecnologia de forma complementar sem excluir o raciocínio médico, já que, às vezes, ela é imprescindível, outras não.

Na tentativa de explicar o porquê da tecnologia médica afetar os médicos mais jovens, um médico afirma o seguinte:

Tem tudo a ver. Porque o médico mais novo está formando a sua clientela, então uma máquina nova, uma tecnologia nova é uma forma de seduzir e atrair uma clientela. E o médico mais velho ele já está cheio de cliente, a princípio não é?! Ele não precisa de outros atrativos a não ser a própria figura dele. Mas isto está se invertendo cada dia mais, está mudando mesmo.

Durante as entrevistas foram muito comuns depoimentos que enfatizaram que o raciocínio de um médico mais velho difere do raciocínio do médico mais novo, já que o médico mais velho, formado em uma época em que se usava menos tecnologia aprendeu a ver um caso de um paciente utilizando de conhecimentos puros adquiridos na medicina, ligados à semiologia médica. A tecnologia não fazia parte da rotina dele, como hoje, e, por não ter acesso à tecnologia, ele desenvolvia um outro tipo de raciocínio médico ao examinar o paciente e não dependia dela.

Outro aspecto que chamou a atenção é que esta interferência é própria do mundo globalizado e o paciente também exige que o médico utilize a tecnologia, conforme abaixo:

Vivemos em um mundo globalizado e não podemos ficar a margem disso, claro que a tecnologia vai se incorporando e vai alterando a sua maneira de trabalhar. O próprio paciente cobra, eu sou ortopedista, todo paciente fala: ah mais eu queria fazer uma ressonância para ver se realmente está tudo bem. Não adianta eu tentar convencê-lo de que não precisa fazer.

Um outro aspecto relacionado à questão da tecnologia médica é que gera um alto custo em todo o processo de prestação de serviços de saúde, podendo se tornar uma vilã do próprio médico. O depoimento de um médico elucida esta questão:

Na verdade a tecnologia tem sido a grande vilã da saúde do ponto de vista de distribuição de recursos, mais tecnologia, quer dizer mais custos, significa no final das contas menos dinheiro no bolso do médico. Quanto mais tecnologia, menos honorários. Hoje qualquer um pode pagar uma consulta médica, mas pouca gente pode pagar um exame sofisticado, uma cirurgia, uma internação de CTI, uma droga cara.

Assim, fica claro que a tecnologia tem afetado muito o trabalho do médico, afeta de forma positiva, trazendo novas perspectivas, inclusive para o paciente, em contrapartida, se utilizada de forma inseqüente, pode gerar um caos no sistema de saúde, devido ao possível aumento de custos.

Em termos de interferência do ambiente externo na realização das atividades, no que se refere à escolaridade, foi apontado que esta variável afeta em maior índice os médicos que possuem apenas graduação, enquanto que afeta em menor índice os que possuem doutorado completo/incompleto, o que sugere, que quanto maior o grau de conhecimento e formação, maior o preparo e facilidade para lidar com as oportunidades e ameaças advindas da tecnologia.

No tocante ao grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos no que se refere à escolaridade, os resultados apontam para uma maior insatisfação dos médicos que possuem graduação e doutorado completo/incompleto. Acredita-se que esse resultado pode estar relacionado à forma como os médicos lidam com a tecnologia de gestão, sendo que é possível que os médicos graduados talvez tenham expectativas de que os relatórios sejam menos complexos, enquanto os médicos que possuem doutorado/completo talvez tenham um grau de exigência maior, desejando relatórios mais bem elaborados e completos.

No diz respeito à concorrência de mercado atual na área de saúde relacionada ao número de atividades remuneradas desenvolvidas pelo médico, além da HC-COOP, observa-se que os médicos que possuem apenas mais uma atividade remunerada consideram que a concorrência afeta menos na obtenção e fidelização de clientes do que aqueles que possuem mais de uma atividade remunerada além da HC-COOP. Isso sugere que os médicos que trabalham na HC-COOP e em mais um emprego já estão em um patamar de estabilidade que contribui para que se sintam mais seguros e realizados financeiramente, com grande possibilidade de terem uma grande clientela já formada e/ou uma remuneração muito satisfatória. Em contrapartida, para aqueles que consideram que a concorrência afeta a sua vida no trabalho, desenvolvem suas atividades em diversos locais, provavelmente em busca de melhorar sua remuneração e na tentativa de sobrevivência frente à concorrência na área.

E, por fim, quanto ao grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos em relação ao grau de importância da remuneração da cooperativa na renda familiar do médico, fica claro

que, quanto maior a importância da remuneração na renda familiar, maior o grau de satisfação no que se refere à tecnologia de emissão de relatórios. Esse resultado sugere que, na medida em que o médico depende da remuneração da cooperativa, maior seu interesse e satisfação quanto à emissão dos relatórios. Talvez, para aqueles cuja a remuneração é pouco importante, a utilização dos relatórios ocorra em menor escala e com uma percepção de que são inadequados.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste capítulo, apresentam-se as principais conclusões oriundas da análise dos resultados desta pesquisa, cujo objetivo principal 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) localizada em Belo Horizonte, a partir do modelo teórico de referência da pesquisa. Além disso, apresentam-se recomendações que podem contribuir para todos aqueles envolvidos no trabalho na área de saúde e que percebem a necessidade de melhoria da qualidade de vida no trabalho nesta área, de forma a trazer resultados positivos aos profissionais e à clientela desses serviços.

O trabalho por meio de cooperativa visa proporcionar maior autonomia, independência e qualidade de vida para o trabalhador, porém, no caso da área médica em específico, muitos fatores interferem na sua dinâmica de trabalho e que, ao longo do tempo, têm desafiado os atores deste cenário.

Tendo como referência o objetivo anteriormente mencionado, o presente estudo contou com a participação de 64 médicos da HC-COOP. Esses médicos desenvolvem suas atividades profissionais na clínica da cooperativa, denominada Clínica de Especialidades Médicas, que funciona em imóvel próprio. A Clínica possui 14 consultórios e fazem parte de seu corpo clínico 90 médicos em mais de 30 especialidades, que atuam primordialmente no atendimento de consultas pré-agendadas.

Considerando a representatividade da amostra pesquisada, pode-se deduzir que, em termos demográficos e ocupacionais, a HC-COOP é composta em sua maior parte, por médicos que já atingiram uma certa maturidade na vida pessoal e profissional devido à faixa etária elevada. A maioria dos pesquisados é casada, possuindo alto grau de escolaridade, distribuídos em especialidades médicas diversas, desenvolvem sua profissão em mais de um local de trabalho e são cooperados à HC-COOP há mais de cinco anos, sendo que há predomínio do sexo masculino.

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. Ao contrário dos achados de Ramos (1995), em sua investigação da QVT de médicos e enfermeiros de um hospital público em Belo Horizonte, na qual os resultados indicaram insatisfação para a maioria dos indicadores medidos.

Tendo em vista os escores médios, por dimensão pesquisada do modelo teórico de referência da pesquisa, este estudo mostrou que a maior satisfação dos médicos está relacionada à dimensão sociológica, enquanto que, por outro lado, a menor satisfação dos médicos está relacionada à dimensão econômica, cujo escore médio atingiu a zona limítrofe da escala de satisfação.

Os indicadores de maior satisfação relativos à dimensão sociológica foram ética profissional, responsabilidade e relacionamento interpessoal. Outros indicadores que revelaram satisfação, mas associados às dimensões psicológica e política foram, respectivamente, identidade com a tarefa e relacionamento com a diretoria/administração.

Os indicadores de insatisfação relativos à dimensão econômica foram associados aos honorários recebidos e à relação que estes mantêm com o esforço dispendido pelos médicos para auferi-los. Outros indicadores que evidenciaram maior insatisfação foram incentivo a atividades de ensino e pesquisa e atuação de instituições de apoio à categoria respectivamente ligados às dimensões psicológica e política.

Quanto à associação entre os indicadores de QVT do modelo teórico proposto com os fatores demográficos e ocupacionais, os resultados da pesquisa revelaram que: os médicos se percebem mais criativos quando comparados às médicas; os médicos com especialização sentem-se mais realizados pessoalmente e mais criativos do que médicos com outro grau de escolaridade; os participantes da pesquisa com mais de 10 anos de atuação na cooperativa sentem-se mais reconhecidos profissionalmente e valorizam a ética profissional e os casados demonstram maior

satisfação, em comparação aos demais estados civis, com aspectos associados à segurança, relacionamento com a chefia, responsabilidade e ética no trabalho.

No que se refere a fatores ambientais e organizacionais adaptados às especificidades da cooperativa pesquisada a partir de Honório (1998), resultados diversos foram encontrados. Constatou-se que o ambiente externo, a concorrência de mercado atual na área de saúde e o custeio da estrutura física do consultório têm afetado o modo como os médicos pesquisados realizam suas atividades. Entretanto, os médicos avaliaram satisfatoriamente a qualidade de gestão praticada pela cooperativa estudada, bem como a tecnologia que ela oferece para a emissão de relatórios e controles administrativos.

Quanto à associação entre os fatores ambientais e organizacionais com os fatores demográficos/ocupacionais, constatou-se que os resultados mais relevantes apontaram os médicos mais jovens sentindo-se mais pressionados pelo ambiente externo na realização de suas atividades quando comparados aos médicos mais experientes; e os médicos que consideram muito importante a remuneração recebida pela cooperativa estudada, como mais satisfeitos com a tecnologia oferecida para a emissão de relatórios e controles administrativos.

Mediante os achados mencionados, constata-se que muitos são os impactos que os elementos de ordem econômica, política, psicológica e sociológica provocam no trabalho dos médicos que desenvolvem suas atividades por meio de cooperativa. Reconhecendo que um elevado nível de QVT corresponde aos próprios valores e princípios da medicina social e do modelo de trabalho cooperativista e, sobretudo, viabiliza a qualidade dos serviços prestados ao paciente, recomenda-se:

- Promover, a partir da iniciativa da diretoria da cooperativa, reunião com os médicos associados para a divulgação dos dados da pesquisa, visando sensibilizá-los para a importância dos achados e envolvê-los na consolidação das ações propostas para a melhoria da qualidade de vida na cooperativa;
- Viabilizar, de forma mais efetiva, o incentivo a atividades de ensino e pesquisa em parceria com a Faculdade de Medicina da UFMG, realizando

inicialmente um diagnóstico na Cooperativa, a fim de levantar as reais necessidades e possibilidades de desenvolvimento de seus profissionais;

- Implementar a ação de criação do centro de Estudos nas instalações da Clínica de Especialidades Médicas, o que já faz parte do planejamento estratégico da cooperativa;
- Desenvolver práticas a fim de sensibilizar e estimular os médicos a terem maior participação nas assembleias a fim de que possam verdadeiramente se sentirem peças fundamentais nos processos decisórios da cooperativa;
- Oferecer, em parceria com a FENCON, cursos sobre o cooperativismo a fim de entenderem melhor seus princípios e se sentirem preparados para conduzir os processos e negociações da cooperativa, inclusive aqueles relacionados aos honorários médicos;
- Fortalecer os canais de comunicação internos da Cooperativa, com instrumentos que se identifiquem com a realidade do médico no dia-a-dia de trabalho;
- Realizar um diagnóstico visando identificar com maior clareza as reais necessidades dos médicos quanto aos relatórios e controles emitidos pela HC-COOP para controle de recebimentos de honorários.

Sugere-se, ainda, do ponto de vista acadêmico, que estudos que tratem do tema qualidade de vida no trabalho continuem sendo realizados na área de saúde e que possam ser comparados ao grau de satisfação dos clientes em relação ao atendimento recebido.

Para finalizar, destaca-se que essas recomendações são coerentes com os fundamentos do modelo teórico utilizado neste estudo e que podem representar o princípio de valorização do trabalho médico, bem como contribuir para a maior qualidade nos serviços prestados ao paciente.

REFERÊNCIAS

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.

DE BRUYNE, P.; JACQUES, H.; DE SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

DONABEDIAN, A. **La investigación sobre la calidad de la atención médica**. México: Salud Pública, 1986.

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 (QVT). In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO. **Anais...** Atibaia: ANPAD, 2003. 1 CD ROM.

FERNANDES, Eda; BECKER, João Luiz; PRICE, Roberto Tom. **Qualidade de vida no trabalho (QVT) nas empresas do ramo de informática: contribuições à formulação de políticas e estratégias de C&T**. Porto Alegre: UFRS/PPGA, 1988. (Relatório de pesquisa)

FUNDAÇÃO UNIMED. **Cooperativismo e sistema Unimed**. Belo Horizonte: UNIMED, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35 (2), p. 57-63, mar/abr 1995.

GORZ, André. **Crítica da divisão do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G.R.; Development of the job survey. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, (2), p. 159-170, 1975.

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)

ISMAEL, J.C. **O médico e o paciente**: breve história de uma relação delicada. São Paulo: MG Editores, 2005.

KERLINGER, F.N. **Metodologia da pesquisa em ciência sociais**: um tratamento conceitual. São Paulo: EPU:EDUSP, 1999.

LANDMANN, Jaime. **A outra face da medicina**: um estudo sobre as ideologias médicas. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Qualidade de vida no trabalho – QVT** : conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2004.

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).

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A evolução da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984.

MEZOMO, João Catarin Mezomo. **Gestão da qualidade na saúde**. São Paulo: Manole, 2001.

MORAES, Lúcio Flávio Renault; KILLIMNIK, Zélia Miranda. Comprometimento organizacional, qualidade de vida e stress no trabalho: uma pesquisa de diagnóstico com administradores cujo trabalho é mediado pelo computador. In. XIV ENCONTRO NACIONAL DA ANPAD, 1990, Santa Catarina. **Anais...** Belo Horizonte: ANPAD, 1990.

MORAES, Lúcio Flávio Renault; KILLIMNIK, Zélia Miranda. **Comprometimento organizacional, qualidade de vida e stress no trabalho: um estudo em profissões desgastantes e de risco**. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 1994 (Relatório de Pesquisa).

_____, Lúcio Flávio Renault; KILLIMNIK, Zélia Miranda. **Resgatar a questão da Qualidade de Vida no Trabalho**: uma imposição atual. Tendências do Trabalho, São Paulo, p. 21-27, 1989.

_____, Lúcio Flávio Renault *et al.* Valores no trabalho e suas interfaces com algumas variáveis do comportamento organizacional. Pedro Leopoldo: Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo/GEACO, 2007.

NADLER, D.; LAWLER, E. Quality of work life: perspectives and directions. **Organization Dynamics**, v. 11(3),p. 20-30, Winter, 1983.

PEREIRA, Maria Isabel. **Cooperativas de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1999.

PITTA, Ana. **Hospital**: dor e morte como ofício. 5 ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003.

RAMOS, W.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)

RECH, Daniel. **Cooperativas**: uma alternativa de organização popular. Rio de Janeiro: DP&A. 2000.

REICH, Robert B. **O futuro do sucesso**: equilíbrio entre o trabalho e a qualidade de vida. São Paulo: Manole, 2002.

REZENDE, Joffre M. de. **O uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas conseqüências**. In. XIV ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA: Goiânia, 2002.

RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 1989. (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).

_____, Anderson de Souza. **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).

THÉRIAULT, R. Qualité de la vie ou travail: implications sur la gestion de la rémunération. In: BOISVERT, M. **La qualité de Lavie ou travail**. Ottawa: Agencie d´arc, p.67-83, 1983.

VIEIRA, Raymundo Manno. **A medicina**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2004.

WALTON, R. Quality of working life: What is it? **Sloan Managment Review**, v. 15(1), p. 11-21, dec 1973.

WERTER, B.W.J.; DAVIS, K. **Personnel management and human resources**. New York: Mc Graw-Hill, 1983.

WESTLEY, W.A. **Problems and solutions in the quality of working life**. Human Relations, v.32(2), p. 113-123, 1979.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Prezado(a) Doutor(a),

Encaminhamos a V. Sa. um questionário para levantar dados sobre a Qualidade de Vida no Trabalho dos médicos da HC-COOP. Solicitamos a sua colaboração no sentido de responder ao presente questionário, objetivando não somente levantar informações para conhecimento da percepção do médico, mas também subsidiar o desenvolvimento de possíveis ações de melhorias internas na cooperativa. As informações visam, especialmente, subsidiar a elaboração de uma Dissertação de Mestrado, a ser apresentada a Faculdade Novos Horizontes, cuja proposta é aprofundar o conhecimento a respeito da Qualidade de Vida no Trabalho de médicos que atuam em cooperativa médica (HC-COOP).

A sua participação e cooperação são imprescindíveis para a realização deste estudo. Assim, o(a) senhor(a) estará dando contribuições valiosas para o entendimento acerca de sua ocupação profissional. Ao responder o questionário, leve em consideração as seguintes orientações gerais:

- Utilize caneta para marcar as opções;
- Responda cada item o mais precisa e francamente possível, condição essencial para a confiabilidade dos resultados;
- Não assine seu nome, uma vez que os dados serão tratados na sua totalidade;
- Assinale a resposta que naturalmente ocorre em sua mente;
- Assinale apenas uma resposta em cada questão;
- Trabalhe rapidamente, preenchendo o questionário na seqüência;
- Em caso de alteração de resposta, faça um círculo na resposta errada e marque a nova resposta.

Enfatizamos que, para manter a confiabilidade dos resultados, nenhuma questão deverá ficar sem a sua devida resposta. Portanto, ao final, repasse cada questão para verificar se respondeu a todas.

Agradecemos a sua colaboração e colocamo-nos a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelo telefone (xx)xxxx-xxxx.

Dr. Ciro José Buldrini Filogônio
Presidente da HC-COOP

Prof. Dr. Luiz C. Honório
Orientador - Faculdade Novos Horizontes

Rozeli Dutra
Mestranda - Faculdade Novos Horizontes

SEÇÃO 1: DADOS DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS:

Esta seção do questionário pesquisa fatos que caracterizam a sua vida pessoal e profissional. Por favor, marque a alternativa adequada ao seu caso.

1.1 - Sexo:

1. () masculino 2. () feminino

1.2 - Faixa etária:

1. () até 25 anos 2. () de 26 a 30 anos 3. () de 31 a 35 anos
4. () de 36 a 40 anos 5. () de 41 a 45 anos 6. () mais de 45 anos

1.3 - Estado Civil

1. () solteiro(a) 2. () casado(a)
3. () desquitado(a)/divorciado(a) 4. () outros: _____

1.4 - Escolaridade:

1. () graduação 4. () mestrado completo
2. () especialização 5. () doutorado incompleto
3. () mestrado incompleto 6. () doutorado completo

1.5 - Há quanto tempo você é cooperado(a) da HC-COOP?

1. () há menos de 1 ano 2. () de 1 a 5 anos 3. () de 6 a 10 anos.
4. () mais de 10 anos

1.6 – Em qual(uais) especialidade(s) médica(s) você atua na HC-COOP?

1.7 - Você exerce outras atividades como médico no mercado de trabalho além da HC-COOP que sejam remuneradas?

1. () sim 2. () não

1.8 - Em caso afirmativo, quantas?

1. () uma 2. () duas 3. () três 4. () quatro ou mais

1.9 – Em que grau a remuneração por produção obtida por meio da HC-COOP é importante para a composição de sua renda pessoal/familiar?

1. () é muito importante 2. () é importante
3. () é pouco importante 4. () não é importante

As seções 2 a 5 investigam variáveis relacionadas a sua vida profissional. Em cada questão, apresenta-se o significado da variável investigada, questionando a sua percepção sobre tal variável.

Assinale o número, de acordo com a escala de 1 a 7, que melhor representa a sua opinião sobre cada variável investigada.

SEÇÃO 2: DIMENSÃO ECONÔMICA

2.1 HONORÁRIOS “COOPERATIVA VERSUS MERCADO”: a medida em que os honorários médicos pagos por esta cooperativa são compatíveis com os honorários pagos por outras instituições.	
2.1.1 Hoje, como você avalia seus honorários em relação ao mercado de trabalho?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimos excelentes

2.2 RELAÇÃO “ESFORÇO DE TRABALHO - HONORÁRIOS RECEBIDOS”: a medida em que os honorários recebidos pelo trabalho correspondem à sua contribuição efetiva nesta cooperativa.	
2.2.1 Hoje, como você avalia os honorários recebidos nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimos excelentes

2.3 BENEFÍCIOS: a medida em que os benefícios proporcionados pela cooperativa correspondem às necessidades do profissional.	
2.3.1 Hoje, como você avalia os benefícios que você recebe nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimos excelentes

2.4 CARGA HORÁRIA: a medida em que a jornada de trabalho favorece o desempenho e a produtividade do profissional nesta cooperativa.	
2.4.1 Hoje, como você avalia a sua carga horária?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

2.5 UNIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL: a medida em que a cooperativa oferece espaço físico para o exercício profissional, proporcionando segurança e possibilidade de produtividade para o cooperado.	
2.5.1 Hoje, como você o avalia o oferecimento de espaço físico para o exercício profissional do cooperado?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimo excelente

SEÇÃO 3: DIMENSÃO POLÍTICA

3.1 SEGURANÇA NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO MÉDICA: corresponde à garantia de que o médico com um bom desempenho no trabalho não perderá seu espaço de atuação e seus clientes.

3.1.1 Hoje, como você avalia a segurança de sua função nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente
---	--

3.2 ATUAÇÃO DE INSTITUIÇÕES DE APOIO À CATEGORIA (Conselho de Medicina, Fecom, Associação Médica, etc): atuação das instituições de apoio junto aos profissionais, visando à melhoria das condições de trabalho, através de conquistas junto à direção da cooperativa.

3.2.1 Hoje, como você avalia a atuação destas instituições de apoio?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente
--	--

3.3 LIBERDADE DE EXPRESSÃO: sentimento de liberdade para comunicar todas as mensagens relevantes, oportunidades de uma comunicação aberta.

3.3.1 Hoje, como você avalia sua liberdade de expressão nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente
--	--

3.4 RELACIONAMENTO COM DIRETORIA E ADMINISTRAÇÃO: a medida que uma gestão adequada é oferecida aos profissionais, prevalecendo um sentimento de confiança e apoio no local de trabalho.

3.4.1 Hoje, como você avalia o seu relacionamento com a diretoria e administração?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimo excelente
--	--

SEÇÃO 4: DIMENSÃO PSICOLÓGICA

4.1 FEEDBACK INTRÍNSECO E EXTRÍNSECO: é a informação recebida sobre o próprio desempenho, gerando orientação ou motivação para que este seja melhor, incluindo a recuperação dos pacientes.

4.1.1 Hoje, como você avalia o feedback sobre o seu desempenho?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimo excelente
---	--

4.2 TRABALHO MULTIDISCIPLINAR: a medida em que, na cooperativa, existe um trabalho de equipe multidisciplinar.

4.2.1 Hoje, como você avalia o trabalho multidisciplinar na cooperativa de trabalho?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimo excelente
--	--

4.3 HABILIDADE E PREPARO DA EQUIPE: consideração sobre o preparo e habilidade da equipe médica e para-médica no atendimento ao paciente.

4.3.1 Hoje, como você avalia a habilidade e o preparo de sua equipe?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimos excelentes
--	--

4.4 INCENTIVO A ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA: considerações sobre a freqüência e participação em trabalhos de ensino e pesquisa nesta cooperativa, bem como o estímulo à participação em congressos e cursos.

4.4.1 Hoje, como você avalia sua freqüência e participação?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente
---	--

4.5 RELACIONAMENTO INTERGRUPAL: os membros da equipe se relacionam bem. No local de trabalho, prevalece o sentimento de um bom entrosamento entre os membros da equipe.

4.5.1 Hoje, como você avalia o relacionamento intergrupal?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimo excelente
--	--

4.6 VALORIZAÇÃO DA FUNÇÃO: sentimento de que existe valorização da função.

4.6.1 Hoje, como você avalia a valorização da sua função nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente
---	--

4.7 REALIZAÇÃO PESSOAL: a medida em que prevalece o sentimento de plena e eficiente utilização de conhecimentos, capacidades e talento, assim como os sentimentos de autonomia de ação e auto-respeito.

4.7.1 Hoje, como você avalia sua auto-realização?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente
---	--

4.8 NÍVEL DE DESAFIO: a medida em que o trabalho é desafiador e estimulante e exige um nível de educação e conhecimento profissional crescentes.

4.8.1 Hoje, como você avalia nível de desafio da sua função?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimo excelente
--	--

4.9 DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E PESSOAL: a medida em que a cooperativa oferece oportunidades de crescimento e desenvolvimento.

4.9.1 Hoje, como você avalia as oportunidades de crescimento e desenvolvimento oferecidas pela cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimas excelentes
---	--

4.10 CRIATIVIDADE: capacidade de buscar e propor idéias ou soluções de problemas a partir de recursos disponíveis.	
4.10.1 Hoje, como você avalia a aplicação de sua criatividade no seu cargo nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

4.11 VARIEDADE DE TAREFAS: a medida em que a função exige a execução de tarefas variadas e, conseqüentemente, o uso de diferentes capacidades/habilidades para a execução do trabalho.	
4.11.1 Hoje, como você avalia a necessidade de realizar tarefas variadas para a sua função nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

4.12 INFRA-ESTRUTURA: a disponibilidade de materiais e equipamentos de qualidade para o exercício profissional.	
4.12.1 Hoje, como você avalia a infra-estrutura disponibilizada pela cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

4.13 IDENTIDADE COM A TAREFA: trata-se da realização de trabalho completo, tendo início, meio e fim bem encaminhados.	
4.13.1 Hoje, como você avalia sua identidade com a tarefa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

4.14 DEMANDA DE CLIENTES: a medida em que existe volume de trabalho adequado à função nesta cooperativa.	
4.14.1 Hoje, como você avalia a demanda de clientes/volume de trabalho exigidos de sua função?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimos excelentes

SEÇÃO 5: DIMENSÃO SOCIOLÓGICA

5.1 PARTICIPAÇÃO NA COOPERATIVA: a medida em que é facultado aos profissionais participar com críticas e sugestões quanto a questões que envolvem o trabalho na cooperativa.	
5.1.1 Hoje, como você avalia a sua oportunidade de participar com críticas e sugestões na cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

5.2 TOMADA DE DECISÕES: a medida em que as opiniões dos profissionais são ouvidas e consideradas na tomada de decisões.	
5.2.1 Hoje, como você avalia a sua participação nas tomadas de decisões?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

5.3 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL: a medida em que as pessoas se relacionam para a realização do trabalho.	
5.3.1 Hoje, como você avalia o seu relacionamento interpessoal nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimo excelente

5.4 RESPONSABILIDADE: o quanto os profissionais são pessoalmente responsáveis pela execução de tarefas dentro da equipe.	
5.4.1 Hoje, como você avalia a sua responsabilidade por suas atividades.	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

5.5 VALOR PESSOAL RECONHECIDO: sentimento de auto-estima, ou seja, é o prestígio que o profissional ganha executando o seu trabalho.	
5.5.1 Hoje, como você avalia o sentimento de auto-estima e prestígio nesta cooperativa?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssimo excelente

5.6 ÉTICA PROFISIONAL: a medida em que os membros demonstram responsabilidade e ética profissional, evitando óbitos e seqüelas graves aos pacientes por falhas técnicas nesta cooperativa.	
5.6.1 Hoje, como você avalia sua ética profissional?	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ péssima excelente

SEÇÃO 6: FATORES AMBIENTAIS E ORGANIZACIONAIS:

As questões abaixo investigam algumas variáveis que podem afetar sua vida no trabalho.

Assinale o número, de acordo com a escala de 1 a 7, que melhor representa a sua opinião sobre a variável investigada.

6.1. Em termos de interferência do ambiente externo na realização de suas atividades, o quanto você diria que a tecnologia médica tem afetado a sua vida no trabalho?

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
não tem afetado tem afetado muito

6.2. Quanto a concorrência de mercado atual na área de saúde tem afetado a obtenção e fidelização de clientes.

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
não tem afetado tem afetado muito

6.3. Em que medida custear a estrutura física (instalações, equipamentos, mobiliários, recursos humanos e materiais) do seu consultório (próprio ou não) afeta a sua vida no trabalho.

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
não afeta afeta muito

6.4. Como você avalia a qualidade da gestão por parte da HC-COOP dirigida para a averiguação, acompanhamento e solução de problemas do dia-a-dia de trabalho.

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
péssima excelente

6.5. Qual o seu grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos?

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
muito insatisfeito muito satisfeito

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(CARACTERIZAÇÃO HC-COOP)**

1. Descrição da origem da HC-COOP apontando seus antecedentes, o que motivou a sua criação, como se deu a sua criação.
2. Na percepção da alta administração, a missão da HC-COOP tem sido colocada em prática ao longo desses anos? Houve alguma adequação ou mudança na sua fundamentação?
3. E quanto a visão da HC-COOP, o que tem sido feito para que, de fato, ela aconteça?
4. Número total de médicos cooperados:
a) out/1997_____ b) out/2002_____) até 30/out/2007_____
5. Qual a periodicidade do Planejamento da Cooperativa?
6. Quais os níveis hierárquicos participam do planejamento da cooperativa?
7. Como são instituídas e formalizadas as normas e procedimentos a serem seguidos na HC-COOP?
8. Quanto ao processo decisório que extrapola as normas e procedimentos formais, quem decide nessas circunstâncias?
9. Que tipos de decisões podem ser tomadas, que fujam a essas normas, sem autorização superior?
10. Qual a periodicidade de realização de assembleias na HC-COOP?
11. Como e em que nível ocorre a participação dos cooperados nessas assembleias?
12. Como se concretiza a participação dos cooperados nas tomadas de decisão?
13. O que pode levar um médico a ser desligado da cooperativa? E quem tem poder para decidi-lo?
14. Qual a participação da HC-COOP no processo de capacitação e desenvolvimento do médico para o trabalho?
15. Como é o relacionamento da HC-COOP com instituições de apoio à categoria profissional.
16. Como as informações relevantes são disseminadas na cooperativa?
17. Como é o processo de comunicação interna na HC-COOP e seus respectivos instrumentos?
18. Na visão da alta administração, quais são os fatores que mais influenciam a decisão do médico em se tornar cooperado da HC-COOP?

19. Na percepção da alta administração, quais são os fatores que mais influenciam a preferência, a fidelidade ou a percepção da qualidade dos serviços médicos prestados pela HC-COOP, na perspectiva dos pacientes?
20. Na visão da alta administração, o que a concorrência na área de saúde tem impactado na atuação profissional dos cooperados? O que tem sido feito para conviver/mudar/melhorar isso?
21. Qual a percepção da alta administração sobre o impacto da tecnologia na vida do médico? O que você tem feito para conviver/mudar/melhorar isso?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
Aprofundamento dos resultados da pesquisa QVT com 10% da amostra dos
médicos da HC-COOP

Dados ocupacionais:

Data em que se tornou cooperado da HC-COOP: _____

Escolaridade: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Idade: _____

Da pesquisa de Qualidade de Vida no Trabalho realizada na HC-COOP foram levantados vários aspectos que caracterizam o dia-a-dia de trabalho na cooperativa. Dos aspectos levantados, alguns revelaram pontos de satisfação e outros, de insatisfação. Enumerei esses aspectos e gostaria que você desse a sua opinião sobre cada um deles.

PERGUNTAS

1. Conforme o modelo teórico de QVT foram avaliadas as dimensões econômica política, psicológica e sociológica. Sendo que os resultados apontaram que a dimensão econômica (honorários, benefícios, carga horária, unidades de prestação de serviço) precisa ser melhorada, e enquanto a dimensão sociológica (participação, tomada de decisão, relacionamento interpessoal, valor reconhecido, ética médica) foi mais bem pontuada. Qual a sua opinião sobre isso? A que você atribui esse resultado?
2. Quanto à criatividade houve uma diferença significativa segundo o sexo, sendo que o sexo masculino considera que utiliza mais criatividade no cargo. Qual a sua opinião sobre isso? A que você atribui esse resultado?

3. No que se refere à ética profissional, houve uma diferença significativa segundo tempo de trabalho na cooperativa, sendo que a ética é mais percebida pelos que possuem mais tempo na cooperativa. Qual a sua opinião sobre isso?
4. Os resultados da pesquisa apontam que o ambiente externo, no caso a tecnologia afeta a vida no trabalho do médico? Qual a sua opinião sobre isto?
5. Este mesmo item (ambiente externo/tecnologia) afeta mais para os mais jovens (faixa etária de 26 a 35 anos). Qual a sua opinião sobre isso?
6. Os resultados da pesquisa apontam que o custeio da estrutura física do consultório afeta mais para o sexo feminino do que para o sexo masculino. Qual a sua opinião sobre isso?
7. Os resultados da pesquisa apontam que há satisfação dos médicos quanto ao relacionamento com a diretoria e administração. A que você atribui esse resultado?
8. Os resultados da pesquisa apontam que há satisfação dos médicos quanto ao espaço físico para a realização do trabalho. A que você atribui esse resultado?
9. Quanto à identidade do médico com a tarefa realizada, os resultados da pesquisa apontam que ela existe em alto índice. Qual a sua opinião sobre isso?

APÊNDICE D - Resultados das comparações dos indicadores de qualidade de vida no trabalho segundo o sexo

Dimensão	Indicador de QVT	Valor p
Econômica	Honorários	0,351
	Esforço de trabalho - honorários recebidos	0,328
	Benefícios	0,916
	Carga Horária	0,127
	Unidades de prestação de serviço para o exercício profissional/espço físico	0,811
Política	Segurança no exercício da função médica	0,429
	Atuação de instituições de apoio à categoria	0,769
	Liberdade de expressão	0,919
	Relacionamento com diretoria e administração	0,787
Psicológica	Feedback intrínseco e extrínseco	0,600
	Trabalho multidisciplinar	0,435
	Habilidade e preparo da equipe	0,144
	Incentivo a atividades de ensino e pesquisa	0,445
	Relacionamento intergrupar	0,599
	Valorização da função	0,299
	Realização pessoal	0,591
	Nível de desafio	0,260
	Desenvolvimento profissional e pessoal	0,795
	Criatividade	0,002***
	Variedade de tarefas	0,462
	Infra-estrutura	0,448
	Identidade com a tarefa	0,623
Demanda de clientes	0,444	
Sociológica	Participação	0,412
	Tomada de decisões	0,509
	Relacionamento interpessoal	0,943
	Responsabilidade	0,964
	Valor pessoal reconhecido	0,135
	Ética profissional	0,817

Fonte: dados da pesquisa.

APÊNDICE E - Resultados das comparações dos indicadores de QVT segundo a escolaridade

Dimensão	Indicador de QVT	Valor p
		0,377
Econômica	Esforço de trabalho - honorários recebidos	0,394
	Benefícios	0,230
	Carga Horária	0,854
	Unidades de prestação de serviço para o exercício profissional/Espaço físico	0,280
Política	Segurança no exercício da função médica	0,887
	Atuação de instituições de apoio à categoria	0,403
	Liberdade de expressão	0,665
	Relacionamento com diretoria e administração	0,914
Psicológica	Feedback intrínseco e extrínseco	0,543
	Trabalho multidisciplinar	0,455
	Habilidade e preparo da equipe	0,123
	Incentivo a atividades de ensino e pesquisa	0,355
	Relacionamento intergrupar	0,947
	Valorização da função	0,124
	Realização pessoal	0,074*
	Nível de desafio	0,608
	Desenvolvimento profissional e pessoal	0,610
	Criatividade	0,043**
	Variedade de tarefas	0,169
	Infra-estrutura	0,842
	Identidade com a tarefa	0,971
Demanda de clientes	0,174	
Sociológica	Participação	0,900
	Tomada de decisões	0,654
	Relacionamento interpessoal	0,762
	Responsabilidade	0,192
	Valor pessoal reconhecido	0,575
	Ética profissional	0,640

Fonte: dados da pesquisa.

APÊNDICE F - Resultados das comparações dos indicadores de QVT segundo o tempo de trabalho na cooperativa

Dimensão	Indicador de QVT	Valor p
Econômica	Honorários	0,849
	Esforço de trabalho - honorários recebidos	0,804
	Benefícios	0,172
	Carga Horária	0,724
	Unidades de prestação de serviço para o exercício profissional/Espaço físico	0,232
Política	Segurança no exercício da função médica	0,401
	Atuação de instituições de apoio à categoria	0,869
	Liberdade de expressão	0,692
	Relacionamento com diretoria e administração	0,260
Psicológica	Feedback intrínseco e extrínseco	0,252
	Trabalho multidisciplinar	0,556
	Habilidade e preparo da equipe	0,659
	Incentivo a atividades de ensino e pesquisa	0,953
	Relacionamento intergrupar	0,957
	Valorização da função	0,606
	Realização pessoal	0,618
	Nível de desafio	0,692
	Desenvolvimento profissional e pessoal	0,554
	Criatividade	0,423
	Variedade de tarefas	0,697
	Infra-estrutura	0,678
	Identidade com a tarefa	0,400
Demanda de clientes	0,770	
Sociológica	Participação	0,478
	Tomada de decisões	0,375
	Relacionamento interpessoal	0,114
	Responsabilidade	0,185
	Valor pessoal reconhecido	0,064*
	Ética profissional	0,006***

Fonte: dados da pesquisa.

APÊNDICE G - Resultados das comparações dos indicadores de QVT segundo o estado civil

Dimensão	Indicador de QVT	Valor p
		0,629
Econômica	Esforço de trabalho - honorários recebidos	0,739
	Benefícios	0,131
	Carga Horária	0,457
	Unidades de prestação de serviço para o exercício profissional/Espaço físico	0,527
Política	Segurança no exercício da função médica	0,074*
	Atuação de instituições de apoio à categoria	0,548
	Liberdade de expressão	0,357
	Relacionamento com diretoria e administração	0,100*
Psicológica	Feedback intrínseco e extrínseco	0,794
	Trabalho multidisciplinar	0,651
	Habilidade e preparo da equipe	0,452
	Incentivo a atividades de ensino e pesquisa	0,100*
	Relacionamento intergrupar	0,480
	Valorização da função	0,832
	Realização pessoal	0,076**
	Nível de desafio	0,571
	Desenvolvimento profissional e pessoal	0,358
	Criatividade	0,108
	Variedade de tarefas	0,157
	Infra-estrutura	0,372
	Identidade com a tarefa	0,492
Demanda de clientes	0,091*	
Sociológica	Participação	0,507
	Tomada de decisões	0,205
	Relacionamento interpessoal	0,113
	Responsabilidade	0,064*
	Valor pessoal reconhecido	0,008***
	Ética profissional	0,008***

Fonte: dados da pesquisa.

APÊNDICE H - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais segundo o sexo

Variável	Sexo	Resultados		
		N	Escore	Valor p
Interferência do ambiente externo na realização das atividades.	Masculino	39	5,6	0,966
	Feminino	25	5,5	
Concorrência de mercado atual na área de saúde.	Masculino	39	5,1	0,723
	Feminino	25	5,1	
Custeio da estrutura física (instalações, equipamentos, mobiliários, recursos humanos e materiais) do seu consultório (próprio ou não)	Masculino	39	4,7	0,064**
	Feminino	25	5,7	
Qualidade da gestão por parte da HC-COOP dirigida para a averiguação, acompanhamento e solução de problemas do dia-a-dia de trabalho.	Masculino	39	5,1	0,466
	Feminino	25	5,3	
Grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos.	Masculino	39	5,0	0,921
	Feminino	25	5,1	

Fonte: dados da pesquisa

**APÊNDICE I - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais
segundo a faixa etária**

Variável	Resultados			
	Faixa etária	N	Escore	Valor p
Interferência do ambiente externo na realização das atividades.	De 26 a 35 anos	22	6,1	0,03**
	De 36 anos ou mais	42	5,3	
Concorrência de mercado atual na área de saúde.	De 26 a 35 anos	22	5,4	0,919
	De 36 anos ou mais	42	5,0	
Custeio da estrutura física (instalações, equipamentos, mobiliários, recursos humanos e materiais) do seu consultório (próprio ou não)	De 26 a 35 anos	22	5,1	0,806
	De 36 anos ou mais	42	5,1	
Qualidade da gestão por parte da HC-COOP dirigida para a averiguação, acompanhamento e solução de problemas do dia-a-dia de trabalho.	De 26 a 35 anos	22	4,9	0,158
	De 36 anos ou mais	42	5,3	
Grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos.	De 26 a 35 anos	22	5,0	0,85
	De 36 anos ou mais	42	5,0	

Fonte: dados da pesquisa

APÊNDICE J - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais segundo a escolaridade

Variável	Resultados			
	Escolaridade	N	Score	Valor p
Interferência do ambiente externo na realização das atividades.	Graduação	6	6,2	0,062*
	Especialização	19	5,7	
	Mestrado completo/incompleto	17	6,1	
	Doutorado completo/incompleto	22	4,8	
Concorrência de mercado atual na área de saúde.	Graduação	6	5,5	0,219
	Especialização	19	5,1	
	Mestrado completo/incompleto	17	5,7	
	Doutorado completo/incompleto	22	4,6	
Custeio da estrutura física (instalações, equipamentos, mobiliários, recursos humanos e materiais) do seu consultório (próprio ou não)	Graduação	6	4,0	0,150
	Especialização	19	4,8	
	Mestrado completo/incompleto	17	5,9	
	Doutorado completo/incompleto	22	5,1	
Qualidade da gestão por parte da HC-COOP dirigida para a averiguação, acompanhamento e solução de problemas do dia-a-dia de trabalho.	Graduação	6	5,2	0,303
	Especialização	19	5,1	
	Mestrado completo/incompleto	17	5,6	
	Doutorado completo/incompleto	22	4,9	
Grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos.	Graduação	6	4,5	0,097*
	Especialização	19	5,6	
	Mestrado completo/incompleto	17	5,0	
	Doutorado completo/incompleto	22	4,6	

Fonte: dados da pesquisa

APÊNDICE L - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais segundo o número de outras atividade remuneradas, além da cooperativa

Variável	Resultados			
	Número de outras atividades	N	Score	Valor p
Interferência do ambiente externo na realização das atividades.	Nenhuma	4	5,0	-
	Uma	15	5,0	0,446
	Duas	19	5,7	
	Três	16	5,8	
	Quatro ou mais	10	5,9	
Concorrência de mercado atual na área de saúde.	Nenhuma	4	4,3	-
	Uma	15	4,1	0,079*
	Duas	19	5,3	
	Três	16	5,8	
	Quatro ou mais	10	5,5	
Custeio da estrutura física (instalações, equipamentos, mobiliários, recursos humanos e materiais) do seu consultório (próprio ou não)	Nenhuma	4	5,5	-
	Uma	15	4,5	0,468
	Duas	19	5,5	
	Três	16	5,1	
	Quatro ou mais	10	5,1	
Qualidade da gestão por parte da HC-COOP dirigida para a averiguação, acompanhamento e solução de problemas do dia-a-dia de trabalho.	Nenhuma	4	5,3	-
	Uma	15	5,4	0,803
	Duas	19	5,1	
	Três	16	4,9	
	Quatro ou mais	10	5,2	
Grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos.	Nenhuma	4	4,5	-
	Uma	15	4,9	0,699
	Duas	19	5,0	
	Três	16	4,9	
	Quatro ou mais	10	5,5	

Fonte: dados da pesquisa

APÊNDICE M - Níveis médios dos fatores ambientais e organizacionais segundo o grau de importância da remuneração obtida na cooperativa para a renda familiar do médico cooperado

Variável	Resultados			
	Grau de importância da remuneração obtida na cooperativa	N	Escore	Valor p
Interferência do ambiente externo na realização das atividades.	É muito importante	3	6,0	0,978
	É importante	26	5,6	
	É pouco importante	24	5,6	
	Não é importante	11	5,2	
Concorrência de mercado atual na área de saúde.	É muito importante	3	4,7	0,821
	É importante	26	5,3	
	É pouco importante	24	5,1	
	Não é importante	11	4,8	
Custeio da estrutura física (instalações, equipamentos, mobiliários, recursos humanos e materiais) do seu consultório (próprio ou não)	É muito importante	3	6,0	0,146
	É importante	26	5,7	
	É pouco importante	24	4,8	
	Não é importante	11	4,3	
Qualidade da gestão por parte da HC-COOP dirigida para a averiguação, acompanhamento e solução de problemas do dia-a-dia de trabalho.	É muito importante	3	6,0	0,495
	É importante	26	5,2	
	É pouco importante	24	5,2	
	Não é importante	11	4,9	
Grau de satisfação em relação à tecnologia oferecida pela HC-COOP para emissão de relatórios e controles administrativos.	É muito importante	3	6,0	0,008***
	É importante	26	5,4	
	É pouco importante	24	5,1	
	Não é importante	11	3,5	

Fonte: dados da pesquisa