

# Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família\*

Claudia Valentina de Arruda Campos\*\*  
Ana Maria Malik\*\*\*

**SUMÁRIO:** 1. Introdução; 2. Objetivo; 3. Metodologia; 4. Resultados; 5. Conclusão.

**SUMMARY:** 1. Introduction; 2. Objective; 3. Methodology; 4. Results; 5. Conclusion.

**PALAVRAS-CHAVE:** satisfação no trabalho; motivação; rotatividade; Programa de Saúde da Família; médico generalista.

**KEY WORDS:** job satisfaction; motivation; turnover rate; Family Health Program; family doctor; general practitioner.

Um dos problemas mais graves identificados na implantação do Programa de Saúde da Família no Brasil é a rotatividade do médico generalista. Já que o modelo se fundamenta no vínculo entre profissionais da equipe e população, a alta rotatividade dos médicos pode comprometer a efetividade do modelo. Pesquisa realizada no município de São Paulo para verificar a existência de correlação entre satisfação no trabalho dos médicos do programa e a rotatividade desses profissionais confirmou a hipótese da existência de correlação negativa. O prestígio da instituição parceira do município na implantação do programa foi o fator mais importante na determinação da rotatividade dos médicos. Outros fatores de satisfação no trabalho

---

\* Artigo recebido em dez. 2006 e aceito em set. 2007.

\*\* Administradora de empresas, especialista em administração hospitalar e de sistemas de saúde e mestre em administração pública e governo pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (Eaesp/FGV); psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Pesquisadora do GVSaúde. Endereço: Rua Aristides Lobo, 109, ap. 1309 — CEP 20250-450, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: claudiavalentina@gvmail.br.

\*\*\* Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), mestre em administração de empresas pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (Eaesp/FGV), doutora em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e *fellow em international health* no Johns Hopkins School of Public Health. Professora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (Eaesp/FGV), coordenadora do GvsSaúde. E-mail: anamalik@fgvsp.br.

que apresentaram correlação com a rotatividade foram: capacitação, distância das unidades de saúde e disponibilidade de materiais e equipamentos para realização das atividades profissionais.

### **Job satisfaction and physician turnover in the Family Health Program**

One of the greatest problems of the Family Health Program in Brazil is the high turnover of its physicians. Given that the program is based on the relationship between health professionals and citizens, these high rates affect the model's effectiveness. A survey to identify the correlation between job satisfaction and physician turnover in the city of São Paulo, Brazil, confirmed the hypothesis that there is a negative correlation between these indicators. The prestige of the partner institutions is the most important factor in determining the program's physician turnover in São Paulo. Other job satisfaction factors that showed correlation with physician turnover were: training, commuting time, and lack of adequate equipment and materials.

## **1. Introdução**

Este artigo, dividido em cinco seções, apresenta o resultado de uma pesquisa para identificar os fatores que levam à rotatividade dos médicos generalistas do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo.

### ***Programa de Saúde da Família***

Iniciado em 1994, o Programa de Saúde da Família tornou-se, a partir de 1998, a principal estratégia governamental de implantação da atenção básica no Brasil. O programa expandiu-se rapidamente nos pequenos municípios. Os grandes centros urbanos apresentaram maior dificuldade na implantação do programa. Isso foi causado tanto pela forma de financiamento, que terminou por privilegiar os pequenos municípios, quanto pelo modelo proposto, que não previa uma modalidade diferenciada de implantação em sistemas mais complexos e com grande número de especialistas (MS, 2002a).

O programa se expandiu de forma muito rápida. De 1994 a 2004, o número de equipes passou de 328 para 20.822. Em julho de 2004, dos 5.561 municípios brasileiros, 4.701 (84,55%) haviam implantado o programa, prestando assistência a cerca de 38,3% da população do país (MS, 2004b).

Diferentemente do que aconteceu no restante do país, onde o programa era de base municipal, em São Paulo, município com população de 10,7 milhões de habitantes, o Programa de Saúde da Família foi iniciado pelo governo do estado, no ano de 1996. Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde assumiu o programa e passou a implantá-lo por meio de convênio com 12 instituições

parceiras do município. Toda a contratação de pessoal para o Programa de Saúde da Família é realizada pelas instituições parceiras, pois elas são, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, as responsáveis pela definição e implantação das políticas de recursos humanos voltadas para esses profissionais. Em agosto de 2004 havia, no município, 668 médicos do Programa de Saúde da Família contratados pelas instituições parceiras.

O modelo de atenção à saúde proposto pelo Programa de Saúde da Família prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Seu objetivo é a substituição da rede básica de saúde tradicional. As unidades de saúde da família devem ser integradas à rede de serviços, pois são a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Seu objetivo é garantir a atenção integral à saúde das famílias e a hierarquização da assistência. Cada unidade de saúde da família é regionalizada, com clientela territorializada e adscrita. As unidades são compostas por equipes de saúde da família, responsáveis pelo acompanhamento da população moradora da região. No modelo do programa, o foco da atenção ocorre sobre a família e a comunidade, sendo fortemente valorizado o vínculo entre os profissionais e a população. A composição mínima de uma equipe de saúde da família é: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Os agentes comunitários são necessariamente moradores da região de atuação da equipe, responsáveis por estabelecer o vínculo entre ela e a população local.

Cabe ao médico do Programa de Saúde da Família prestar assistência integral a indivíduos de diversas faixas etárias, sendo o responsável pelo acompanhamento do paciente. Espera-se que ele incorpore ao atendimento aspectos emocionais, familiares, sociais e preventivos. Deve realizar, além das ações de assistência, outras educativas, coletivas e comunitárias, juntamente com os outros profissionais, além de participar do planejamento e da organização do processo de trabalho da equipe. A permanência dos profissionais de saúde no Programa de Saúde da Família, em especial do médico, é considerada um dos fatores críticos de sucesso para o programa. Apesar de se perceber a existência de rotatividade entre os médicos, há poucos dados a respeito (MS, 2002a, 2004a).

Algumas hipóteses têm sido formuladas quanto aos fatores que levam à rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. As hipóteses podem ser agrupadas nas seguintes categorias: forma de contratação, perfil do médico do Programa de Saúde da Família e condições de trabalho.

A expansão do Programa de Saúde da Família ocorreu em um período de forte tendência de flexibilização das relações trabalhistas na área pública no Brasil, apresentando formas de contratação muito variadas. No Sistema Único de Saúde isso se revelou pelo aumento da terceirização na contratação de mão-de-obra: o gestor público passou a contratar os profissionais por meio de outras organizações, e não mais diretamente. Uma das hipóteses levantada é que o

grande número de contratos temporários levaria à alta rotatividade dos médicos (MS, 2002a; Machado, 2002; Dal Poz, 2002; Girardi e Carvalho, 2003).

A falta de médicos com perfil adequado para atuar no Programa de Saúde da Família é uma questão muito citada como uma das dificuldades de implementação do modelo. Pesquisa realizada com gestores de grandes municípios indicou que um dos fatores possivelmente conducentes à alta rotatividade de médicos era a contratação de muitos recém-formados que, após curto período de tempo, abandonavam o emprego para cursar residência médica. Na mesma pesquisa os médicos contratados para o programa foram descritos como jovens e desempregados ou velhos e aposentados, com um perfil de difícil adaptação ao trabalho, potencialmente levando à alta rotatividade (MS, 2002a).

A proposta do Programa de Saúde da Família é que o seu médico seja generalista ou médico de família. Na prática observa-se que há grande número de profissionais com baixa qualificação e muitas atribuições. Pesquisa sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil constatou que, em 1999, apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF haviam concluído algum programa de residência médica. Essa média foi considerada baixa, quando comparada à média nacional para outras especialidades, em torno de 75% (Machado, 2002).

Sobre as condições de trabalho, considera-se que a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde da família, as dificuldades estruturais, como falta de medicamentos, materiais e retaguarda de outros níveis de atenção, além da insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos (Capozzolo, 2003).

A necessidade de tornar o programa atraente para os médicos levou alguns gestores a desenvolverem estratégias de captação e de fixação desses profissionais no trabalho. Algumas das estratégias utilizadas foram melhorias salariais e capacitações dos profissionais.

O salário dos profissionais do Programa de Saúde da Família tem sido superior à remuneração das demais especialidades médicas, nos mercados público e privado. Inquérito nacional realizado em 2001 verificou que os salários pagos aos profissionais estavam, em média, 76% acima do mercado de trabalho, em torno de R\$ 4 mil (cerca de €1.300, em valores de 2006). Embora o salário seja um dos atrativos para os médicos se apresentarem para contratação no programa, não tem garantido a sua fixação. Para alguns autores, o valor do salário do médico do Programa de Saúde da Família seria uma forma de compensação à precariedade do vínculo (Dal Poz, 2002; MS, 2002a; Girardi e Carvalho, 2003).

Sobre as capacitações, a percepção de que os médicos não têm formação adequada para atuar na atenção integral à saúde e responder às demandas de resolutividade do Programa de Saúde da Família levou o Ministério da Saúde

a considerar a educação permanente dos profissionais do Programa de Saúde da Família como um dos desafios para o êxito da proposta. Como forma de enfrentar o problema, em 1996 o Ministério da Saúde convocou instituições de ensino para apresentarem projetos que articulassem ensino e serviço com vistas à capacitação e formação profissional para o Programa de Saúde da Família. Em 2001 havia 30 pólos de capacitação, formação e educação permanente para pessoal da saúde da família nos 27 estados do país (MS, 2002b).

### ***As instituições parceiras na implantação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo***

No município de São Paulo, a história do Programa de Saúde da Família pode ser dividida em dois momentos: de 1996 a 2001, o governo do estado implantou no município o Projeto Qualidade Integral de Assistência à Saúde, similar ao Programa de Saúde da Família; após 2001, com a municipalização da saúde, o Programa de Saúde da Família passou a ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em 1996 a Secretaria de Estado da Saúde realizou a primeira parceria, com a Casa de Saúde Santa Marcelina. O instrumento utilizado na formalização da parceria foi o convênio. No ano seguinte, foi firmado outro convênio com a Fundação Zerbini, para atuar em uma diferente região do município.

O modelo de convênios utilizado era uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde, o Ministério da Saúde e entidades filantrópicas ligadas à prestação de serviços na área da saúde — fundações e organizações sociais. A justificativa das parcerias partiu de uma avaliação da secretaria, segundo a qual o gerenciamento dos serviços por meio de organizações sociais e fundações possibilitaria maior agilidade gerencial e administrativa ao programa.

Segundo o modelo proposto, os parceiros assumiam integralmente o projeto, com uma equipe central encarregada do planejamento, da supervisão e da avaliação do programa. Juntamente com a secretaria, os parceiros identificaram as áreas de implantação das equipes, realizaram a contratação da equipe técnica e dos agentes comunitários de saúde, assim como o processo de capacitação. Os projetos foram totalmente financiados com recursos públicos. Às instituições parceiras cabia a responsabilidade pelo gerenciamento dos recursos, o provimento do material de consumo, contratação de pessoal e a operacionalização das equipes do Programa de Saúde da Família. Os profissionais eram contratados em regime da Consolidação das Leis do Trabalho, que regulamenta o setor privado e a seleção foi realizada por meio de análise de currículo e entrevistas.

A partir de maio de 2001, com a municipalização do sistema de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde passou a responsabilizar-se pelos convênios e parcerias estabelecidos. O número de instituições parceiras passou para 12 e seu principal papel passou a ser o de contratação de pessoal para o programa. Foram firmados convênios com as seguintes instituições parceiras, além das duas já existentes: Organização Santamarense de Educação e Cultura; Universidade Federal de São Paulo; Associação Comunitária Monte Azul; Instituto Adventista de Ensino; Associação Saúde da Família; Associação Congregação Santa Catarina; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein; Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim. O número de profissionais contratados por essas instituições para atuar no Programa de Saúde da Família, em agosto de 2004, era 7.596, sendo que o número de médicos generalistas era 668.

### ***Satisfação no trabalho e rotatividade dos profissionais de saúde***

Estudo pioneiro acerca da rotatividade na área hospitalar foi realizado nos Estados Unidos, em 1950, pela Fundação Kellogg, tendo como objeto de interesse a equipe de enfermagem (Sturdavant e Jydstrup, 1955, citados por Anselmi, Angerami e Gomes, 1997).

Rotatividade é um problema para muitas organizações, em função dos custos para o empregador, particularmente nos trabalhos que requerem o oferecimento de extensivo treinamento aos seus profissionais. O problema dos custos de reposição de pessoal foi um dos fatores que estimularam o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a análise da rotatividade.

Em relação aos níveis de rotatividade considerados adequados a uma organização, estudos mostram que, quando ela se encontra acima de 26%, produz altos custos e impactos financeiros. Acima de 50%, corre o risco de comprometer a produtividade e a qualidade (Jones, 1990a, 1990b; Anselmi, Angerami e Gomes, 1997).

Muitos fatores tentam explicar por que os profissionais permanecem numa organização ou a deixam, mas a satisfação no trabalho talvez seja um dos fatores mais pesquisados em sua correlação com a rotatividade. A literatura considera que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que desempenha. O descontentamento pode ser causado por qualquer um dos muitos aspectos que compõem o trabalho. A existência da correlação negativa entre satisfação no

trabalho e rotatividade foi largamente estudada. Diversas pesquisas confirmam esses resultados (Herzberg, 1964; Vroom, 1964; Lévi-Leboyer, 1994). Na área de saúde, diversas pesquisas também confirmam essa correlação (Lichtenstein, 1984; Sibbald e colaboradores, 2000, 2003; Griffeth, Hom e Gartner, 2000; Hom e Kinicki, 2001; Landon, Reschovski e Blumenthal, 2003; Misra-Herbert, Kay e Stoller, 2004).

O problema da falta de profissionais e da intensa migração de profissionais de saúde, em especial de enfermagem, tem sido um fator de estímulo à realização de pesquisas que possibilitem a definição de políticas de curto e longo prazos na área de recursos humanos, voltadas para a fixação dos profissionais de saúde. A melhoria do nível de satisfação dos profissionais é uma alternativa para o aumento da fixação dos mesmos. No entanto, no caso da enfermagem, o mecanismo mais utilizado pelos países com falta de pessoal é o de ampliação das bases de recrutamento. Os países desenvolvidos têm recrutado profissionais de outros países, oferecendo-lhes melhores salários e condições de trabalho, como forma de combater a falta de profissionais. Isso ocorre em função dos custos envolvidos em cada um dos processos. O número de enfermeiros que têm migrado tem crescido substancialmente, levando à instabilidade da força de trabalho de enfermagem no mundo. Um exemplo da dimensão do problema é o ocorrido na Inglaterra. No início dos anos 1990, em média 10% dos enfermeiros contratados por ano eram provenientes de outros países. Esse percentual cresceu gradativamente. Entre 2001 e 2002, mais de 50% da força de trabalho contratada, cerca de 16 mil enfermeiros, era proveniente de outros 95 países. Esses acelerados níveis de migração indicam a existência de problemas, tanto nos países que cedem os profissionais quanto nos que os recebem (Kline, 2003; Buchan e Sochalski, 2004).

A questão da satisfação dos profissionais de enfermagem no trabalho tem sido investigada em diversos países do mundo. Os achados sobre os fatores de satisfação no trabalho de enfermagem divergem bastante. Tais fatores dependem do contexto organizacional e social em que é realizado o trabalho (Yamashita, 1995; Fisher e Yuan, 1998; Mphil, 1998; Sousa-Poza e Sousa-Poza, 2000; Lee e colaboradores, 2004; Mrayyan, 2005).

Apesar da categoria médica também estar vivendo o problema de migração intensa de profissionais entre países, ainda que não no mesmo grau da categoria de enfermagem, as questões que têm levado à realização de pesquisas sobre a satisfação no trabalho dos profissionais são outras.

No passado, a rotatividade dos médicos era muito baixa, em parte porque a maior parte dos médicos tinha seu próprio negócio. A partir dos anos 1980 esse quadro se transforma. A maior parte dos novos médicos passou a

iniciar sua atividade como funcionário de alguma organização. Com isso, o impacto da rotatividade aumentou muito (Buchbinder e colaboradores, 1999).

O principal objeto encontrado na realização de pesquisas de satisfação no trabalho de médicos é a comparação entre os níveis de satisfação daqueles que atuam na atenção primária (médicos generalistas ou médicos de família) e os especialistas. Essa comparação tem sido realizada por meio de *surveys* nacionais que avaliam o nível de satisfação no trabalho dos médicos no decorrer do tempo (Landon, Reschovski e Blumenthal, 2003; Sibbald, Bojke e Gravelle, 2003).

A realização de *surveys* voltados para a avaliação da satisfação dos médicos no trabalho é um fenômeno recente. O primeiro foi realizado por Lichtenstein, em 1984. Foram entrevistados profissionais que trabalhavam no sistema penitenciário dos Estados Unidos e analisados os fatores que levavam à rotatividade desses profissionais. Posteriormente, foram realizados outros *surveys* nos seguintes países: Malásia (Sararaks e Jamaluddin, 1997); Austrália (Bailie e colaboradores, 1998); Nova Zelândia (Dowell e colaboradores, 2001); Inglaterra (Sibbald e colaboradores, 2000, 2003); Estados Unidos (Landon, Reschovski e Blumenthal, 2003); e Noruega (Nylenna e Gulbrandsen, 2005).

Na Inglaterra, foram realizadas pesquisas nacionais para comparar o nível de satisfação dos médicos generalistas ao dos especialistas em 1987, 1990, 1998 e 2001. Nos três primeiros anos, observou-se que a variação no nível de satisfação de médicos generalistas declinou entre 1987 e 1990, período em que houve a reforma do sistema de saúde inglês<sup>1</sup> e que, entre 1990 e 1998, aumentou, não tendo voltado no entanto a alcançar o patamar de 1987. Na análise comparativa entre 1998 e 2001, a satisfação dos médicos generalistas ingleses voltou a cair. O percentual de médicos que tinha intenção de deixar de atender nos cinco anos subseqüentes à realização da pesquisa passou de 14% em 1998, para 22% em 2001. O principal fator associado a esse aumento foi a redução no nível de satisfação no trabalho dos médicos (Sibbald e colaboradores, 2000, 2003).

Um estudo realizado nos EUA comparou os níveis de satisfação no trabalho dos médicos generalistas com o nível de satisfação no trabalho dos médicos especialistas, nos anos de 1997, 1999 e 2001. O resultado obtido foi que os especialistas estavam ligeiramente mais satisfeitos que os generalistas. Em 1997, 42,4% dos generalistas estavam muito satisfeitos, assim como 43,3% dos especialistas. A satisfação no trabalho dos médicos declinou entre 1997 e 1999, mas não entre 1999 e 2001. No entanto, o resultado obtido não foi considerado válido para

---

<sup>1</sup> Também são relatadas insatisfações no trabalho dos médicos, decorrentes das reformas dos sistemas de saúde ocorridas nos anos 1990, na Austrália (Bailie e colaboradores, 1998) e na Nova Zelândia (Dowell e colaboradores, 2000).

todo o universo observado. A pesquisa demonstrou que os fatores de satisfação dependeram de aspectos que variaram em função do local e da data de aplicação do instrumento. Os resultados encontrados não foram uniformes e não puderam ser generalizados. Outro aspecto apontado na pesquisa foi a variação no nível de satisfação dos médicos quanto à autonomia na clínica. Em 1997, maior autonomia era considerada um valor, e em 2001 um problema. Isso porque, em 2001, maior autonomia significava maior dificuldade do profissional em obter recursos para seus pacientes (Landon, Reschovski e Blumenthal, 2003).

Na Noruega, a satisfação no trabalho dos médicos é acompanhada como parte de um programa de pesquisa desde 1994. Foi realizada uma análise de 1994 a 2002 com o objetivo de verificar o possível declínio na satisfação profissional e pessoal dos médicos no país. Constatou-se que a maior parte dos médicos na Noruega estava satisfeita com seu trabalho. Não foi encontrado declínio na satisfação profissional, ou pessoal, no período avaliado. O nível de satisfação no trabalho encontrado em 2002 foi superior ao encontrado em 1994. O mais interessante é que foi encontrada importante diferença entre especialidades: médicos generalistas e psiquiatras se encontravam mais satisfeitos, em 2002, que as demais especialidades. Especialidades exercidas com base em hospitais não apresentaram mudanças significativas no período. Para os autores, os resultados obtidos mudam a impressão geral, de que o declínio na satisfação dos profissionais médicos é um fenômeno mundial (Nylenna e Gulbrandsen, 2005).

Estudo de avaliação do nível de satisfação dos médicos em trabalho realizado na Malásia, em 1997, constatou que a maior parte dos profissionais se encontrava insatisfeita, sendo que 32,7% dos profissionais tinham intenções de se demitir. Os fatores associados à satisfação no trabalho foram: idade, cargo, salário e jornada de trabalho (Sararaks e Jamaluddin, 1997).

Sobre a visão dos gestores a respeito da satisfação no trabalho de médicos generalistas, em 1997, a Organização Mundial de Saúde realizou um encontro de 13 países europeus que tinha por objetivo fortalecer a medicina de família em seus sistemas de saúde. O tema do encontro foi o processo de capacitação dos médicos de família e sua integração ao sistema de saúde. Concluiu-se que para conseguir que os profissionais ampliem suas competências e seus resultados é preciso que estejam motivados. A motivação, por sua vez, foi relacionada ao *status* profissional, à satisfação no trabalho e aos salários (Who, 1997).

## 2. Objetivo

O objetivo deste artigo é identificar os fatores que levam à rotatividade dos médicos generalistas do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo.

Os objetivos específicos são verificar o grau de satisfação no trabalho dos médicos generalistas, verificar o índice de rotatividade dos profissionais e correlacionar o índice de rotatividade ao grau de satisfação no trabalho dos médicos generalistas do Programa de Saúde da Família.

### 3. Metodologia

Foram coletados dados de satisfação no trabalho de 242 médicos do Programa de Saúde do município, ou 36,2% dos profissionais existentes, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

O resultado da pesquisa de satisfação no trabalho está dividido em três partes: o resultado geral obtido, a análise dos resultados por indicador de satisfação no trabalho e a análise do resultado geral por instituição parceira.

Foram considerados os seguintes parâmetros referentes ao grau de satisfação dos profissionais no trabalho:

- ▼ muito satisfeito: acima de 90 a 100;
- ▼ satisfeito: acima de 75 a 90;
- ▼ parcialmente satisfeito: acima de 50 a 75;
- ▼ insatisfeito: acima de 25 a 50;
- ▼ muito insatisfeito: de 0 a 25.

Os indicadores utilizados para avaliar o grau de satisfação no trabalho estão no quadro 1.

Quadro 1  
Aspectos e indicadores da pesquisa de satisfação no trabalho

Aspecto	Indicador
Material	Ambiente físico
	Materiais
Pessoal	Identidade com a tarefa
	Capacitação
	Estresse
	Uso de habilidades
Referente à qualidade	Crescimento no trabalho
	Qualidade do serviço no setor
	Qualidade do atendimento no PSF

*Continua*

Aspecto	Indicador
Social	Confiança nas relações de equipe
	Relacionamento intra-equipe
	Reuniões de equipe
	Reuniões da unidade
	Adesão
	Imagem externa
	Credibilidade da pesquisa

Posteriormente foi levantado o índice de rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família por instituição parceira contratadora. O período avaliado foi de um ano (julho de 2004 a junho de 2005). Os resultados da pesquisa de satisfação no trabalho foram correlacionados aos dados de rotatividade obtidos por instituição parceira.

A fórmula de cálculo estabelecida para o índice de rotatividade (R) no município de São Paulo foi:

$$R = \frac{\text{Número de desligamentos no período}}{\text{Número total de funcionários no final do período}} \times 100$$

O índice de rotatividade foi classificado em função dos seguintes parâmetros: de 0 a 25% ao ano, adequada; de 25% a 50% ao ano, ruim; acima de 50% ao ano, crítica.

Por fim, foram correlacionados os índices de rotatividade encontrados e a classificação das instituições parceiras em função de contarem com faculdade de medicina e/ou hospitais.

As instituições parceiras foram classificadas conforme o quadro 2.

Quadro 2  
Classificação e pontuação das instituições parceiras (IP), em função de faculdade de medicina e/ou hospital

Classificação	Pontuação
IP com faculdade de medicina notas* A ou B, com hospitais universitários	3
IP ligada a fundação vinculada a faculdade de medicina nota A, com hospital universitário	3
IP com hospital de grande prestígio	3
IP com faculdade de medicina nota* C, com hospital universitário	2
IP com hospital	2
IP sem hospitais ou faculdades de medicina	1

\* Critério de classificação do Ministério da Educação e Cultura do Brasil.

## 4. Resultados

### ***Índice de rotatividade***

O índice geral de rotatividade dos médicos do PSF, de julho 2004 a junho de 2005, no município de São Paulo, foi de 37,4%. O índice geral do município pode, portanto, ser considerado ruim.

O índice de rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família, por instituição parceira (IP), encontra-se na tabela 1.

Tabela 1

**Rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família, por instituição parceira, no município de São Paulo, de julho de 2004 a junho de 2005 (%)**

Instituição parceira	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	IP XI	IP XII
Índice de rotatividade	43,2	61,1	41,3	32,3	42,4	60,9	26,7	—	—	22,8	14,3	22,2

Não foram obtidos os dados de rotatividade de duas IPs. Observa-se a existência de grande variação no índice de rotatividade por instituição parceira. O menor índice observado foi de 14,3% ao ano e o maior de 61,1%. Apenas duas instituições parceiras calculavam o índice sistematicamente, e apenas uma delas utilizava seus dados para gerenciamento.

Ao agruparem-se as instituições parceiras em função dos parâmetros estabelecidos para a pesquisa, foi obtido o seguinte:

- ▼ índice adequado (de 0 a 25% ao ano) — 3 IPs;
- ▼ índice ruim (de 25% a 50% ao ano) — 5 IPs;
- ▼ índice crítico (acima de 50% ao ano) — 2 IPs.

### ***Satisfação no trabalho dos médicos***

A pesquisa de satisfação dos médicos do Programa de Saúde da Família foi dividida em duas partes: a primeira, voltada para a caracterização dos profissionais; a segunda, para o levantamento do grau de satisfação no trabalho.

A caracterização dos médicos do Programa de Saúde da Família analisou as seguintes questões: gênero, faixa etária, local de nascimento, local de

formação, tempo de formado, especialização concluída, residência médica concluída, capacitações realizadas no programa, tempo de trabalho no programa, trabalhos anteriores, número de vínculos empregatícios, meio de locomoção para o trabalho e tempo de locomoção.

Os resultados obtidos foram os seguintes: constatou-se que 55,9% dos médicos eram do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 52,1% tinham até 40 anos (apenas 3,3% estavam acima de 59 anos). Nasceram no município de São Paulo 46,8% dos profissionais e cursaram universidades públicas 49,8%. Sobre o tempo de formação, 35,5% eram formados a até 4 anos; 20,1% de cinco a 14 anos; 26,8% de 15 até 24 anos e 17,6% acima de 25 anos. Quanto à especialização, 58,6% tinham especialização concluída, sendo que 36,8% tinham residência médica. Participaram da capacitação básica oferecida pelo município 84,6% dos profissionais, e da capacitação especializada, 30,7%. Para 29,7% dos entrevistados, a atuação como médicos generalistas do Programa de Saúde da Família foi a primeira experiência profissional em medicina. Quanto ao número de vínculos empregatícios, 56,8% declararam possuir dois ou mais vínculos. Tal dado é importante ao se considerar que a jornada estabelecida para o programa é de 40 horas semanais.

Por causa de um problema específico do município de São Paulo, as distâncias existentes entre os bairros e as dificuldades de locomoção, foram realizadas questões voltadas para o levantamento do meio de transporte utilizado pelos médicos para ir ao trabalho, e sobre o tempo gasto em locomoção. A maior parte dos profissionais, 82,7% dos médicos, ia para o trabalho de carro. Quanto ao tempo gasto para locomoção, 71,4% levava até uma hora para chegar ao trabalho; 20,7% de uma a uma hora e meia; e 7,9% mais de uma hora e meia.

Sobre o grau de satisfação no trabalho por indicador de satisfação foram obtidos os resultados apresentados na tabela abaixo.

Tabela 2  
Resultado dos indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, em agosto de 2004

Aspecto	Indicador	Resultado
Material	Ambiente físico	40,6
	Materiais	54,4
Pessoal	Identidade com a tarefa	87,1
	Capacitação	48,2
	Stress	36,2
	Uso de habilidades	77,4
	Crescimento no trabalho	78,6

*Continua*

Aspecto	Indicador	Resultado
Referente à qualidade	Qualidade do serviço no setor	83,8
	Qualidade do atendimento no PSF	89,3
Social	Confiança nas relações de equipe	80,6
	Relacionamento intra-equipe	93,4
	Reuniões de equipe	94,3
	Reuniões da unidade	89,3
	Adesão	82,0
	Imagem externa	82,1
	Credibilidade da pesquisa	78,6

Na tabela referente aos indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do programa, observa-se a existência de insatisfação, por parte dos profissionais, em relação aos seguintes indicadores: *stress* (36,2), ambiente físico (40,6) e capacitação (48,2). Esses indicadores foram considerados baixos, pois apresentam um resultado inferior a 50.

Com dados acima de 50 e abaixo de 74, indicando grau de satisfação parcial no trabalho, está o indicador referente à existência de materiais para realização da tarefa (54,4).

Com grau de satisfação adequado, de 75 a 89, encontram-se os indicadores referentes ao uso de habilidades (77,4), crescimento no trabalho (78,6), confiança nas relações de equipe (80,6), adesão (82,0), imagem externa (82,1), qualidade do serviço no setor (83,8), qualidade do atendimento no PSF (89,3) e reuniões da unidade (89,3).

Com resultado acima de 90, encontram-se indicadores de excelência no que se refere à satisfação no trabalho dos médicos. Estes indicadores são relacionamento intra-equipe (93,4) e reuniões de equipe (94,3).

O resultado geral quanto ao grau de satisfação no trabalho dos médicos do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, em agosto de 2004, foi de 74,7, mostrando satisfação parcial.

O resultado geral de satisfação no trabalho por instituição parceira encontra-se na tabela 3.

Tabela 3  
Resultado geral de satisfação no trabalho por instituição parceira (IP)

IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	IP XI	IP XII
76,3	74,4	76,6	72,6	77,0	71,0	74,8	72,7	76,9	77,3	—	—

O resultado geral de satisfação no trabalho variou, por instituição parceira, de 71 a 77,3.

A rotatividade por instituição parceira foi correlacionada a cada um dos indicadores de satisfação no trabalho obtido na tabela 3.

### **Correlação entre nível de satisfação e rotatividade**

O grau de satisfação geral no trabalho dos médicos apresentou correlação negativa com a rotatividade (-0,46), ou seja, quanto maior a satisfação geral dos médicos, menor a rotatividade. A tabela 4 tem as principais correlações encontradas entre indicadores de satisfação no trabalho e rotatividade.

Tabela 4

**Principais correlações encontradas entre fatores de satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família, do município de São Paulo, em junho de 2005**

Fatores de satisfação no trabalho	<i>r</i>
Capacitação	-0,59
Tempo de locomoção (mais de uma hora para chegar ao trabalho)	0,57
Materiais	-0,53

A maior correlação encontrada foi entre rotatividade e capacitação. Assim, quanto mais os profissionais se sentem capacitados para exercer suas atividades, menor a rotatividade (-0,59). Os resultados da pesquisa indicam que, de forma geral, os médicos do Programa de Saúde da Família se sentem pouco capacitados a exercer suas funções. A ausência de capacitação adequada leva à rotatividade dos profissionais. No resultado da pesquisa de satisfação no trabalho, o resultado referente às capacitações foi o terceiro pior em termos de satisfação.

A segunda maior correlação encontrada com o índice de rotatividade foi o tempo de locomoção para chegar ao trabalho (0,57). Esse dado permite inferir que quanto maior a distância da unidade de saúde do local de moradia do profissional, maior a rotatividade.

O terceiro fator de rotatividade encontrado foi material (-0,53). A falta de materiais para realização do trabalho leva a uma maior rotatividade de profissionais. No resultado da pesquisa de satisfação no trabalho, o resultado da satisfação dos profissionais para com as condições materiais foi o quarto pior resultado em termos de satisfação no trabalho.

A tabela 5 apresenta outros fatores importantes, correlacionados à rotatividade dos médicos do PSF.

Tabela 5  
Correlações encontradas entre fatores de satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família, do município de São Paulo, em junho de 2005

Fatores correlacionados ao índice de rotatividade	<i>r</i>
Tempo de formado (de quatro a 15 anos)	-0,50
Salário	0,48
Tempo de formado (menos de quatro anos)	0,47
Faixa etária (até 29 anos)	0,47
Ambiente físico	-0,47
Com experiência anterior no PSF	-0,46

O tempo de formado, de quatro a 15 anos, é fator de estabilidade dos profissionais (-0,50). Quanto maior o percentual desses profissionais, menor a rotatividade. Inversamente, quanto maior o percentual de profissionais formados de zero a quatro anos, maior a rotatividade encontrada (0,47). Como a faixa etária (até 29 anos) e tempo de formado (até quatro anos) estão muito correlacionados (0,94), encontra-se correlação muito similar entre idade e tempo de formado e rotatividade (0,47).

Curiosamente, salário apresentou correlação positiva com rotatividade (0,48), ou seja, quanto maior o salário pago, maior o giro dos médicos. Duas hipóteses foram levantadas a partir desse dado. A primeira foi que o salário maior era pago por instituições parceiras que possuíam unidades mais distantes da região central do município. Testou-se tal hipótese e encontrou-se correlação entre tempo de locomoção e salário de 0,32, ou seja, há alguma relação positiva entre salário e distância. No entanto, a correlação encontrada entre salário e rotatividade é superior a essa, o que levou à segunda hipótese: que o salário estivesse sendo utilizado como mecanismo de fixação dos profissionais. Assim, não é o fato de receber um salário maior que leva à rotatividade, mas a alta rotatividade é que tem levado ao aumento do valor da remuneração dos médicos. Como a correlação encontrada entre rotatividade e remuneração é positiva (0,48), a medida não parece eficaz.

O fator seguinte a apresentar correlação com o índice de rotatividade foi o ambiente físico da unidade (-0,47). Quanto pior a percepção dos profissionais sobre o ambiente físico da unidade, maior a rotatividade. O ambiente físico, na pesquisa de satisfação dos profissionais, foi considerado o segundo pior resultado de satisfação dos profissionais.

Possuir experiência anterior no Programa de Saúde da Família também apresentou correlação negativa com a rotatividade (-0,46). Cabe destacar que quase um terço dos médicos entrevistados (33,0%) tinha experiência anterior no Programa de Saúde da Família, o que indica giro de profissionais entre municípios e entre instituições parceiras.

Na análise dos dados da pesquisa de satisfação dos profissionais observa-se que três dos quatro piores indicadores encontrados estão correlacionados à rotatividade: capacitação, ambiente físico e materiais. Apenas *stress*, o indicador que apresentou o pior resultado na pesquisa de satisfação, quase não apresentou correlação com rotatividade (-0,07).

Tais resultados, analisados à luz das teorias higiênico-motivacionais de Herzberg (1964, 1997), indicam que para os médicos do Programa de Saúde da Família os resultados de insatisfação no trabalho quanto aos fatores higiênicos foram os que apresentaram maior correlação com a rotatividade. Assim, os profissionais podem se encontrar motivados para o trabalho, mas a falta de condições materiais e de capacitação para realização da tarefa os leva a sair.

### ***Nova hipótese sobre os fatores que levam à rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família***

No decorrer da pesquisa outro fator demonstrou ser relevante. Características das instituições parceiras para além do Programa de Saúde da Família pareceram influenciar na rotatividade. Em função disso, foi testada a seguinte hipótese: o fato de as instituições parceiras possuírem hospitais ou faculdades de medicina com grande reconhecimento social apresenta correlação com a rotatividade dos médicos do programa.

As instituições parceiras foram classificadas e pontuadas em função de possuir faculdade de medicina e hospitais. A pontuação obtida, em função de possuir faculdade de medicina e/ou hospital é encontrada na tabela 6.

Tabela 6  
Classificação e pontuação das IPs,  
em função de possuir faculdade de  
medicina e/ou hospital

IP	Pontuação
VII, IX, X XI, XII	3
IV, V, VIII	2
I, II, III, VI	1

Ao correlacionarmos a rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família à pontuação das instituições parceiras foram encontrados os resultados apresentados na tabela 7.

Tabela 7  
Correlação entre índice de rotatividade por IP e pontuação por possuir faculdades de medicina e/ou hospitais

	IP I	IP II	IP III	IP IV	IP V	IP VI	IP VII	IP VIII	IP IX	IP X	IP XI	IP XII	r
Índice de rotatividade (%)	43,2	61,1	41,3	32,3	42,4	60,9	26,7	—	—	22,8	14,3	22,2	
Pontuação	1	1	1	2	2	1	3	1	3	3	3	3	

A correlação encontrada entre a instituição parceira possuir faculdade de medicina e/ou hospital e a rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família foi de  $-0,89$ . Esse resultado é superior a qualquer outra correlação encontrada na pesquisa.

## 5. Conclusão

Foi confirmada a hipótese da existência de correlação entre satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo.

Os fatores de satisfação no trabalho que apresentaram maior correlação com a rotatividade foram capacitação, distância das unidades e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Constatou-se que os fatores que mais influenciaram a rotatividade foram fatores higiênicos. Quanto à remuneração, a pesquisa indica que o salário atrai os profissionais, mas não os fixa.

Sobre o grau de satisfação no trabalho dos médicos do Programa de Saúde da Família, constatou-se que o grau de satisfação no trabalho da categoria é parcial. Foi encontrada variação de resultados no grau de satisfação no trabalho por instituição parceira.

Os indicadores de satisfação no trabalho dos médicos do Programa de Saúde da Família com piores resultados foram: *stress*, ambiente físico, capacitação e a disponibilidade de materiais para realizar o trabalho. Já os indicadores de satisfação no trabalho que alcançaram níveis de excelência foram os indicadores de trabalho em equipe.

O índice de rotatividade dos médicos variou entre as instituições parceiras, de 14,3% a 61,1% ao ano. Tais resultados puderam ser agrupados em

três categorias: das 10 instituições parceiras com dados de rotatividade, três apresentaram um índice adequado, de 0% a 25% ao ano; cinco, um índice ruim, de 26% a 50% ao ano; e duas, um índice crítico, acima de 50% ao ano.

Foi encontrada alta correlação entre o índice de rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família e o prestígio da instituição parceira na área hospitalar. Esse foi o fator mais relevante na determinação da rotatividade. É possível que o desprestígio social em ser médico do Programa de Saúde da Família seja compensado, em certa medida, pelo prestígio da instituição parceira junto à categoria médica, pois muito do que se considera prestígio nessa categoria encontra-se vinculado à área hospitalar. Também foram encontradas correlações entre rotatividade e capacitação para o trabalho, distância das unidades de saúde e disponibilidade de materiais para realização do trabalho.

Alguns dos desafios presentes no Programa de Saúde da Família no município de São Paulo também puderam ser verificados no processo de pesquisa. Um importante desafio está nas relações existentes entre o poder público e as instituições privadas. No município de São Paulo constatou-se a necessidade da criação de um melhor sistema de *accountability* das parcerias, a melhor definição dos papéis de cada um na gestão dos recursos materiais, financeiros e de pessoal do Programa de Saúde da Família e uma definição clara de metas, do ponto de vista de resultados, que possibilitasse a avaliação de desempenho das instituições parceiras, já que os elevados índices de rotatividade encontrados colocam em questão a premissa da eficiência existente no modelo administrativo gerencial adotado pela administração pública.

## Referências bibliográficas

ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Turnover of nursing personnel in hospitals in Ribeirão Preto. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 2, n. 1, p. 44-50, July 1997.

BAILIE, R. et al. Mixed feelings: satisfaction and disillusionment among Australian GPs. *Family Practice*, v. 15, n. 1, p. 58-66, Feb. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. *A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: etapa 3*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família — 2001/2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Proposta de avaliação para melhoria da qualidade: qualificação da estratégia saúde da família — proposta para manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BUCHAN, J., SOCHALSKI, J. The migration of nurses: trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization*, n. 82, p. 587-594, 2004.

BUCHBINDER, S. B. et al. Estimates of costs of primary care physician turnover. *The American Journal of Managed Care*, n. 5, p. 1431-1438, 1999.

CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família*. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas. p. 242-249.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, v. 16, n. 1, p. 82-88, feb. 2002.

DOWELL, A. C. et al. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among New Zealand health professionals. *New Zealand Medical Journal*, v. 14, n. 114, p. 540-543, Dec. 2001.

FISHER, C. D.; YUAN X. Y. What motivates employees? A comparison of US and Chinese responses. *International Journal of Human Resource Management*. v. 9, n. 3, p. 516-528, June 1998.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). *Observatório de recursos humanos no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GRIFFETH, R. W.; HOM, P. W.; GAERTNER, S. A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management*, v. 26, p. 463-489, 2000.

HERZBERG, F. *The motivation to work*. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1964.

\_\_\_\_\_. Novamente: como se faz para motivar funcionários? In: BERGAMINI, C. W.; CODA, R. (Orgs.). *Psicodinâmica da vida organizacional — motivação e liderança*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997. p. 108-129.

HOM, P. W.; KINICKI, A. J. Toward a greater understanding of how dissatisfaction drives employee turnover. *Academy of Management Journal*, v. 44, p. 975-987, 2001.

JONES C. B. Staff nurse turnover costs: part I, conceptual model. *Journal of Nursing Administration*, v. 20, p. 18-22, 1990a.

\_\_\_\_\_. Staff nurse turnover costs: part II, measurements and results. *Journal of Nursing Administration*, v. 20, n. 5, p. 27-32, 1990b.

KLINE, D. S. Push and pull factors in international nurse migration. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 35, n. 2, p. 107-117, June 2003.

LANDON B. E.; RESCHOVSKI, J.; BLUMENTHAL, D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *Journal of American Medical Association (Jama)*, v. 289, n. 4, Jan. 2003.

LEE H. et al. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 48, n. 6, p. 632-643, Dec. 2004.

LÉVI-LEBOYER, C. *A crise das motivações*. São Paulo: Atlas, 1994.

LICHTENSTEIN, R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. *Medical Care Research and Review*, v. 22, n. 1, p. 56-68, Jan. 1984.

MACHADO, M. H. Programa de Saúde da Família no Brasil — algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 125-132.

MISRA-HERBERT A. D.; KAY, R.; STOLLER, J. K. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. *American Journal of Medical Quality*, v. 19, n. 2, p. 56-66, Mar./Apr. 2004.

MPHIL, L. F. Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 27, n. 2, p. 355—367, Feb. 1998.

MRAYYAN, M. T. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of Nursing Management*, v. 13, n. 1, p. 40—51, Jan. 2005.

NYLENNA M.; GULBRANDSEN, P. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. *BMC Health Services Research*, v. 4, p. 44, 2005.

SARARAKS, S.; JAMALUDDIN R. Job satisfaction of doctors in Negeri Sembilan. *Medical Journal of Malaysia*, v. 52, n. 3, p. 257-263, Sept. 1997.

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

\_\_\_\_\_; BOJKE, C.; GRAVELLE, H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *British Medical Journal*, v. 326, p. 22-30, 2003.

SOUSA-POZA, A.; SOUSA-POZA, A. A. Well being at work: a cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. *Journal of Socio-Economics*, v. 29, p. 517-538, 2000.

VROOM, V. H. *Work and motivation*. New York: John Wiley, 1964.

WHO. Family practice development strategies. *Report on the third WHO meeting of expert network*. Turkey: WHO/Euro, 1997.

YAMASHITA, M. Job satisfaction in Japanese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v. 22, n. 1, p. 158-168, July 1995.