

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS MÉDICOS, ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA-RORAIMA, BRASIL

Alberto Ignacio Olivares Olivares\*, M<sup>a</sup>. Livoni Bezerra de Oliveira de Olivares\*, Luciano Ramão Nogueira Hayd\*\*, Mauro Luiz Schmitz Ferreira\*\*, Jose Francisco Luitgards-Moura\*\*, Jorge Manuel Rodrigues Bonito\*\*\*

\*Universidade Federal de Roraima – Estratégia de Saúde da Família-Boa Vista-RR (Brasil)

\*\*Universidade Federal de Roraima (Brasil)

\*\*\*Universidade de Évora (Portugal)

Alberto Ignacio Olivares Olivares <sup>1</sup> e M<sup>a</sup>. Livoni Bezerra de Oliveira de Olivares

**RESUMO: Introdução:** A obtenção da saúde e boa qualidade de vida deve considerar satisfação de necessidades elementares tais como: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. A relação entre qualidade de vida no trabalho e a saúde dos médicos da atenção básica, tem sido afetada em decorrência da precariedade do vínculo empregatício, baixos salários, exposição aos riscos existentes, como agentes químicos, físicos, biológicos e psicossociais. **Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida no trabalho dos médicos que atuam na atenção básica no município de Boa Vista. Descrever que fatores influenciam a qualidade de vida no trabalho dos médicos na atenção básica. **Método:** Será aplicado o instrumento utilizado para avaliação de qualidade de vida da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), o qual baseia-se nos pressupostos de que a qualidade de vida é um conjunto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Composto de cem perguntas que compreendem seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relação social, meio ambiente, e crenças pessoais. **Resultados Esperados:** O conhecimento sobre aspectos físicos, psicológicos e das relações sociais, ambientais e crenças pessoais dos médicos que atuam na atenção básica serão analisados através do método proposto. A obtenção dessas informações poderão ser usadas com diferentes aplicações. Podendo subsidiar desde a regulamentação de planos de cargos e salários até a identificação dos agravos no serviço desses profissionais

---

<sup>1</sup>Mestrando em Educação para Saúde da Universidade de Evora/Fares. [betoliv@ibest.com.br](mailto:betoliv@ibest.com.br)

**Palavras chaves:** Qualidade de vida no trabalho, Saúde dos médicos, Atenção Básica

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN THE WORK OF THE MEDICAL, working in primary care in Boa Vista-Roraima, BRAZIL.

**ABSTRACT:** Background: The achievement of good health and quality of life should consider the satisfaction of basic needs such as food, access to clean water, housing, work, education, health and leisure. The relationship between quality of work life and health of primary care physicians, has been affected due to the precarious nature of employment relationships, low wages, exposure to risks such as chemical, physical, biological and psychosocial. Objectives: To assess the quality of work life for physicians working in primary care in Boa Vista. Describe factors that influence the quality of work life of physicians in primary care. Method will apply the instrument used to assess quality of life of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), which is based on assumptions that the quality of life is a whole subjective (perception of the individual in question) , multidimensional and composed of positive and negative dimensions. Consisting of a hundred questions that comprise six domains: physical, psychological, level of independence, social relationship, environment, and personal beliefs. Expected Results: Knowledge of physical, psychological and social relations, environmental and personal beliefs of doctors working in primary care will be analyzed using the proposed method. Obtaining this information may be used with different applications. May subsidize the regulations since plans for jobs and wages to the identification of health problems in the work of these professionals.

**Keywords:** Quality of work life, Health care, Primary Care

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho que pretendemos realizar buscará refletir acerca da qualidade de vida no trabalho dos médicos que atuam na atenção básica, no município de Boa Vista, sob a ótica do grau de satisfação desses profissionais, e definir um projeto de intervenção para sua melhoria.

Estudos têm demonstrado a relação entre qualidade de vida no trabalho e a saúde dos cuidadores, onde se inclui o médico e outros profissionais que atuam nesta área afetada pela

precariedade do vínculo e baixos salários. A maioria dos médicos são obrigados a ter mais de um emprego, o que leva estes profissionais a permanecerem nos serviços de Saúde a maior parte do tempo de suas vidas. Essa situação aumenta o período de exposição aos riscos existentes nestes locais, podendo haver prejuízo para sua qualidade de vida.

Para ter saúde e boa qualidade de vida, devemos considerar, satisfação de necessidades elementares como: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Os ambientes de trabalho, onde os médicos realizam suas atividades, oferecem cada vez, maiores riscos à saúde, devido à exposição a agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e a fatores relacionados a inadequações ergonômicas, além da precariedade do vínculo empregatício que está associado à perda de capacidade, biológica e psíquica do indivíduo. Situações desgastantes são encontradas no exercício da atividade por estes profissionais que assumem vários trabalhos durante o dia e ainda plantões noturnos. Ansiedade, depressão e/ou ideação suicida são relatados pela literatura.

Temos como objectivos conhecer os fatores geradores de estresse que modificam a qualidade de vida destes profissionais; descrever quais fatores influenciam à qualidade de vida dos médicos; analisar aspectos laborais que produzem melhorias na qualidade de vida destes trabalhadores da Saúde; refletir sobre medidas que possam melhorar a qualidade de vida dos médicos no Município de Boa Vista.

Este estudo é, por uma parte, de natureza quantitativa, avaliando-se a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) através do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100). Este instrumento baseia-se nos pressupostos de que a qualidade de vida é um conjunto subjetivo (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composto por dimensões positivas (por ex. mobilidade) e negativas (por ex. dor).

A versão em português do WHOQOL foi desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, no departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação de Marcelo Pio de Almeida Fleck. É composto por 100 perguntas que compreendem seis domínios: físico (I), psicológico (II), nível de independência (III), relação social (IV), meio ambiente(V), e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (VI). Esses domínios são divididos em 24 facetas. Cada faceta é composta de quatro perguntas. Da amostra fazem parte os médicos que atuam na atenção básica do município de Boa Vista, já que este grupo de profissionais é o mais vulnerável e fragilizado, devido a que a Estratégia de Saúde da Família só se preocupou de dar deveres, responsabilidades, objectivos e metas para alcançar e esqueceu os direitos trabalhistas, como o plano de cargos e salários, educação permanente para Saúde, controle da Saúde física e mental de forma periódica destes profissionais.

As variáveis já definidas no instrumento serão analisadas junto aos resultados e com base a isto será construído um projeto de intervenção para melhorar a qualidade de vida destes

profissionais no trabalho. Algumas destas variáveis já foram analisadas nas reflexões acerca da saúde dos cuidadores do município de Boa Vista - Roraima<sup>1</sup>.

## 2. HISTORICO

O conceito de qualidade de vida tem merecido atenção cada vez maior em diversos campos do conhecimento, tais como: sociologia, educação, medicina, enfermagem e psicologia, além dos meios de comunicação, campanhas publicitárias e até em discursos políticos, tornando-se assim um tema em destaque na sociedade atual.

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

A Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, que abrangem a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por práticas gerenciais, sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território em contato preferencial dos usuários. Orientada por princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e da participação social. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2007).

A Vigilância da Saúde do Trabalhador foi conceituada como uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Machado, 1997).

O profissional só vai conseguir atingir a qualidade de vida se tiver um ambiente harmonioso, condições dignas de trabalho, bons salários, lazer, equipe integrada com bom relacionamento interpessoal, que o profissional seja líder e não chefe, para amenizar os estressores já existentes no ambiente de trabalho. Isso tudo reflete diretamente em boa qualidade de vida e atendimento (Oliveira, 2005).

É fundamental a implementação das políticas públicas referente à qualidade de vida no trabalho do médico, para melhorar a qualidade dos serviços de Saúde oferecidos a população atendida na atenção básica (Olivares; Lima; Linhares; Luitgards-Moura, 2009).

### **3. ESTUDOS, PERSPECTIVAS E CONCEPÇÕES**

#### **3.1. QUALIDADE DE VIDA**

A busca pelo significado da expressão Qualidade de Vida (QV) parece ser tão antiga quanto à civilização. Diferentes referenciais filosóficos, desde a antiguidade, conceituam o que seja vida com qualidade. O desenvolvimento histórico-cultural da humanidade traz referências às tentativas de se definir a qualidade de vida, mesmo antes da Era Cristã. Em escritos como Nicomachean Ethics, Aristóteles (384-322 a. c.) mencionava que as pessoas distintas concebem boa vida ou bem-estar como sendo a mesma coisa que felicidade, e que o significado de felicidade torna-se uma questão de contestação, pois alguns afirmam ser uma coisa, outros dizem ser outra e, de fato muito freqüentemente o mesmo homem lhe dá atribuições diferentes, de acordo com a situação que vivencia: quando adoecer concebe saúde como sendo felicidade, quando empobrece, como riqueza e prosperidade (Painter, 1994).

De acordo com Wood-Dauphinee (1999),

*O termo Qualidade de Vida foi mencionado pela primeira vez, em 1920, por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar material, onde relacionou a Qualidade de Vida ao suporte governamental oferecido às classes menos favorecidas e avaliou seu impacto na vida das pessoas e finanças nacionais.*

Todos concordam com o slogan de que “saúde é qualidade”, mas essa se torna uma afirmação vazia de significado se não for traduzida em um modelo concreto que possibilite compreender o que estamos querendo dizer. Qualidade de vida é um conceito polissêmico, ou seja, que encerra vários significados e interpretações dependendo de quem o elabore e qual dimensão esteja sendo valorizada para explicá-lo (Lacaz, 1983).

O conceito de qualidade de vida é uma importante contribuição para as medidas de desfecho em saúde. Por ser de natureza abrangente e estar intimamente relacionado ao que o indivíduo sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo. Faz parte de um dos anseios primordiais da espécie humana, que é o de viver bem e sentir-se melhor a cada dia em relação às atividades diárias (Fleck, 2008, pag. 26).

### **3.2. QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**

A qualidade de vida no trabalho pressupõe uma maior participação do trabalhador na empresa, na perspectiva de tornar o trabalho mais humanizado. Agora os trabalhadores são vistos como sujeitos, estando sua realização calcada no desenvolvimento e aprofundamento de suas potencialidades (Lacaz, 1983).

França (1997) expandiu o conceito da seguinte forma:

*Qualidade de vida no trabalho (QVT) é o conjunto das ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da (QVT) ocorre a partir do momento que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de um enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para o diagnóstico, campanhas, criação de serviço e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa.*

A mesma pesquisadora esclarece que “A origem do conceito vem da medicina psicossomática que propõe uma visão integrada, holística do ser humano em oposição à abordagem cartesiana que divide o ser humano em partes”. E conclui, afirmando que: “No contexto do trabalho esta abordagem pode estar associada à ética da condição humana. Esta ética busca desde a identificação, eliminação, neutralização ou controle, de riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, padrões de relações de trabalho, carga física e mental, requerida para cada atividade, implicações políticas e ideológicas, dinâmica da liderança empresarial e do poder formal até o significado do trabalho em si, relacionamento e satisfação no trabalho” (França, 1997).

De acordo com Conte (2003),

*A importância da qualidade de vida no trabalho (QVT) reside no fato de que passamos em ambiente de trabalho mais de 8 horas por dia, durante pelo menos 35 anos de nossas vidas. Trabalhadores com qualidade de vida no trabalho são mais felizes e produzem melhores serviços. Um reflexo é aquela palavra cada vez mais falada nos ambientes do Sistema Único de Saúde (SUS): Humanização, que vem se mostrando uma necessidade de usuários e profissionais de saúde.*

O desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no Programa de Saúde do Trabalhador, na rede pública gerou a necessidade de construir um arcabouço legal para dar suporte a estas ações e permitir a sua consolidação no SUS. No ano de 1998, duas portarias foram editadas com este objetivo, a primeira aprovando a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador e a segunda estabelecendo procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS.

Promover Saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de Saúde.

### **3.3. QUALIDADE DE VIDA E VIGILÂNCIA**

A Vigilância da Saúde do Trabalhador foi conceituada como uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Machado, 1997).

A relação entre trabalho e as condições de saúde/doença das populações vem sendo estabelecida desde a Antiguidade — já há registros, por exemplo, em papiros egípcios. Todavia, o reconhecimento dessa relação nem sempre se constituiu como foco de atenção das sociedades, existindo em determinados períodos históricos a concepção de naturalização do trabalho e de suas conseqüências para a vida humana. Isto pôde ser observado durante a escravidão e também no regime servil, quando interessava às classes dominantes difundir a idéia de que o trabalho era um estigma, um castigo, e que os trabalhadores eram peças naturais pertencentes, a terra e que sua função no mundo era a dedicação ao trabalho (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1999).

Sendo assim essa visão de Saúde implica em uma percepção da totalidade do homem considerado um ser social e histórico indissociável e não, simplesmente, ausência de doença.

Considera-se, pois que a qualidade de vida resulta das expectativas e do projeto de vida de cada indivíduo, pois os componentes individual, sociocultural e de cunho subjetivo são fundamentais na sua compreensão, ou seja, o que é uma vida de boa qualidade para um pode não ser para o outro. O âmbito da qualidade de vida envolve a semântica das condições de vida, de trabalho e de reprodução social, o que se refere a sentimentos de satisfação, felicidade e realização pessoal e profissional, devendo ser compreendidos por atribuições do próprio sujeito (Minayo; Souza, 2003).

### **3.4. QUALIDADE DE VIDA, SALÁRIOS E AMBIÊNCIA**

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

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

Assim, são usados para realizar mutirões da saúde e até como massa de manobra para promover vereadores, prefeitos e governadores. São, ainda, usados para ocupar postos de saúde na periferia, que funcionam sem equipamentos, sem pessoal técnico, sem segurança. Estes profissionais da Saúde são uma figura fantasma para o SUS, porque não tem registro, nem fundo de garantia, férias, 13º salário e nem mesmo salário. O profissional da Saúde deve ter seu trabalho reconhecido. Temos de definir se somos liberais ou empregados dos SUS (com todos os bônus e ônus). Neste caso, temos de receber pelo que fazemos diretamente em nossas contas sem intermediários, condições de trabalho e remuneração justa (Françoso, 2009).

### 3.5. QUALIDADE DE VIDA E SOCIEDADE

Para efeito do que queremos demonstrar com essa reflexão é importante destacar o aspecto de construção social de qualidade de vida. Que pode variar com as diferentes culturas, mas, em geral, em todas, à qualidade de vida associa-se com valores materiais e também valores não-materiais como liberdade, realização pessoal, solidariedade e felicidade (Marx, 1985).

De acordo com Epelman et al. (1991),

*Na verdade é um outro tipo de relação que tem profunda repercussão sobre a vida e a saúde dos trabalhadores, especialmente em sua vida psíquico-social. A característica desta se liga à produção de mecanismos não muito bem conhecidos e manifestações sintomáticas inespecíficas, que afetam diversas partes do organismo e se expressam muitas vezes no campo das chamadas enfermidades psicossomáticas, que afetam não só a saúde e a vida individual, mas também a vida familiar e social.*

No século XX, a postura crítica de muitos autores em relação à concepção da Medicina do Trabalho criou as condições para a emergência de novas idéias em torno das relações “Saúde e Trabalho”, surgindo à concepção de “Saúde do Trabalhador”. Esta é entendida como um conjunto de práticas teóricas, interdisciplinares e institucionais desenvolvidas por sujeitos em lugares sociais distintos Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1999), em que o trabalhador assume o seu papel histórico de sujeito e passa a buscar o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais “saudáveis” (Vasconcelos, 2001).

### 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de Saúde fazem muito mais do que as condições de trabalho permitem. Desde plantões cansativos, carga horária elevada, deslocamento para vários empregos, relação com os convênios e planos de Saúde e, por outro lado, os baixos salários e as condições precárias de trabalho tendem afetar sua relação com os outros e, conseqüentemente sua idade física e mental. Ante tais circunstâncias adversas pode-se supor que o desempenho laboral diário desses profissionais dê-se a custa de extremo esforço, do desdobramento de suas capacidades e potencialidades para fazer frente ao maior dispêndio de energia demandado em resposta às exigências do trabalho. Considerando ainda o fato de estar em suas mãos o resguardo de muitas vidas humanas, o que implica que estejam submetidos às mais diversas pressões e cobranças sociais. O ambiente de trabalho em seu aspecto físico, também evidencia a presença de agentes causadores de estresse devido às condições muitas vezes insalubres sob as quais atuam os

trabalhadores da Saúde, expostos a acidentes e a enfermidades variadas, fruto de materiais e instrumentos utilizados, assim como as condições de temperatura, ruído (aparelhos de ar condicionado sem manutenção adequada), contatos com agentes químicos e bacteriológicos (Gouveia; Lins; Freire; Gomes, 2009).

Cuidando do cuidador teremos melhoria da qualidade de vida dos profissionais da Saúde e da população. A necessidade de atuar em diversos ambientes de trabalho faz com que esse profissional descuide a própria saúde, sem tempo para acompanhamento de rotina necessário para manter o adequado funcionamento do nosso corpo e mente. Assim desta forma o CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo) iniciou uma campanha no sentido de alertar os cuidadores para os riscos à saúde que essa atitude pode ocasionar. Os médicos também adoecem, de igual forma que a população em geral, integrando as estatísticas epidemiológicas. Isto se dá muitas vezes porque negligenciam a própria saúde em função de vários empregos. Inicialmente o objetivo desta campanha é fazer um alerta por meio de cartazes, que estão sendo distribuídos nas unidades de saúde. Outra estratégia será fazer parcerias com as sociedades de especialidades que mais tem relação com os problemas prevalentes destes profissionais (CREMESP, 2009).

A preocupação em aferir a qualidade de vida dos médicos que trabalham na atenção básica, nos leva a uma procura por instrumentos que façam possível esta interrogante e neste longo caminho encontramos revisando a literatura o WHOQOL-100, já que qualidade de vida é um construto sobre o qual não há consenso na literatura, devido a que qualidade de vida é uma questão subjetiva, influenciada também pelo cultural, social e ambiental. Isso determina que qualidade de vida não pode ser igualado a bem-estar, estado de saúde, estilo de vida ou estado mental. Assim foi desenvolvido este instrumento que valoriza sobremaneira a percepção subjetiva do indivíduo (Fleck, 2008, pag. 61).

Diante do exposto, concluímos que no Brasil e especificamente no Município de Boa Vista, a literatura evidencia os diversos riscos nos quais estão expostos os profissionais da Saúde, principalmente físicos e estruturais, além da organização da rotina de trabalho e das deficiências de recursos materiais e humanos. Nesse sentido, esse trabalho não pretendeu esgotar o assunto, ao contrário, muito precisa ser feito, trabalhado, refletido e analisado, para que efetivamente possamos melhorar as condições de trabalho e conseqüentemente a qualidade de vida dos trabalhadores da Saúde do município de Boa Vista.

## 7. REFLEXOES E PROPOSIÇÕES

Nesse sentido, ressaltamos a necessidade de empreendermos estudos e reflexões que contemplem:

A humanização dos territórios de encontros do SUS, a valorização dos trabalhadores da saúde, a Educação Permanente e qualificação em serviço, a Regulamentação dos planos de cargos e salários dos profissionais da saúde, a diminuição dos períodos de exposição aos riscos com atividades de lazer e recreação, a promoção da vigilância da saúde do trabalhador identificando os agravos no serviço e a realização de avaliações periódicas da saúde dos profissionais

## 8. BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / M da S, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p.

Cohen C. (1982). On the quality of life: some philosophical reflections. *Circulation.*; 66:29-33.

Conte, A. L. (nov. 2003). Qualidade de vida no trabalho. *Revista Fae Business*, n. 7.

CREMESP, CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, Médicos devem cuidar também da própria Saúde, *Jornal do Cremesp* N 262, p5, Agosto 2009.

Epelman, M.; Fontana, D.; Neffa, J. C. (1991). Efectos de las Nuevas Tecnologías informatizadas sobre La Salud de los trabajadores. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina.

Fleck, M. P de A...et al. A avaliação de qualidade de vida: Guia de profissionais da Saúde. Porto Alegre, Brasil: Artemed, 2008. 228p.

França, A. C. Limongi. Qualidade de Vida no Trabalho: Conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas Brasileiras, *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, p. 79 – 83, abr./mai./jun. 1997

Françoso, R.. (Julho de 2009). A Propósito da precarização do trabalho Médico: Vamos reagir agora mesmo! *Jornal da Associação Paulista de Medicina*.

Gouveia, R. S. V.; Linz, Z. M. V.; de Lima, T. J. S.; Freires, L. A.; Gomes, A. I. A. S. de B. Bem estar afetivo entre profissionais de Saúde. *Revista de Bioética do Conselho Federal de Medicina*. Volume 17 n 2 – Brasília, 2009.

Lacaz, F. A. C. (1983). Saúde no Trabalho. Dissertação de Mestrado. Departamento de medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo. 147 pp.

Machado, M. H. et al. (1997). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. / coordenado por Maria Helena Machado. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Marx, K. O capital: crítica da economia política. Vol. I, Livro Primeiro, Tomo 1; São Paulo: Edição Nova Cultural. 1985.

Minayo-Gomez, C. & Thedim-Costa, S. M. F. T. (1999). Precarização do Trabalho e Desproteção Social: Desafios para a Saúde Coletiva. CESTEJ. Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Revista de Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 4(2):411-421.

Minayo, M. C. S.; Souza, E. R. (Orgs.) (2003). Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.

Murad, A. (2007). A via Sacra dos Médicos. Jornal do Conselho Federal de Medicina, publicado em 22/06/07. Brasília.

Olivares, A. I. O.; Lima, M. E. G. dos A.; Linhares, E. S.; Luitgards-Moura, J. F. Qualidade de vida do trabalhador da Saúde no município de Boa Vista: Reflexões acerca da Saúde dos cuidadores. Monografia (não publicada) apresentada como parte dos requisitos para obter o Título de especialista em Saúde do trabalhador e Ecologia humana da FIOCRUZ/ENSP. Boa Vista, Roraima, 2009.

Oliveira, A. F. M. (2005). **A arte do cuidar do cuidador**. Tese de conclusão do curso de enfermagem, Centro Universitário Campos de Andrade. Curitiba.

Painter, P. (1994). The importance of exercise training in rehabilitation of patients with end-stage renal disease. *Am. J. Kidney. Dis.* ; 24:2-9.

Vasconcelos, A. F. (janeiro/março 2001). Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. Cadernos de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 08, nº 1.

Wood-Dauphinee S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where are we going. *J. Clin Epidemiol.* ; 4(52): 355-63.