Acta Bioethica 2023; 29(1): 81-90

A EXPRESSÃO PESSOAL DE MÉDICOS FRENTE À BIOÉTICA, QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

Mário Afonso Maluf[1]*, Rui Nunes[2]

Resumo: Foi realizada uma pesquisa de opinião nacional na qual cada médico foi capaz de expressar seus sentimentos, compreensão e opinião pessoal no contexto da qualidade de vida no trabalho e bioética. Foi utilizado um questionário estruturado com tópicos relevantes, enviado pelo Departamento de TI do Conselho Federal de Medicina aos 95.022 endereços de e-mail registrados válidos, e foram obtidas 426 respostas completas. Houve manifestações negativas; em média, mais de 50% das respostas específicas, que mostraram que a falta de qualidade de vida no trabalho age negativamente sobre o entendimento e a opinião dos médicos sobre bioética e a relação médico-paciente, e não necessariamente que esta manifestação se materialize através de suas ações. Houve médicos receptivos que, através de suas respostas, conseguiram demonstrar que a falta de qualidade de vida no trabalho pode alterar e desconstruir esta relação no contexto da bioética.

Palavras-chave: trabalho, qualidade de vida, bioética, administração da saúde, saúde pública, esgotamento psicológico, síndrome de Burnout

Physicians' personal expression regarding bioethics, quality of life at work and the doctor-patient relationship

Abstract: A nationwide opinion survey was applied, in which each physician was able to express his or her feelings, understanding and personal opinion in the context of quality of life at work and bioethics. A structured questionnaire with relevant topics was used, sent by the Informatics Department of the Federal Council of Medicine to the 95,022 valid e-mails registered, and 426 complete responses were obtained. There were negative manifestations; on average, more than 50% of the specific responses, which evidenced that the lack of quality of life at work acts negatively on the understanding and opinion of physicians on bioethics and the doctor-patient relationship, and not necessarily that this manifestation is materialized through their actions. There were responsive physicians who, through their responses, were able to demonstrate that a lack of quality of life at work can alter and deconstruct this relationship in the context of bioethics.

Keywords: work, quality of life, bioethics, health administration, public health, psychological burnout, Burnout syndrome

Expresión personal de los médicos respecto a la bioética, la calidad de vida en el trabajo y la relación médico-paciente

Resumen: Se aplicó una encuesta de opinión, de **ámbito** nacional, en la que cada médico pudo expresarse plasmando sus sentimientos, comprensión y opinión personal en el contexto de la calidad de vida en el trabajo y la bioética. Se utilizó un cuestionario estructurado con temas pertinentes, enviado por el Departamento de Informática del Consejo Federal de Medicina a los 95.022 correos electrónicos válidos registrados, y se obtuvieron 426 respuestas completas. Hubo manifestaciones negativas; en promedio, más del 50% de las respuestas específicas, lo que evidenció que la falta de calidad de vida en el trabajo actúa negativamente en la comprensión y opinión de los **médicos sobre** la bioética y la relación **médico-paciente, y no** necesariamente que esa manifestación se materialice a través de sus acciones. Hubo **médicos receptivos que, a través de sus** respuestas, pudieron demostrar que la falta de calidad de vida en el trabajo puede alterar y deconstruir esta relación en el contexto de la bioética.

Palabras clave: trabajo, calidad de vida, bioética, administración de salud, salud **pública,** agotamiento psicológico, síndrome de Burnout

[1] Universidade do Porto, Departamento da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal, em convênio com o Conselho Federal de Medicina, Brasília, Brasil, marioafonsomaluf@hotmail.com, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1573-7761.

[2] Departamento de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal, ruinunes@med.up.pt, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1377-9899.

Introdução

Esta pesquisa é importante porque pode identificar que a falta da qualificação no contexto laboral do médico pode alterar o entendimento e opinião que cada médico tem em relação à sua opinião com a bioética. Ela busca uma perspectiva integrada e relacional que considere suas condições operacionais e o entendimento frente a este contexto. Os problemas elencados envolvem aspectos do seu ambiente de trabalho com temas como: recursos humanos (RH), estruturas de apoio, ações administrativas, estresse médico e honorários médicos, que são considerados importantes para definir a qualidade de vida no trabalho (QVT) destes profissionais. Dentro do razoável a pesquisa não contemplou respostas mais subjetivas que podem permitir uma maior inexatidão nas mesmas, como: oportunidades imediata e futura para o desenvolvimento humano, integração social e trabalho, etc. *(1)*. Embora o fator humano médico obviamente não seja o único participante de uma equipe de saúde multiprofissional, ele é certamente o "coordenador" principal destas atividades*(2)*. Buscamos com este novo olhar reverter o histórico onde os recursos humanos costumam significar um incômodo e são frequentemente negligenciados nas organizações, hora apresentando potencial positivo ou potencial de risco para eles. Contudo as ações exigem uma visão ampla que possa abordar o bom gerenciamento nesses serviços*(3)*.

Procuramos demonstrar com este trabalho uma conexão visceral da QVT e relação médico paciente, onde estas realidades são até identificadas pelos próprios pacientes como fatos que podem interferir no seu relacionamento com os médicos*(4)*.

Pergunta-se: Os motivos que comprometem o QVT podem interferir no sentimento, entendimento conceitual e compreensão de cada médico frente à bioética? Não buscamos nesta pesquisa uma metodologia que possa identificar decisões e ações de caráter bioético que estejam comprometendo a relação médico paciente nos seus aspectos concretos através dos Atos médicos (AM)*(5)*; mas sim, receber as respostas para as perguntas formuladas que podem ser derivadas e até suas frustações frente a realidade que está longe do esperado no trabalho do seu dia a dia.

Devido às suas características específicas no campo macroeconômico os setores de prestações de serviços em saúde são considerados produtos intangíveis, e como tais sua existência depende fundamentalmente para ser concretizado ter como responsáveis pela sua produção direta e indireta o trabalho embasado no fator humano*(6)*.

A qualidade desses serviços depende diretamente das condições mentais e físicas deste RH – fator humano. "O RH é o cliente interno das organizações médicas"*(7:39)*. Portanto, para alcançar os resultados desejados, é necessário que as organizações de saúde desenvolvam estratégias específicas para o RH*(8)*. Como observou Kabene, Orchard, Howard, Soriano and Leduc*(9)*, o gerenciamento adequado do RH é essencial para fornecer assistência médica de alta qualidade.

A classe médica, dentro de um contexto de razoabilidade, portadora de muitos anos de estudo formal e específico na medicina, possui o mínimo de entendimento do que sejam os temas pesquisados, a QVT e bioética, que estão somados também com suas definições que foram agregadas junto ao material da pesquisa enviado, o questionário estruturado. Neste caso ele pode manifestar de forma ciente dentro do seu entendimento e compreensão própria sobre a sua relação entre a QVT e bioética. Portanto, sua manifestação está imbuída de credibilidade e pessoalidade.

Como seres sociais, os profissionais médicos são diretamente influenciados pelas interações com o mundo ao seu redor. Essas conexões mudam a cultura, o pensamento e consequentemente sua maneira de agir e interagir com tudo que o cerca e se relaciona, incluindo os pacientes. Isso está de acordo com a afirmação de Vilarinho*(10:1)*, que disse: "o homem é entendido como um ser histórico, que age diretamente na realidade, modificando-o e, concomitantemente, modificando-se". Assim, sua expressão no mundo laboral está entrelaçada com o seu conceito, entendimento próprio e impalpável da bioética. Esse relacionamento é refletido no espaço relacional construído pela interação contínua de construções interpessoais do seu pensamento e ação no campo da prática médica – do AM. Sua expressão humana no *lócus* do trabalho é o espelho e o reflexo dessas influências com intensidades e de cunho estritamente pessoal.

Sua expressão de trabalho se materializa através da fusão da sua *práxis* médica pessoal com o "objeto" desta prática; ou seja, com o paciente. Conforme Wallace, Lemaire, and Ghali*(11)*, quando os médicos estão doentes, o desempenho dos sistemas de assistência médica pode ser abaixo do ideal. O bem-estar médico pode não apenas beneficiar o médico individual, mas também pode ser vital para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade.

Os médicos enfrentam riscos biológicos diários e constantemente são submetidos ao estresse e condições comprometedoras no trabalho. Essa realidade foi bastante intensificada nesse período da pandemia pelo Covid-19*(12)*. Além disso, na sua prática de trabalho geralmente desconsidera o padrão das leis trabalhistas da maioria dos trabalhadores brasileiros que respeitam um período de descanso de 26 horas após 12 horas de trabalho ininterrupto*(13)*. Em 9 de novembro de 2009, durante o Fórum Global de Líderes de Saúde em Taipei, Taiwan, a presidente da Associação Médica Mundial Dana Hanson falou sobre um "desespero silencioso" entre alguns médicos. "Médicos", disse ele, "não deveriam escolher entre se salvar e servir seus pacientes", acrescentando que "muitos médicos estavam queimando interiormente"*(14:1653)*.

Na série histórica das pesquisas sobre o perfil dos médicos no Brasil, esta publicada como Demografia Médica do Brasil 2018, confirmou essa noção com as declarações de 82% dos médicos brasileiros que concordaram que o principal problema de saúde no Brasil é a má gestão de serviços médicos*(15)*. A QVT dos profissionais médicos influencia e pode determinar a qualidade das relações médicos pacientes. Esses relacionamentos são fundamentais para consolidar a prestação de serviços médicos, que também inclui conceitos gerais e conceitos próprios sobre esta relação e a bioética. A QVT pode ser entendida como um programa destinado a facilitar e satisfazer as necessidades dos trabalhadores, enquanto desenvolve suas atividades dentro da organização através do AM. Sua ideia fundamental é que as pessoas sejam mais produtivas quando estão satisfeitas e envolvidas em seu trabalho*(16)*.

É um grande desafio que deve vir de melhorias nas organizações médicas com o objetivo de aperfeiçoar o gerenciamento e inserção do RH no seu mundo laboral. "Também abordamos por que os sistemas de saúde devem medir rotineiramente o bem-estar médico como um indicador da qualidade do sistema de saúde, tendo em vista o crescente reconhecimento de que o bem-estar do médico sub ótimo afeta adversamente o desempenho do sistema"*(11: 1714)*.

Métodos

Esta investigação foi aprovada em seus aspectos éticos por unanimidade junto ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto, e sua metodologia de trabalho e pesquisa pelo coordenador do doutorado em bioética na mesma universidade.

Pela necessidade de buscar uma abrangência maior possível de médicos participantes o projeto buscou utilizar da rede mundial de computadores como o canal de acesso para a classe médica brasileira. Sendo assim, o projeto identificou uma ligação fidedigna entre os pontos principais a serem considerados, o médico, o canal e a proposta de pesquisa. Esta ligação adveio do banco de dados pertencente ao Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão de supervisão federal e regulatório para toda classe médica brasileira como sendo a fonte para desenvolver o trabalho.

A pesquisa obteve a autorização necessária do CFM para sua realização, então a direção nacional confiou ao seu Departamento de Tecnologia da Informação (DTI) para a realização e construção dos processos digitais, do envio e recebimento do questionário estruturado pela rede mundial dos computadores para a classe médica brasileira, enfim de toda a coletânea dos dados. A escolha do DTI do CFM foi necessária como uma medida de segurança que proporciona confiabilidade nos resultados, por corresponder de forma verdadeira os endereços eletrônicos ativos com seus médicos correspondentes, ou seja, da autenticidade da relação médico com seu respectivo endereço de e-mail. Todos os processos de comunicação e interações deste projeto de pesquisa ocorreram através de um endereço de e-mail dedicado e exclusivo.

Um questionário estruturado preliminar, o instrumento de pesquisa, foi construído e discutido

inicialmente com trinta outros profissionais médicos do mesmo grupo do doutoramento, sendo ele também enviado através da internet, com o objetivo de testar a forma e o conteúdo das perguntas para que elas sejam formuladas de forma clara e compreensível. Este questionário estruturado se tornou o material básico da pesquisa proposta. Como parte desta pesquisa foi explicitada no corpo do e-mail e do próprio questionário definições de bioética*(17)*, deontologia*(18)* e informações que visaram esclarecer possíveis dúvidas sobre o tema, e uniformizar os conceitos técnicos junto aos médicos participantes, mesmo que posteriormente e de forma pessoal os médicos possam com os seus sentimentos e interpretações próprias relativas às perguntas formuladas se manifestarem com seu próprio entendimento as respostas no contexto explorado, temas que abordam a relação médico paciente, ambiente laboral e bioética. O questionário foi também contemplado com mais informações também com os motivos da pesquisa, do anonimato dos participantes e das diretrizes para a exclusão da participação em caso de arrependimento, sendo esta última solicitada pelo mesmo endereço de e-mail dedicado para a pesquisa, e do possível acesso aos resultados para posterior consulta que serão advindos da sua publicação. Após a triagem do orientador, o questionário foi finalizado e entregue ao DTI do CFM para sua construção digital a partir de um software livre fornecido pela empresa Google Inc. para todos os médicos cadastrados com seus respectivos e-mails válidos. Este departamento enviou e apresentou o retorno dos questionários com os resultados da pesquisa numa planilha Excel, onde posteriormente foram analisados com as conclusões explicitadas neste trabalho. A pesquisa respeita os critérios normativos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde*(19)*, e da Comissão de Ética Médica.

Participantes

O Brasil possui mais de 451.777 médicos*(15)*, muitos dos quais fazem parte deste estudo. O DTI naquele momento totalizou 95.022 profissionais com e-mails ativos e corretos. No final da pesquisa quantitativa o DTI recebeu 426 questionários totalmente preenchidos, a amostra da pesquisa, e compartilhou os resultados registrados em uma planilha Excel buscando posteriormente suas análises e conclusões. As perguntas formuladas visavam identificar temas que podem fazer parte das distorções na qualidade pertinentes ao ambiente laboral relativo ao gerenciamento de recursos humanos relacionados com a QVT no ambiente das ações médicas. O entendimento e subjetividade de cada médico responsivo, seu conhecimento técnico, a pessoalidade e a singularidade de cada uma das respostas sobre o tema foram particularizadas e expressas para cada uma das questões formuladas. As perguntas e opções para estas repostas foram baseadas na escala de Likert*(20)* contidas no questionário e explicitadas nas tabelas da pesquisa. Todas elas voltadas para vincular esses fatores pesquisados, que podem qualificar o seu ambiente de trabalho (QVT), com uma única resposta possível nas cinco opções da mesma escala. Sendo que cada resposta dada para cada um dos médicos se faz dentro da sua própria percepção e entendimento da relação bioética e QVT, e não necessariamente do AM que foram praticados por estes médicos responsivos junto aos seus pacientes. Foi utilizada a fórmula estatística explicitada abaixo, onde foi definida uma margem de erro de 5% com um nível de confiança de 95%. Sendo que o nível de confiança de 95% corresponde ao percentil das ciências da saúde, índice este que é o mais alto para uma pesquisa quantitativa. A população pesquisada compreendeu um total de 95.022 médicos com os seus e-mails válidos dos mais de 450 mil médicos registrados no CFM. A amostra obtida para a pesquisa foi de 426 questionários com as respostas completas recebidas, uma quantidade 11% superior aos 383 questionários necessários para sua validação técnica, o que o torna mais robustos nos seus resultados. A fórmula para o cálculo da amostra foi:

$$n = n.z^2.p\ (1\text{-}p)\ z^2.p.\ (1\text{-}p) + e^2.\ (n\text{-}1)\ (1)$$

Onde as letras da fórmula como a letra 'n' que é a amostra calculada, na população, onde a letra 'z' é a variável normal padronizada associada ao nível de confiança, a letra 'p' é a probabilidade real do evento, e a letra 'e' é o erro de amostragem.

Resultados das questões formuladas

Foi uma grande vitória receber os questionários preenchidos, já que o tema é inédito e trata também de questão de caráter pessoal para os médicos. Podemos perceber pela sua participação uma

demonstração de confiança neste projeto de pesquisa.

Depois de coletar os dados de retorno no questionário estruturado, seus resultados específicos serão apresentados abaixo.

Em relação à *primeira pergunta* com o texto: "Em qual das seguintes áreas médicas você trabalha?".

Tabela 1 – Áreas médicas

ÁREAS	n %
Clínicas	61,60
Cirúrgicas	28,80
Diagnósticas	5,70
Outras	2,80

No Brasil, há 54 especialidades que foram padronizadas pela resolução CFM nº 2.149(21). Eles estão incluídos em áreas clínicas, cirúrgicas, diagnósticas e outras (como administração e auditoria do hospital). As áreas médicas com especialidades clínicas e cirúrgicas representam quase o retorno total dos questionários enviados, conforme apresentado na Tabela 1.

Em relação à *segunda pergunta* como texto: "Quantos anos se passaram desde a sua graduação?".

Tabela 2 – Anos de formado

Ano de formado	nº %
1 ano há 5 anos	7,30
6 anos há 10 anos	11,20
11 anos há 20 anos	24,80

Conforme mostrado na Tabela 2 descrita acima, mais de 80% dos médicos responsivos têm mais de 10 anos de diplomas médicos, dados semelhantes com a pesquisa do Censo Médico Nacional*(22)*.

Em relação à *terceira pergunta* com o texto: "Se o cansaço e/ou fadiga devido a condições de trabalho precárias (que podem levar ao estresse) estão presentes em algum momento da sua vida profissional, esses fatores interferiram em suas práticas éticas?". De acordo com a respectiva Tabela 3, onde os resultados foram observados com base na escala de Likert.

Tabela 3 – Estresse

Estresse	
Totalmente de acordo	29,10
De acordo	28,20
Sem opinião	2,10
Discordo	23,90
Discordo totalmente	14,90

A falta de QVT é evidente em horas de trabalho diárias excessivas e trabalho ininterrupto. Estima-se que, no Brasil, "84,0% dos profissionais médicos trabalhem mais de 45 horas por semana e 16,65% trabalham mais de 80 horas por semana"*(7:104)*. Dados semelhantes foram encontrados em Portugal, onde "89,7% dos médicos que responderam aos questionários trabalham mais de 45 horas por semana"*(21:2)*. As decisões médicas exigem atenção profunda e raciocínio cuidadoso. Essa pressão pode levar os profissionais médicos a experimentar a síndrome do Burnout, ou síndrome do Esgotamento Profissional. Outros estudos descobriram que cerca de 40 a 60% dos médicos têm altos níveis de esgotamento em qualquer uma de sua carreira profissional e médicos de emergência são mais afetados, apresentando valores entre 46 e 93%, de acordo com os valores obtidos em vários estudos*(23)*. Estudos semelhantes descobriram que "47,8% dos profissionais tinham uma alta pontuação de Burnout"*(24:29)*. Essas descobertas são consistentes com a maior pesquisa de médicos do país. Uma proporção alarmante (25%) dos médicos de até 35 anos de idade trabalha mais de 80 horas por semana, e com 48,5% também trabalhando mais de três turnos consecutivos por semana. Além disso, apenas 21,7% dos que trabalham em turnos de 24 horas têm o dia seguinte. A aula médica tem uma dedicação exclusiva de 83,7% às atividades médicas*(22)*. Os cuidados de saúde dos búlgaros sofrem desafios semelhantes. Onde mais de 50% de nossos médicos e enfermeiros que respondem mostram grau de esgotamento moderado a alto e muito alto. Os aspectos sociais e econômicos da síndrome do burnout entre os profissionais médicos refletem-se no desempenho reduzido, baixa autoestima, diminuição da qualidade do atendimento ao paciente e, em alguns casos, menor efeito de tratamento médico*(25)*. Como Mosadeghrad*(26)* relata em pesquisa, o estresse

compromete o QVT.

Em relação à *quarta pergunta* com o texto: "Se as estruturas precárias, humanas ou de apoio para a prática da medicina estivessem presentes em algum momento da sua vida profissional, eles interferiram em suas práticas éticas?".

Tabela 4 - Estrutura, RH e apoio

Estrutura, RH e apoio	
Totalmente de acordo	25,50
De acordo	32,60
Sem opinião	2,90
Discordo	23,40
Discordo totalmente	15,60

Para este estudo, os resultados são apresentados na Tabela 4, onde os resultados foram observados com base na escala de Likert.

O Censo Médico de 2015 sobre os Profissionais Médicos mostrou que o trabalho dos médicos estava longe de ser o ideal. As organizações às quais os médicos pertencem "Desta forma, a organização passa a se preocupar em oferecer um ambiente que traga ao indivíduo: conforto, respeito, segurança e bem-estar, entre outros. Ou seja, a organização deve oferecer um ambiente propício e que favoreça o uso de suas capacidades"*(27:2)*.

Este trabalho tem como objetivo apresentar os fatores que influenciam a qualidade da vida profissional nas organizações. Dessa maneira, fatores como oportunidades iguais, identidade de tarefas, remuneração justa, feedback, entre outros, são percebidos como importantes*(27)*, sendo alguns destes fatores parte do rol pesquisado.

Na área de serviços, como o fator comportamental tem um papel importante em vários serviços, a qualidade se torna ainda mais crítica. Abordagens para gerenciamento de RH, gerenciamento de crescimento humano, motivação, empoderamento, endomarketing, entre outros, são itens que devem ser incluídos na agenda de discussão sobre gerenciamento de serviços*(28)*.

Como em outros países, o QVT entre os profissionais médicos do Brasil diminuiu substancialmente. Eventos médicos realizados no Brasil abordaram o tema da síndrome de Burnout. Entre eles está a Assembleia Geral Ordinária da Confederação Médica Ibero-Americana e do Caribe (Assembleia Geral Ordinária da Confederação Médica Latina-Íbero-Americana e Caribe-Confemel) em Brasília (Distrito Federal). Arthur Hengerer, presidente da Federação de Conselhos Médicos do Estado [FSMB] dos Estados Unidos da América (Conselhos Médicos dos Estados Unidos da América), enfatizou e reafirmou que esse fenômeno não ocorre apenas no Brasil. Os médicos trabalham cada vez mais sob uma enorme burocracia. Eles não têm controle de seu ambiente que, tradicionalmente, já é caótico, como encontrado pelo CFM. Há uma falta de respeito e equidade e muitos conflitos de valores. Tudo isso deixa os profissionais muito expostos, e o estresse os impede de decidir o que é melhor para o paciente*(29)*. Foi relatado que um total de 45,8% dos médicos se queixam de síndrome do Burnout*(30)*. Embora os médicos conheçam os fatores que levam ao estresse em seus locais de trabalho, bem como nos mecanismos de prevenção, eles são suscetíveis e, paradoxalmente, não podem impedir sua exaustão física e mental que podem derivar dos fatores negativos pesquisados. O esgotamento é especialmente problemático para indivíduos que estão na linha de frente de suas profissões. O impacto dessa condição crônica nos médicos é particularmente importante, uma vez que suas ações estão ligadas à mortalidade e morbidade dos pacientes. A profissão médica está ciente desse problema e muitas intervenções foram desenvolvidas para melhorar os antecedentes e as consequências do burnout*(31)*. A responsabilidade dos médicos pela assistência médica no Brasil tornou-se mais imponente após a ratificação da Constituição de 1988*(32)*. A obrigação do Estado com a saúde da população está no artigo 196 da Constituição brasileira*(32)*. Consequentemente, o compromisso com a QVT se tornou um ponto crítico no setor nacional de saúde*(32)*.

Com relação à *quinta pergunta* com o texto: "Se a precariedade ou a falta de ação administrativa nos serviços de saúde estivessem presentes em algum momento da sua vida profissional, interferiu em suas práticas éticas?". Os resultados são apresentados na Tabela 5, onde os resultados foram observados com base na escala de Likert.

Tabela 5 - Ação administrativa

Ação administrativa	
Totalmente de acordo	24,50
De acordo	31,20
Sem opinião	4,40
Discordo	22,90
Discordo totalmente	17,00

Os médicos estão continuamente fazendo investimentos significativos em suas vidas profissionais. Eles enfrentam riscos biológicos diariamente e são constantemente submetidos a estresse e condições de trabalho ruins. Em pesquisas relacionadas entre o provedor (médicos) e os fatores ambientais, como sistemas de saúde, RH e instalações, indicam que esses são fundamentos para obter a qualidade dos serviços médicos fornecidos*(26)*. Os médicos buscam superar as deficiências organizacionais que interferem na qualidade de seus cuidados, que são conceitualmente estruturados no relacionamento médico-paciente*(33)*. O QVT dos profissionais médicos influencia e determina a qualidade das relações médicas-pacientes. "Qualidade de vida" também foi assumida pelas organizações em geral. Esse conceito de qualidade no gerenciamento de serviços também é compartilhado por Baathe*(34)*. Sua ideia fundamental é que as pessoas sejam mais produtivas quando estão satisfeitas e envolvidas em seu trabalho*(16)*.

Em relação à sexta pergunta com o texto: "Quanto aos honorários recebidos de alguma instituição pública e/ou privada, você os considerou adequados ou justos. Em caso negativo, ele pode interferir na sua vida ética?

Tabela 6 - Honorários médicos

Honorários médicos	
Totalmente de acordo	12,60
De acordo	16,10
Sem opinião	4,40
Discordo	36,70
Discordo totalmente	28,70

Os resultados apresentados na Tabela 6, onde os resultados foram observados com base na escala de Likert.

Esta pergunta em seus resultados específicos individuais se apresentou diferente do histórico das respostas anteriores. Talvez por ser a questão relativa aos honorários um ponto que pode ser muito sensível para a classe médica. Este resultado díspare pode estar vinculado na essência da representação da figura do médico que esta historicamente vinculada através do AM a um contexto dos princípios cristãos, da benevolência, piedade e caridade, dentre outros conceitos relativos à figura do bem e 'santificada', e que pode na expressão da sociedade religiosa cristã ter conceitos conflituosos a respeito desta relação, dos valores pecuniários e prática da medicina, onde valores cristãos na sua concepção da santa igreja católica, apostólica e romana, onde advém a grande maioria da população e tradição brasileira*(35)*. É um tema que merece estudos específicos e mais profundos para melhor qualificar este resultado.

Situações deste contexto da relação entre a QVT e a bioética não ocorre apenas no Brasil, mencionamos que mesmo os Estados Unidos, a maior nação do mundo, os problemas com a gestão da saúde estão presentes, fazendo com que muitos não tenham acesso e até medicina de qualidade*(36)*. Certamente, a falta de qualidade no gerenciamento de serviços médicos compromete e afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados*(36)*.

Discussão

Os resultados da pesquisa conduzida com 426 médicos devem servir como um aviso para o trabalho da medicina no Brasil, pois ele também sinaliza para uma estreita relação entre gerenciamento dos serviços médicos com o foco na QVT e bioética. Todo o questionário formulado e entregue está voltado para situações pertinentes ao seu ambiente de trabalho. Portanto, a definição de cada médico manifestada com suas respostas neste questionário é uma expressão individual do seu próprio entendimento sobre o processo, não necessariamente que suas ações práticas através dos AM, na relação médico paciente, foram efetivadas.

Os valores da pesquisa quantitativa são significa-

tivos para os resultados disponibilizados na escala de Likert dos fatores da QVT escolhidos para as perguntas formuladas. Na tabela abaixo, Tabela 7, demonstra comparativamente nos resultados das respostas formuladas uma semelhança numérica entre si, fato que significa uma coerência no conjunto da relação perguntas/respostas frente aos temas apresentados através dos diversos médicos responsivos, exceto no seu último resultado.

Tabela 7 - Resultados Médios das perguntas formulados sobre itens da QVT

Questões	3	4	5	6
Tema	Estresse	Estrutura, RH, apoio	Ação administrativa	Honorários
Média %	57,30	56,00	55,70	28,70

Atentando de forma reiterada pelo fato que 89,30% dos médicos brasileiros têm vínculo parcial ou total com o sistema de saúde pública*(22)*, portanto com esse resultado da pesquisa podemos também considerar um caso de saúde pública. Nesse contexto, fatores que podem comprometer o QVT estão presentes no ambiente em torno das relações dos médicos e pacientes que são determinantes para a construção da prestação de serviços médicos. De alguma maneira a bioética, seja tanto no sentimento, na forma conceitual e no entendimento de cada médico ela está expressa nas respostas apresentadas.

Há limitações na pesquisa quanto à identificação e separação do que está somente refletido no sentimento e entendimento de cada médico responsivo frente às questões formuladas sobre bioética na relação médico paciente, e estes resultados perante a um real comprometimento das suas ações práticas junto ao AM nesta mesma relação.

A pesquisa também pode traduzir uma frustação dos médicos que estão sendo submetidos às condições que comprometem a QVT os levando a um processo de desconstrução da bioética no seu dia a dia laboral, inclusive com a presença de fatores negativos constantes que podem desencadear a síndrome do Esgotamento Profissional – síndrome do Burnout*(37)*.

Qualquer que seja a interpretação a ser extraída dos resultados, de maneira alguma não se pode furtar do fato de que as perguntas formuladas pertinentes a sua QVT, e sua manifestação pelas respostas frente à relação com a bioética foram evidenciadas. A pesquisa pode de alguma maneira identificar 'ruídos' no entendimento e desconstrução desta relação, sejam eles no patamar conceitual de cada médico, e até podendo pensar da possibilidade de uma concretização distorcida para uma prática através do AM. As conclusões definitivas destas nuances devem merecer um maior aprofundamento através de novas pesquisas.

Conclusão

A pesquisa pode demonstrar através da expressão individual de cada médico que se manifestaram pelas respostas apresentadas sua compreensão no contexto da relação QVT e bioética. Os resultados foram muitos significativos com as opções de valores contidas na escala de Likert, em média de mais de 50,00% (Tabelas e Figuras 3, 4, 5 e 6) dos seus resultados. Os temas pesquisados fazem parte do ambiente de trabalho médico, como: a presença do estresse, fatores estruturais, RH, apoio administrativo, ações administrativas e honorários médicos e que podem alterar a QVT, segundo os próprios médicos há um desconstruir no seu sentimento e entendimento relativo à bioética. Não necessariamente a bioética esteja comprometida nos contextos do AM por estes mesmos médicos responsivos. De maneira que reafirmamos que os médicos como seres humanos possuem as mesmas necessidades que qualquer outro profissional, apesar de estar lidando com uma área de extrema nobreza que é a saúde humana, onde a medicina não só compete em ter um conhecimento técnico, mas também da necessidade de um sólido arcabouço ético. Portanto, são entes sensíveis e moldáveis no seu sentimento e comportamento pelo meio externo do qual se relacionam. A pesquisa tem uma nova perspectiva no olhar para o outro lado da mesma "moeda".

É imperativo procurar aprimorar utilizando de várias técnicas modernas e consistentes que possam ser aplicadas no seu ambiente de trabalho buscando melhorar a QVT destes profissionais da saúde. Há necessidade de promover um novo olhar que possa não só contemplar o direito do paciente, do qual devemos ter o nosso acolhimento, dedicação e o melhor de nosso conhecimento téc-

nico, mas também permitir aos médicos que tenha o direito de ter boas condições de trabalho para o seu exercício profissional.

Agradecimentos

Agradeço o Conselho Federal de Medicina que me permitiu realizar esta pesquisa, representado pelo conselheiro Dr. Hiran Gallo que fez o seu encaminhamento junto a esta diretoria, o seu Departamento de Informática pela operacionalidade técnica do projeto, da bibliotecária Karyn Lehmkuhl pelo seu auxílio na formatação do periódico, e todos os médicos que participaram desta pesquisa.

Referências

1. Fernandes RB, Martins BS, Caixeta RP, Costa Filho CG da, Braga GA, Antonialli LM. Quality of work life: an evaluation of Walton model with analysis of structural. *Espacios* [Internet]. 2017; 38(3). Disponível em: https://www.revistaespacios.com/a17v38n03/a17v38n03p05.pdf
2. Saar SR da C, Trevizan MA. Professional roles of a health team: a view of its components. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet] 2007 Feb; 15(1): 106-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104--11692007000100016&lng=en&tlng=en
3. Bombiak E. Human resources risk as an apect of human resources management in turbulent environments. In: Pînzaru F, Zbuchea A, Brătianu C, Vătămănescu E-M, Mitan A, editors. *STRATEGICA: Shift Major Challenges of Today's Economy* [Internet] Bucharest; 2017: 121-32. Disponível em: https://www.dropbox.com/s/eb7f5ie9ydbl4mf/Volume Strategica 2017.pdf?dl=0
4. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: A systematic literature review. *Soc Sci Med* [Internet] 2012 Jul; 75(2): 257-63. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953612002808
5. Brasil. *Lei Nº 12.842, de 10 de julho de 2013*, *dispõe sobre o exercício da Medicina* [Internet]. Brasil; 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm
6. Silva RR da. *Importância do setor de recursos humanos no contexto de estratégia da organização* [Internet]. [Orleans]: Centro Universitário Barriga Verde; 2013. Disponível em: http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/Monografia-RAIANE-RODRIGUES-DA-SILVA.pdf
7. Maluf MAF. *Marketing de serviços na assistência médica: fatores que podem determinar a qualidade* [Internet]. Universidade Presbiteriana Mackenzie; 1999. Disponível em: http://tede.mackenzie.br/jspui/handle/tede/4093
8. Teixeira AF. A *Importância dos recursos humanos na qualidade e efeitos no desempenho organizacional* [Internet]. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior; 2013. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3085/1/Alexandra_Teixeira_M4566.pdf
9. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health* [Internet] 2006 Dec 27; 4(1): 20. Disponível em: https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-20
10. Vilarinho YC. A influência social na formação do indivíduo: aproximações entre asteorias de Wilhelm Reich e de Lev Vygotski. In: *Encontro Paranaense, Encontro Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América* [Internet]. Curitiba: Centro Reichiano; 2008. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/73820744/Formacao-do-individuo#
11. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* [Internet] 2009 Nov; 374(9702): 1714-21. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609614240
12. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Cien Saude Colet* [Internet] 2020 Sep; 25(9): 3465–74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903465&tlng=pt
13. Brasil. *Consolidação das Leis do Trabalho: CLT* [Internet]. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2017. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/clt_e_normas_correlatas_1ed.pdf
14. The Lancet. Doctors get ill too. *Lancet* [Internet] 2009 Nov; 374(9702): 1653. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61972-3
15. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil 2018* [Internet]. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018. Disponível em: https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf
16. Arruda AT de, Dalpino CR, Nascimbem N de A, Tonon WF. *A qualidade de vida nas organizações como fator influenciador na produtividade de seus colaboradores* [Internet]. [Pederneiras]: Faculdade G & P; 2016. Disponível em: https://

www.fgp.edu.br/wp-content/uploads/2017/03/TCC-2016-A-qualidade-de-vida-nas-organizações-como-fator-influenciador-na-produtividade-de-seus-colaboradores.pdf

17. Archer L. *Da genética à bioética*. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2006.
18. Código de deontologia médica de portugal preâmbulo. *Bioethikos* [Internet] 2012; 6(4): 453-83. Disponível em: https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/98/doc2.pdf
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 510, de 07 de Abril de 2016. Art.1, Parágrafos I, V e VII* [Internet]. Brasília, Brasil; 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf
20. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Rev Gestão Organ* [Internet] 2013; 6(3): 161-74. Disponível em: http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/viewFile/1386/1184
21. Costa ACMM da. *Médicos, sono e qualidade de vida* [Internet]. Universidade do Porto; 2012. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71863
22. Scheffer M, Cassenote A, Poz MRD, Matijasevitch A, Castilho EA de. *Demografia Médica no Brasil 2015* [Internet]. Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). 2015. Disponível em: http://demografiamedica.org.br/project/demografia-medica-no-brasil-2015/
23. Caramelo RFR. *Síndrome de Burnout e a sua relação com o trabalho dos médicos* [Internet]. Universidade do Porto; 2010. Disponível em: https://hdl.handle.net/10216/53383
24. Marôco J, Marôco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em profissionais da saúde Portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Med Port* [Internet] 2016; 29(1): 24-30. Disponível em: https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6460/4534
25. Pavlova J, Afanasieva L, Deliyska B. Economic dimensions of burnout among medical professionals in Bulgaria. *J Manag Mark Healthc* [Internet] 2011 Nov 18; 4(4): 247-53. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1753304X11Y.0000000011
26. Mosadeghrad AM. Factors Affecting Medical Service Quality. *Iran J Public Health* [Internet] 2014 Feb; 43(2): 210-20. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26060745
27. Cavassani AP, Cavassani EB, Biazin CC. Qualidade de vida no trabalho : fatores que influenciam as organizações. In: *XIII Simpep* [Internet]. Bauru; 2006: 1-8. Disponível em: https://simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/784.pdf
28. Nóbrega KC. *Gestão da qualidade em serviços* [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 1997. Disponível em: http://www.funecsantafe.edu.br/SeerFunec/index.php/forum/article/viewFile/820/806
29. Conselho Federal de Medicina. *Suicídio, Síndrome de Burnout e dopping são debatidos em encontro das lideranças médicas latino-americanas e ibero-americanas* [Internet]. Portal Médico. Brasília; 2016 [cited 2020 Mar 19]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26580:2016-11-24-12-42-53&catid=3
30. Burnout ganha destaque na agenda de conselhos. *J Med* [Internet] 2017; 31(265): 2,7. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=265&edicao=3874#page/1
31. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: Implications for interventions. *Burn Res* [Internet] 2014 Jun; 1(1): 50-6. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213058614000084
32. Brasil. Seção II da saúde, Art. 196. In: *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* [Internet]. Brasília: Presidência da República, Casa Civil; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
33. Hayes B, Fitzgerald D, Doherty S, Walsh G. Quality care, public perception and quick-fix service management: a Delphi study on stressors of hospital doctors in Ireland. *BMJ Open* [Internet] 2015 Dec 23; 5(12): e009564. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-009564
34. Baathe F, Rosta J, Bringedal B, Rø KI. How do doctors experience the interactions among professional fulfilment, organisational factors and quality of patient care? A qualitative study in a Norwegian hospital. *BMJ Open* [Internet] 2019 May 24; 9(5): e026971. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-026971
35. Monte FQ. Ética médica: evolução histórica e conceitos. *Rev Bioética* [Internet] 2009; 17(3): 407-28. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/507
36. Lee P, Khong P, Ghista DN. Impact of deficient healthcare service quality. Lee P, editor. *TQM Mag* [Internet] 2006 Nov; 18(6): 563-71. Disponível em: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09544780610707075/full/html
37. Ruzevicius J. Quality of life and of working life: conceptions and research. In: *Toulon-Verona International Conference* [Internet]. Liverpool: Liverpool John Moores University; 2014: 317-34. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281372752_Quality_of_Life_and_of_Working_Life_Conceptions_and_Research

Recebido: 20 de julho de 2022
Aceito: 20 de outubro de 2022