



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DOUTORADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**TRABALHO E BEM-ESTAR SUBJETIVO:
COMPREENDENDO A SITUAÇÃO LABORAL DOS MÉDICOS**

Gislene Farias de Oliveira

João Pessoa, Abril de 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DOUTORADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**TRABALHO E BEM-ESTAR SUBJETIVO:
COMPREENDENDO A SITUAÇÃO LABORAL DOS MÉDICOS**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba / Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por Gislene Farias de Oliveira, sob a orientação do Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Social.

João Pessoa, Abril de 2008

**TRABALHO E BEM-ESTAR SUBJETIVO:
COMPREENDENDO A SITUAÇÃO LABORAL DOS MÉDICOS**

Gislene Farias de Oliveira

Banca avaliadora:

Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia (UFPB, *Orientador*)

Profª. Dra. Anna Christina F. de Carvalho (URCA, *Membro*)

Prof. Dr. Anísio José de Araújo (UFPB, *Membro*)

Prof. Dr. Genário Alves Barbosa (UFPB, *Membro*)

Prof. Dr. Walmir Rufino da Silva (UFPB, *Membro*)

*Aos meus pais, pelo empenho, força e pelo exemplo de dedicação.
Ao meu esposo Gilson, pelo apoio emocional e incentivo constantes.
Aos meus filhos André, Athena e Aramis pela paciência nas ausências.*

*"Não há fatos eternos, como
não há verdades absolutas."*

– Nietzsche

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Psicologia Social, dos Departamentos de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pela formação acadêmica oferecida.

À Universidade Regional do Cariri (URCA) e Universidade Federal do Ceará (UFC), cujos apoios foram determinantes para a conclusão desta tese.

Ao meu orientador Prof. Valdiney Veloso Gouveia, por seu apoio, suas valiosas contribuições e por ter me ensinado não somente sobre como tratar a informação científica, mas por me ensinar sobre a vida através do seu exemplo pessoal.

Ao Prof. Dr. Genário Alves Barbosa, por ter sido meu leitor durante as jornadas, por suas contribuições em forma de sugestões, ter favorecido o acesso aos dados do Conselho Federal de Medicina e, finalmente, por ter aceitado participar da presente banca de defesa.

Aos professores Dr. Anísio José de Araújo, Dra. Anna Christina Farias de Carvalho, Walmir Rufino da Silva e Joison Pereira da Silva, por amavelmente aceitarem fazer parte da minha banca de defesa de tese.

À Profa. Dra. Lívia de Oliveira Borges, por suas considerações e sugestões a uma versão prévia do projeto que deu origem à presente tese.

Ao Conselho Federal de Medicina, na pessoa do seu Diretor Presidente, Dr. Edson de Andrade, por disponibilizar algumas informações necessárias a esta tese.

Aos Conselhos Regionais de Medicina, Psicologia e Enfermagem da Paraíba, pela assistência dispensada durante a fase inicial desta tese, permitindo acesso aos endereços de seus profissionais.

À professora Maria da Penha de Lima Coutinho pela amizade e pelo incentivo permanente a esta etapa decisiva da minha vida acadêmica.

À professora Francinete Alves de Oliveira Giffoni, por sua colaboração enriquecedora no projeto inicial e discussões ao longo deste trabalho.

Às professoras Jadcely Vieira e Patrícia Nunes Fonseca pela amizade, colaboração e convívio durante o curso de doutorado.

Aos amigos do núcleo de pesquisa *Bases Normativas do Comportamento Social*, especialmente Pollyane Diniz, Diógenes Medeiros e Artur Coelho, pela ajuda fundamental para a compreensão de detalhes estatísticos e normativos.

A todos aqueles que, de alguma forma, favoreceram a realização desta tese.

TRABALHO E BEM-ESTAR SUBJETIVO: COMPREENDENDO A SITUAÇÃO LABORAL DOS MÉDICOS

RESUMO – Esta tese procurou conhecer em que medida as condições de trabalho dos médicos têm implicações no seu bem-estar subjetivo. Especificamente, pretendeu-se conhecer o nível de bem-estar e *burnout* vivenciado por médicos que exercem seu ofício em João Pessoa, contrastando com outras duas categorias profissionais (enfermeiros e psicólogos), e saber em que medida variáveis de contexto laboral (por exemplo, percepção das condições de trabalho, carga horário) poderiam afetar uma das dimensões principais do bem-estar subjetivo (a *satisfação com a vida*). Neste sentido, realizaram-se dois estudos. O *Estudo 1* objetivou conhecer os parâmetros psicométricos das medidas de bem-estar subjetivo e *burnout*, e, em seguida, comparar médicos, enfermeiros e psicólogos nestes construtos. Participaram 246 profissionais, sendo 64 enfermeiros, 80 médicos e 96 psicólogos. Estes responderam um instrumento contendo sete partes: *Escala de Afetos Positivos e Negativos*, *Escala de Vitalidade Subjetiva*, *Questionário de Saúde Geral*, *Escala de Satisfação com a Vida*, *Escala de Avaliação da Fadiga*, *Inventário de Burnout de Maslach* e *informações sócio-demográficas*. Os resultados possibilitaram reunir evidências de validade fatorial e consistência interna destas medidas. Constatou-se que as três categorias de profissionais consideradas não se diferenciaram em termos de bem-estar subjetivo, e este não foi afetado pela idade ou sexo dos participantes. Contudo, pareceu evidente o prejuízo dos médicos no componente de *despersonalização (burnout)*. O *Estudo 2* considerou a satisfação com a vida, procurando conhecer em que medida esta seria influenciada por variáveis do contexto laboral dos médicos. Especificamente, pretendeu-se (1) conhecer os parâmetros psicométricos da *Escala de Satisfação com a Vida*, (2) avaliar se a satisfação com a vida destes profissionais se correlacionava com variáveis demográficas (por exemplo, local de residência, idade), (3) conhecer a correlação de aspectos do trabalho (por exemplo, rendimentos, carga horária de trabalho) com a satisfação com a vida, considerando diferentes setores de atuação dos médicos e (4) estimar em que medida a percepção da profissão se correlacionava com a satisfação que tais profissionais indicam ter com suas vidas. Participaram 2.751 médicos dos nove estados do Nordeste, sendo a maioria brasileira (99,2%), residente nas capitais (79,7%) e homem (66,7%), com idade média de 40 anos. Estes responderam a *Escala de Satisfação com a Vida*, e um questionário sobre *caracterização dos participantes, mercado de trabalho, orientação e participação sociopolítica e atitudes frente à vida e valores humanos*. Os resultados apoiaram a adequação da *Escala de Satisfação com a Vida*. Além disso, observaram-se correlações positivas da satisfação com a vida com o exercício profissional no consultório e setor filantrópico, as melhores condições de trabalho, o maior tempo dedicado à profissão e as horas dedicadas ao consultório; correlações inversas foram constatadas entre a satisfação com a vida e trabalhar longe da residência, ter atividades de plantão e dedicar mais horas a tais atividades. Finalmente, os médicos mais satisfeitos com suas vidas avaliaram como mais positivas as mudanças na sua profissão e apresentaram visão menos pessimista do futuro. Concluiu-se que os médicos apresentaram deterioro psicológico em razão do trabalho exercido, principalmente em relação ao *burnout*, e que sua satisfação com a vida pode se fundamentar em variáveis do seu contexto laboral. Sugeriram-se estudos que deveriam ser realizados no futuro, além de ressaltar a necessidade de programas que visem promover a saúde de profissionais responsáveis por assegurar a saúde da população.

Palavras-chave: médico, trabalho, bem-estar, saúde, *burnout*, satisfação, profissão.

TRABAJO Y BIENESTAR SUBJETIVO: COMPRENDIENDO LA SITUACIÓN LABORAL DE LOS MÉDICOS

RESUMEN – Esta tesis procuró conocer en qué medida las condiciones de trabajo de los médicos tienen implicaciones en su bienestar subjetivo. Específicamente, se pretendió conocer el nivel de bienestar y *burnout* vivido por médicos que ejercen su oficio en João Pessoa, contrastando con otras dos categorías profesionales (enfermeros y psicólogos), y saber en qué medida variables de contexto laboral (por ejemplo, percepción de las condiciones de trabajo, carga horaria) podrían afectar una de las dimensiones principales del bienestar subjetivo (la *satisfacción con la vida*). En este sentido, se realizaron dos estudios. El *Estudio 1* objetivó conocer los parámetros psicométricos de las medidas de bienestar subjetivo y *burnout*, y, en seguida, comparar médicos, enfermeros y psicólogos en estos constructos. Participaron 246 profesionales, siendo 64 enfermeros, 80 médicos y 96 psicólogos. Éstos contestaron un instrumento conteniendo siete partes: *Escala de Afectos Positivos y Negativos*, *Escala de Vitalidad Subjetiva*, *Cuestionario de Salud General*, *Escala de Satisfacción con la Vida*, *Escala de Evaluación de la Fatiga*, *Inventario de Burnout de Maslach e informaciones sociodemográficas*. Los resultados posibilitaron reunir evidencias de validez factorial y fiabilidad de estas medidas. Se constató que las tres categorías de profesionales consideradas no se diferenciaron en términos de bienestar subjetivo, y este no fue afectado por la edad o el sexo de los participantes. Sin embargo, pareció evidente el perjuicio de los médicos en el componente de despersonalización (*burnout*). El *Estudio 2* consideró la satisfacción con la vida, procurando conocer en qué medida esta sería influenciada por variables del contexto laboral de los médicos. Específicamente, se pretendió (1) conocer los parámetros psicométricos de la *Escala de Satisfacción con la Vida*, (2) evaluar si la satisfacción con la vida de estos profesionales se correlacionaba con variables demográficas (por ejemplo, local de residencia, edad), (3) conocer la correlación de aspectos del trabajo (por ejemplo, redimientos, carga horaria de trabajo) con la satisfacción con la vida, considerando diferentes sectores de actuación de los médicos y (4) estimar en qué medida la percepción de la profesión se correlacionaba con la satisfacción que tales profesionales indican tener con sus vidas. Participaron 2751 médicos de las nueve provincias de Nordeste, siendo la mayoría brasileña (99.2%), residente en las capitales (79.7%) y varones (66.7%), con edad promedio de 40 años. Éstos contestaron la *Escala de Satisfacción con la Vida*, y un cuestionario sobre *caracterización de los participantes, mercado de trabajo, orientación y participación sociopolítica y actitudes hacia la vida y valores humanos*. Los resultados apoyaron la adecuación de la *Escala de Satisfacción con la Vida*. Además de eso, se observaron correlaciones positivas de satisfacción con la vida con el ejercicio profesional en el consultorio y sector filantrópico, las mejores condiciones de trabajo, el mayor tiempo dedicado a la profesión y las horas dedicadas al consultorio; correlaciones inversas fueron constatadas entre la satisfacción con la vida y trabajar lejos de la residencia, tener actividades de guardia y dedicar más horas a tales actividades. Finalmente, los médicos más satisfechos con sus vidas evaluaron como más positivos los cambios en su profesión y presentaron visión menos pesimista del futuro. Se concluye que los médicos presentaron deterioro psicológico debido al trabajo ejercido, principalmente con relación al *burnout*, y que su satisfacción con la vida puede fundamentarse en variables de su contexto laboral. Se sugirieron estudios que deberían ser realizados en el futuro, además de resaltar la necesidad de programas que tengan como objetivo promover la salud de profesionales responsables por garantizar la salud de la población.

Palabras-clave: médico, trabajo, bienestar, salud, *burnout*, satisfacción, profesión.

WORK AND SUBJECTIVE WELL-BEING: UNDERSTANDING THE LABORAL SITUATION OF PHYSICIANS

ABSTRACT – This thesis aimed at to know to what extent the physicians’ working conditions imply in their subjective well-being. Specifically, we intended to know the well-being and burnout levels experienced by physicians who practice their activity in João Pessoa, in contrast with two other professional categories (nurses and psychologists), and finding out to what extent working context variables (e.g., perception of working conditions, working hours) could affect one of the main dimensions of the subjective well-being (life satisfaction). In this sense, two studies were performed. The *Study 1* aimed at to know the psychometric parameters of the subjective well-being and burnout measures and, in sequence, comparing physicians, nurses and psychologists in these constructs. Participants were 246 professionals, of which 64 nurses, 80 physicians, and 96 psychologists. They answered an instrument divided into seven parts: *Positive and Negative Affection Scale*, *Subjective Vitality Scale*, *General Health Questionnaire*, *Satisfaction with Life Scale*, *Fatigue Assessment Scale*, *Maslach Burnout Inventory*, and demographic information. Results indicate evidences of factorial validity and reliability of these measures. Moreover, the three considered professional categories did not show any difference concerning subjective well-being, and this was not affected by the participants’ age or gender. Nevertheless, it showed the evidence of the harm of the physicians in the depersonalization (burnout) factor. The *Study 2* considered the life satisfaction, seeking to know to what extent this construct could be influenced by variables of the physicians’ working context. Specifically, it intended (1) to know the psychometric parameters of the *Satisfaction with Life Scale*, (2) to evaluate if the life satisfaction of these professionals correlated with demographic variables (e.g., age, living place), (3) to know the correlation of working aspects (e.g., amount of working hours, economic status) with the level of life satisfaction, considering the different performance areas, and (4) estimating up to what level the perception of their profession correlated with the satisfaction that those professionals show with their lives. Participants were 2.751 physicians from the nine states of the Northeast, most of them Brazilian (99.2%), living in the capitals (79.7%), and man (66.7%), with mean age of 40 years old. These answered the *Satisfaction with Life Scale* and a questionnaire about *characterization of the participants, job market, orientation and social-political participation, and attitudes towards life and human values*. Results supported the adequacy of the *Satisfaction with Life Scale*. Besides this, it was observed a positive correlations of the life satisfaction with the professional practice in the clinic and in the philanthropic area, the best working conditions, the highest amount of time dedicated to the profession and the time dedicated to the office; negative correlations were observed between life satisfaction and working far from home, having long-shift activities and dedicating more time to these activities. At last, the most life-satisfied physicians evaluated as more positive the changes in their profession and showed a less pessimistic vision of the future. It was concluded that the physicians showed psychological damage in function of the performed work, specially in relation to the burnout, and that their life satisfaction can ground in variables of their working context. We suggested that research should be made in the future, as well as pointing out the need of programs that aim the promotion of the health of the professionals responsible for insuring the health of the population.

Keywords: physician, work, well-being, health, burnout, satisfaction, profession.

SUMÁRIO

Introdução	14
PARTE I: MARCO TEÓRICO	21
Capítulo 1 – Profissionais da Saúde e seu Contexto Laboral.....	22
1.1. Breve História da Saúde	24
1.2. A Saúde e o Contexto de Trabalho de Profissionais que a Promovem	31
1.2.1. A Saúde de Profissionais da Saúde como Objeto de Estudo	31
1.2.2. O Sentido do Trabalho e a Profissão Médica	36
1.2.3. O Médico e o seu Contexto de Trabalho.....	44
1.2.4. A Morbi-Mortalidade entre os Médicos.....	48
1.2.5. O Trabalho de Enfermeiros e Psicólogos.....	59
1.2.5.1. Os Enfermeiros e seu Contexto Laboral.....	59
1.2.5.2. Os Psicólogos e seu Contexto Laboral.....	67
Capítulo 2 – Bem-estar Subjetivo.....	79
2.1. Definição e Estrutura do Bem-estar Subjetivo.....	80
2.2. Modelos Teóricos do Bem-estar	86
2.3. Correlatos do Bem-estar Subjetivo	92
2.4. Medidas do Bem-Estar Subjetivo.....	99
2.4.1. Desconforto Psicológico	102
2.4.2. Fadiga.....	106
2.4.3. Satisfação com a Vida	109
2.4.4. Vitalidade.....	110
2.4.5. Afetos	110
Capítulo 3 – A Síndrome de <i>Burnout</i>	113
3.1. Conceituação e Natureza do Burnout	115
3.2. Modelos Explicativos da Síndrome de Burnout.....	125
3.2.1. Modelos baseados na Teoria Sócio-cognitiva do Eu.....	125
3.2.2. Modelos Elaborados a Partir das Teorias de Troca Social	130
3.2.3. Modelos Desenvolvidos a Partir da Teoria Organizacional	136
3.2.4. Abordagem Integral acerca da Síndrome de <i>Burnout</i>	142
3.2.5. Abordagem Individual	144
3.2.6. Abordagens Interpessoais	146
3.2.7. Abordagens Organizacionais	150
3.3. A Medição do Burnout.....	154
PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS.....	158
4. Estudo 1. Realidade dos Profissionais de Saúde.....	159
4.1. Método	160
4.1.1. Delineamento e Hipóteses.....	160
4.1.2. Participantes.....	161
4.1.3. Instrumentos.....	163
4.1.4. Procedimento	166
4.1.5. Análise dos Dados	167
4.2. Resultados	167
4.2.1. Parâmetros Psicométricos das Medidas de Bem-estar Subjetivo.....	167
4.2.1.1. Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN).....	168
4.2.1.2. Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach (IBM)	172

4.2.1.3. - Escala de Avaliação da Fadiga (EAF)	177
4.2.1.4. Questionário de Saúde Geral (QSG-12).....	180
4.2.1.5. Escala de Satisfação com a Vida	184
4.2.1.6. Escala de Vitalidade Subjetiva (EVS).....	188
4.2.2. Bem-Estar Subjetivo e Síndrome de Burnout entre Profissionais da Saúde.....	196
4.3. Discussão.....	198
4.3.1. Limitações Potenciais do Estudo.....	198
4.3.2. Medidas de Bem-Estar Subjetivo e <i>Burnout</i>	200
4.3.3. Bem-estar Subjetivo e <i>Burnout</i> entre Profissionais da Saúde.....	203
5. Estudo 2. Explicando a satisfação com a vida dos médicos.....	208
5.1. Método	209
5.1.1. Delineamento e Hipóteses	209
5.1.2. Amostra	210
5.1.3. Instrumentos.....	211
5.1.4. Procedimento	213
5.1.5. Análise dos Dados.....	214
5.2. Resultados	214
5.2.1. Satisfação com a Vida entre os Médicos.....	214
5.2.2. Contexto Laboral do Exercício da Medicina.....	216
5.2.3. Os Diversos Setores de Atividade e os Plantões Médicos.....	217
5.2.4. Percepção de Mudanças na Profissão Médica e Satisfação com a Vida	220
5.2.4.1. Mudanças Percebidas na Profissão nos Últimos Cinco Anos.....	220
5.2.4.2. O Futuro da Profissão	221
5.3. Discussão.....	222
5.3.1. Limitações Potenciais.....	223
5.3.2. Resultados Principais.....	225
5.3.2.1. Satisfação com a Vida e Lugar de Residência dos Médicos	225
5.3.2.2. Satisfação com a Vida e Contexto de Atuação dos Médicos	226
5.3.2.3. Os Setores de Atividade e os Plantões Médicos	227
5.3.2.4. As Mudanças e o Futuro da Profissão.....	229
6. Conclusões e Direções Futuras	232
6.1. Achados Principais.....	233
6.2. Limitações da Tese	234
6.3. Perspectivas futuras.....	236
6.4. Aplicações Possíveis	238
7. Referências.....	241
ANEXOS.....	280
Anexo I. Escala de Afetos Positivos e Negativos	281
Anexo II. Escala de Vitalidade Subjetiva.....	282
Anexo III. Questionário de Saúde Geral, QSG-12	283
Anexo IV. Escala de Satisfação com a Vida	284
Anexo V. Escala de Avaliação da Fadiga	285
Anexo VI. Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach.....	286
Anexo VII. Informações Sócio-econômicas.....	287

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Diferenciação entre burnout, estresse ocupacional e depressão.....	122
<i>Figura 2.</i> Modelo de Competência Social (Harrison, 1983).....	126
<i>Figura 3.</i> Modelo de Cherniss (1993).....	128
<i>Figura 4.</i> Modelo de Thompson, Page e Cooper (1993).....	129
<i>Figura 5.</i> Modelo de Burnout de Comparação Social (Buunk & Schaufeli, 1993).....	131
<i>Figura 6.</i> Modelo de Conservação de Recursos (CDR) (Hobfoll & Freedy, 1993).....	135
<i>Figura 7.</i> Modelo de Burnout como Processo Virulento (Golembiewshi & cols., 1983).....	137
<i>Figura 8.</i> Modelo de Cox, Kuk e Leiter (1993).....	139
<i>Figura 9.</i> Modelo de Winnbust (1993).....	140
<i>Figura 10.</i> Antecedentes e conseqüências do burnout.....	142
<i>Figura 11.</i> Modelo Existencial de burnout (Pines, 1993; Pines & Aronson, 1988).....	145
<i>Figura 12.</i> Modelo de Burnout como Sobrecarga Emocional (Maslach & Jackson, 1986).....	146
<i>Figura 13.</i> Modelo de Burnout como falta de reciprocidade (Schaufeli & cols., 1996).....	148
<i>Figura 14.</i> Modelo Integral de Burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998).....	152
<i>Figura 15.</i> Distribuição Gráfica dos Valores Próprios da EAPN.....	169
<i>Figura 16.</i> Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (IBM).....	173
<i>Figura 17.</i> Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (EAF).....	177
<i>Figura 18.</i> Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (QSG-12).....	181
<i>Figura 19.</i> Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (ESV).....	185
<i>Figura 20.</i> Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (EVS).....	189
<i>Figura 21.</i> Distribuição Gráfica dos Valores Próprios dos Indicadores de Bem-estar.....	193

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Fases Progressivas de <i>Burnout</i>	138
<i>Tabela 2.</i> Confiabilidade (Alfas de Cronbach) do IBM.....	156
<i>Tabela 3.</i> Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (EAPN).....	170
<i>Tabela 4.</i> Estrutura Fatorial de Afetos Positivos e Negativos (Matriz Padrão, Pattern)	171
<i>Tabela 5.</i> Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (IBM).....	174
<i>Tabela 6.</i> Estrutura Fatorial do Inventário de Burnout de Maslach	175
<i>Tabela 7.</i> Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (EAF).....	178
<i>Tabela 8.</i> Estrutura Fatorial da Escala de Avaliação da Fadiga.....	179
<i>Tabela 9.</i> Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (QSG-12).....	182
<i>Tabela 10.</i> Estrutura Fatorial do Questionário de Saúde Geral	183
<i>Tabela 11.</i> Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (ESV).....	186
<i>Tabela 12.</i> Estrutura Fatorial da Escala de Satisfação com a Vida.....	187
<i>Tabela 13.</i> Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (EVS).....	190
<i>Tabela 14.</i> Estrutura Fatorial da Escala de Vitalidade Subjetiva	190
<i>Tabela 15.</i> Matriz de Correlação entre os Indicadores de Bem-Estar Subjetivo	192
<i>Tabela 16.</i> Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais dos Indicadores de Bem-estar Subjetivo	194
<i>Tabela 17.</i> Estrutura Fatorial de Medidas do Bem-Estar Subjetivo.....	195
<i>Tabela 18.</i> Correlatos de aspectos do trabalho médico com a satisfação com a vida.	218

A evolução por que tem passado o mundo nessas últimas décadas, os avanços, em termos de comunicações, e as novas formas de produção, têm provocado impacto considerável nas relações sociais em todo o mundo. Uma série de palavras e expressões novas se consolidam, procurando dar um significado ao cenário social atual. Por exemplo, tem tido lugar termos como globalização, comprometimento, desemprego estrutural, *empowerment*, qualidade total, empregabilidade, ambiente virtual e terceirização. Muitas empresas e profissionais passaram a não mais terem locais fixos de trabalho, materialmente construídos para seu estabelecimento (Benavides, 2000). A produção em massa implica uma produtividade alcançada pelo ritmo de trabalho, ainda por meio de atividades monótonas e repetitivas, causando lesões por esforços repetitivos. O trabalhador ainda continua sendo o grande culpado por doenças e acidentes de trabalho, como presumia a Psicologia desde a década de 1920, quando pesquisadores procuravam desenhar um perfil de pessoas propensas aos acidentes de trabalho (Merlo & Lapis, 2007).

As mudanças ocorreram em todos os âmbitos ou esferas da vida. No caso da saúde, por exemplo, o Brasil tem implementado diversas reformas, como a criação do *Sistema Único de Saúde* a partir dos anos 1980. Apesar disso, tanto na América Latina como em países mais desenvolvidos (por exemplo, Espanha, Estados Unidos), existe a percepção generalizada de que o Sistema de Saúde está em crise, como consequência de mudanças na tecnologia de diagnóstico e terapêutica, gestão e financiamento dos serviços de saúde. Estas mudanças têm impactado no exercício da profissão médica, agregando novas pressões pessoais e sociais, apesar de promover também novas oportunidades.

Grupos e classes sociais vivem e trabalham em condições diferentes e, por isso, também são acometidos de enfermidades diferentes. No âmbito da atuação profissional, chama atenção algumas particularidades de trabalhadores considerados como profissionais

liberais. São geralmente “livres” apenas para oferecer mão de obra a distintos clientes, gerando a necessidade de atuar em múltiplos setores, a exemplo do que ocorre na Medicina (Carneiro & Gouveia, 2004).

Segundo Pimentel (2005), os profissionais de saúde fazem muito mais do que as condições de trabalho permitem. Os plantões muitas vezes cansativos, o deslocamento para os vários empregos, a relação com os convênios e planos de saúde e, por outro lado, os baixos salários e as condições precárias de trabalho tendem a afetar sua vida familiar e social, sua relação com o outro e, conseqüentemente, sua saúde física e mental (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007). Além disso, o fato de que a estes profissionais cabe o resguardo de muitas vidas humanas, presume-se que estejam submetidos ainda a cobranças sociais das mais diversas, exigindo mais energia para responder às demandas.

A saúde pública, especificamente a brasileira, reflete uma relação complexa e interdependente de todo um fenômeno social, estando relacionada com aspectos sócio-políticos marcantes do país. Como todo fenômeno socialmente determinado, vem passando por transformações sensíveis que abarcam tanto uma questão conceitual sobre saúde e doença, o papel do Estado sobre a organização e promoção da saúde pública, bem como as demandas econômicas que impelem regras novas ao trabalho do profissional da saúde.

Historicamente, os médicos sempre possuíram respeitabilidade e gozaram de prestígio social, decorrentes da relação direta com os pacientes e em razão da forma de trabalho personalizada, individualizada e autônoma. A própria assistência à saúde era uma assistência artesanal, que progressivamente transformou-se em um sistema de produção capitalista, em que o trabalho médico passou a ser mercadoria socialmente valorizada. Estes trabalhadores não tardaram em se enquadrar ao estilo de empresa capitalista, deparando-se com instabilidade no emprego, jornadas de trabalho intensas e prolongadas, precisando

conviver também com as agruras da dor e do sofrimento de outros, deparando-se com a morte como situação rotineira e, por tudo isso, padecendo de adoecimento laboral próprio desta categoria profissional (Machado, 1997; Nics, 1998; Pitta, 1990).

Como uma das conseqüências do exercício de sua profissão, os médicos passaram a sofrer com a redução da remuneração, ampliação das jornadas de trabalho, contratações precárias e perda da autonomia profissional, reduzindo seu prestígio perante a sociedade. Contudo, este não é a pior face das transformações. Frente à conjuntura que se estabelece, estes profissionais passam a experimentar certa estafa laboral, a sentirem-se desanimados, pouco motivados e sem esperança, desenvolvendo mecanismos ou estratégias que tendem a confiná-los e colocar em dúvida sua capacidade, como tratar os pacientes com frieza, de forma despersonalizada, sentindo-se emocionalmente exausto.

Em estudo empreendido por Machado (1996), considerando médicos de diferentes cidades e regiões do Brasil, observaram-se índices preocupantes de sentimentos de desgaste na atividade profissional, acúmulo de empregos, carga horária extensa de trabalho, vivência de processo de assalariamento e perda de autonomia. Além disso, constatou-se que os médicos percebiam o futuro da profissão com pessimismo e incerteza.

A pesquisa empreendida recentemente por Carneiro e Gouveia (2004) corrobora o quadro geral anteriormente citado, especificamente no que tange aos profissionais que exercem atividades de plantonista, entendida como modalidade de trabalho cansativa e desgastante. Estes autores apontam igualmente que as condições de trabalho compreendem um aspecto de preocupação por parte dos médicos, que indicaram exercer seu ofício em ambientes com carência de equipamentos e materiais adequados. Além disso, tais profissionais expressaram insatisfação notória com a remuneração recebida em razão do seu trabalho, sentindo-se cansados, desmotivados e apáticos diante da vida; a atividade

médica, nestes casos, deixou de ser fonte de desejo e prazer para tornar-se fonte de desgaste por conta de burocracia, jornadas exaustivas de trabalho, quantidades de consultas e atos e procedimentos terapêuticos exigidos.

Diante destes aspectos, parece relevante e justificável compreender o bem-estar subjetivo dos médicos. Estes profissionais são, juntamente com outros que compõe a área de saúde, responsáveis pela promoção da saúde da população geral. Neste sentido, conhecer suas condições de trabalho, em que medida estas podem influenciar seu esgotamento profissional e bem-estar subjetivo passa a ser essencial. Garantir um atendimento humanizado, de qualidade, requer reconhecer o que afeta a saúde destes profissionais e estimar o quanto ela pode estar comprometida na atualidade.

Os objetivos principais desta tese, portanto, são conhecer o nível de bem-estar e *burnout* vivenciado por médicos que exercem seu ofício em João Pessoa, contrastando com outras categorias profissionais da saúde, e conhecer em que medida variáveis de contexto laboral podem afetar uma das dimensões principais do bem-estar subjetivo, isto é, a *satisfação com a vida*. Neste caso, tendo-se em conta médicos de todos os estados da região Nordeste.

Em termos dos objetivos específicos, pretendeu-se: (1) adaptar algumas das medidas (por exemplo, *Inventário de Burnout de Maslach*, *Questionário de Saúde Geral*) para o contexto paraibano, tendo em conta, conjuntamente, enfermeiros, médicos e psicólogos, (2) conhecer em que medida os médicos diferem dos enfermeiros e psicólogos em termos de indicadores de bem-estar subjetivo e *burnout*, (3) conhecer os parâmetros psicométricos da *Escala de Satisfação com a Vida* no contexto médico nordestino, (4) avaliar se a satisfação com a vida destes profissionais se correlaciona ou varia em função de variáveis demográficas (por exemplo, local de residência, sexo, idade), (5) conhecer a correlação de

aspectos do trabalho (rendimentos, carga horária de trabalho) com a satisfação com a vida, considerando diferentes setores de atuação dos médicos no Nordeste (por exemplo, clínica, saúde pública, docência) e (6) estimar em que medida a percepção da profissão médica se correlaciona com a satisfação que tais profissionais indicam ter com suas vidas.

Considerando os objetivos propostos, a presente tese se estrutura em duas partes principais. Na primeira parte, correspondendo ao *Marco teórico*, são apresentados três capítulos. No primeiro capítulo são considerados *Profissionais da saúde e seu contexto laboral*, enfocando um histórico breve da saúde, seu conceito, os médicos, seu contexto laboral e os índices de morbidade e mortalidade, mas também se faz esforço por traçar, em linhas gerais, um quadro das profissões de enfermeiros e psicólogos, permitindo reconhecer os estressores que também enfrentam estas categorias. No segundo capítulo, o tema do *Bem-estar subjetivo* é tratado mais amplamente, começando por sua definição e estrutura, recuperando os modelos teóricos principais, os correlatos do bem-estar subjetivo e as medidas dos atributos que serão tidos em conta, isto é, *desconforto psicológico, fadiga, satisfação com a vida, vitalidade subjetiva e afetos positivos e negativos*. Finalmente, o terceiro capítulo, *A Síndrome de Burnout*, é algo específico, tratando deste construto, ainda não amplamente estudado no Brasil, revendo sua conceituação e natureza, enfocando os principais modelos explicativos que têm sido apresentados, reunindo, por último, evidências acerca das propriedades psicométricas de uma de suas medidas mais freqüentemente utilizadas: o *Inventário de Burnout de Maslach*.

A segunda parte da tese diz respeito, especificamente, às *Pesquisas empíricas* que foram realizadas em razão dos objetivos propostos. Concretamente, são escritos dois capítulos, um para apresentar cada estudo levado a cabo. O *Estudo I* é apresentado como capítulo 4, intitulado *Realidade de profissionais de saúde*, em que se procura descrever os

parâmetros psicométricos das medidas de bem-estar subjetivo, especificamente, *afetos positivos e negativos, vitalidade subjetiva, fadiga, desconforto psicológico e satisfação com a vida*, bem como aquela de *burnout*. Neste estudo, realizam-se ainda comparações entre os médicos, os enfermeiros e os psicólogos em termos das medidas de bem-estar subjetivo e *burnout*. O *Estudo 2*, que corresponde ao capítulo 5, considera uma dimensão específica do bem-estar subjetivo, sendo intitulado *Explicando a satisfação com a vida dos médicos*. Nele se procura conhecer a satisfação com a vida apresentada pelos médicos de diferentes estados desta região, assim como o impacto que podem ter a respeito variáveis do contexto laboral de natureza quantitativa (por exemplo, rendimentos, horas trabalhadas na semana) e qualitativa (por exemplo, percepção das mudanças na profissão, satisfação com o trabalho). Esta parte é finalizada com o capítulo 6, onde são expressas as *Conclusões e direções futuras*. Nesta oportunidade, são reconhecidas potenciais limitações dos estudos, resumem-se os resultados principais, apresentam-se possibilidades de estudos futuros e se faz um esforço por pensar em como aplicar os resultados dos estudos. Nas partes restantes da tese são apresentadas as referências bibliográficas e os anexos.

Finalmente, como se constatará nesta obra, há uma preocupação de profissionais das áreas de saúde bem como de humanidades em torno da temática do bem-estar, tendo em vista as considerações relacionadas com a concepção de saúde pública ainda muito focada no aspecto epidemiológico. Entretanto, tal tendência vem mudando nos últimos anos (Pouvourville, 1999), reconhecendo-se a importância de se terem em conta elementos da subjetividade humana, presentes no contexto em que o profissional está inserido e, que, igualmente têm implicações no seu bem-estar subjetivo. Esta tese, pois, pretende oferecer uma contribuição neste âmbito, disponibilizando informações, principalmente, sobre os médicos, mas também permitindo pensar as situações de enfermeiros e psicólogos.

PARTE I: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1 – Profissionais da Saúde e seu Contexto Laboral

Este capítulo pretende contextualizar a saúde no Brasil, permitindo compreender os rumos que esta tem tomado, alguns dos problemas inerentes, soluções propostas e condições que têm caracterizado as atividades de alguns de seus profissionais. Não se pretende esgotar o tema ou contemplar todas as profissões relativas à saúde, que parecem crescer a cada dia com a criação e/ou reconhecimento de novas categorias (por exemplo, optometrista, radiologista). A ênfase principal é na profissão médica. Porém, com o propósito de compreendê-la melhor, ter-se-ão em conta duas outras categorias: enfermeiros e psicólogos. O primeiro grupo participa regularmente do que, provavelmente, representou a maior revolução no âmbito da saúde nos últimos anos: o *Programa de Saúde Familiar (PSF)*, e o último tem participação esporádica em tal programa, mas com pretensão evidente de passar a formar parte. Confia-se que a situação laboral dos médicos possa se fazer mais evidente quando contrastada com a destes dois grupos de profissionais.

O interesse em se estudar a saúde de profissionais de saúde passa, inicialmente, por uma compreensão de como funciona a saúde pública no Brasil, principal setor onde os médicos exercem seu ofício neste país, que ocupa 69,7% deles (Carneiro & Gouveia, 2004). Esta preocupação tem sido crescente, pois está associada com a polêmica em torno das mudanças recentes no mundo do trabalho e de transformações socioeconômicas e tecnológicas atuais que a influenciam diretamente. Contudo, os profissionais interessados no tema têm assumido uma concepção de saúde pública ainda muito focada no aspecto epidemiológico (presença de doenças). Neste contexto, se os critérios de explicação e de intervenção no campo da Medicina, por exemplo, ainda estão centrados na doença e não na promoção da saúde, compreendida também em termos subjetivos, as possibilidades de se lançar um olhar mais complexo torna-se desafiadora.

Felizmente, de acordo com Pouvourville (1999), a tendência em pensar a saúde em termos estritamente biológicos ou orgânicos, como ausência de quadros doentios, vem mudando nos últimos anos. Portanto, vem-se priorizando trabalhar a pesquisa em saúde pública a partir de uma perspectiva mais abrangente, que inclui elementos da subjetividade humana, admitindo implicações no bem-estar subjetivo de seus promotores e usuários. Esta perspectiva é aqui admitida, pensando-se a saúde como um contexto concreto do exercício profissional, estendendo sua avaliação para o campo da subjetividade, entendida como elementos de bem-estar subjetivo e experiências de esgotamento profissional. Porém, antes de tratar estes aspectos, considera-se o cenário da saúde neste país, começando com o contexto histórico que o precedeu.

1.1. Breve História da Saúde

Nesta oportunidade, toma-se como referência principal a obra de Rosen (1994). Nela se oferece uma retrospectiva histórica da saúde. Inicialmente, indica-se que sempre houve uma preocupação da humanidade com doenças que poderiam ser disseminadas por meio de contágio. Concomitantemente, foi-se reconhecendo a necessidade de melhoria de elementos contextuais que poderiam afetar a saúde, a exemplo de ambiente físico, saneamento, água e alimentação limpas e em volume suficiente, assim como uma preocupação com o alívio das incapacidades e do desamparo.

Na Idade Moderna, os avanços relacionados com as descrições das doenças e suas etiologias, além de estudos epidemiológicos, permitiram maior avanço do Estado como provedor de cuidados, com o controle de infecções e medidas que mantivessem estável a saúde dos trabalhadores. Porém, os processos de industrialização e urbanização decorrentes da Revolução Industrial, ocorrida na Europa na segunda metade do século XIX,

aumentaram os problemas de saneamento, acentuando os problemas de saúde das pessoas. As condições de vida precárias geradas pela aglomeração de camponeses migrantes na busca de trabalho, pelo surgimento de cortiços insalubres e a falta de higiene pioraram a incidência de enfermidades infecto-contagiosas, aumentando a mortalidade nos centros urbanos (Rosen, 1994).

A mortalidade dos trabalhadores prejudicava o funcionamento das indústrias à medida que diminuía sua produção. Desse modo, o governo passou a ser pressionado no sentido de prover medidas preventivas que incluíssem a melhoria nas condições de saneamento e educação sobre hábitos de higiene para a população. Nesse marco, os movimentos sociais favoreceram os primeiros princípios de ação comunitária em saúde pública. Este se consolida com o ato de saúde pública, em 1875, na Inglaterra, como uma das primeiras medidas no sentido de diminuir a pobreza e melhorar as condições de vida da população. O Estado passou então a assumir a responsabilidade pela organização da saúde, devendo prover os cuidados necessários para a sua manutenção.

Ainda segundo Rosen (1994), por essa época e até o final do século XIX havia ao menos três paradigmas acerca do processo saúde-doença, que seguem influenciando o desenvolvimento da saúde pública até os dias de hoje. O primeiro afirmava que as doenças eram causadas por emanções de animais e plantas em decomposição (*corrente miasmática*); o segundo levava em conta que as condições insalubres das casas e fábricas eram as responsáveis pelo aparecimento das doenças (*determinismo social*); e, finalmente, o terceiro paradigma apareceu a partir das descobertas de Pasteur e Koch sobre as bactérias causadoras de diversas enfermidades, propondo uma relação direta entre a enfermidade e o agente causador.

No início do século XX as escolas médicas nos Estados Unidos e no Canadá passaram por uma avaliação, que implicou na elaboração do Relatório Flexner que teve um grande impacto, ocasionando o fechamento de quase dois terços das escolas médicas da época. Este propunha medidas rígidas com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços médicos (Paim & Almeida Filho, 1998; Silva Jr., 1998).

Segundo Mendes (1995), seguindo o paradigma da corrente bacteriologista, a saúde pública brasileira se fortaleceu a partir da criação do *Instituto Soroterápico Federal*, em 1900, com o intuito de fabricar vacinas e soros. Segundo este autor, apesar de o governo tentar manter a força de trabalho saudável e os insumos livres de contaminação, ainda responsabilizava a população pelos problemas de saúde, exigindo o cumprimento de hábitos de higiene.

Rosen (1994) sugere que a partir de 1930, com o agravamento das condições de vida nas cidades, o crescimento dos movimentos sociais proletários passa a influenciar o surgimento de formas novas de assistência à saúde da população. Começam a ter lugar campanhas de vacinação em massa e campanhas sanitárias de controle de epidemias, assim como principiaram as prestações de serviços básicos de saúde em centros de saúde em bairros da periferia.

Com o passar do tempo, tais medidas já não estavam atendendo as necessidades da população, sendo que, nos anos 1960, a classe trabalhadora já iniciava uma luta por melhores condições de saúde. Por volta de 1970, o país passa por diversas mudanças políticas, sociais e econômicas, as quais influenciaram de maneira significativa as políticas de saúde da época. Um cenário de migrações internas e desordenadas, crescimento populacional e expansão dos grandes centros urbanos, aliados a elevação de juros advindas da dívida externa alta do país agravam o quadro econômico com a alta da inflação e

recessão.

No intervalo supracitado, sugere Rosen (1994), tem lugar o Movimento Sanitário, consolidado em meados de 1960. Este esteve formado, basicamente, por intelectuais progressistas e movimentos populares que criticavam o modelo de atenção à saúde em vigor na época, clamando por uma atenção a saúde gratuita e acessível a toda a população, não somente a classe trabalhadora. Segundo Dâmaso (1995), este Movimento procurava, por meio de dispositivo legal e administrativo, enfatizar o vínculo entre saúde, doença e sociedade. Em outro âmbito, buscava-se também ampliar a consciência da população relativamente ao direito à saúde, assim como fortalecer o serviço público de qualidade, acessível a todos e também ampliar a consciência da população para o aspecto da necessidade de higiene pública.

Segundo Mendes (1995, p.2), o modelo assistencial da época privilegiava “a prática médica curativa, individual e assistencialista em detrimento da saúde pública”, sendo “orientada em termos de lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina”. Este modelo se constituiu altamente elitista, privilegiando o produtor privado dos serviços de saúde. E, como o Brasil vivia um momento social marcado por desigualdades no acesso aos bens e serviços, não atendia às demandas sociais, principalmente das classes menos privilegiadas e de zonas rurais.

Neste contexto, sendo a prática médica vigente curativa, não era capaz de mudar os índices de morbi-mortalidade da população, denunciando então a falência deste modelo assistencial. Além disso, havia ausência de critérios no intercâmbio entre o Estado para com os serviços privados disponibilizados, gerando insatisfação evidente de usuários, profissionais de saúde e prestadores desses serviços. Portanto, demandaram-se propostas novas de mudança na assistência à saúde no Brasil.

As fraudes, o desperdício de recursos, os índices baixos de qualidade nos atendimentos tornaram urgentes a reformulação da forma assistencial vigente. Nesta direção, em 1979 o Ministério da Saúde e Previdência Social cria o *PREVSAÚDE*, um plano assistencial que padronizava os procedimentos de saúde, a forma de assistência, a hierarquização de serviços e profissionais, reduzindo e propondo um controle na atuação do setor privado e permitindo a participação comunitária nas decisões em medidas de priorização de ações em saúde.

Essa nova ordem na assistência à saúde estimulou, em 1981, a criação do *CONASP* (*Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária*) e o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, objetivando uma melhoria da qualidade da assistência, de um atendimento mais humanizado e mais acessível à população em todos os níveis. Este Conselho priorizou a assistência básica à saúde, o atendimento ambulatorial, a utilização da capacidade ociosa do setor público, reduzindo ao mínimo a compra de serviços privados e a descentralização da rede assistencial e unificação de procedimentos e critérios.

A partir de 1983, ainda seguindo o planejamento do *CONASP*, foram implantados o *Programa de Racionalização de Contas Hospitalares*, com a introdução da *Autorização de Internação Hospitalar* (AIH), e o *Programa de Ações Integradas de Saúde* (AIS), que passaram a nortear a organização das ações em saúde da população de uma forma mais estruturada e articulada. Esta ação objetivou o aperfeiçoamento do sistema por meio de melhoria assistencial, valorização do profissional de saúde, oferecendo remuneração e condições de trabalho melhores, contratação de equipes multidisciplinares de profissionais como assistentes sociais, psicólogos terapeutas ocupacionais, nutricionistas, dentre outros.

A *VIII Conferência Nacional de Saúde*, em 1986, teve como prioridade a discussão das bases do projeto de reforma sanitária brasileira por intermédio da ampliação da diversidade de profissionais de saúde e a instituição de um *Sistema Único de Saúde* de forma a atender ao princípio da saúde como direito à cidadania e dever do Estado. Segundo Carvalho (1995), esta conferência foi um fato inédito na história das políticas de saúde, uma vez que a sociedade civil nunca havia sido convocada a debater sobre as políticas de governo relativas à saúde. Talvez por isso tenha havido uma participação baixa desses personagens nas discussões, que concentraram quase que exclusivamente técnicos governamentais e gestores de saúde.

Luz (1994) observa que as grandes diferenças em relação às concepções discutidas quanto às Conferências anteriores foi que, pela primeira vez, a saúde deixou de ser concebida como um estado puramente biológico de ausência de patologias e passou a ser percebida como um estado advindo de um conjunto de condições bio-psico-sociais, superando a concepção medicalizante vigente. A descentralização dos serviços de saúde implicava na transferência de responsabilidades para Estados e Municípios, considerando também os clamores e avaliação da população, evitando-se a centralização das decisões, o que, confiava-se, agilizaria os processos e procedimentos em saúde.

Em 1987 implementou-se o *SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde)*, uma forma de aperfeiçoamento do *Programa de Ações Integradas de Saúde*, e em 1988 foi aprovado, na nova Constituição brasileira, o *Sistema Único de Saúde (SUS)*, constituindo-se em uma proposta de regulamentação dos serviços de assistência à saúde da população. Este sistema está atualmente em vigor no país.

O *SUS* tem como princípios o respeito aos direitos humanos e à cidadania e uma base organizada de dados que norteia e agiliza as ações, priorizando o atendimento integral e as atividades preventivas. O objetivo maior é tornar o acesso da população aos serviços de saúde mais ágil e organizado, unificado em todo o território nacional, sendo, principalmente, funcional. Seus princípios doutrinários filosóficos são a universalidade, a integralidade e a equidade. O setor privado atua como assistência complementar, permitindo o acesso da população a serviços especializados ainda não existentes na rede de saúde pública.

Portanto, as iniciativas anteriormente mencionadas constituem hoje a saúde pública no Brasil, mesmo que ainda longe de atender a toda complexidade e demanda da população. Por exemplo, Goulart e Carvalho (1998) opinam que a descentralização do sistema ainda precisa ser mais profunda, reforçando os mecanismos que regulam os repasses de recursos, que ainda constituem meios para manter o processo decisório centralizado, impondo a padronização das alternativas de intervenção. Estes autores defendem que seria fundamental que o Ministério da Saúde atribuísse maior importância à avaliação de resultados e fornece medidas compensatórias aos sistemas estaduais e municipais com base em indicadores de saúde e qualidade de atenção.

Em resumo, o setor saúde é um sistema mutante, em construção constante que acompanha as mudanças sociais e, como tal, necessita de avaliações e atualizações de acordo com as demandas sociais, políticas econômicas e tecnológicas. Estas avaliações precisam envolver todos os implicados, dentre eles os médicos e demais profissionais de saúde, atores importantes desse processo. A multi-determinação das condições de saúde exige, como contra-partida, uma ação multisetorial e o compromisso dos governantes com

o objetivo de garantir saúde à população. O enfrentamento dos desafios contemporâneos está na construção de alternativas para o amanhã, que envolvam o compromisso e a responsabilidade de governos para com a sociedade, assim como o respeito às suas necessidades e à diversidade. A seguir, procura-se considerar a saúde e o contexto de trabalho de profissionais desta área, particularmente os médicos, mas não deixando de mencionar os enfermeiros e psicólogos.

1.2. A Saúde e o Contexto de Trabalho de Profissionais que a Promovem

Neste tópico o interesse é ressaltar a razão de estudar a saúde dos médicos, principalmente sua dimensão subjetiva. Neste sentido, descreve-se inicialmente o conceito de saúde que é adotado nesta tese, seguindo com um retrato das condições precárias do trabalho médico, posteriormente evidenciado nos indicadores de morbidade e mortalidade para, finalmente, procurar descrever um pouco dois outros grupos de profissionais da saúde, isto é, enfermeiros e psicólogos.

1.2.1. A Saúde de Profissionais da Saúde como Objeto de Estudo

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas com as condições em que as pessoas vivem e produzem. Categorias laborais, grupos e classes sociais, portanto, não adoecem e morrem a partir de causas idênticas, pois não vivem e trabalham em condições idênticas. Como previsto na Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, esta tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais (Diário Oficial da União, 1990).

A definição clássica de saúde, apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é de que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não podendo ser compreendida apenas como a ausência de enfermidade (OMS, 1960). Trata-se de uma definição que dá um conceito positivo de saúde, considerando-a um estado suscetível a graduações, no sentido de admitir a possibilidade de se ter mais ou menos saúde, sem necessariamente, estar doente.

Esta definição sugere que tanto o bem-estar físico e mental como o social exigem, para sua obtenção e/ou manutenção, uma atuação de diversos setores da sociedade organizada. Por exemplo, inclui, além de atividades no campo da saúde, aquelas de políticas públicas em âmbito educacional, seguridade social, promoção de emprego e renda. Estas, geralmente, são efetuadas sob o controle e responsabilidade do Estado. Portanto, torna-se relevante estudar a saúde de profissionais envolvidos com sua manutenção, especialmente quando se parte de uma concepção de saúde não limitada à dimensão físico-orgânica, passando a incluir outros aspectos, como o contexto sociocultural. Neste sentido, reconhece-se nas pessoas envolvidas, além de aspectos biológicos, a interdependência entre sua subjetividade e sua dinâmica com o ambiente social e econômico em que vivem e trabalham. Um ambiente em que é evidente a precariedade de recursos, levando tais profissionais a exercerem suas atribuições em contexto bem diferente do ideal postulado pelo sistema vigente de assistência à saúde.

Na presente tese a preocupação com profissionais de saúde fundamenta-se na necessidade de produzir conhecimentos que possam servir como base para a implementação de políticas que viabilizem uma melhoria nas suas condições de trabalho e, conseqüentemente, na promoção de saúde de qualidade para a população. Segundo Vasconcelos (1995), a realização de estudos avaliativos em saúde é extremamente útil,

possibilitando o aprimoramento da prestação dos serviços, no sentido de atender tanto às expectativas dos usuários e prestadores de serviços como fornecer informações relevantes que fundamentem o planejamento de decisões a serem tomadas em relação à melhoria da gestão dos serviços de saúde.

O interesse em discutir o bem-estar dos médicos, por esta via, deve-se ao fato de que, atualmente, a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população tem sido tema de discussões cotidianas travadas não somente por profissionais de saúde de todo o país, mas também pelos próprios usuários dos serviços e gestores de uma maneira geral. Nota-se assim uma tendência no Brasil de busca da qualidade dos serviços públicos de saúde. À medida que os recursos para o setor tornam-se cada vez mais escassos e, por outro lado, as desigualdades sociais aumentam, intensificam-se as necessidades de cuidado e atenção, tornando-se um verdadeiro desafio produzir saúde com qualidade (Gil, Silva, Campos & Baduy, 2001).

Sabe-se que a qualidade exige uma nova mentalidade, tanto de usuários como de instituições de saúde, no que diz respeito aos direitos da pessoa humana à autonomia, ao atendimento de qualidade e à saúde. Neste contexto, uma avaliação do bem-estar de profissionais envolvidos no processo torna-se importante quando se considera que a melhoria real no atendimento à saúde passa, necessariamente, pelo atendimento das necessidades de melhoria das condições laborais de seus profissionais.

Apesar de haver consenso quanto à necessidade de se fazer avaliações de forma a se produzir serviços de saúde com mais qualidade, estas ainda têm sido um desafio para os pesquisadores. Além das dificuldades técnico-metodológicas (por exemplo, falta de critérios bem definidos, falta ou escassez de recursos financeiros, falta de capacitação profissional) e político-institucional (por exemplo, descaso ante às dificuldades

organizacionais, caráter autoritário dos estudos, ênfase nas diferenças individuais), há ainda a resistência dos próprios profissionais para com a mudança nas suas práticas atuais.

A Psicologia Social pode contribuir com a temática na medida em que aprofunda o olhar na dimensão subjetiva relacionada com as práticas de saúde e as vivências dos trabalhadores do setor, atualizando constantemente a relação entre a saúde, as condições de vida e trabalho, dentre outros aspectos próprios do contexto social em que tais práticas se desenvolvem. Esta área tem dado ênfase na busca de significados presentes na cultura para explicar diversos fenômenos da natureza humana (Bruner, 1997; Fiske, 1992). Segundo Bruner (1997), os significados são componentes mediadores da relação do indivíduo com o seu mundo. Desta forma, afirma este autor, uma psicologia culturalmente sensível é e deve ser baseada não apenas no que as pessoas realmente fazem, mas no que elas dizem fazer e no que dizem que as levou a fazer o que fizeram. Diz igualmente respeito ao que as pessoas dizem que os outros fizeram e por quê. E, acima de tudo, refere-se ao que as pessoas dizem serem os seus mundos.

Dizer e fazer se constituem, portanto, nos significados construídos pelo indivíduo e são causas de suas ações. Deste modo, conhecer os significados que profissionais de saúde atribuem ao seu trabalho poderá contribuir para a construção de uma fundamentação científica para a escolha de estratégias de mudanças com o objetivo de melhorar as condições deste, de forma a que seja percebido pelo trabalhador como adequado ao exercício profissional. No caso de médicos e outros profissionais de saúde, torna-se imprescindível sua interação positiva com o seu ambiente ocupacional, de forma que esta seja uma experiência gratificante e realizadora. Neste aspecto, o ambiente e as condições de realização do serviço desempenham um importante papel na determinação da qualidade do relacionamento da pessoa com o seu trabalho, o que vai implicar diretamente no seu bem-

estar.

Segundo Maslach e Leiter (1999), são a estrutura e o funcionamento do local de trabalho que tendem a determinar a maneira como as pessoas realizam suas atividades laborais. Se não há reconhecimento humano da atividade, o risco de desgaste do profissional aumenta, acarretando comprometimento tanto do trabalho quanto da saúde mental do trabalhador. Portanto, o trabalho é fundamental para o desenvolvimento psicológico, biológico e social do ser humano; representa uma via importante de relação e comunicação com a sociedade em que vive.

Presume-se haver uma relação estreita entre o ambiente laboral e o estado de saúde, como descreve Soriano (1983): “dize-me em que trabalhas e te direi de que adoecerás” (p. 45). Objetivamente, os riscos imediatos do trabalho são, geralmente, os acidentes e as enfermidades a que estão expostos os trabalhadores, devido ao ambiente insalubre, às características de materiais e instrumentos que se utilizam, assim como aos diversos fatores “ambientais”, como condições de temperatura, ventilação, ruído, contato com agentes químicos ou bacteriológicos (Forastieri & cols, 1983). No entanto, outros fatores de natureza mais subjetiva, porém não menos danosos a saúde do trabalhador, também têm lugar no contexto laboral, tendendo a desencadear ou predispor aos primeiros; entres estes podem ser citados a insatisfação, o desconforto psicológico e o estresse (Borges & cols., 2005).

Em resumo, parece evidente que um passo fundamental na atenção e prevenção da saúde é o reconhecimento da possibilidade da existência de enfermidades frente à declarada presença de um sofrimento, principalmente entre aqueles que são cuidadores por profissão. É claro que somente a identificação de tais fatores por si só não alivia o padecer, mas trás a

possibilidade da tomada de consciência dos riscos a que estão expostos profissionais da área e contribuem para refletir sobre medidas preventivas ou curativas para os mesmos. Antes de tratar propriamente a dimensão subjetiva da saúde, isto é, o bem-estar, foco principal da presente tese, demanda-se apresentar um panorama sobre o trabalho dos médicos e as transformações recentes na sua prática laboral.

1.2.2. O Sentido do Trabalho e a Profissão Médica

Inicialmente, deve-se compreender o trabalho como uma atividade humana essencial; é um processo de interação entre o homem e a natureza, em que tal homem, com sua ação intencional, mede, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ao atuar por meio desse movimento, ele busca modificá-la e, ao fazê-lo, modifica sua própria natureza. Assim, é a intencionalidade o que diferencia o trabalho humano do realizado por outros animais. A existência de uma consciência e uma liberdade é o que o faz ímpar, não sendo movido apenas pela sobrevivência que orienta a maioria das espécies (Garcia, 1984).

Garcia (1984) apresenta um modelo de trabalho humano constituído de duas dimensões: uma abstrata ou quantitativa, em que há dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico. Neste caso, o trabalho humano seria comparado a uma mercadoria; a outra dimensão é denominada como concreta ou qualitativa, onde a força de trabalho humano, sob forma adequada, seria destinada a um fim, e essa qualidade de trabalho concreto produziria valor de uso. O trabalho útil, criador de valor de uso, constitui um estímulo que desenvolve as capacidades físicas e mentais do ser humano, passando a ser entendido como fonte de satisfação e prazer. Assim, tais dimensões do trabalho humano devem ser pensadas de forma inseparável.

Sob o ponto de vista do capitalismo, o trabalho abstrato seria apropriado pelo

capitalista que remuneraria o trabalhador, procurando que este pudesse recuperar a energia física consumida em sua execução. Cabe aqui a comparação com uma mercadoria. O trabalho, neste sentido, torna-se um objeto de troca, sendo que o sistema de produção capitalista retira o sentido do trabalho para o trabalhador, gerando alienação do trabalho (Garcia, 1984). Portanto, alienação é a dissociação entre atividade e sujeito, imposta pelo modo de produção capitalista. O produtor não mais se identifica no produto do seu trabalho, esse se transforma em objeto. É coisificado. O trabalhador passa a identificar sua atividade como estranha, não pertencente a ele.

A prática de trabalho é a transformação de um objeto em outro mediante gasto de trabalho humano, com a utilização de determinados meios e instrumentos. Portanto, possui três componentes básicos: objeto, meios ou instrumentos de trabalho e atividade ou trabalho propriamente dito (Paim, 1992; Schraiber, 1992). O objeto do trabalho médico constitui-se no corpo humano em sua composição anatomofisiopsicológica. Este corpo, porém, não é simplesmente um amontoado de células, de tecidos ou de reações bioquímicas; trata-se de um corpo humano que, vivendo em sociedade, é investido de valor.

Para a efetivação do seu trabalho, há que existir um conjunto de meios que o trabalhador interpõe diretamente entre ele e seu objeto de trabalho, para a realização do trabalho propriamente dito. No caso da Medicina, tais meios podem ser tanto instrumentos que produzirão a transformação desejada (por exemplo, bisturi, pinças, agulhas, medicamentos) como outros mais subjetivos (por exemplo, o conhecimento das patologias, o raciocínio clínico, a identificação dos exames). Há ainda os que não participam diretamente do processo, como o local de trabalho e a dinâmica interpessoal entre os colaboradores, mas que são fundamentais ao exercício profissional (Paim, 1992; Schraiber, 1992). Portanto, propriamente dito, o trabalho se caracteriza como energia humana (física e

emocional) empregada no processo de produção. No caso do trabalho médico, o dispêndio físico e intelectual coloca tal profissional na categoria de trabalhador intelectual, o que pode implicar em uma percepção e consciência de responsabilidade que predispõe ao estresse.

Ao iniciar uma reflexão acerca do trabalho médico, torna-se necessário conhecer um pouco acerca das transformações contextuais por que vem passando esta profissão (mas, as mudanças não se restringem a esta profissão). Alguns autores referem mudanças significativas que ocorreram na organização do trabalho nos últimos anos em consequência do desenvolvimento científico-tecnológico acentuado. Desta forma, a organização do trabalho humano passou a vivenciar um modelo de controle e regulação denominado *Organização Científica do Trabalho (OCT)*, que adotou uma metodologia científica em substituição aos métodos empíricos de regulação do trabalho (Schraiber, 1991; Schraiber & cols., 1994).

Este período é identificado por diversos autores como o de consolidação e desenvolvimento de uma forma particular de organizar o trabalho e, especificamente, o trabalho médico. Tal forma de organização marca uma etapa do desenvolvimento do capitalismo, impondo um padrão novo de organização do trabalho caracterizado pela produção em massa e pelo consumo. Este novo modelo de organização do trabalho impôs ao trabalhador um sistema rigoroso de controle e avaliação de desempenho, baseado em padrões de produtividade individual e coletiva, nem sempre levando em conta as diferenças individuais e peculiaridades de cada categoria profissional. Suas características principais são pautadas (1) na concentração de recursos de uma mesma organização; (2) na separação entre trabalho intelectual (trabalho daqueles que planejam) e trabalho físico (trabalho daqueles que executam), sendo estes o controle e a fiscalização das atividades realizadas pelos planejadores; (3) no estímulo à divisão de saberes e práticas nas organizações,

estimulando a especialização; (4) na divisão da organização em setores com objetivos comuns e com comando único; e (5) na adequação do trabalhador à tarefa executada, garantindo maior eficiência e produtividade (ver Schraiber, 1991; Schraiber & cols., 1994).

Esta nova forma de organização do trabalho implica tanto na prática como no desenvolvimento da Medicina, que passa a não mais adotar o modelo artesanal de controle individualizado da própria força de trabalho, assumindo este novo modelo de racionalizar o trabalho. Neste sentido, adotam-se as seguintes orientações como paradigmas (Schraiber, 1993; Mendes, 1986): o *mecanicismo* (o corpo humano é visto como semelhante a uma máquina); o *biologismo* (reduz o homem a seus componentes biológicos); o *individualismo* (focaliza os aspectos bioquímicos e fisiológicos, em detrimento daqueles psicológicos, sociais e culturais); a *especialização* (promove a fragmentação de saberes e práticas dentro da Medicina); a *exclusão de práticas alternativas* (limita a prática terapêutica a ações legalmente instituídas); a *concentração de força de trabalho em saúde* (promove a concentração de força de trabalho e equipamentos em um mesmo ambiente, no caso, o hospital); a *tecnificação do ato médico* (utiliza tecnologias caras e sofisticadas para realização de suas ações); e, finalmente, a *ênfase na medicina curativa* (foca a atenção na doença e não na saúde).

Sendo possível aplicar a lógica capitalista ao modelo de sistema de saúde, tornou-se também possível gerenciar aqueles que a produzem, no caso, os médicos. Particularmente, o hospital passa ser um espaço de possível implementação desse novo modelo de organização do trabalho médico (Conselho Federal de Medicina, 1998; Schraiber, 1993; Mendes, 1986). Esta lógica nova do trabalho médico e o seu conseqüente re-ordenamento possibilitaram uma predominância da dimensão científico-tecnológica da Medicina, que passou a orientar os processos de trabalho atuais, impondo um padrão novo de formação

acadêmica, principalmente valorizando a tecnologia e a especialização como mecanismos de aquisição de conhecimentos científicos e integração ao mercado de trabalho (Mendes, 1986; Novaes, 1990).

Estas transformações na organização do trabalho no Brasil passam a impactar de forma significativa a partir da segunda metade do século XX, quando da instalação de empresas estadunidenses que implantam e difundem este modelo de organização do trabalho. À época também se consolidou o sistema previdenciário brasileiro, garantindo assistência médica e farmacêutica aos trabalhadores formalmente regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O acesso dos trabalhadores a benefícios sociais, dentre os quais a assistência médica, diminuiu a força de luta dos trabalhadores por melhorias de condições de trabalho (Mendes, 1986; Novaes, 1990). Por volta da década de 1970, devido a perdas significativas de produtividade na economia, principalmente nos Estados Unidos, intensificam-se as lutas trabalhistas por melhores remunerações. Em resposta a essas demandas, elevaram-se os preços de produtos e serviços, gerando uma crescente onda inflacionária (Druck, 1999; Schraiber, Medici & Gonçalves, 1994).

O investimento em novas tecnologias que gerassem aumento da produtividade propiciou a evolução da robótica, da informática e das comunicações, produzindo mudanças profundas e favorecendo o desemprego. A amortização da nova crise no trabalho aparece por meio de benefícios ofertados pelo Estado de bem-estar social, materializados no auxílio-desemprego ou em programas de auxílio social. Novamente o capitalismo mantém o seu padrão de gestão e organização do trabalho e da sociedade, mediante o qual se consolidou como uma forma de proteção social (Druck, 1999).

Por essa época também as empresas japonesas passaram a propor e difundir internacionalmente padrões de organização do trabalho baseados na qualidade. Desta forma, a qualidade e a diferenciação dos produtos tornaram-se fundamentais como base para a competitividade. A utilização de tecnologias modernas, robótica e informática pelo novo modelo de organização do trabalho impactou mais uma vez na sociedade laboral. Em razão dessas transformações e pela necessidade de investimentos em modernização tecnológica, esgota-se a capacidade de investimentos sociais do Estado, impossibilitando suas ações de amortização da crise social, gerada por formas novas de organização do trabalho, tecnologias e competição internacional. Como consequência, um aumento do desemprego foi inevitável, o que levou os trabalhadores a deslocarem suas reivindicações de aumentos salariais para a manutenção de emprego (Druck, 1999; Schraiber et al, 1994). Segundo Druck (1999), nos anos 1990, em consequência da crise de anos anteriores e por conta do enfraquecimento das reivindicações dos trabalhadores, o Estado minimiza suas ações de implementação de políticas sociais, o que agrava o desemprego e a exclusão social de trabalhadores assalariados, que só conseguem se incorporar ao sistema produtivo por meio de formas precárias de contratação.

A forma nova de organização do trabalho, baseada no modelo japonês, gerou um sistema muito hierarquizado e diferenciado entre empresas de portes diferentes, da seguinte maneira: no caso das grandes empresas, estas resguardaram maiores possibilidades de estabilidade no emprego, investiram no trabalho qualificado, possuíam remuneração fixa e/ou variável em conformidade com o aumento da produção. A organização do trabalho foi baseada na cultura da qualidade total, o que pressupôs a participação dos trabalhadores, envolvidos no processo de busca por produtividade e redução de custos. No caso de pequenas e médias empresas, estas tenderam a formar uma rede de subcontratação, onde se

encontravam todos os tipos de trabalho. Em geral, eram instáveis e contratavam a mão de obra dos seus trabalhadores de maneira precária. Estes tendiam a possuir baixa qualificação profissional e a se submeterem a condições precárias de trabalho, salários baixos e controle rigoroso para alcançar os padrões de qualidade e produtividade exigidos (Druck, 1999).

Como uma das conseqüências para a Medicina, estas transformações fizeram com que seus profissionais passassem a sofrer com a redução da remuneração, ampliação das jornadas de trabalho, contratações precárias, controle e fiscalização de suas atividades, perda da autonomia profissional, entre outras transformações, que vêm reduzindo o prestígio da categoria perante a sociedade. Em relação à fragmentação do conhecimento através da exigência mercadológica por especializações, tem levado a efeitos nefastos, dado que a especialização elevada da Medicina acarreta uso de tecnologias novas, o que por sua vez onera e inviabiliza os custos para o consumidor final (o cliente), afastando-o dos médicos. Por outro lado, o cliente pode passar a não mais aceitar procedimentos mais básicos, como a anamnese e a ausculta, por pura insegurança ou desconfiança deste processo. Além disso, a corrida por especializações tende a afastar os jovens médicos de áreas básicas e levar a perda da credibilidade social destes profissionais (Goulart & Carvalho, 1998).

O uso abusivo de recursos tecnológicos tende a provocar uma dependência do profissional com relação a tais recursos, levando assim a uma gradativa perda da capacidade de raciocínio clínico. Os exames complementares tornaram-se instrumentos de proteção técnica e legal para uma boa parcela de profissionais médicos (Goulart & Carvalho, 1998). Portanto, especializar-se passou a ser a solução, não somente para se preservar a autonomia técnica, mas, principalmente, para a manutenção da credibilidade e prestígio sociais. Compreender profundamente apenas uma parte do conhecimento

científico médico acaba sendo, para o profissional da área, uma atitude mais segura, uma prática mais adequada à realidade capitalista, num mundo cada vez mais globalizado, individualizado, competitivo e legalista.

É importante reconhecer que a forma como se organiza o trabalho médico na sociedade impõe ao ensino médico suas próprias leis e funcionamento. Tal ensino acaba reforçando esta situação até certo ponto, pois a educação médica tem certa autonomia, que leva à geração de contradições com as demandas surgidas na prática médica. Se a prática médica impõe a especialização como forma de inserção no mercado de trabalho, isso influencia a formação escolar e o currículo da escola médica, que, em geral, se adaptam a tal situação. Entretanto, dentro dos limites impostos pela realidade, é possível haver criatividade e inovação. A propósito, deve-se reconhecer uma autonomia relativa da escola médica em propor modelos novos de exercício profissional, atuando de maneira conflitante e dialética e, assim, transformadora do real.

Em resumo, ao se adotar o entendimento materialista de determinação da estrutura econômica sobre os demais componentes da sociedade, apontam-se as transformações ocorridas na sociedade capitalista e, como consequência destas, as aquelas observadas no trabalho médico. De um modelo artesanal, mais autônomo, este se modifica para um modelo onde predomina a perda da autonomia com o assalariamento e a dependência de tecnologias. Estas transformações na organização do trabalho médico e as novas formas de inserção do médico no mercado de trabalho apontam dificuldades que a categoria enfrenta na atualidade (Carneiro & Gouveia, 2004). Este aspecto é tratado melhor no tópico a seguir.

1.2.3. O Médico e o seu Contexto de Trabalho

A visão da Medicina e do papel do médico que predomina nas sociedades é construída dentro de realidades que se modificam de forma dinâmica, à medida que se ajustam às transformações nos contextos sociais. Segundo Machado (1997), a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da Medicina e dos médicos como categoria profissional na estrutura social. Portanto, pensar o trabalho do médico é pensar também as circunstâncias em que as relações entre o profissional e seu trabalho se estabelecem com as diferentes estruturas contextuais.

Os médicos, historicamente, sempre possuíram respeitabilidade e grande prestígio social, decorrentes da relação direta com os pacientes e, provavelmente, em razão da forma de trabalho individualizada e autônoma; um vínculo médico-paciente baseado na confiança, no respeito e no sigilo profissional. A própria assistência à saúde foi outrora um ofício de artesão, que progressivamente foi se transformando em um sistema de produção capitalista, em que o trabalho médico passou a ser uma mercadoria socialmente valorizada. Os médicos passaram a se submeter às regras dessa nova maneira de exercer seu ofício, desenvolvendo suas atividades em serviços públicos e privados. Conseqüentemente, estes foram submetidos às regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista, como instabilidade no emprego (quando tinha oportunidade de ter alguma), ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas, assalariamento, somadas às particularidades do trabalho médico, como aliviar a dor e o sofrimento, e ter a morte como situação rotineira (Machado, 1997; Nics, 1998; Pitta, 1990).

Em pesquisa pioneira realizada no Brasil, na cidade de São Paulo, Donnangelo (1999) já apontava o assalariamento dos médicos, ainda que associado com outras formas de inserção no mercado de trabalho. Machado (1996), em estudo sobre o perfil dos médicos

no Brasil, observou uma realidade preocupante acerca desses profissionais: 80,4% indicam se sentir desgastados em suas atividades, acumulando vários empregos, com carga horária extensa, chegando a cumprirem de 12 a 14 horas diárias. Constatou ainda que tais profissionais viviam então um processo de assalariamento e perda da autonomia no trabalho, sendo que mais da metade desses médicos percebiam o futuro da profissão com *pessimismo e incerteza*. Outros estudos procuraram também retratar as características principais destes profissionais e de seu mercado de trabalho, como (Machado, 1997; Ministério da Saúde, 1998):

- O mercado de trabalho médico conta com cerca de 350 mil postos de trabalho, em setores público e privado, para um contingente, em meados da década de 1990, de 183.052 médicos em todo o país. Observou-se que 74,7% destes profissionais também exercem atividades em consultórios particulares, o que implica num mercado real de pelo menos 500 mil postos de trabalho. Isso equivale a 2,7 empregos ou atividades por médico.

- Em todas as regiões brasileiras a atividade profissional era predominantemente exercida em instituições hospitalares, tanto no setor público como no privado.

- No caso dos consultórios particulares, 79,1% dos médicos trabalhavam com convênios e/ou cooperativas de saúde, sendo que 16,6% deles exerciam esta atividade dentro de estabelecimentos de saúde.

- 65,9% dos médicos atuavam em capitais brasileiras, principalmente nas mais desenvolvidas social e economicamente. Esta concentração contribuiu para uma relação de 3,28 médicos por mil habitantes nas capitais, mais de seis vezes a observada nas cidades do interior (0,53 médico por mil habitantes).

- Apenas dez especialidades médicas, das 65 reconhecidas à época, sobressaíram-se no mercado de serviços médicos, as quais abrangiam 62,1% do total dos médicos brasileiros.

- Aproximadamente metade destes profissionais, isto é, 48,9%, trabalhavam em regime de plantão, com maior frequência de plantões de 12 e/ou de 24 horas.

À época existem evidências também acerca do aumento de especialização, redução da remuneração, multiplicidade de vínculos empregatícios, participação crescente de mulheres na categoria médica, realização elevada de plantões entre as formas de trabalho e a informalização crescente das relações de trabalho. Estes resultados denotam que o mercado de trabalho dos médicos no Brasil tem reproduzido a tendência geral da economia contemporânea de exploração e flexibilização da contratação da força de trabalho (Machado, 2000).

Estudo mais recente demonstra dados ainda mais alarmantes (Carneiro & Gouveia, 2004). Neste estudo, cerca de 52% dos médicos exerciam atividades de plantonistas, modalidade de trabalho cansativa e desgastante, principalmente quando é desenvolvida em ambientes com carência de equipamentos e materiais adequados, pondo em risco a saúde daqueles a quem se pretende socorrer. Também a remuneração destes profissionais mais uma vez esteve aquém de suas expectativas. O estudo demonstrou que 72% deles possuíam renda mensal individual inferior a U\$ 3.000,00 (três mil dólares), quando revelaram que estariam satisfeitos com uma renda mensal de U\$ 4.000,00 (quatro mil dólares). Nota-se, pois, a distância salarial pretendida. Esta situação, aliada às outras condições de precariedade no exercício da profissão médica, compromete a satisfação com a vida destes profissionais. Isso potencialmente torna o seu trabalho, que deveria se constituir numa fonte

de prazer, em uma fonte de desprazer, sentimentos de insignificância, inutilidade e impotência, estressores potencialmente devastadores para a saúde e o bem-estar subjetivo.

Machado (1997) observou que o número de profissionais médicos aumenta 3,8% mais que a população brasileira, que tem seu índice de crescimento em torno de 1,8% ao ano. Desta forma, um número relativamente grande de profissionais médicos ingressa no mercado de trabalho a cada ano, gerando alta competitividade pelo excesso de mão de obra, necessidade cada vez maior de qualificação, problemas de remuneração justa e diminuição do *status* e *prestígio* profissional, geradores de conflitos. Neste sentido, não é de estranhar que nas últimas décadas as condições de trabalho tenham se deteriorado, com uma insatisfação com a remuneração recebida como fruto do trabalho médico. Estes profissionais sentem-se cansados, desmotivados e apáticos diante da vida; a atividade médica tem deixado de ser uma fonte de desejo e prazer para tornar-se fonte de desgaste por conta da burocracia, das jornadas exaustivas de trabalho, das quantidades de consultas, atos e procedimentos terapêuticos exigidos (Carneiro & Gouveia, 2004; Machado, 1996).

Nas pesquisas de âmbito nacional realizadas em 1995 (Machado, 1996) e 2003 (Carneiro & Gouveia, 2004), procurando mapear as principais características dos médicos e seu contexto laboral, destacaram-se crescente participação do sexo feminino na categoria, concentração de profissionais nos centros urbanos, principalmente nas grandes cidades, ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas, predomínio das atividades de plantão, principalmente entre os médicos mais jovens, sobrecarga de trabalho e insatisfação com a profissão.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo realizou um estudo sobre o mercado de trabalho médico na capital paulista. Na oportunidade, observou-se que uma proporção significativa de médicos possuía acúmulo de jornadas de trabalho, que chegavam

a três ou mais atividades, tais como trabalho assalariado, prática autônoma em consultórios e trabalho em organizações hospitalares. No setor público, predominava a contratação de médicos de forma assalariada e, no setor privado, por prestação de serviços por meio de cooperativas ou empresas médicas. Esta forma de contratação foi considerada como uma tendência do mercado, principalmente em hospitais privados (CREMESP, 2002).

Em resumo, o dia-a-dia desgastante, muitas vezes sem descanso adequado, dormindo mal e alimentando-se mal, trabalhando muito e ganhando pouco, acaba contrastando com a necessidade de atender as representações sociais que se tem desta categoria profissional. Assim, o médico precisa ter um consultório bonito, usar roupas elegantes e ter um carro moderno para poder identificar-se como pertencente a uma elite social. Este quadro de referência preliminar aponta elementos necessários à compreensão de como as modificações recentes do trabalho médico impactam não somente na qualidade de sua produção laboral, mas também trás implicações danosas a sua própria saúde, dentre essas o esgotamento laboral e o desconforto psicológico. Estes aspectos serão adiante tratados conceitualmente; antes, entretanto, faz-se um apanhado dos indicadores que evidenciam a precariedade de saúde destes profissionais.

1.2.4. A Morbi-Mortalidade entre os Médicos

Entre as motivações para a escolha da profissão médica, influiria fortemente a idealização universal de que este profissional tem o poder de retardar, deter ou anular a ameaça de morte (Simon, 1971). Desta forma, uma identificação com esse paradigma pode resultar em sentimentos de onipotência, que quando confrontados com uma realidade de fracassos e dificuldades próprias da profissão, tende a gerar sentimentos de culpa que

favorecem quadros depressivos, evidenciados por dados epidemiológicos de maior incidência e prevalência neste grupo profissional (Meleiro, 1998; Ross, 1973; Simon, 1968).

O médico, profissional muitas vezes entusiasta e ativo, também tende a ser ambicioso, competitivo e compulsivo, por isso muitas vezes se sente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento (Ford, 1983). Esta situação por si já pode ser suficiente para desencadear um quadro de ansiedade, depressão ou necessidade de cuidados psiquiátricos, os quais tendem a somatizar por meio do abuso do álcool e outras drogas.

Vailant (1972) foi um dos pioneiros no estudo dos problemas de saúde dos médicos, considerando os aspectos laboral e psicológico. A propósito, encontrou prevalências elevadas de sofrimento emocional aliada com o uso de drogas, com conseqüências como a alta de suicídios. Outras evidências mostraram que 12 a 14% dos médicos têm perturbações com o uso de drogas psicoativas, incluindo a dependência do álcool (Talbot & cols., 1980). Considera-se que os médicos, perante disfunções emocionais, tendem a não procurarem ajuda e se auto-medicarem, além negligenciarem suas necessidades gerais de saúde (Miller & McGowen, 2000).

Apesar de a morte ser de certa forma familiar para o médico, Feifel e cols. (1967) estudaram 81 médicos e concluíram que o medo da morte era o principal fator psicológico na escolha da carreira médica e, que estes tendem a perceber a morte a partir de uma visão materialista como um fim do processo da vida. Estudos de Cassorla (1991) e Kovács (1991) abordam a formação do profissional de saúde considerando que tais profissionais têm dificuldade de entrar em contato com a morte e que há um nível de tensão em que vivem, desde a sua formação, evidenciador de estresse, o que implica em prejuízos à sua saúde mental. Esta é mais uma razão que justifica estudos sobre o tema do bem-estar subjetivo,

pois, embora a medicina tenha avançado em desenvolvimento técnico, pouco tem sido feito para descortinar o universo de saúde e desenvolvimento humano de seus protagonistas.

A propósito dos indicadores de saúde mental ou desconforto psicológico, uma revisão de literatura levada a cabo por Meleiro (1998) aponta que em todo o mundo a população médica possui taxas de suicídio maiores que as da população em geral. Estes estudos foram corroborados por uma meta-análise realizada por Schernhammer e Colditz (2004), onde observaram que tais profissionais são mais prováveis de cometerem suicídio que pessoas da população geral. Segundo Meleiro (1999), é possível que os médicos, ao terem acesso mais fácil aos meios letais, conhecendo bem os fármacos, obtêm maior sucesso na investida suicida.

Sobre o assunto, Ross (1973) apresentou dados que evidenciaram que as taxas de suicídio entre médicas se mostraram mais freqüentes que entre médicos, e que esta taxa era quatro vezes maior que entre mulheres na população geral com mais de 25 anos nos Estados Unidos. O mesmo estudo demonstrou que a incidência de morbidade psiquiátrica, alcoolismo e uso de drogas é alta nos médicos suicidas, uma vez que o acesso desses a “meios suicidas”, como drogas e venenos, é igualmente maior.

Diversos estudos têm sugerido que algumas especialidades médicas estariam mais propensas ao suicídio que outras (Hawton, Clements, Sakarovitch, Simkin & Deeks, 2001). Seriam os casos, por exemplo, de anestesistas (Helliwell, 1983), oftalmologistas (Waterson, 1976), patologistas (Harrington & Shannon, 1975) e psiquiatras (A’Brook, 1967). Entre estes últimos, sua taxa de suicídio se mostrou alta e constante, ano após ano, num período de cinco anos de estudo; uma explicação possível foi que um em cada três psiquiatras que se suicidaram apresentou evidências de distúrbios afetivos, o que provavelmente favorecia o aumento da taxa de suicídio nessa população (Rich & Pitts, 1980).

Agarie, Lopes e Cordás (1983), ao procurarem explicar os índices altos de suicídio entre psiquiatras, concluíram que este estaria relacionada com a atuação desse especialista que, logo após um árduo treinamento em doenças físicas, é exigido dedicação específica a uma área bem mais subjetiva e com uma demanda de expectativas e imposições sociais maiores. Wekstein (1979) relacionou este índice com o fato de que tais profissionais utilizam menos recursos facilitadores de diagnóstico, tais como exames laboratoriais, raios-X e eletro-cardiogramas, e ainda têm que lidar com aspectos sociais do paciente, transferência no ato terapêutico e críticas da família do paciente, causando um desgaste emocional maior do que o observado em especialidades de procedimentos tecnicamente orientados. Por outro lado, quanto à taxa de anestesistas ter sido alta entre os médicos suicidas, Richings e cols. (1986) a atribuíram à facilidade de acesso a drogas letais nesta especialidade.

Os estudos sobre o suicídio no Brasil ainda são poucos, sobretudo no Nordeste. Entretanto, não são inexistentes (ver Bastos, 1974; Kovács, 2003). Por exemplo, dados epidemiológicos levantados por Dutra (1997 citado em Kovács, 2003), no Rio Grande do Norte, revelaram um aumento de três casos em 1985 para 29 em 1996, representando 26% a mais no total de ocorrências de suicídios no período. Neste caso, seu levantamento considerou a população de jovens. A propósito, é possível que a procura do jovem por dominar o seu medo da morte por meio de conhecimentos médicos, da confiança exagerada no poderio do conhecimento biomédico e de suas técnicas e equipamentos avançados, pode levá-lo a optar por estudar Medicina. Contudo, logo poderá dar-se conta que esta não é a solução, produzindo angústia e a fragilidade emocional ao perceber que o exercício da Medicina os conhecimentos e equipamentos não se revelam infalíveis. Neste sentido, diante da realidade da morte o jovem pode experimentar sentimentos de fracasso e impotência, o

que talvez seja uma das razões principais que fazem da profissão médica a que apresenta maiores índices de suicídio (Kovács, 1992).

Barbosa, Andrade, Carneiro e Gouveia (2007), em estudo recente sobre a saúde dos médicos do Brasil, encontraram indícios importantes de distúrbios psiquiátricos não-psicóticos em médicos, a exemplo de depressão e ansiedade, que foram observados em 51,7% dos médicos pesquisados. Também se constataram indícios de sensação de fadiga e ideação suicida, sendo que este último construto se mostrou fortemente associado com o desgaste laboral avaliado por meio de uma medida de *burnout*.

Alguns estudos sobre a morbi-mortalidade entre trabalhadores de saúde indicam que a profissão médica aparece, dentre as profissões de nível superior, encabeçando a lista de algumas patologias, como alcoolismo, estresse e depressão, sendo grande o número de médicos que fazem uso de psicotrópicos. Por exemplo, Tenório (1992), pesquisando o estado de saúde numa amostra de 200 médicos plantonistas, encontrou que 52% destes apresentavam distúrbios cardiovasculares, 60% queixavam-se de insônia, irritabilidade e depressão (43% usavam tranqüilizantes), 38% referiam impotência sexual após a jornada de trabalho prolongada e 43% atribuíam ao estresse do trabalho os conflitos familiares. As doenças cardiovasculares, hoje reconhecidas como também relacionadas com o trabalho, foram responsáveis pelo maior número de afastamentos e causa de dias perdidos.

Os estudos em outros países detectam uma prevalência de distúrbios psiquiátricos em médicos superior que é superior àquela registrada na população geral. Por exemplo, a incidência de doença mental (depressão e ansiedade graves) é muito maior que a de outros grupos, sendo que 29% da categoria apresentaram sintomas clínicos de depressão (Scott & Hawk, 1986). Também se observou que 23 a 47% dos médicos ativos pontuaram positivamente em questionários sobre doença mental (Calnan & cols., 2001). Embora

alarmantes, tais resultados são menos preocupantes que aqueles descritos no contexto brasileiro, como ficou evidenciado previamente.

Dentre as enfermidades que se relacionam de maneira indireta com o trabalho, sem dúvida, os distúrbios mentais e o *burnout* têm sido as principais manifestações que acometem os trabalhadores dentro deste modo de produção. É possível que o trabalho contribua como um fator precipitador ou agravador de um distúrbio mental quando deixa de ser fonte de prazer e realização, tornando-se fonte de ansiedade, sofrimento e desgaste. Existem múltiplos estressores psicossociais no contexto do trabalho (Mendes, 1988), como os indicados a seguir:

- Sobrecargas quantitativa (muita coisa para fazer em pouco tempo) e qualitativa (atividades desestimulantes, monótonas e repetitivas, que não exigem criatividade).
- Conflito de papéis e responsabilidades: o trabalhador é simultaneamente pai, filho, cônjuge, militante de um sindicato ou de um partido político, sócio de um clube, amigo etc., nem sempre conseguindo desempenhar bem esses diferentes papéis sociais, que muitas vezes se chocam entre si.
- Falta de controle sobre a sua própria situação: desvinculação entre planejamento e execução do trabalho; as chefias decidem o que fazer, como e onde, estabelecendo ritmos, velocidades e metas.
- Falta de apoio social: dos colegas de trabalho, das chefias, da família etc.
- Estressores físicos (por exemplo, barulho, calor ou frio excessivo, iluminação deficiente ou excessiva, odores incômodos) e próprios da indústria (por exemplo, tecnologia de produção de massa, processos de trabalho altamente automatizados, trabalhos em turnos).

No Brasil, Martins (1991) destaca alguns fatores estressantes associados com o exercício profissional da Medicina: sobrecarga de trabalho, privação do sono, comportamento idealizado, contato intenso com a dor e o sofrimento, lidar com a intimidade corporal e emocional, contato com a morte e o morrer, lidar com pacientes difíceis e as incertezas e limitações do conhecimento médico (medo do erro médico; De Marco, Rossi & Millan, 1992).

O *burnout* está crescendo entre os médicos (Scott & Hawk, 1986). Observou-se que 52,4% destes profissionais apresentavam algum grau de *burnout*. No estudo, a problemática se mostrou mais prevalente entre os clínicos gerais, seguidos dos médicos que atuam em hospitais, mas com porcentagem muito baixa entre aqueles com funções exclusivas de administração. Quanto aos colocados em emergências, 25,2% se encontravam na fase final de *burnout*, e 23,1% do total de médicos entrevistados apresentando a intenção de deixar suas atividades nos próximos cinco anos (Leal, 1998). No Brasil, Barbosa, Andrade, Carneiro e Gouveia (2007) constataram que um contingente de 57% de 7.700 médicos entrevistados de todas as UFs apresentaram algum grau de *burnout*, variando de *moderado* (33,9%) a *grave* (23,1%). Este tema será mais amplamente tratado no terceiro capítulo desta tese.

Apesar do antes comentado, ainda são escassos os estudos sobre as condições de saúde e trabalho dos médicos no Brasil; os poucos existentes têm focado, sobretudo, elementos isolados de sua saúde mental (Marques & Alves, 2002; Martins, 1990, 1991, 1995, 1998; Moura, Peixoto & Agosto, 1998; Nascimento, Sobrinho & Nascimento, 2002). Mesmo nos países desenvolvidos são poucos os estudos que buscam associar as condições de trabalho com a saúde dos médicos. Dentre os existentes se destacam estudos sobre a

prevalência de transtornos mentais, uso de drogas e suicídio (Colford & Litt, 1989; MacCue, 1982; Mawardi, 1979; Pilowski, 1989; Ross, 1973; Ullmann & cols., 1991).

Contudo, esta situação parece iniciar-se antes mesmo da profissionalização propriamente dita, conforme levantamento de Meleiro (1999). Este autor levanta os seguintes dados: os estudos de Ironide (1966) indicaram que 13% dos estudantes de medicina de 5º ano da Nova Zelândia precisavam de cuidados psiquiátricos; Hunter (1968) relatou que 18% dos alunos de medicina procuravam ajuda nos serviços de psiquiatria; Davis (1968) concluiu que 11% dos homens e 24% das mulheres no 1º ano do curso de Medicina apresentavam sintomas neuróticos; Valko e Clayton (1975) encontraram que 30% dos médicos entrevistados no 1º ano de formado tinham depressão clínica; Reubem (1985) encontrou a depressão em 29% dos médicos no 1º ano de formado, 22% no 2º ano e 10% no 3º; e Rucinsck e Cybulska (1985) encontraram os seguintes problemas psiquiátricos mais freqüentes entre os médicos: alcoolismo e drogadicção, com 51 a 57% das admissões em hospital psiquiátrico, e desordem afetiva com variações de 21 a 64%, dependendo do estudo.

Como resposta ao estresse crônico proveniente da organização e das condições de trabalho, o *burnout* também tem dificultado a saúde do profissional médico. Uma das conseqüências é o comprometimento da relação médico-paciente. Em geral, os médicos afetados por este problema fazem consultas rápidas e evitam até mesmo o contato visual com os pacientes. Não se estabelece vínculo entre médico e paciente ou este fica prejudicado, acarretando sentimentos de raiva, impotência, depressão, sofrimento e o surgimento do alcoolismo, de sintomas psicossomáticos, distúrbios mentais e o estresse, além de alterações no perfil de morbidade e mortalidade destes trabalhadores, como a detecção das doenças relacionadas com o trabalho. Este quadro tem repercutido mais além

da relação médico-paciente, que se degrada, passando o médico a focalizar em sintomas e oferecendo pouca resolatividade às queixas dos pacientes (Frasquilho, 2005).

Ribeiro, Bastos, Widolin e Nucci (1992) conduziram uma pesquisa com médicos intensivistas, onde se estudaram as causas e conseqüências da fadiga. Neste estudo, 72,7% dos médicos referiam alterações psicofisiológicas e 92,1% tiveram ações iatrogênicas durante suas atividades, sendo 54,1% devido a erros na atenção ou concentração, 30,2% por falta de conhecimento e 15,6% por erro na avaliação do paciente. Estes dados dão uma mostra das conseqüências do desgaste médico que acaba se refletindo diretamente nos cuidados dispensados aos pacientes, podendo gerar fatalidades desnecessárias. Nesta pesquisa, observou-se ainda que 36,8% dos médicos encontravam-se insatisfeitos com o trabalho e 89,4% possuíam de dois a três empregos.

Tem chamado atenção nos últimos tempos o uso de drogas entre os médicos, tanto as lícitas como as ilícitas (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007). Dentre as drogas lícitas ou medicamentos utilizados por esta categoria, impressiona o uso elevado de tranqüilizantes e antidistônicos. Em 1986, em pesquisa realizada por Maddux, Hoppe e Costello com 133 estudantes de medicina, revelou uma elevada proporção de usuários de substâncias psicoativas durante suas vidas, tais como: cigarros, 44%; álcool, 96%; maconha, 57%; anfetaminas, 22%; cocaína, 20%; sedativos, 17%; benzodiazepínicos, 37%; alucinógenos, 15%; e opióides, 40%. Porcentagens menores informaram o uso destas substâncias durante o último ano e o último mês. Uso vitalício não variou significativamente por sexo, etnia, ou estado civil. Doze por cento informaram uso quase diário de uma ou mais substâncias durante o último mês; 11% informaram sintomas de abuso de substância psicoativa durante o último ano. O uso de substâncias ilícitas e os sintomas de abuso de substância foram associados com o humor deprimido. Provavelmente,

uma das explicações é o estresse gerado pelo ritmo de vida e trabalho destes profissionais e/ou o convívio com o sofrimento e a morte de seus pacientes.

Meleiro (1999) relata que nos Estados Unidos um entre dez médicos tem problemas com o uso de álcool, e um entre cem com narcóticos. Os médicos acabam tendo livre acesso por meio dos hospitais, obtendo amostras grátis fornecidas pelas indústrias farmacêuticas e procedendo, em alguns casos, à automedicação. Desta forma, um controle mais rigoroso sobre a prescrição e distribuição, principalmente de psicofármacos, torna-se fundamental na prevenção do uso indevido de drogas nesta categoria profissional.

Estudo realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro junto com o Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho buscou levantar o uso de drogas (lícitas e ilícitas) numa amostra de 600 médicos, entre 1992 a 1994. Os resultados revelaram que 22% dos médicos foram tabagistas por mais de 10 anos e 18% destes continuavam como tabagistas; 43% faziam uso de tranqüilizantes e antidistônicos, sendo que 12% o faziam regularmente e 31% eventualmente; 18% utilizavam antidepressivos; 5% utilizavam, eventualmente, medicamentos pré-anestésicos; 6% tinham usado a morfina como analgésico ou sonífero. No caso das drogas ilícitas, 12% já tinham usado maconha e 1,5% usavam-na freqüentemente; 3% tinham usado cocaína e 0,5% eram dependentes (Tenório, 1994).

Em estudo quando comparados com outros grupos profissionais da saúde, como fisioterapeutas e enfermeiros, os médicos apresentaram menor absenteísmo (Toomingas, 2003). No aspecto mais fisiológico, Scott e Hawk (1986) observaram, entretanto, que os médicos apresentaram um aumento na incidência de enfarte de miocárdio e angina do que advogados e dentistas, sendo que os clínicos gerais ativos apresentam maior prevalência de ansiedade, depressão e insônia do que os reformados.

Na comparação de profissionais de nível superior internados em um hospital em São Paulo, Meleiro (1999) encontrou observou que o uso de nicotina como dependência era de 45,3% em médicos, 44,4% em advogados e 32,8% em engenheiros. No caso do uso de bebidas alcoólicas, encontrou que a ingestão habitual era referida por 15,3% dos advogados, 13,2% dos médicos e 12,1% dos engenheiros, sendo que nenhum dos profissionais considerou-se dependente do álcool.

Finalmente, apesar dos dados anteriormente descritos, ao menos no Brasil a maioria das pesquisas nesta área se refere aos estudantes de Medicina, havendo ainda um vazio quando se trata da população médica específica (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007). Deste modo, esta problemática parece ter início já nos anos de faculdade (Gouveia, 2004), provavelmente em razão do estresse diários (por exemplo, múltiplas avaliações, excesso de disciplinas para cursar, exigência de professores). Por exemplo, pesquisa com estudantes de Medicina já sinalizaram um quadro problemático quanto ao consumo de álcool, cigarro e maconha em alunos do 1º ao 4º ano da Universidade São Paulo. A prevalência foi de 50,2% de utilização de álcool, 35% de consumo do cigarro e 12,6% de uso de maconha. Neste mesmo estudo, encontrou-se consumo elevado de analgésicos não opiáceos, tranqüilizantes e inibidores do apetite (ver Meleiro, 1999).

Portanto, demanda-se conhecer mais acerca dos contextos da profissão médica que predis põem ao uso de substâncias psicotrópicas, ao sofrimento emocional e ao esgotamento laboral. Neste sentido, também importa conhecer quais fatores se correlacionam com o seu bem-estar, sua satisfação com a vida. A propósito, estes aspectos serão tratados nos próximos capítulos. Porém, antes de encerrar o presente capítulo parece pertinente retratar um pouco o contexto de dois outros profissionais da saúde: os enfermeiros e os psicólogos.

1.2.5. O Trabalho de Enfermeiros e Psicólogos

Nesta oportunidade se pretende oferecer uma visão geral acerca das profissões de enfermeiro e psicólogo. Por suposto, não se trata de uma abordagem exaustiva, haja vista que estes grupos são considerados nesta tese unicamente como referência, parâmetro de comparação, com o fim de conhecer o bem-estar dos médicos.

1.2.5.1. Os Enfermeiros e seu Contexto Laboral

Para uma melhor caracterização da profissão de enfermeiro (a), demandam-se, inicialmente, algumas considerações sobre o ambiente e o contexto de trabalho destes profissionais, mais especificamente das organizações hospitalares. Uma organização é um sistema composto por atividades humanas nos mais diversos níveis, constituindo um conjunto complexo e multidimensional de personalidades, pequenos grupos, normas, valores e comportamentos, ou seja, um sistema de atividades conscientes e coordenadas de um grupo de pessoas para atingir objetivos comuns (Chiavenato, 1995).

As organizações hospitalares, particularmente, são sistemas complexos compostos por diversos departamentos e profissões, tornando-as, sobretudo, uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como vida, doença e morte, as quais causam ansiedade e tensão física e mental. Assim sendo, o trabalho em ambiente hospitalar contribui não só para a ocorrência de acidentes de trabalho, mas também para desencadear situações frequentes de estresse e fadiga física e mental. Sabe-se, porém, que os serviços de saúde, particularmente aqueles oferecidos em hospitais, constituem-se em organizações bastante peculiares, concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos usuários. Dotados de sistemas técnicos organizacionais muito

próprios, os hospitais proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho muitas vezes precárias e insatisfatórias (Alves Filho & Borges, 2005).

Quanto à profissão de Enfermagem, um nome mundialmente conhecido é o da enfermeira Florence Nightingale, que, na metade do século XIX, instituiu como objetivo primordial da Enfermagem: “pôr o doente nas melhores condições para que a natureza possa atuar” (Ribeiro & cols., 1996). Portanto, observa-se a partir desta premissa que a profissão de Enfermagem, desde suas origens, parece estar ligada à noção de “cuidar”, noção esta que se refere à prestação de cuidados e que está relacionada também com aquela de sobrevivência das pessoas.

Uma das definições clássicas de Enfermagem foi formulada por Virginia Henderson (1966), transcrita nos seguintes termos: Ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução de atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, alcançar a sua anterior independência. De acordo com esta perspectiva, o enfermeiro deve ajudar o doente na satisfação de suas necessidades, favorecendo seu auto-cuidado. Este modelo ainda hoje exerce enorme influência na Enfermagem enquanto profissão.

Segundo Boore (1981), a competência fundamental da Enfermagem é ajudar os indivíduos e grupos a funcionar de forma mais ótima, em qualquer estado de saúde em que se encontrem. Portanto, de acordo com este autor, a Enfermagem inclui as funções de cuidar da saúde e da doença, na sua máxima extensão, desde a concepção até a morte. Esta definição contempla, assim, a importância dos fatores psicossomáticos e psicossociais que afetam a saúde. Assim posto, pode-se entender que o objetivo da Enfermagem é a promoção, conservação e restabelecimento da saúde, dando atenção especial aos fatores

biológicos, psicológicos e sócio-culturais, com absoluto respeito por necessidades e direitos da pessoa a quem se presta este tipo de serviço (Brunner, 1983).

Ser *profissional de Enfermagem* implica, além do conhecimento de uma série de técnicas e habilidades, a apreensão de necessidades psicológicas da pessoa a quem se pretende oferecer cuidados. Neste sentido, o enfermeiro deve possuir uma capacidade empática elevada, no sentido de saber colocar-se no lugar do outro, estando, ao mesmo tempo, consciente de que a utilização de estratégias psicológicas no ambiente hospitalar resulta não só em benefício para a pessoa doente, mas também para si próprio (Zurriaga & cols., 1995).

Dentre as principais características do trabalho dos enfermeiros estão a atividade em equipes multidisciplinares, sujeição a jornadas de trabalho e plantões que se prolongam por diversos motivos, tais como excesso de atividades a realizar, tempo gasto na passagem de turno (a transmitir informação), atraso por parte de colegas ou mesmo por situações inesperadas e urgentes relacionadas com os doentes. Verifica-se, porém, que o acréscimo de horas de trabalho, fora do horário normal de serviço dos enfermeiros, nem sempre é objeto de qualquer compensação (Lopes, 1997). Do exposto, torna-se fácil compreender alguns dos constrangimentos vivenciados pelos enfermeiros, tanto no contexto de seu trabalho como no exercício de suas funções.

Os enfermeiros ocupam o seu tempo em uma multiplicidade de tarefas e atividades polivalentes, dada a burocracia que impera nos serviços de saúde, principalmente os públicos (Silva, Argolo & Borges, 2005). Assim, tais profissionais tendem a ser constantemente dominados por uma sensação de ambivalência, em razão de não conseguirem realizar aquilo que lhes compete, devido à quantidade enorme de tarefas que obrigatória e quotidianamente devem executar em tempo útil. Esta realidade, quando

percebida, provoca sentimentos de irritação e frustração nos enfermeiros, sentindo-se condicionados por fatores do contexto que os levam a reagir à margem do seu ideal profissional e pessoal.

O trabalho do enfermeiro é bem diferente daquele dos demais profissionais da saúde. O enfermeiro é um profissional de saúde que presta cuidados globais a um doente. Para além dos cuidados de higiene e alimentação, o enfermeiro dá apoio psicológico ao doente e à sua família, administra medicação e monitora todos os sinais e sintomas inerentes à situação do doente, tendo ainda que ter em conta as suas carências sociais. Trata-se de um trabalho desgastante, não só pelos aspectos apontados, mas também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e ao trabalho por turnos (Martins, 2003). Deste modo, torna-se fácil compreender a problemática da profissão de Enfermagem, confrontada com situações difíceis e perante as quais não há tempo para deter-se a pensar em relações de poder, autonomia ou *status*, devendo, antes, tomar atitudes próprias do seu dever laboral.

O trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar compreende um tipo de trabalho desenvolvido em circunstâncias potencialmente estressantes, as quais podem levar a problemas, como: desmotivação, insatisfação profissional; absentismo; rotação e tendência a abandonar a profissão (Martins, 2003). Algumas características do trabalho deste profissional podem ser predisponentes destes problemas, como listadas:

- O *trabalho por turnos*. É uma prática freqüente e necessária em nível de várias organizações, nomeadamente nas instituições hospitalares. Trata-se de um tipo de horário de trabalho que afeta consideravelmente os técnicos de saúde. Estudos realizados têm demonstrado que os trabalhadores que praticam este tipo de horário apresentam queixas de

fadiga crônica e alterações gastrointestinais com maior frequência do que os trabalhadores que têm um horário normal. As influências são tanto biológicas como emocionais, devido às alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono-vigília, do sistema termo-regulador e do ritmo de excreção de adrenalina (Peiró, 1993). Este autor indica que os efeitos destes “estressores” podem ser minimizados utilizando as seguintes estratégias: recuperação adequada dos déficits de sono e reservar e planejar algum tempo para a vida familiar e social.

- *A sobrecarga de trabalho.* Quer em termos quantitativos ou qualitativos, esta é uma fonte freqüente de estresse. Por sobrecarga quantitativa entende-se o excesso de atividades a realizar em um determinado período de tempo. Por outro lado, a sobrecarga qualitativa se refere a excessivas exigências em relação às competências, aos conhecimentos e às habilidades do trabalhador. Têm-se constatado relações significativas entre a sobrecarga de trabalho, o desenvolvimento de ansiedade, a diminuição da satisfação do trabalho e os comportamentos nefastos para a saúde, como, por exemplo, o aumento do consumo de tabaco (Peiró, 1993).

- *As relações interpessoais e grupais.* Habitualmente valorizadas de forma positiva, as oportunidades de relação com os outros no trabalho é uma variável que aparece positivamente relacionada com a satisfação do trabalho, e negativamente com a tensão e a ansiedade (Gardell, 1971). Isto não significa que as relações interpessoais no trabalho resultem sempre positivas; de fato, por vezes podem se converter em estressores severos e importantes.

- *Relações com os pacientes.* Estudos realizados sobre estresse em profissionais prestadores de serviços (por exemplo, assistentes sociais, enfermeiros e médicos) têm demonstrado que o trabalho com pessoas e as relações com elas, especialmente se estas apresentam problemas pessoais e familiares (por exemplo, doentes, pessoas com problemas sociais, marginalizados,.), pode levar a experiências de estresse. De fato, têm sido feitas diversas pesquisas com o objetivo de esclarecer os processos pelos quais os profissionais que prestam serviços de ajuda a outras pessoas começam a manifestar sentimentos de despersonalização, esgotamento emocional, frieza, indiferença e rejeição emocional perante essas pessoas. Como ficará evidente nos próximos capítulos, estas e outras manifestações de natureza psicológica, comportamental e psicossomática resultantes do trabalho têm sido caracterizadas como “síndrome de *burnout*”, que tem acometido muitos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros (Leiter & Meechan, 1986).

Diversos autores têm identificado agentes específicos de estresse relacionados com reações adversas ao trabalho em ambiente hospitalar. Os seguintes elementos podem se constituir em exemplos a respeito: (a) a sobrecarga de trabalho (física e mental), (b) a insegurança do trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho, (c) a ambigüidade de papéis, (d) o fato de trabalhar em domínios desconhecidos, servindo uma população que vive ansiedade e medo, (e) a não participação nas decisões ou planejamento, (f) a responsabilidade por outras pessoas e sub-aproveitamento de suas capacidades, (g) os recursos inadequados, (h) as ambições pessoais e profissionais não satisfeitas, (i) o conflito interpessoal e (j) as mudanças tecnológicas (Calhoun, 1980; Greenberg, 1987).

Mcintyre (1994) descreve um estudo de estresse em enfermeiros, no qual identificaram como principais situações indutoras a sobrecarga de trabalho e o fato de se sentirem insuficientemente preparados para lidar com as exigências emocionais dos doentes e seus familiares. Foram evidenciadas como causas de sobrecarga de trabalho os estressores de ordem organizacional, como conflito e ambigüidade de papel e o nível de responsabilidade profissional. Muitas vezes, a responsabilidade não é acompanhada da possibilidade de tomar ou influenciar decisões, o que aumenta o estresse envolvido.

Segundo McIntyre (1994), a ambigüidade de papel pode ter origem na percepção comum dos profissionais de saúde de que seu trabalho com os doentes é ao mesmo tempo compensador e pesado. De fato, os enfermeiros têm de conviver com as expectativas dos doentes e familiares e também dos colegas e superiores, as quais nem sempre convergem, podendo entrar em conflito com as suas atitudes pessoais. Neste contexto, alguns estudos demonstram que um clima participativo, caracterizado por trabalho de equipe, coesão de grupo, racionalização de tarefas e participação do doente causa menor estresse ocupacional (Calhoum, 1980; Lindstorm, 1992).

Diversos estudos revelam um conjunto de fontes de estresse que podem ser consideradas específicas das profissões de saúde. Estas fontes são fundamentalmente de ordem sócio-emocional e se prendem ao contato com os doentes e a capacidade de responder às exigências emocionais dos mesmos. A falta de treino de competências psicológicas para lidar com tais exigências aumenta o estresse de tal contato. Esta questão é referida tanto por médicos como enfermeiros como uma fonte de estresse de relevância acentuada, podendo, ainda, ser agravada pela falta de um espaço de diálogo na instituição hospitalar, quer com os colegas e superiores ou com o doente e sua família (ver Dias, 1994).

Segundo McIntyre (1994), uma percentagem considerável de profissionais de saúde (por exemplo, médicos e enfermeiros) evidencia reações adversas ao estresse, que afetam seu bem-estar pessoal, sua saúde mental e sua capacidade de prestar cuidados adequados. Os estudos realizados com estes profissionais têm incidido sobre os sintomas subjetivos de estresse, de ordem psicológica ou psicossomática; os primeiros incluem ansiedade, nervosismo, tensão, depressão e tendência para o suicídio; os segundos contemplam dores abdominais, dores no peito, alterações dos batimentos cardíacos, náuseas, dores de cabeça, fadiga crônica e *burnout*. A síndrome de *burnout* inclui elementos objetivos e subjetivos, psicológicos e psicossomáticos, como depressão, queixas físicas, absentismo e tendência para o isolamento (Greenberg, 1987).

Os profissionais de saúde se encontram, neste contexto, na posição insustentável de ter exigências emocionais elevadas no seu trabalho, mas privação emocional e social fora da sua ocupação. Por outro lado, a exigência social de que o médico ou o enfermeiro seja sempre médico ou enfermeiro fora da instituição hospitalar, contribui para seu isolamento emocional e fadiga ocupacional (McIntyre, 1994). Neste âmbito, a chamada humanização dos cuidados de saúde para com o doente tem motivado uma atenção especial às dimensões social e humana da doença e do doente em si. Porém, esta humanização não se tem estendido à pessoa dos profissionais de saúde, cuja saúde é presumida e nem sempre promovida.

Finalmente, é questionável que se consiga uma melhoria dos cuidados de saúde sem prestar a devida atenção aos fatores organizacionais e sócio-emocionais que afetam os profissionais de saúde. Por isso, torna-se indispensável o desenvolvimento de estudos nesta área, porque só assim são garantidos cuidados de saúde prestados por profissionais saudáveis (McIntyre, 1994). É, portanto, preciso maior atenção a gestão dos recursos

humanos em Enfermagem, especificamente na instituição hospitalar que, de acordo com Zurriaga e cols. (1995), necessita de condições de trabalho mais atrativas e gratificantes. Considera-se, então a necessidade de se intensificarem estudos também com profissionais enfermeiros, de maneira a possibilitar um melhor entendimento da natureza do seu trabalho, seu bem-estar subjetivo e satisfação laboral; outros profissionais da saúde, entretanto, requerem igual atenção, a exemplo dos psicólogos.

1.2.5.2. Os Psicólogos e seu Contexto Laboral

Apesar de a Psicologia não ser uma ciência exatamente nova, no Brasil a profissão de psicólogo foi regulamentada há menos de cinco décadas. Portanto, neste país a disciplina tem algumas especificidades, o que demanda tratá-la, como também seu campo de atuação profissional, levando em conta, principalmente, a realidade local.

A profissão de Psicólogo foi regulamentada neste país pela lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962, que também dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia (Brasil, 1962). O Conselho Federal de Psicologia, criado em 1971 pela lei nº 5766, define as características da profissão. Segundo esta Lei, o psicólogo é aquele profissional que estuda o comportamento e mecanismo mental dos seres humanos, realiza pesquisas sobre os problemas psicológicos que se colocam no terreno da medicina, da educação e da indústria e recomenda o tratamento adequado; projeta e realiza experimentos e estudos em seres humanos para determinar suas características mentais e físicas; analisa a influência de fatores hereditários, ambientais e outros mais na configuração mental e comportamental dos indivíduos; faz diagnóstico, tratamento e prevenção de transtornos emocionais e da personalidade, assim como dos problemas de inadaptação ao meio social e de trabalho; cria e aplica testes psicológicos para determinar a inteligência, aptidões, atitudes e outras

características pessoais, interpretando os dados obtidos e fazendo as recomendações pertinentes (Conselho Federal de Psicologia, 1992).

Dentre as principais áreas de atuação do psicólogo, podem ser citadas: clínica, escolar, organizacional, social, ambiental, saúde, política, jurídica, artes plásticas, publicidade, marketing e propaganda. As funções e tarefas profissionais do psicólogo podem ser desempenhadas em instituições privadas, governamentais ou não-governamentais, no âmbito da saúde, educação, reeducação, trabalho, justiça e comunidades (Conselho Federal de Psicologia, 2008). Desenvolvem-se em hospitais, ambulatórios, centros e postos de saúde, consultórios (de profissionais liberais), creches, escolas e associações comunitárias, empresas, sindicatos, fundações, juizados de menores e de família, penitenciárias, associações profissionais e esportivas, clínicas especializadas, núcleos rurais etc.

A contribuição da Psicologia no contexto da saúde, notadamente no âmbito hospitalar, tem sido de extrema importância nestes últimos anos para resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo em um contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões psíquica, social e espiritual. Desta forma, vale salientar as especificidades desta área quando o profissional a exerce no contexto do hospital. Pessini e Bertachini (2004) consideram que o ambiente hospitalar gera insegurança e uma ansiedade peculiar, revelando-se quase sempre um lugar de sofrimento e dor, de espera e angústia, quando não de desolação e desesperança. Assim, o profissional de saúde que trabalha neste tipo de ambiente está sujeito a toda a carga emocional que este espaço laboral tende a proporcionar.

De acordo com Jeammet e cols. (2000), a hospitalização apresenta por si mesma condições suficientes para induzir um efeito de estresse e desorganização do controle

emocional, tanto do paciente como das pessoas que no ambiente hospitalar trabalham; isso supondo uma empatia com aqueles que necessitam de cuidados. No momento da internação o doente se encontra vulnerável, e não é difícil, mesmo que não se vivencie tal situação, imaginar o que pode ser a angústia de se chegar à emergência de um hospital, passando por situações de inquietação sobre a natureza da afecção, de distanciamento da família e precipitação em um mundo desconhecido, sem falar das repercussões dos efeitos físicos da doença.

O psicólogo que trabalha no hospital presta assistência ao paciente internado, faz orientações aos familiares e visa integrar e facilitar o trabalho das equipes multiprofissionais. Sua principal tarefa está centrada na avaliação e no acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos. Portanto, este profissional tem como objetivo principal minimizar o sofrimento causado pelo processo de adoecimento e internação. Presta, também, orientação aos funcionários, quando necessário, buscando reduzir o estresse daqueles que cuidam do paciente. Enfim, todas as ações visam à promoção e/ou recuperação da saúde física e mental do paciente, de seus familiares e da equipe que atua junto ao enfermo (Conselho Federal de Psicologia, 1992).

Com a decorrência do tempo, os hospitais passaram a considerar o trabalho do psicólogo como mais importante e necessário nas enfermarias e nos ambulatórios, visando atender de forma humanizada os pacientes e compreender a relação dos profissionais com este e seus familiares. A angústia ou a depressão do doente, seu sofrimento, sua invalidez e seu medo de internação estabelecem dificuldades na relação entre médico e paciente. No hospital o psicólogo atua, quase sempre, também em situações de crise e emergência, considerando-se que a pessoa hospitalizada passa por novas situações de adaptação e

mudança no seu dia-a-dia. O psicólogo tem por função entender e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma e na patologia, procurando ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente e ajudá-lo a enfrentar esse difícil processo, bem como dar à família e à equipe de saúde subsídios para uma compreensão melhor do momento de vida da pessoa enferma.

Pessini e Bertichini (2004) relatam que a humanização no atendimento exige dos profissionais da saúde, essencialmente, compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultem na ampliação do foco de suas ações, via de regra, restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades da sobrevivência. Deste modo, cada encontro entre o profissional de atendimento humanizado e o paciente reveste-se de uma tomada de consciência quanto aos valores e princípios norteadores de suas ações, num contexto relacional.

Branco (1998) pressupõe que a atividade, nesse ambiente de trabalho permeado pela hierarquia, dificulta a afetividade entre paciente e profissional e, a partir daí, evidencia o potencial do estresse ocupacional e *burnout*. Há evidências de que os profissionais da área da saúde mental – incluindo o psicólogo –, por fatores relacionados à natureza de sua profissão, apresentam-se particularmente vulneráveis ao estresse e seus efeitos (Rabin, Feldman & Kaplan, 1999). Entre os fatores específicos que o potencializa, destacam-se: (a) o manejo, por um longo período de tempo, com pessoas com transtornos mentais; (b) a responsabilidade para com a vida do paciente; (c) a inabilidade para estabelecer limites em suas interações profissionais; e (d) a atenção constante aos problemas e às necessidades dos pacientes de uma forma não recíproca (Moore & Cooper, 1996; Rabin, Feldman & Kaplan, 1999).

Mas o trabalho do profissional de psicologia não se restringe somente ao ambiente hospitalar. Como já visto anteriormente, há uma gama de possibilidades de atuação desse profissional, que em alguns casos ocorre de maneira simultânea. Assim, uma análise do contexto e dos elementos em que a profissão está inserida deve ser considerada. Considerem-se, por exemplo, as dificuldades tecnológicas e a ordem sócio-econômica do contexto em que está inserido e a dinâmica do processo de constituição de uma profissão, suas interfaces com as outras profissões, definição e cumprimento de limites de atuação etc., uma vez que há uma permanente interação com o meio social. Portanto, sendo uma profissão recente, a Psicologia é fortemente influenciada por um conjunto de variáveis conjunturais, que pode produzir mais ou menos estabilidade e direção para aqueles que a exercem.

A ocupação em Psicologia possui vários aspectos que fazem desta atividade um ofício propenso ao estresse e ao *burnout*, a começar pelo próprio estudo desta ciência que, com diversas abordagens e técnicas, muitas vezes complexas e com perspectivas distintas, exigem anos de preparo e constante atualização, provocando eventualmente um sentimento de insegurança e ansiedade, que pode se manifestar já durante o período de formação (Cushway, 1992; Sampson, 1990).

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (1988), a definição do psicólogo brasileiro, na década de 1980, era mais voltada para uma atuação na elaboração e aplicação de técnicas de qualificação e diagnóstico de distúrbios. Segundo Moura (1999), esta visão se insere na prática tradicional que tem privilegiado uma perspectiva de análise e intervenção no âmbito estritamente individual. Atualmente, contudo, o fenômeno psicológico tem sido estudado de forma mais abstrata, isto é, tanto como manifestação de processos internos como produto de vivências externas, elementos influenciados pelo meio

físico e social (Bock, 1997).

Os espaços de inserção do psicólogo têm-se ampliado desde sua regulamentação (Yamamoto & Campos, 1997; Yamamoto & Gouveia, 2003), de modo que nas últimas décadas seus diversos domínios de atuação têm sido foco de pesquisa do *Conselho Federal de Psicologia (CFP)*. Bastos e Achcar (1994) observaram que essas alterações se referem às concepções, práticas, inserção no mercado e clientes atendidos, bem como ao foco de intervenção do profissional de Psicologia. As tendências para as intervenções profissionais do psicólogo apontam na seguinte direção: (a) uma perspectiva de atuação que está além da mensuração de características psicológicas e intervenção diante dos problemas de ajustamento de indivíduos; (b) uma maior necessidade de aperfeiçoamento e qualificação profissionais diante dos novos desafios propostos; e (c) um envolvimento maior e mais articulado com relação a outras disciplinas e profissões.

É preciso enfatizar que o trabalho do profissional de Psicologia não prescinde do atendimento às demandas daqueles a quem se deve prestar auxílio, na maioria das vezes carregadas de dor e sofrimento, ocasionalmente além das possibilidades de ajuda reais, ou eventualmente bastante semelhantes às próprias dificuldades pessoais daquele que se oferece a ajudar, sobrecarregam e desgastam o profissional. Aliado a isso, algumas instituições não oferecem condições necessárias e adequadas para um trabalho efetivo e de qualidade, aumentando assim a propensão destes profissionais ao estresse, ao desconforto psicológico, ao mal-estar subjetivo e à insatisfação laboral.

Apesar de os estudos sobre o estresse e o *burnout* terem se multiplicado em diversas categorias profissionais, observando-se diversas publicações quanto a médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, no que tange aos profissionais da saúde, pouco ainda se sabe com relação aos psicólogos. Caracterizada como uma síndrome que incide mais

especificamente nos que se ocupam em cuidar dos demais, paradoxalmente, pode-se notar o número reduzido de pesquisas a respeito que têm considerado os psicólogos. Mais curioso é que este é, justamente, o profissional que mais tem se dedicado a estudar esta síndrome (Ackeley, Burnell, Holder & Kurdek, 1988; Benevides-Pereira, 1994).

Os psicólogos, por atuarem na área da saúde mental, estão entre a clientela de risco da síndrome de *burnout*. Aos fatores destacados, acrescenta-se a possibilidade de haver alguma identificação e formação de laços afetivos entre os psicólogos e seus clientes (Covolan, 1996), especialmente quando se trata de práticas mais tradicionais de atendimento individual. Estudos realizados em psicólogos clínicos estadunidenses e ingleses demonstraram níveis elevados de estresse entre tais profissionais (Rabin, Feldman & Kaplan, 1999). Especificamente em relação aos psicoterapeutas, Farber (1985) identificou cinco fatores desencadeadores de estresse: (a) manutenção da relação terapêutica, (b) agendamento, (c) dúvidas profissionais, (d) envolvimento excessivo no trabalho e (e) esgotamento pessoal. Além destes, tais autores destacam a solidão, as expectativas excessivas e a falta de gratificação relatadas pelos psicólogos. Entretanto, o *burnout* afeta, também, os psicólogos em outras áreas de atuação. Em uma amostra de 173 psicólogos escolares, Mills e Huebner (1998) observaram que 40% deles relataram níveis elevados de exaustão emocional, 19% evidenciaram um senso diminuído de realização pessoal e 10% apresentaram reações de despersonalização.

Outra concepção acerca dos desencadeadores de estresse e mal-estar subjetivo tem sido apontada por Moore e Cooper (1996). Estes autores propuseram que talvez haja um vácuo entre as expectativas idealizadas e seus resultados na prática dos profissionais de saúde mental. Em geral, tais profissionais tendem a idealizarem que sua prática servirá para ajudar as pessoas e, na realidade, poucas mudanças são vivenciadas por pacientes crônicos.

Desta forma, é possível que seja mais gratificante para o profissional encarar sua prática como uma intervenção de apoio aos pacientes e não como uma real possibilidade de cura. Esta situação pode bem ilustrar o *burnout*, estando relacionada com a realidade vivenciada por profissionais de saúde mental que são treinados para reconhecer a realidade de seus pacientes (Abreu & cols., 2002).

Um estudo de Garcia, Cabeza e Fernandez (1998) identificou uma variação no nível de *burnout* entre profissionais de saúde mental que trabalham em centros de saúde e hospitais de Madri. Em centros de saúde foi percebido um grau de realização pessoal no trabalho mais favorável do que em hospitais. O local de trabalho, portanto, parece influenciar sensivelmente o grau de realização pessoal no trabalho e a possibilidade de se desenvolver *burnout* e estresse a partir de um ambiente que exerça pressão nos indivíduos.

Leite (1997) obteve dados sobre a atividade de 34 profissionais da Psicologia que trabalhavam no Hospital Geral do Rio de Janeiro. Estes profissionais citaram que existem demandas institucionais diferentes da necessidade apresentada pelos pacientes que, na maioria das vezes, precisam de escuta, atenção e afeto. No entanto, as atividades cobradas pelo hospital são outras, como manejar pacientes difíceis, ordenar a enfermaria e lidar com funcionários, ficando clara, com isso, uma dúvida relacionada com o verdadeiro papel do psicólogo no espaço hospitalar.

O surgimento de novos campos de atuação do psicólogo e a conseqüente necessidade de aperfeiçoamento e qualificação profissional podem desencadear estresse, principalmente naqueles que não se beneficiam dessas alterações e as tomam como fontes determinantes de pressão. Leite (1997) observa que, além das dificuldades encontradas no contato direto com as novas possibilidades de trabalho, há, ainda, uma dificuldade com uma formação acadêmica que oriente e esclareça sobre as questões relativas aos diversos

campos que surgem paralelos ao curso de graduação.

Outro elemento que precisa ser levado em consideração é o contexto sócio-econômico a que estão sujeitos os profissionais de saúde mental no Brasil. O sofrimento psíquico (e social) que os pacientes apresentam, as condições de atendimento, os baixos salários e o pequeno tempo disponível para uma consulta são fatores importantes a se considerar para pensar os processos de bem-estar subjetivo, estresse ocupacional e *burnout* (Abreu & cols., 2002). Nesta perspectiva, Abreu e cols. (2002) descrevem um relato da experiência de trabalho de um psicólogo em escolas de Toronto, destacando seu prazer de atuar em um país que investe em educação pública de altíssima qualidade e com boas condições de trabalho, possibilitando satisfação profissional e se constituindo no que Maslach (1998) denomina “engajamento”. Este é definido nos mesmos termos de *burnout*, mas de forma positiva, pois um estado de maior energia, forte envolvimento e senso de eficácia se contrapõem à exaustão, ao cinismo e ao reduzido senso de realização pessoal. O engajamento não é um estado neutro, mas se opõe ao *burnout* e se constitui em um estado mental definido e um funcionamento social dentro de um domínio ocupacional. Portanto, há um continuum entre engajamento e *burnout*.

Das poucas publicações encontradas sobre o bem-estar subjetivo e o esgotamento laboral dos psicólogos, a maior parte se refere ao estresse ou aos agentes estressores da profissão. Geralmente, tais publicações focalizam especificamente os psicoterapeutas, o que nem sempre diz respeito apenas aos psicólogos, mas também aos psiquiatras e outros profissionais, freqüentemente, da saúde (Deutsch, 1985; Farber, 1983; Farber & Heifetz, 1981, 1982; Sampson, 1990; Varma, 1997).

Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002) desenvolveram um questionário específico para avaliação das conseqüências drásticas do exercício profissional desta categoria ocupacional: o *IBP – Inventário de Burnout para Psicólogos*. Compreende um instrumento composto de 30 questões para serem respondidas em uma escala do tipo *Likert*, com de sete pontos, indo de 0 = *Nunca* a 6 = *Sempre*. Também foram aplicados o *Inventário de Burnout de Maslach* (Maslach & Jackson, 1986), o *Inventário de Sintomatologia de Estresse* (Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2002) e um questionário sócio-demográfico para conhecimento e caracterização da amostra. Participaram do estudo 203 psicólogos, sendo 105 em idioma português e 98 em espanhol. Nos dois grupos o contingente feminino predominou (70,9%); a idade média dos participantes foi de 39,2 ($DP = 9,85$), variando de 21 a 72 anos. Em média, o grupo apresentava 13,8 anos de atuação profissional ($DP = 8,25$), tendo sido a área clínica apontada como aquela em que tais profissionais exerciam a maior parte de suas atividades (67,5%).

Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002) descrevem tanto os resultados da validade fatorial de sua medida de *burnout* como a pontuação que os participantes obtiveram neste e na outra medida deste construto, além daquela observada na de sintomatologia do estresse e suas variações em relação às variáveis sócio-demográficas. Em razão da singularidade deste estudo, tratando diretamente com os psicólogos e oferecendo uma medida específica a respeito, demanda-se descrever sumariamente os resultados principais observados:

- *Estrutura fatorial do IBP.* Os resultados da análise fatorial evidenciaram três fatores que explicavam 46,9% da variância total, sendo cada um composto por 10 itens, tendo o fator *Realização Profissional (RP)* contribuído com 18,3%, o de *Exaustão Emocional (EE)* com outros 16,9% e, finalmente, aquele de *Despersonalização (DE)* o fez com 11,7%.

- *Prevalência de burnout.* Tomando como referência o *IBP*, observou-se que a exaustão emocional foi o fator mais preponderante das três dimensões avaliadas, seguido pelo sentimento de reduzida realização pessoal no trabalho e despersonalização. Também que 24,8% refletiam alta insatisfação e sentimento de ineficiência com as atividades profissionais que vinham desenvolvendo.

- *Sintomatologia do estresse.* Os autores constataram valores mais elevados para a sintomatologia do tipo psicológica do que para aquelas que envolvem relações interpessoais e as predominantemente físicas.

- *Correlatos demográficos do burnout e estresse.* O fato de que a psicoterapia pessoal, muitas vezes sugerida aos que se dedicam à Psicologia, principalmente para os que se dirigem para uma atuação na área clínica, denotou médias mais elevadas no fator despersonalização do *IBP* entre os que **não tinham** se submetido a este processo comparados com aqueles que tinham passado ou estavam em psicoterapia. Este grupo também se sentiu menos realizado profissionalmente do que o anterior, tendo apresentado maior sintomatologia psicológica do estresse. Argumentam os autores deste estudo que, talvez, o desenvolvimento de uma maior preocupação com os sentimentos alheios e com o trabalho desempenhado (psicoterapeutas) possam ter se refletido nestes resultados.

Concluindo, o estudo Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez (2002), apesar de não ter sido considerado conclusivo, denota um campo de pesquisa que necessita mais atenção, ao tempo em que fornece subsídios para que seja observada uma melhor qualidade, tanto de vida e condições laborais do psicólogo como dos serviços por ele ofertados.

Por fim, ao se constatar que o bem-estar subjetivo (no caso, o mal-estar), o estresse ocupacional e, especialmente, a síndrome de *burnout* podem afetar a prestação do serviço e a qualidade do cuidado oferecido pelo psicólogo, justifica-se incluir este grupo como referente para compreender a situação dos médicos. Mas, pretende-se também contribuir com esta temática de evidências escassas neste grupo profissional no contexto brasileiro. Nos capítulos seguintes procura-se, inicialmente, tratar conceitualmente e indicar as medidas do construto principal desta tese, isto é, o bem-estar subjetivo, e logo será apresentada a temática do *burnout*, a qual ganhará espaço privilegiado no *Estudo 1* que posteriormente será descrito.

Este capítulo pretende apresentar a concepção que se adotará nesta tese acerca do bem-estar, revisando alguns conceitos principais, modelos teóricos e correlatos. O núcleo central de idéias diz respeito ao bem-estar desde uma visão subjetiva, mais que psicológica e muito mais que objetiva. Não é o interesse, pois, enfocar os aspectos objetivos do bem-estar, como avaliados por meio de indicadores pessoais ou nacionais de riqueza (por exemplo, salário, renda *per capita*, crescimento do *PIB*). Não obstante, estes também não podem ser descartados plenamente; embora possam não figurar como elementos constituintes da definição de bem-estar subjetivo, presume-se que tenha algum impacto a respeito. Nesta oportunidade, passa-se, portanto, a apresentar inicialmente o que se entende por bem-estar subjetivo na presente tese.

2.1. Definição e Estrutura do Bem-estar Subjetivo

A felicidade e os aspectos positivos da experiência humana são freqüentemente estudados no âmbito da Psicologia (Csikszentmihalyi, 1992; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Além disso, o tema bem-estar é recorrente na sociedade moderna e se apresenta como uma das principais preocupações das pessoas no seu dia-a-dia. O ser humano busca a satisfação de suas necessidades, tal como os demais seres vivos; no entanto, a consciência de sentir-se feliz é algo específico da espécie humana (Lever, 2004).

Evidências empíricas demonstram a influência favorável de estados emocionais positivos sobre a saúde física, que ocorre em função de diferentes mecanismos: efeito direto sobre a fisiologia, recursos psicológicos engendrados por estados emocionais positivos e motivação de comportamentos relevantes para a saúde (Otta & Fiquer, 2004). Neste sentido, o bem-estar pode ser considerado uma medida de qualidade de vida e o estudo de seus determinantes é importante para promoção da saúde mental e física, mas também com

o fim de orientar procedimentos clínicos e fomentar políticas públicas que visem à saúde das pessoas.

De acordo com Lever (2004), o conceito de qualidade de vida, como um indicador subjetivo, tem sido utilizado de diversas maneiras, a saber: bem-estar, bem-estar subjetivo ou psicológico, felicidade ou satisfação com a vida. No entanto, em sentido estrito estes termos têm significados distintos, embora na maioria dos estudos sejam utilizados como sinônimos.

Viera, López e Barrenechea (2007) relatam que no começo da década de 1960 do século XX, surgiram os primeiros trabalhos com o intuito de definir o bem-estar, principalmente suas fontes. Tais autores citam o estudo realizado por Cummings e Henry (1961), que identificou as fontes do bem-estar no indivíduo. Por outro lado, Cantril (1965) assinalou os fatores contextuais como fonte de satisfação com a vida, como expressa por cada indivíduo, demonstrando que havia uma variação significativa da importância das metas através das sociedades e da percepção de êxito pessoal. Neste contexto, identificava-se o bem-estar como a satisfação pessoal. De acordo com Viera, López e Barrenechea (2007), o estudo de Bradburn (1969) toma um caminho diferente, tendo como enfoque a disposição de ânimo e afeto-felicidade para o bem-estar. Sua intenção foi demonstrar que a felicidade não significa ausência de aspectos negativos, mas o equilíbrio de experiências boas e ruins na vida cotidiana.

Lever (2004) descreve o bem-estar como um construto relacionado com áreas diferentes da vida, como: relações familiares, saúde familiar, educação dos filhos, traços de personalidade, relações com os pares, socialização, atividades sociais, desenvolvimento e conhecimento pessoal, atividades políticas, trabalho, atividades de recreação ativa e passiva, expressão pessoal e criatividade. O bem-estar subjetivo, portanto, compreende-se

como dizendo respeito à satisfação que cada sujeito confere a áreas distintas de sua vida. Deste modo, demanda-se considerá-lo como um construto multidimensional.

A avaliação do bem-estar subjetivo reporta a saúde física e a saúde mental, a sexualidade, as relações sociais, as relações familiares e a espiritualidade; inclui medidas cognitivas (satisfação) e emocionais (afetos positivos e negativos). Um aspecto essencial do bem-estar subjetivo é, assim, a capacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas sobre o eu (*self*). O senso de auto-eficácia e o senso de agência podem sofrer alteração quando a fragilidade aumenta e a dependência se faz presente, embora as pessoas preservem a capacidade de desenvolver estratégias compensatórias de natureza emocional (*coping*), que lhes permitem manter o equilíbrio (Neri, 2001).

Em linhas gerais, o campo de estudo do bem-estar refere-se à análise científica da felicidade. A ligação entre felicidade e bem-estar é amplamente enfatizada na literatura e é, principalmente, a concepção de felicidade adotada pelos teóricos que diferencia as abordagens sobre o tema em questão. São as principais correntes teóricas: a do bem-estar subjetivo e a do bem-estar psicológico. A principal diferença entre elas é a concepção de felicidade. Na perspectiva do bem-estar subjetivo, predomina a visão *hedonista* da felicidade; o bem-estar é conceituado a partir de três dimensões: afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida. Enquanto que na perspectiva do bem-estar psicológico a visão *eudaimônica* da felicidade é predominante; a ênfase se dirige a sentimentos de expressividade pessoal e auto-realização (Albuquerque & Trocólí, 2004; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Riff, 1989).

O bem-estar subjetivo diz respeito à avaliação da satisfação com a vida, que reflete as expressões de cada pessoa quanto a seus próprios critérios de satisfação com a vida como um todo, mas também em domínios específicos (por exemplo, saúde, trabalho,

condições de moradia, relações sociais). Reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual; o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva. Há três aspectos centrais do bem-estar subjetivo, a saber: (1) vincula-se essencialmente a experiência individual; (2) não compreende apenas a ausência de fatores negativos, mas considera, também, medidas de afetos e emoções positivas; (3) e, inclui, de preferência, uma avaliação global anterior à avaliação de um determinado domínio da vida (Diogo, 2003)

Neste ponto, cabe destacar a especificidade do conceito de bem-estar subjetivo, que como antes sugerido, mantém alguma relação com a qualidade de vida, embora não sejam termos intercambiáveis. Segundo Pereira (1997), a qualidade de vida subdivide-se em *bem-estar objetivo (welfare)*, em que são consideradas as circunstâncias objetivas de vida, tais como renda, escolaridade, saúde, transporte e classe social; e *bem-estar subjetivo (well-being)*, explicitado pelas experiências subjetivas de vida e os indicadores emocionais como satisfação e felicidade. Assim, nesta tese adota-se como referencial teórico a perspectiva do bem-estar subjetivo.

A consideração previamente exposta tem o propósito de evitar equívocos. Igualar o bem-estar subjetivo ao *PNB per capita*, como durante décadas se procurou fazer, unicamente fortalece a crença de que quanto maior o crescimento econômico do país maior o bem-estar subjetivo de seus habitantes. Porém, esta crença não se sustenta, pois o *PNB per capita* não leva em conta a distribuição de renda do país, mostrando, muitas vezes, uma situação que não corresponde à realidade de seus habitantes. Este é o caso, por exemplo do Brasil, que tem um dos *PNB per capita* mais altos do mundo, mas tem também elevada desigualdade social (Insfrán, 2004). Além disso, as pesquisas têm demonstrado que o sucesso, a riqueza ou a orientação às metas extrínsecas não exatamente produzem maior

bem-estar; contrariamente, estes fatores podem inclusive deteriorá-lo (Kasser & Ahuvia, 2002; Kasser & Ryan, 1993, 1996).

De acordo com Giacomoni (2004), o estudo do bem-estar subjetivo tem sido guiado por duas concepções de funcionamento positivo. A primeira, diferencia o afeto positivo do negativo e define a felicidade como o equilíbrio entre eles; a segunda concepção enfatiza a satisfação com a vida como o principal indicador do bem-estar. Neste caso, a satisfação com a vida é vista como o componente cognitivo fundamental, que complementa a felicidade. Neste marco, pode-se pensar o bem-estar subjetivo como uma atitude, isto é, composta por ao menos dois componentes básicos: afeto e cognição. O componente cognitivo refere-se aos aspectos racionais, enquanto o afetivo envolve os componentes emocionais. Além desta distinção entre os componentes afetivo e cognitivo, que pode auxiliar o entendimento e a medida do bem-estar, há que se enfatizar a natureza bidimensional do componente afetivo, dividido em afeto positivo e negativo.

Chegado este ponto, reconhecendo a natureza multidimensional do bem-estar subjetivo, parece evidente que propor uma definição consensual e simples a respeito não é uma tarefa fácil. Pode ser igualmente um fator que dificulta a multiplicidade de variáveis antecedentes que podem contribuir para sua explicação (por exemplo, idade, gênero, nível sócio-econômico, cultura). Apesar destas dificuldades, as pesquisas têm apontado consistentemente que uma pessoa com nível elevado de bem-estar subjetivo apresenta satisfação com a vida alta, frequentes afetos positivos e relativa ausência de afetos negativos. Neste ponto, destaca-se que a preponderância de afetos positivos em relação aos negativos é referida como balanceamento hedônico (Diener, 1996).

De acordo com Srivastava, Locke e Bartol (2001), seriam preditores positivos do bem-estar subjetivo as metas que atendessem necessidades intrínsecas, a exemplo da autonomia, compreensão e competência; os preditores negativos seriam aqueles que refletissem necessidades extrínsecas, como busca de poder ou exhibir-se para os outros. Neste sentido, Costa e Pereira (2007) argumentam que as pessoas orientadas para metas intrínsecas (auto-aceitação, afiliação emocional e envolvimento comunitário) tenderiam a experimentar maior bem-estar que aquelas orientadas para metas extrínsecas (ver também Kasser & Ahuvia, 2002; Kasser & Ryan, 1993, 1996).

Em resumo, o bem-estar subjetivo diz respeito à satisfação consigo mesmo e com o ambiente no qual o indivíduo está inserido; inclui respostas emocionais e julgamentos acerca da satisfação com a vida; representa a avaliação das pessoas sobre suas vidas, de acordo com os afetos positivos e negativos experimentados. Deste modo, pode ser pensado como se constituindo de afetos positivos, que podem ser avaliados por meio de aspectos tidos como agradáveis (prazer, afeto, orgulho), e de afetos negativos, que podem ser avaliados por meio de emoções ou sentimentos tidos como desagradáveis (vergonha, tristeza, raiva). Constituí-se também, do componente cognitivo que se refere a aspectos racionais ou intelectuais acerca da satisfação com a vida que o indivíduo vivencia, podendo apresentar-se de forma global (satisfação com a vida) e de forma específica (satisfação com áreas da vida; por exemplo, recreação, matrimônio e economia).

Embora multidimensional, é possível pensar o bem-estar subjetivo como integrando um todo, constituído pelos diversos elementos anteriormente listados. Portanto, a estrutura do bem-estar subjetivo é presumivelmente composta por índices altos de afetos positivos e satisfação com a vida, tanto global como em áreas específicas, e índices baixos de afetos

negativos (Albuquerque, Noriega, Coelho, Neves & Martins, 2006; Costa e Pereira, 2007; Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia & Andrade, 2003).

Finalmente, apesar de, aparentemente, predominarem dados em lugar de modelos teóricos acerca do construto bem-estar subjetivo, é possível identificar na literatura algumas teorias que podem ser úteis no momento de compreender os resultados das pesquisas. Deste modo, oferece-se a seguir um resumo dos principais modelos e/ou perspectivas teóricas do bem-estar subjetivo.

2.2. Modelos Teóricos do Bem-estar

As pesquisas sobre o bem-estar mostraram-se focadas dentro de uma perspectiva da *Psicologia Positiva*, que toma como referência de estudo a análise de experiências subjetivas, tais como: satisfação, auto-realização, contentamento, felicidade, esperança, traços individuais positivos, perseverança, talento, sabedoria, dentre outros aspectos inerentes à positividade do ser humano. A premissa básica é a de que, conhecendo-se o que leva as pessoas a uma maior satisfação e sentimento de bem-estar, pode-se favorecer a que estas, conscientes de tais condições, orientem melhor sua vida em termos de atitudes mais saudáveis. Portanto, o objetivo principal desta *Psicologia* é propor uma mudança do foco de preocupação; deixa-se de dar ênfase às dificuldades vivenciadas pelas pessoas para considerar atributos e atitudes positivas que podem favorecer seu bem-estar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). A seguir considera-se, resumidamente, algumas das teorias que têm sido elaboradas dentro desta perspectiva.

Teorias Hedonônica e Eudaimônica

Ryan e Deci (2001) propuseram que o conceito de bem-estar subjetivo estaria relacionado com um funcionamento e uma experiência psicológica adequada, além de um estado de satisfação do indivíduo consigo mesmo e com o meio em que está inserido. Este sentimento seria função da influência de múltiplas variáveis, como a cultura e a personalidade do indivíduo (Diener, Oishi & Lucas, 2003). A partir desta conceituação, derivam-se duas perspectivas teóricas, descritas a seguir (Waterman, 1993):

- :*Perspectiva Hedônica.* Neste caso, o bem-estar estaria associado com o prazer (da mente ou do corpo), ou a felicidade. Na Psicanálise, o *princípio do prazer* ilustra esta perspectiva. Segundo Gouveia e cols. (2003), esta apresenta o bem-estar como uma necessidade de busca de realização, um desejo de consumo e de liberdade ilimitada. O bem-estar seria sentido conforme a satisfação de todos os desejos.

- :*Perspectiva Eudaimônica.* Nesta perspectiva o bem-estar seria obtido à medida que a pessoa satisfaz suas necessidades de crescimento pessoal ou auto-realização. Neste caso, o bem-estar tem uma característica mais duradoura no indivíduo, fazendo parte de um processo, uma construção individual em lugar de um estado passageiro ou um bem adquirido momentaneamente.

De acordo com Ryan e Deci (2001), o bem-estar deve ser observado tendo-se em conta os aspectos de ambas perspectivas. Gouveia e cols. (2003) consideraram-nas conjuntamente, indicando medidas diferentes para verificar o bem-estar; algumas delas são empregadas na presente tese, incluindo os componentes de saúde mental e satisfação com a vida.

Teoria de Ryff

O bem-estar subjetivo para Ryff (1989) pode ser estudado a partir das diversas perspectivas que existem a respeito, sendo integradas na medida em que muitos teóricos coincidem em certas características. Este autor operacionaliza o bem-estar subjetivo nas seguintes dimensões:

- *Autoconceito*, que é definido como a figura central da saúde mental, como uma característica de maturidade, realização pessoal e funcionamento ótimo;
- *Relações positivas com os demais*, que acentua a importância da qualidade e confiança nas relações interpessoais e a capacidade de amar, aspectos vistos como principais componentes da saúde mental, sendo, às vezes, um critério de maturidade;
- *Autonomia*, que enfatiza a autodeterminação, a independência e a regulação da conduta;
- *Domínio do ambiente*, que diz respeito à habilidade de eleger ou criar ambientes de acordo com as próprias condições físicas, sendo definida como uma característica da saúde mental. Implica a capacidade de manipular e controlar os entornos dos ambientes complexos, contando com a participação do meio;
- *Propósito da vida*, que destaca a compreensão de um propósito ou significado da vida, um sentido de direção ou intencionalidade. Quem funciona positivamente tem objetivos, intenções e um sentido de direção; e
- *Crescimento pessoal*, compreendendo o funcionamento psicológico ótimo. Requer não apenas desenvolver as características anteriores, senão também continuar o desenvolvimento de seu próprio potencial, isto é, crescer e expandir-se como pessoa (Mella & cols., 2004).

Portanto, o modelo deste autor é de natureza multidimensional, definindo o bem-estar subjetivo como de funcionamento psicológico positivo. Esta perspectiva teórica tem sua base nas concepções filosóficas clássicas do bem-estar como virtude, no sentido de busca constante da excelência pessoal, coincidindo também com uma conceituação normativa que define o que é bom, desejável e aceitável e não apenas a vivência de sentimentos de alegria (Viera, López & Barrenechea, 2007).

Teoria de Diener

Diener (1984) define o bem-estar subjetivo como um campo da Psicologia que busca entender as avaliações das pessoas sobre suas vidas, abrangendo variáveis como satisfação com a vida em geral ou com algum aspecto dela, falta de depressão e ansiedade, e emoções e humores positivos. Este autor argumenta que a preocupação com a felicidade e o bem-estar subjetivo acompanha a humanidade há milênios, mas só nos últimos cinquenta anos o bem-estar subjetivo tem sido medido e estudado sistemática e cientificamente. Neste marco, entende que o bem-estar subjetivo é o componente principal do conceito de qualidade de vida.

Diener (1984) propõe que as definições de bem-estar subjetivo e felicidade podem ser agrupadas em três categorias. A primeira concebe o bem-estar por meio de critérios externos, normativos, tais como virtude ou santidade. Nestas definições, a felicidade não é pensada como um estado subjetivo, mas como o possuir alguma qualidade desejável. Uma segunda categoria de definição de bem-estar, formulada por cientistas sociais, procura identificar o que leva as pessoas a avaliarem suas vidas em termos positivos. Esta é conhecida como satisfação com a vida e procura determinar o que é a vida feliz, considerando os padrões de respostas das pessoas pesquisadas. A terceira categoria de

definição de bem-estar o considera como sendo o estado que denota uma preponderância de afetos positivos sobre os negativos (Bradburn, 1969). Neste, enfatiza-se a experiência emocional de satisfação ou prazer; aponta o quanto a pessoa está experimentando emoções positivas ou negativas durante um período específico da vida, ou o quanto a pessoa está predisposta a tais emoções.

Três modalidades de bem-estar subjetivo, isoladas ou conjuntamente, são propostas: (1) *nível de satisfação com a vida*. Características específicas das condições particulares de vida, nível de satisfação com a totalidade de conteúdos particulares da vida, satisfação com a totalidade de domínios gerais; (2) *felicidade/nível de estados afetivos*. Indicador emocional da avaliação subjetiva da vida; e (3) *fatores psicossociais da saúde mental*. Considera a auto-estima, a timidez, o locus de controle, a ansiedade, a motivação etc.

Finalmente, no seu modelo teórico Diener (1984) sugere que existem três aspectos do bem-estar subjetivo que são importantes de serem destacados: o primeiro é a subjetividade, isto é, o bem-estar reside dentro da experiência do individual; o segundo consiste no entendimento de que bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença daqueles considerados positivos; e, finalmente, o terceiro salienta que o bem-estar inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspecto da vida.

O Modelo Causal Bidirecional de BES

Segundo Feist, Bodner, Jacobs, Miles e Tan (1995), constatava-se uma falha teórica na literatura sobre o tema bem-estar subjetivo. Embora guiassem o trabalho empírico da psicologia do bem-estar, as teorias a respeito freqüentemente se mantinham separadas e distintas, ao invés de serem integradas em conceituações mais sistemáticas. Entretanto,

alguns autores têm proposto, direta ou indiretamente, uma integração entre teorias a respeito, permitindo pensar em modelos causais bidirecionais do bem-estar subjetivo (Brief, Butcher, George & Link; 1993; Diener, 1996; Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995).

De acordo com a síntese que se foi construindo a respeito, as circunstâncias objetivas da vida e as dimensões globais da personalidade afetariam indiretamente o bem-estar subjetivo por meio de seus efeitos na interpretação das circunstâncias da vida (Brief, Butcher, George & Link, 1993). Portanto, o *modelo causal bidirecional* reforçaria que o bem-estar subjetivo poderia ser considerado tanto uma variável de estado quanto de traço, isto é, em termos tanto disposicionais quanto ambientais (Warr, Barter, & Brownbridge, 1983). Esta integração se reflete na afirmativa de Lewinsohn, Redner e Seeley (1991), que sugere que as pessoas mais felizes tenderiam a apresentar um locus de controle interno e ter uma ausência relativa de conflitos internos; não se descarta, porém, que bons relacionamentos sociais e envolvimento com um trabalho voltado para um objetivo e atividades de lazer também apresentem uma relação positiva com a felicidade (Costa & Pereira, 2007).

Em resumo, procurou-se previamente conhecer a conceituação do bem-estar subjetivo, sua estrutura e as principais teorias que tentam contemplá-lo. Na presente tese assume-se que este construto pode ser representado por múltiplos fatores, tanto afetivos como cognitivos, sendo um dos principais a satisfação com a vida (Giacomoni, 2004). Admite-se que as condições objetivas podem ter um impacto no bem-estar, mas que esta é uma experiência eminentemente subjetiva, em que se estão presentes elementos hedônicos e eudaimônicos (Diener, 1984). Resta, entretanto, conhecer alguns dos correlatos do bem-estar subjetivo, como aqui estudado.

2.3. Correlatos do Bem-estar Subjetivo

Os primeiros estudos sobre a temática do bem-estar, como antes procurou-se indicar, tiveram lugar por volta dos anos 1960 (Diener & Lucas, 1999). A partir de então outros pesquisadores demonstraram interesse neste tema (DeNeve & Cooper, 1998; Diener, 2000; Dubé, Jodin & Kairouz, 1998; Kasser & Ryan, 1993, 1996; Lucas, Diener & Suh, 1996; Ryan & cols., 1999; Ryan & Deci, 2000b; Ryff, 1989; Schmutte & Ryff, 1997). Especificamente, na Psicologia, o bem-estar subjetivo é uma área de estudos que ultimamente tem crescido muito, cobrindo as mais diversas nomeações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. De uma maneira geral, trata-se de uma temática que envolve a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas (Diener, 1996), ou seja, como e por que tais pessoas experimentam suas vidas positiva ou negativamente.

O interesse em estudar o bem-estar subjetivo tem aumentado principalmente nas últimas três décadas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Este tema insere-se na perspectiva da *Psicologia Positiva*, que prioriza os aspectos positivos da vida, considerando experiências subjetivas como satisfação com a vida, contentamento, felicidade, dentre outros (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Assim, a *Psicologia Positiva* enfatiza o aumento dos aspectos positivos da vida e de obtenção de prazer, enquanto preconiza a diminuição dos pontos negativos (Ryan & Deci, 2000a; Ryan & Deci, 2001; Seligman, 2004).

Diversos estudos demonstram interesse pela temática do bem-estar associada a múltiplas dimensões do ser humano (Grol & cols., 1996; Guedea, 2002; Russo & Dabul, 1997; Schmutte & Ryff, 1997). Segundo Wilson (1967, citado em Diener & Lucas, 1999),

uma pessoa feliz seria aquela jovem, saudável, bem educada, otimista, livre de preocupações etc. Inicialmente, observa-se que os estudos sobre o bem-estar subjetivo apresentavam uma tendência em avaliar este construto como uma declaração de felicidade, a partir das condições mais positivas que as pessoas possuísem (Diener & Lucas, 1999). Contudo, estudos mais recentes têm focado propriamente a subjetividade do bem-estar, demonstrando que não são apenas as condições sócio-demográficas (por exemplo, estado civil, idade, sexo, renda, raça) que definem a sensação de bem-estar sentida pelas pessoas, mas uma combinação de processos subjetivos próprios de cada indivíduo, isto é, as estruturas internas da pessoa ajudam a definir como são percebidos e internalizados os eventos externos, o que refletirá na sua auto-avaliação do seu estado de bem-estar (Diener & Lucas, 1999; Gouveia, Chaves, Dias, Gouveia & Andrade, 2003).

As necessidades são um outro aspecto que tem despertado interesse de estudiosos do bem-estar. Wilson (1967 citado em Diener & Lucas, 1999), ressalta que a pronta satisfação das necessidades como causa de felicidade, enquanto o seu não atendimento determinaria a infelicidade.

Diversas variáveis são estudadas junto com o bem-estar subjetivo, buscando-se verificar possíveis relações, destacando-se dentre estas: os aspectos bio-demográficos, a personalidade, a cultura e os valores humanos. Sob a premissa de que os valores humanos representam um relevante diferencial na construção das atitudes e metas de cada indivíduo frente à vida, o estudo realizado por Albuquerque, Noriega, Coelho, Neves e Martins (2006) verificou o poder de predição dos valores humanos básicos acerca do construto bem-estar subjetivo (*BES*). Identificou-se no referido estudo que valores *personais* e *sociais* tendem a predizer o bem-estar subjetivo, enquanto os *centrais* não permitem prediz tal

construto. Estes autores ressaltam que os valores só predizem o *BES* quando são vistos isoladamente (*pessoais e sociais*).

Pesquisas têm demonstrado que todos os fatores demográficos tomados juntos não contribuem muito para a variância do bem-estar subjetivo. A propósito, Campbell, Converse e Rodgers (1976) tiveram em conta as seguintes variáveis demográficas: sexo, idade, renda, raça, educação e estado civil, observando que estas explicaram menos do que vinte por cento da variância do bem-estar. Em geral, a média de variância explicada por circunstâncias externas se situa entre, aproximadamente, 10 (Andrews & Whitey, 1976) e 15% (Diener, 1984). No entanto, quando outras variáveis, usualmente demográficas, são controladas, o efeito costuma diminuir. Argyle (1999) aponta as seguintes variáveis como de maior impacto positivo na felicidade: o casamento, o emprego, o *status* ocupacional, o lazer e as competências de saúde e habilidades sociais. Além disso, os efeitos são mais intensos em determinados grupos, como, por exemplo, a renda para o pobre, e a religião para os mais velhos. Neste contexto, passou-se a questionar a possibilidade de o efeito das variáveis demográficas no bem-estar ser mediado por alguns processos psicológicos, como as metas e as estratégias de *coping*.

Frente a este contexto em que as variáveis demográficas explicam apenas parte da variabilidade em bem-estar, buscou-se estudar aspectos intrínsecos na explicação do restante da variabilidade deste construto. Deste modo, indagou-se, por exemplo, o que determinaria como os eventos e as circunstâncias são percebidos pelas pessoas? As tentativas de responder a este e a outros questionamentos estão representadas pelas abordagens *top-down*, que assumem que as pessoas possuem uma predisposição para interpretar as situações e as experiências de vida de forma tanto positiva quanto negativa, e essa propensão influencia a avaliação da vida. Em outras palavras, a pessoa aproveitaria os

prazeres porque é feliz e não o contrário. De acordo com esta perspectiva, a interpretação subjetiva dos eventos é que primariamente influenciaria o bem-estar subjetivo das pessoas, ao invés das próprias circunstâncias objetivas sugeridas pela abordagem denominada como *bottom-up*.

Atualmente, existem algumas teorias que procuram explicar como ocorre esse processo de interpretação dos eventos e suas relações com a avaliação da vida; três delas são predominantes nesta área de estudos: as teorias de personalidade e seus diferentes modelos; as chamadas teorias de discrepância; e as teorias relativas aos processos de adaptação e *coping*. As pesquisas sobre as relações entre a personalidade e o bem-estar subjetivo, e as causas destas relações fornecem informações importantes sobre o bem-estar subjetivo, sua estrutura e seu funcionamento (Giacomoni, 2004).

Existem predições diversas a respeito da relação do bem-estar subjetivo com a idade. Segundo a perspectiva de indicadores sociais, o bem-estar diminui com a idade; de acordo com a teoria da seletividade sócio-emocional, aumenta; e, finalmente, na perspectiva da teoria de *set-point*, a idade é irrelevante. Na perspectiva de indicadores sociais, variáveis sócio-demográficas, como idade, gênero, estado civil e renda são responsáveis pelas diferenças existentes entre as pessoas quanto ao seu nível de felicidade ou bem-estar (Ryff, 1989; Ryff & Keys, 1995). Por exemplo, as pessoas mais jovens (e/ou com maior poder aquisitivo e/ou casadas) seriam mais felizes que as mais velhas (e/ou com menor poder aquisitivo e/ou solteiras, viúvas, divorciadas), pela maior disponibilidade de recursos físicos, psicológicos e materiais. Uma predição oposta a esta, no que diz respeito à idade, é feita pela teoria da seletividade sócio-emocional, segundo a qual as emoções são mais bem reguladas à medida que as pessoas ficam mais velhas, o que proporcionaria maior bem-estar (Carstensen, 1995; Otta & Fiquer, 2004).

Ryff (1989) computou um índice de equilíbrio de afeto, subtraindo afetos negativos de positivos, que utilizou para comparar pessoas jovens, de meia-idade e idosas. Encontrou que os jovens eram menos felizes do que as pessoas de meia-idade e idosas. Em outro estudo, Rossi e Rossi (1990) constataram que ambos os afetos declinaram com o aumento da idade, sendo tal declínio mais forte em relação aos afetos negativos. A relação entre idade e bem-estar pode ser moderada por gênero. White e Edwards (1990) verificaram que mulheres com menos de 55 anos avaliavam-se menos felizes do que homens (Otta & Fiquer, 2004).

Seeman (1997) considera que as flutuações cíclicas de estrogênio e progesterona são responsáveis pelo aumento de respostas de estresse nas mulheres, conferindo-lhes suscetibilidade para depressão e irritabilidade. Contudo, outros fatores podem ser responsáveis por diferenças de gênero baseadas em relatos de emoções. Há possibilidade de a diferença encontrada estar relacionada com maior aptidão feminina na expressão de sentimentos (Scott, 1992). Apesar deste comentário, algumas pesquisas mostraram que os aspectos bio-demográficos são tidos geralmente como variáveis de controle, mas sexo, idade, escolaridade, classe social e renda exercem fraca ou nenhuma influência no bem-estar subjetivo das pessoas. Por outro lado, matrimônio, emprego e lazer apresentam influência forte sobre este construto (Argyle, 1999; Diener & Lucas, 1999; Seligman, 2004).

A personalidade é tida como uma das mais consistentes e fortes preditoras do bem-estar subjetivo (Deneve & Copper, 1998; Diener & Lucas, 1999). Cabe ressaltar que cada pessoa, de acordo com sua própria personalidade, apresenta um “ponto de ajuste” em relação ao bem-estar subjetivo (Diener & Lucas, 1999; Seligman, 2004). Neste contexto cabe assinalar que o bem-estar subjetivo pode até variar, aumentando ou diminuindo, mas

isso só ocorre durante certo período, e logo esse índice retorna ao “ponto de equilíbrio” (de ajuste), de acordo com o temperamento do indivíduo. Assim como acontece com o bem-estar subjetivo, a personalidade é influenciada pelos aspectos culturais e valorativos (Diener, Oishi & Lucas, 2003). Como demonstraram Diener e Suh (1999), as nações coletivistas tendem a apresentar índices maiores de suporte social do que as nações individualistas, o que contribui para que os individualistas experimentem níveis mais extremos de bem-estar, isto é, mais dependente de variáveis contextuais, enquanto os coletivistas tendem a apresentar uma estrutura de bem-estar subjetivo sem muita variação, já que podem contar com o apoio dos familiares e amigos demonstrando um caráter afiliativo.

Em resumo, os estudos acerca de que variáveis poderiam afetar ou predizer o bem-estar subjetivo não são congruentes. Possivelmente existam variáveis que tenham o papel de antecedentes (por exemplo, contexto familiar, laboral), mas também aquelas que podem ser mediadoras (por exemplo, sexo, idade). Uma situação tal de complexidade que dificulta com clareza estabelecer aquelas variáveis que, em definitivo, podem ser as melhores preditoras. Entretanto, assumindo que os afetos no trabalho (Gouveia, Fonseca, Lins, Lima & Gouveia, 2008) e as condições laborais (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007; Carneiro & Gouveia, 2004) possam exercer alguma influência em como as pessoas vivenciam e expressam seu bem-estar, pretendeu-se nesta tese dirigir a atenção para o bem-estar dos médicos, avaliando em que sentido a especificidade do seu trabalho explicaria a presumível diferença no seu bem-estar.

Diversos estudos têm se interessado pelas condições de vida e trabalho dos médicos, nos mais diversos países, observando-se uma realidade precária (Bruce, 2004; Smrdel, 2003; von Vultée, 2004). Por exemplo, em um estudo da *Canadian Medical Association*, buscando conhecer a percepção de médicos canadenses acerca de seu trabalho, observou-se que 62% deles opinaram que possuem uma carga de trabalho muito pesada; 55% relataram que se sacrificam em sua vida familiar e pessoal por serem médicos; e 65%, apesar de insatisfeitos, consideraram poucas as oportunidades de mudar de profissão (Sullivan & Buske, 1998). Efetivamente, na maioria dos países os médicos têm pago caro pelo exercício do seu ofício em circunstâncias adversas (Galambos & cols., 2004). São expressivos os quantitativos daqueles que apresentam problemas em suas relações interpessoais e matrimoniais (Maxwell, 2001), especialmente os que relatam problemas emocionais e sintomas psiquiátricos (Burbeck & cols., 2002; Sullivan & Buske, 1998).

Uma revisão da literatura apresentada por Miller e McGowen (2000) indica que a taxa de médicos que cometem suicídio se situa entre 28 e 40 por 100 mil habitantes, sendo que, na população geral, é menos da metade (12,3 por 100 mil habitantes). Outro dado preocupante é a taxa de divórcio entre tais profissionais, que é 10% a 20% superior à registrada na população geral. No âmbito da emergência hospitalar, perto de 18% dos médicos sofrem de depressão e 10% relatam ideação suicida (Burbeck & cols., 2002).

No Brasil a situação não é muito diferente, demandando de pesquisadores e entidades médicas um esforço no sentido de melhor retratar e compreender aspectos tão comuns e desgastantes do exercício da profissão como são, por exemplo, as múltiplas atividades assumidas e os trabalhos de plantão (Carneiro & Gouveia, 2004; Machado, 1996). Portanto, também aqui os médicos e acadêmicos de Medicina enfrentam dificuldades. Especificamente, em consonância com as preocupações no âmbito

internacional, são freqüentemente relatados: ansiedade, depressão e ideação suicida (Meleiro, 1998; Millan, Rossi & De Marco, 1995; Miranda & Queiroz, 1991; Nogueira-Martins & cols., 2004). Tais aspectos sugerem um bem-estar subjetivo baixo dos médicos, porém, é efetivamente mais baixo do que a de outros profissionais da saúde, em especial os enfermeiros e psicólogos? No primeiro estudo adiante apresentado confia-se oferecer uma resposta para esta pergunta. De momento, cabe conhecer algo acerca de alguns instrumentos de medida que serão utilizados para avaliar o bem-estar subjetivos destes profissionais.

2.4. Medidas do Bem-Estar Subjetivo

Existem diversas medidas e metodologias empregadas para avaliar o bem-estar, desde diagnósticos clínicos, por meio da declaração de uma série de sintomas, aos que envolvem instrumentos psicométricos, que levam em conta a saúde mental e demais indicadores de bem-estar (vitalidade, satisfação com a vida etc). Entretanto, em geral, os estudos a respeito possuem base empírica, caracterizados, principalmente, por medidas de auto-relato (Diener, 1984, 1994; Lucas, Diener & Suh, 1996).

Inicialmente, o bem-estar subjetivo, por ser de importância central nos estudos de qualidade de vida das décadas de 1960 e 1970, era avaliado em grandes pesquisas sociais por meio de um único item (Andrews & Robinson, 1991; Diener, 1984). A propósito, freqüentemente era incluída uma questão específica acerca da felicidade ou satisfação de vida. Por exemplo, uma medida de único-item sobre satisfação com a vida pode ser encontrada no *Index de Bem-Estar*, de Campbell, Converse e Rodgers (1976), utilizado em um levantamento sobre a qualidade de vida estadunidense realizado no início dos anos 1970, tendo participado mais de 2.000 pessoas. Este instrumento é composto pela soma de

oito indicadores de afeto e a medida de satisfação de vida (*O quão satisfeito você está com a sua vida como um todo?*), com resposta em escala de sete pontos, tipo *Likert*, variando de **1** (*Completamente não satisfeito*) a **7** (*Completamente satisfeito*). Apesar das vantagens de brevidade das escalas de único-item, logo surgiram críticas quanto à falta de dados de confiabilidade; índices de consistência interna não poderiam ser obtidos, sendo a única alternativa a respeito apelar para indicadores de estabilidade temporal. Além disso, este tipo de medida é geralmente desenvolvido e aplicado em populações específicas e não permite cobrir toda amplitude do construto bem-estar subjetivo.

Neste contexto é também importante assinalar que alguns instrumentos, com o objetivo de evitar o viés de linguagem, fizeram uso de artifícios gráficos. Por exemplo, Cantril (1965) desenvolveu a *Escala da Escada*, representada pela figura de uma escada com 10 degraus (composta de 11 números, de zero a dez), onde o indivíduo era questionado a marcar entre o melhor e o pior estado em que se encontrava. Outro instrumento com características gráficas foi a *Escala de Faces*, de Andrews e Withey (1976), composta por sete faces cujas expressões variavam de *muito positivo* a *muito negativo*, apresentadas ao respondente em um cartão impresso. A seguir, era questionado qual das fisionomias era a mais próxima para expressar como estava se sentindo sobre a sua vida.

Além das escalas de felicidade e satisfação acima mencionadas, outros tipos de medidas foram desenvolvidos e utilizados. Entre os instrumentos mais citados na literatura para uso em amostras de adultos jovens e de meia-idade, destacam-se a *Escala de Balanço Afetivo* (Bradburn, 1969), o *Questionário Geral de Bem-estar* (Fazio, 1977) e o *Afetômetro 2* (Kammann & Flett, 1983). Atualmente, a lista de instrumentos empregados para avaliar o bem-estar subjetivo é relativamente grande, com os pesquisadores fazendo esforços, sempre que possível e viável, por incluir indicadores afetivos e cognitivos.

É possível também encontrar outras estratégias para avaliar bem-estar subjetivo. Algumas delas são as pontuações em descritores qualitativos da vida das pessoas, a medição das reações a estímulos emocionais ambíguos e os registros de lembranças de eventos bons e ruins da vida das pessoas. Podem ser mencionadas ainda medidas alternativas às de auto-relato, como a frequência de sorrisos, a habilidade de lembrar eventos positivos ou negativos de suas vidas, os relatos de familiares e / ou amigos sobre os níveis de satisfação e felicidade da pessoa (Biswar-Diener & Diener, 2001). Porém, não é possível deixar de citar as medidas fisiológicas, como os níveis de cortisol salivar, ou aquelas eletrofisiológicas, obtidas por meio de eletroencefalografias (Argyle, 1999).

Embora existam diversas alternativas disponíveis, a forma comumente empregada para mensuração o bem-estar subjetivo tem sido os instrumentos de auto-relato, que descrevem experiências de felicidade, vitalidade, saúde mental etc. Nesta tese, opta-se por considerar este tipo de medida, cujos parâmetros, ainda que observados em outros países, estão disponíveis.

Cabe assinalar, neste instante, a natureza multifatorial do bem-estar, demandando provas para que seja reduzido ou representado em um único construto. Neste sentido, Chaves (2003) reuniu diversos aspectos do bem-estar subjetivo em uma única estrutura geral, verificando a convergência entre os seguintes indicadores: *vitalidade*, *afetos positivos* e *afetos negativos*, *satisfação com a vida*, *ansiedade* e *depressão*. Nesta mesma linha de pensamento, Diener (2000) identifica três como os componentes principais do construto bem-estar subjetivo: (1) *satisfação com a vida* (avaliação geral da vida da pessoa), (2) *satisfação com áreas importantes da vida* (por exemplo, satisfação no trabalho) e (3) *afetos positivos* (por exemplo, experiências emocionais prazerosas). Ao menos um destes três componentes descritos por Diener (2000) figura na maioria dos estudos sobre bem-estar

(Diener & Diener, 1995; Rapkin & Fischer, 1992; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

Compton e cols. (1996) oferecem um exemplo da diversidade de medidas utilizadas para avaliar este construto. Estes autores consideraram 18 escalas que avaliam saúde mental, as quais foram respondidas por 338 pessoas, entre estudantes universitários e da população geral. Com suas respostas efetuaram uma análise dos componentes principais, tendo encontrado dois grandes fatores de primeira ordem que avaliavam *bem-estar subjetivo* e *crescimento pessoal*, os quais foram correlacionados entre si. Entre as medidas do primeiro fator estavam: *felicidade, satisfação com a vida, sentido de coerência, equilíbrio afetivo, qualidade de vida, otimismo, bem-estar psicológico, positividade defensiva* e *auto-estima*; e as medidas do segundo fator foram: *abertura à experiência, maturidade, auto-realização, vigor e promoção auto-enganosa*.

Portanto, assume-se nesta tese que o bem-estar subjetivo pode ser representado por múltiplos indicadores, que precisam convergir entre eles. Neste sentido, a seguir são descritos alguns construtos que permitem avaliar o bem-estar subjetivo, identificando ao menos uma medida específica de auto-relato para cada um.

2.4.1. Desconforto Psicológico

Transtornos mentais ou sintomas geradores de desconforto psicológico (*psychological distress*) são frequentes na população geral, mas, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO), são pouco identificados, referidos ou tratados, apresentando uma tendência a serem subestimados por profissionais de saúde, principalmente quando sintomas físicos estão presentes (WHO, 1994). Neste sentido, medi-los pode representar um passo importante, o primeiro deles, no sentido de dimensionar o problema.

Têm sido crescentes as queixas relacionadas a transtornos de ordem emocional, dentre estes, a depressão e a ansiedade (Kleinmand & Cohen, 1997). Os sintomas depressivos, de ansiedade e psicossomáticos proeminentes, tendem a provocar uma incapacidade funcional ou ruptura do funcionamento normal das pessoas, embora não preencham os critérios formais para diagnósticos de depressão e / ou ansiedade, segundo as classificações internacionais (Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes & César, 2006). Muitos dos diagnósticos de doenças psicossomáticas são confundidos com problemas orgânicos, acarretando um tratamento inadequado aos queixosos. Isso acontece porque, em geral, o diagnóstico se faz por meio da sintomatologia referida pelo paciente, muitas vezes subjetiva e difusa, tornando difícil enquadramento nos critérios definidos nos manuais de classificação psiquiátricas (CID-10, 1992; Associação Americana de Psiquiatria, 1995).

Além das problemáticas antes referidas, poucos estudos têm sido encontrados avaliando a ocorrência de transtornos mentais comuns (não-psicóticos) na população geral. Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes e César (2006) procuraram conhecer a ocorrência destes transtornos mentais, tendo utilizado um instrumento de rastreamento, o *SRQ-20*. Este foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1994), tendo sido validada para o Brasil por Mari e Williams (1986). Os resultados mostraram prevalência de 24,9% de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns, considerando participantes de dois distritos do município de São Paulo.

Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) detectaram prevalência ainda mais elevada de transtornos mentais comuns, correspondendo a 37,1%. Entretanto, há que ser assinalado que se teve em conta uma amostra específica e reduzida, composta por setenta puérperas atendidas em duas unidades do *Programa de Saúde da Família (PSF)*; Andrade & Martins Júnior, 1999; Araújo, 2004), da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo. Na

oportunidade foi utilizado também o instrumento *SRQ-20*; paralelamente, constatou-se também uma taxa igualmente elevada de depressão puerperal, quando foi empregado o *EPDS* (Santos, Martins & Pasquali, 2000).

Fleck e cols. (2002) avaliaram a sintomatologia depressiva em 2.201 usuários de serviços de saúde primários de Porto Alegre. Estes constataram um valor elevado da intensidade média de sintomatologia depressiva, que se situou acima do ponto de corte para homens e mulheres, tendo sido empregado um instrumento validado (*CES-D*). As mulheres apresentaram, neste estudo, intensidade mais elevada de sintomatologia depressiva do que os homens; verificou-se ainda uma correlação inversa entre sintomas depressivos e indicadores do funcionamento psicológico e bem-estar. Além disso, constatou-se que as pessoas com mais sintomas depressivos utilizaram mais freqüentemente os serviços de saúde e permaneceram mais tempo internadas do que aquelas menos deprimidas.

Se as evidências acerca das medidas de desconforto psicológico são escassas na população geral, menos ainda é conhecido acerca do estado de saúde mental dos profissionais de saúde (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007). *Desconforto psicológico* é uma terminologia que será utilizada para designar dificuldades mentais não-psicóticas, sendo um dos instrumentos mais amplamente empregados o *Questionário de Saúde Geral – QSG* (Benjamin, Decalmer & Haran, 1982; Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda & Ramos, 1994; Tarnopolsky, Hand, Mclean, Roberts & Wiggins, 1979). Este aspecto animou sua inclusão na presente tese.

O *QSG* foi originalmente proposto por Goldberg (1972), tendo como finalidade detectar doenças psiquiátricas não-severas, isto é, não-psicóticas (Gouveia & cols., 2003). Trata-se de um instrumento de auto-relato, cuja versão inicial continha 60 itens, tendo sido posteriormente sugeridas diferentes versões que contemplavam em número menor de itens;

a versão mais abreviada se compõe de 12 itens (Banks & cols., 1980; Jones & Murphy, 1979), sendo mundialmente conhecido como *QSG-12*. Este permite avaliar um componente geral de desconforto psicológico ou, inclusive, seus componentes específicos, a exemplo da ansiedade, depressão e baixa auto-eficácia (Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996; Saurel-Cubizolles, Romito, Ancel & Lelong, 2000).

As pontuações neste instrumento são interpretadas como indício de sofrimento mental ou desconforto psicológico (Ismail, Sloggett & De Stavola, 2000). Cada item recebe uma pontuação de **0** (zero) ou **1** (um), sendo que ao final, somam-se as pontuações de todos os itens, obtendo-se uma pontuação geral, igual ou menor que doze. É considerada merecedora de atenção uma pontuação total igual ou superior a **2** (dois) pontos. Estes indicadores têm sido amplamente empregados em estudos recentes em diversos países (Hoeymans, Garssen, Westert & Verhaak, 2004; Saurel-Cubizolles, Romito, Ancel & Lelong, 2000; Scardovi & cols., 2003; Stalman, Van Essen & Van Der Graaf, 2001).

No Brasil, o *QSG-12* teve sua validade de construto comprovada em diversos estudos, considerando diferentes estratos populacionais, como jovens (Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996), bancários (Borges & Argolo, 2002), médicos (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007), estudantes do ensino médio e superior, além de pessoas da população em geral (Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia & Andrade, 2003). Seus Alfas de Cronbach (consistência interna do fator geral) se situaram entre 0,80 (Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996) a 0,88 (Borges & Argolo, 2002; Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia & Andrade, 2003).

No caso do estudo levado a cabo pelo Conselho Federal de Medicina sobre a saúde dos médicos no Brasil (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007), constatou-se que 51,7% dos participantes apresentaram distúrbios psiquiátricos não-severos, quando o ponto

de corte considerado para o *QSG-12* total foi maior ou igual a **2** pontos. Este quantitativo foi de 44% quando o ponto de corte se estabeleceu em **3** ou mais pontos. Portanto, este estudo demonstrou que, aproximadamente, a metade dos profissionais que exercem a Medicina neste país manifesta algum desconforto psicológico digno de atenção, tais como ansiedade e depressão. Há que ressaltar que os índices brasileiros são maiores que aqueles encontrados nas populações gerais da Holanda (22,8%; Hoeymans, Garssen, Westert & Verhaak, 2004) e Grã-Bretanha (24,6%; Ismail, Sloggett & De Stavola, 2000); não foram encontradas informações a respeito da população geral brasileira.

2.4.2. Fadiga

Embora não seja muito comum, na presente tese se decidiu considerar a fadiga como um indicador de bem-estar subjetivo, uma vez que esta pode comprometer a saúde geral, a satisfação com a vida e os afetos vivenciados pelas pessoas. A fadiga é uma experiência universal que geralmente desaparece após uma boa noite de repouso. Entretanto, em muitos casos esta sensação de desconforto pode persistir, tornando-se crônica (Piper, 1986). Conforme indicam Levy e cols. (1998), a fadiga crônica é uma condição muito comum na população geral. Estes mesmos autores comentam que a síndrome da fadiga crônica é uma “doença” caracterizada pela presença de fadiga inexplicável, de duração maior que seis meses, que envolve sintomas como cefaléia, dores pelo corpo, dor nas articulações, problemas com a memória e distúrbio do sono, causando incapacidade física ao paciente.

No caso de indivíduos com doenças crônicas, a fadiga se apresenta de maneira diferente da fadiga diária; este tipo se apresenta como um sintoma complexo provocado por condições físicas e psicológicas preexistentes. De maneira geral, inclusive nas doenças

crônicas, a fadiga é um sintoma comumente angustiante (Rhodes & cols., 1988). Potempa (1993) relata que fadiga é uma queixa comum relacionada com eventos específicos, como pouco sono ou falta de exercícios, sendo facilmente remediável nestes casos. Entretanto, sua persistência interfere no cotidiano do indivíduo, tornando-o debilitado.

Ryan (1994) define a fadiga como um estado geral do indivíduo, resultante da atividade contínua de trabalho. De acordo com Cameron (1973), a fadiga é uma resposta generalizada ao estresse com efeitos agudos ou crônicos. Este autor evidencia a importância da ansiedade e dos distúrbios do sono como diretamente relacionados com o seu aparecimento. Lino (1978) acentua que a fadiga é uma alteração reversível da coordenação das funções biológicas, físicas e psíquicas. Uma vez controladas as causas que provocam a fadiga, o organismo se põe em situação normal. Entretanto, quando isso não for possível, isto é, quando a fadiga persistir, pode tornar-se patológica.

Assim como existem vários conceitos de fadiga, existem também vários sistemas de classificação, mas muitos deles são de pouca utilidade para a psicologia. Porém, os conceitos de fadiga crônica e aguda, que caracterizam o sintoma de acordo com sua duração, são de valor considerável. Segundo Piper (1986), na forma aguda, a fadiga é um mecanismo protetor, mas quando se torna excessiva ou constante (crônica) deixa de ser um mecanismo protetor e pode levar a uma fuga de atividade.

A partir da década de 1920, as tentativas de conceituar fadiga reportam dificuldades de sua aferição e interpretação, pois considerava-se tratar de um fenômeno bastante complexo (Marziale, 1990). Entretanto, nas três últimas décadas tem sido observado um avanço considerável neste âmbito. Desde então, os indicadores da fadiga, citados na literatura, podem ser objetivos, como os fisiológicos, bioquímicos e comportamentais, e subjetivos, correspondendo aos indicadores percebidos como sentimentos e sensações

específicas de cansaço (Skalla & Lacasse, 1992; Yoshitake, 1978, 1992). Estes últimos costumam ser avaliados por meio de instrumentos de auto-relato, que são de interesse nesta oportunidade.

Um dos instrumentos deste tipo para medir e avaliar *fadiga* foi elaborado por Michielsen, De Vires, Heck, van de Vijver e Sijtsma (2004). Inicialmente, seu instrumento foi administrado em uma amostra de 876 participantes de várias ocupações profissionais, distribuídos aproximadamente de forma equitativa entre homens (idade média de 41 anos) e mulheres (idade média de 39 anos). Um único fator emergiu por meio de uma avaliação criteriosa, em que se testou sua unidimensionalidade. Após aplicação em uma amostra nova de 1893 participantes, sendo 1.128 homens (idade média de 46 anos) e 765 mulheres (idade média de 42 anos), constatou-se a adequação da estrutura unifatorial, que explicou 48% da variância total, tendo apresentado consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,87 (Michielsen & cols., 2004).

A *Escala de Avaliação da Fadiga* avalia como a pessoa vivencia os sintomas da fadiga no seu dia-a-dia. A intensidade e a frequência das respostas é medida com uma escala que varia de **1** = *Nunca* a **5** = *Sempre*. Compreende um instrumento utilizado exclusivamente para a avaliação da fadiga, não levando em consideração os elementos antecedentes e as conseqüências de seu processo. Portanto, avalia índices de *fadiga* de acordo com apuração de suas pontuações, com aquelas mais altas significando um nível também alto de *fadiga*.

2.4.3. Satisfação com a Vida

A *satisfação com a vida* é considerada como um dos principais indicadores de bem-estar subjetivo, sendo avaliada como uma medida global ou com referência a áreas importantes da vida, a exemplo do trabalho e da família (Diener, 2000). Gouveia e cols. (2003) também a tem considerado em suas pesquisas sobre bem-estar.

Embora não seja o único instrumento, provavelmente a *Escala de Satisfação de Vida* corresponda ao mais amplamente usado para avaliar este construto. Esta foi desenvolvida no contexto estadunidense por Ed Diener (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991), compreendendo uma medida da satisfação de vida global, podendo ser aplicada a jovens, adultos e pessoas de terceira idade. Está formada por cinco itens (por exemplo, As condições da minha vida são excelentes; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida), respondidos em escala de sete pontos, tipo Likert, variando de **1** = *Discordo totalmente* a **7** = *Concordo totalmente*.

Esta é uma medida de domínio público, podendo ser baixada no *site* www.psych.uiuc.edu/~ediener. No Brasil, foi inicialmente adaptada por Giacomoni e Hutz (1997), apresentando parâmetros psicométricos aceitáveis. Mais recentemente, Gouveia e cols. (2003) corroboraram a estrutura unifatorial da *Escala de Satisfação com a Vida*, com indicadores de bondade de ajuste adequados: $\chi^2(5) = 5,02, p > 0,05, RMRS = 0,02, GFI = 0,99$ e $AGFI = 0,98$, sendo as cargas fatoriais todas diferentes de zero ($z > 1,96, p < 0,05$); sua consistência interna (Alfa de Cronbach) foi 0,73, considerando uma amostra de 306 pessoas da população geral. Resultados muito similares foram observados por Chaves, considerando em uma amostra de advogados ($n = 239$) e outra de músicos ($n = 148$).

Portanto, parece justificável seu uso.

2.4.4. Vitalidade

No contexto do bem-estar subjetivo, Ryan e Frederick (1997) sugerem um indicador mais: a vitalidade subjetiva, que indica o estado da pessoa se sentir viva, energizada e disposta, não se restringindo a aspectos de saúde física, mas incluindo também fatores psicológicos, como sentir amor ou sentir-se ativo. Estes autores indicam que tal construto está positivamente correlacionado com a auto-atualização e auto-estima, e negativamente com depressão e ansiedade, uma vez que estes últimos representam um obstáculo à atualização, com perda de energia.

A *Escala de Vitalidade Subjetiva*, como passou a ser denominada por seus autores (Ryan & Frederick, 1997), está formada por sete itens (por exemplo, Sinto-me vivo e cheio de vitalidade; Tenho energia e disposição), que são respondidos em escala de sete pontos, variando de **1** = *Nada verdadeiro* a **7** = *Totalmente verdadeiro*. Supostamente, o conjunto de itens avalia um único construto: *vitalidade subjetiva*. Chaves (2007) comprovou esta estrutura, tendo encontrado indicadores de ajuste que a suporta: $\chi^2 / gl = 1,32$, $GFI = 0,99$, $AGFI = 0,97$ e $RMSEA = 0,03$; sua consistência interna (Alfa de Cronbach) foi 0,77. Deste modo, esta medida parece adequada.

2.4.5. Afetos

Os componentes afetivos do bem-estar subjetivo se referem à um conjunto de afetos positivos e negativos ou desprazerosos. No geral, tais afetos são caracterizados por emoções e sentimentos específicos, como alegria, exaltação, contentamento, orgulho, afeição e felicidade, no caso daqueles positivos; e culpa, vergonha, tristeza, ansiedade,

preocupação, raiva, estresse, depressão e inveja, quando dizem respeito aos negativos (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

Existem diferentes medidas para avaliar os afetos. Uma das primeiras propostas foi a *PANAS (Positive and Negative Affect Schedule)*, de Watson, Clark e Tellegen (1988). Esta visou suprir a lacuna de instrumentos psicometricamente bem construídos, econômicos e de fácil aplicação que avaliassem os afetos positivos e negativos. Cada tipo de afeto é representado por um conjunto de dez itens, que correspondem a termos descritores de estados de humor. Giacomoni e Hutz (1997) elaboraram uma versão deste instrumento para o português, seguindo os mesmos passos e critérios de construção de sua construção original. Entretanto, de fato, estes autores construíram uma forma da *PANAS*, não se limitando a fazer sua tradução-adaptação.

Apesar de ser, sem dúvida, uma medida interessante, a *PANAS* é algo extensa, existindo na literatura ao menos um outro instrumento mais parcimonioso que avalia os afetos positivos e negativos, estando formado pela metade de itens. Este é o caso da *Escala de Afetos Positivos e Negativos*, originalmente desenvolvida por Diener e Emmons (1984, conforme citado em Reis, Sheldon, Gable, Roscoe & Ryan, 2000). Inicialmente, compunha-se de nove itens, sendo quatro positivos (*feliz, alegre, satisfeito e divertido*) e cinco negativos (*deprimido, preocupado, frustrado, raivoso e infeliz*). Quando de sua adaptação para o contexto brasileiro, procurando equilibrar o número de adjetivos, Chaves (2003) acrescentou um positivo: *otimista*. Para cada emoção, o respondente precisa dizer o quando a tem experimentado nos últimos dias, empregando um escala de resposta de sete pontos, com os extremos: **1** = *Nada* e **7** = *Extremamente*.

Chaves (2007) oferece indícios de que esta medida apresenta validade fatorial e consistência interna, isto é, foram confirmados os dois fatores teorizados ($\chi^2 / gl = 3,38$,

$GFI = 0,95$, $AGFI = 0,91$ e $RMSEA = 0,08$): afetos positivos e afetos negativos, que apresentaram Alfas de Cronbach de 0,84 e 0,71, respectivamente. Estes resultados foram muito similares àqueles encontrados por Gouveia e cols. (2003), que identificaram com clareza os fatores teorizados, apresentando na ocasião consistência interna de 0,81 (afetos positivos) e 0,78 (afetos negativos).

Finalmente, embora o tema do bem-estar subjetivo seja central neste empreendimento, considerando a ênfase no contexto laboral, parece oportuno considerar um construto que nas três últimas décadas tem também sido preponderante: o *burnout* ou propriamente a fadiga resultado do trabalho realizado em contexto adverso, principalmente quando está em pauta lidar com problemas de outras pessoas, como ocorre com o atendimento no âmbito dos serviços de saúde. Neste sentido, antes de tratar os estudos empíricos que fundamentam a presente tese, demanda-se considerar o construto *burnout*, sua conceituação, as teorias que procuram abordá-los e as formas de medi-lo. Isso se faz no próximo capítulo.

As mudanças tecnológicas, introduzidas no processo produtivo, possibilitaram às empresas o aumento da produtividade e, conseqüentemente, dos lucros. Não obstante, este desenvolvimento trouxe impactos à saúde do trabalhador, com manifestações tanto na esfera do seu físico quanto psíquico. O surgimento de novas enfermidades, dentre elas a *Síndrome de Burnout* (Maslach & Schaufeli, 1993), relacionada às mudanças introduzidas no mundo do trabalho, é apontado nas produções científicas a partir, sobretudo, dos anos 1980.

O documento da Comissão das Comunidades Europeias (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007) estabelece que algumas enfermidades consideradas emergentes, como o estresse, a depressão ou a ansiedade, assim como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação, são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados com o trabalho. Tendo em vista que, até pouco tempo, o trabalho não era considerado como um agente etiológico digno de nota e, portanto, não incluído como variável importante no processo saúde-doença (Jaqucs & Codo, 2002), são escassas as informações em saúde mental, principalmente entre profissionais de saúde. Entretanto, os poucos resultados relatados se mostram preocupantes. A incidência do estresse mental no trabalho, em países como os Estados Unidos e o Canadá, não diferem muito daqueles da Comunidade Européia (Jaqucs & Codo, 2002). Contudo, assevera-se que o estresse mental sozinho responde por 11% das reclamações por doenças nos Estados Unidos; segundo dados do National Council on Compensation Insurance (1985 citado em Jacques & Codo, 2002), estas reclamações dobraram em número de 1980 a 1982.

O *burnout* está entre as enfermidades emergentes. Esta síndrome foi descrita por primeira vez em 1974 nos Estados Unidos. Este feito foi levado a cabo por Herbert Freudenberger, a partir de estudos sobre a perda de motivação e comprometimento,

acompanhados de sintomatologias psíquicas e físicas, como a perda de energia e a presença de fadiga, manifestados por voluntários de uma instituição para tratamento de drogados (Freudenberger & Richelson, 1980; Schaufelli & Buunk, 1996). Não obstante, quase paralelamente, Christina Maslach também utilizou a expressão *burnout* como resultado da uma pesquisa sobre a influência da carga emocional do trabalho no comportamento de profissionais de saúde, assistentes sociais e advogados (Maslach & Jackson, 1981, 1985).

Apesar da evidência de que existem elementos psíquicos que podem ser integrados e explicados sob a denominação de *burnout*, predomina um número considerável de definições e teorias a respeito, demandando-se uma aproximação ao tema de modo a melhor compreendê-lo. Neste sentido, a continuação se procura tratá-lo conceitualmente, reunindo as principais teorias e medidas que têm sido freqüentemente utilizados para explicar esta síndrome em si e ou seus antecedentes e conseqüentes.

3.1. Conceituação e Natureza do Burnout

Burnout, expressão inglesa que significa “queimar-se” ou “consumir-se pelo fogo”, foi utilizada pela fácil semelhança metafórica com o estado de exaustão emocional, o “estar consumido”, fenômeno vivenciado mais freqüente e intensamente por algumas categorias profissionais (Maslach & Schaufeli, 1993; Schaufelli & Buunk, 1996). De acordo com alguns estudiosos da temática, o *burnout* surge inicialmente como um problema social (Schaufeli & Enzmann, 1998), sendo descrito na literatura como uma síndrome psicológica, resultado de uma tensão emocional freqüente, vivenciada por profissionais que dependem de relacionar-se freqüentemente com pessoas que necessitam de algum tipo de assistência. É apresentado como um construto multidimensional, formado por: *exaustão emocional*, *despersonalização* (ou *cinismo*) e *diminuição da realização pessoal* (Maslach, 1993;

Maslach & Jackson, 1986).

Segundo Maslach (1993; Maslach & cols., 2001), a *exaustão emocional* se caracteriza por sentimentos de fadiga e falta de energia para manter-se em sua atividade laboral. Neste caso, o indivíduo se sente exaurido emocionalmente. A *despersonalização* diz respeito a atitudes negativas de aspereza e de distanciamento em relação às pessoas do ambiente de trabalho, normalmente aquelas a quem se pretende beneficiar. Finalmente, a dimensão de *realização pessoal* é caracterizada por uma auto-avaliação negativa do indivíduo, normalmente relacionada com sentimentos de incompetência e de desempenho insatisfatório no trabalho.

No Brasil, a primeira publicação em que se discorre sobre a *síndrome de burnout* é de França (1987), que aparece na *Revista Brasileira de Medicina*. Na década de 1990 tiveram lugar as primeiras teses que contemplavam o tema, a exemplo de Lipp (1996) que já cita o *burnout* em seus estudos sobre o estresse. Benevides-Pereira (1994, 2001) inclui em suas obras características típicas desta síndrome em um grupo de psicólogos. Mas, provavelmente o aspecto mais preponderante para situar esta síndrome ocorreu em 1996, quando da Regulamentação da Previdência Social. Nesta oportunidade, tal síndrome foi finalmente incluída como um agente patogênico causador de doença profissional. Entretanto, mesmo assim, esta ainda é pouco conhecida por parte dos profissionais, mesmo daqueles que, devido à sua ocupação, deveriam conhecê-la o suficiente para poder orientar, diagnosticar ou encaminhar para uma intervenção. Por vezes, destaca Benevides-Pereira (2003), em função do despreparo destes, a pessoa que apresenta nível considerável de *burnout* é tratada como portadora de estresse ou depressão, o que não a beneficia, uma vez que a causa principal do problema não é tratada, além de se atribuir toda a dificuldade a componentes pessoais.

Algumas pesquisas têm evidenciado que a incidência de *burnout* no Brasil não deve se distanciar muito daquelas registradas em outros países, já que o Brasil encontra-se em desenvolvimento, o que acarreta uma repetição do quadro de outros países: aumento do setor de serviços na economia, crescente aumento da instabilidade social e econômica, coexistência de diferentes modalidades de processos produtivos (da manufatura à automação), precariedade das relações de produção, desemprego crescente, mudanças nos hábitos e estilos de vida dos trabalhadores influenciados pela implantação de programas de qualidade e reengenharia (Jaquacs & Codo, 2002).

Muitos nomes são designados para denominar a síndrome (Benevides-Pereira, 2003), o que pode até confundir o leitor ou dificultar pesquisas sobre a temática. A título de exemplos, seguem algumas dessas denominações: estresse laboral para assinalar a associação com o trabalho (Büssing & Glaser, 2000; González, 1995; Herrero, Rivera & Martín, 2001; Schaufeli, 1999), estresse profissional (May & Revich, 1985; Nunes, 1989), estresse assistencial, estresse ocupacional assistencial ou simplesmente estresse ocupacional denotando uma maior incidência entre profissionais que lidam com o cuidado a outras pessoas, independentemente do caráter profissional ou trabalhista (Carlotto, 1999; Firth, 1985; Shoröder, Martín, Fontanais & Mateo, 1996). Alguns autores espanhóis referem-se à expressão síndrome de queimar-se pelo trabalho (Gil-Monte & Peiró, 1997; Seisdedos, 1997) ou desgaste profissional (Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2000). No Brasil, observam-se referências à neurose profissional ou neurose de excelência (Stella, 2001), ou síndrome do esgotamento profissional (Moraes, 1997).

Como visto, ao longo dos anos esta síndrome de “queimar-se” ou de “esgotamento profissional” tem se estabelecido como uma resposta ao estresse laboral crônico, integrado por atitudes e sentimentos negativos. Contudo, observando-se os estudos que contemplam

tal síndrome, constata-se a não existência de um conceito unânime, como evidenciado nas definições a seguir:

- De acordo com Freudenberger (1974), o *burnout* é resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pelo trabalho que surge em profissionais que estão em contato direto com pessoas em prestação de serviço.

- Na visão de Maslach e Jackson (1981), destacam-se dois aspectos principais: (a) esgotamento nervoso e (b) despersonalização. O primeiro pode ser entendido pela situação que os trabalhadores sentem quando já não podem dar mais de si mesmos afetivamente; é uma situação de esgotamento da energia dos recursos emocionais próprios, devido ao contato diário mantido com pessoas no trabalho. Ao passo que a despersonalização pode ser definida como o desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas, além de cinismo para as pessoas destinatárias do trabalho. Estes autores constataram que esta síndrome era mais evidente entre profissionais de saúde, que perdiam o interesse, a empatia e o próprio respeito por seus pacientes.

- Amorim e Turbay (1998), ao conceituar esta síndrome, afirmam que ela resulta de uma experiência subjetiva, que agrupa sentimentos e atitudes, implicando alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com conseqüências nocivas para a pessoa e a organização na qual trabalha, afetando diretamente a qualidade de vida do próprio indivíduo.

- González (1995) afirma que, desde a Teoria das Organizações, o *burnout* é entendido como conseqüência de um desajuste entre as necessidades do trabalhador e os interesses da empresa.

- Já Delvaux (citado em França & Rodrigues, 1997) chama atenção para o fato de que se tem que levar em consideração algumas características quando se trata de conceituar o *burnout*, referindo-se a suas três dimensões. A propósito, comenta que a *exaustão emocional* ocorre quando a pessoa percebe nela mesmo a impressão de que não dispõe de recursos suficientes para dar atenção ou oferecer cuidados aos outros. Neste caso, surgem sintomas de cansaço, irritabilidade, propensão a acidentes, sinais de depressão e ansiedade, uso abusivo de álcool, cigarros ou outras drogas, surgimento de doenças, principalmente daquelas denominadas psicossomáticas; a *despersonalização* corresponde ao desenvolvimento por parte do profissional de atitudes negativas e insensíveis em relação às pessoas com as quais trabalha, tratando-as como objetos; e a *diminuição da realização* ou *produtividade profissional* geralmente conduz a uma avaliação negativa ou baixa de si mesmo.

É perceptível que, em uma perspectiva psicossocial, o *burnout* tem-se definido como uma síndrome cujos sintomas são sentimentos de esgotamento emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho. Estes sintomas podem se desenvolver naqueles indivíduos cujo objeto de trabalho são pessoas em qualquer tipo de atividade. No entanto, deve ser entendida como uma resposta ao estresse laboral que aparece quando falham as estratégias de enfrentamento que a pessoa pode empregar, agindo como variável mediadora entre o estresse percebido e suas conseqüências. Este enfrentamento é definido por França e Rodrigues (1997) como o conjunto de esforços que uma pessoa desenvolve para manejar ou lidar com as solicitações externas ou internas, que são avaliadas por ela como excessivas ou acima de suas possibilidades.

Thorton (1992) observou algumas características comuns nas diversas definições de *burnout*: a síndrome ocorre no nível individual; envolve sentimentos, atitudes, motivos e expectativas, e gera estresse, desconforto e disfunções físicas. Nesta mesma direção, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) pontuam que, nas várias definições deste construto, com algumas especificidades, encontram-se ao menos cinco elementos comuns: (1) existe a predominância de sintomas relacionados com a exaustão mental e emocional, fadiga e depressão; (2) a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos; (3) os sintomas do *burnout* são relacionados com o trabalho; (4) os sintomas se manifestam em pessoas “normais” que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome; e (5) a diminuição da efetividade e desempenho no trabalho ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos.

Alguns autores, a exemplo de Schaufeli e Buunk (1996), consideram que as manifestações do *burnout* devem ser classificadas em diferentes dimensões, como as descritas a seguir:

- *Dimensão afetiva.* Com relação ao aspecto afetivo, são relatados o humor depressivo, o sentimento de desesperança, a baixa auto-estima, a falta de significado, a ansiedade e os sentimentos de impotência no trabalho, a intolerância à frustração, hostilidade, hipersensibilidade e desconfiança. O *burnout* diminui a motivação para o trabalho, levando o indivíduo a uma percepção distorcida e pessimista da vida.

- *Dimensão cognitiva.* Nesta dimensão são relatadas a dificuldade de concentração e memorização, a dificuldade para tomar decisões e a presença de sintomas sensório-motores, como os tiques nervosos, a agitação e a incapacidade para relaxar (Kahill, 1988).

- *Dimensão física.* Esta dimensão abarca os sintomas psicossomáticos, tais como citam Freudenberger (1974) e Arches (1991): resfriados freqüentes, problemas gastrointestinais, dores de cabeça, fadiga, insônia, sensação de exaustão, tremores e falta de ar.

- *Dimensão comportamental.* Neste âmbito, alguns autores relatam a intensificação no uso de drogas, conduta de evitação, irritação fácil, frustração, hiperatividade e dificuldade para controlar as emoções (Arches, 1991; Freudenberger, 1974). Não obstante, outros também apontam o absenteísmo, a baixa produtividade, os atrasos no trabalho, os acidentes, os roubos, a negligência e a intenção de abandonar o emprego (Schaufeli & Buunk, 1996).

- *Dimensão social.* Nesta dimensão as manifestações sociais mais freqüentes são os problemas com os clientes, colegas, superiores e subordinados, por conta de um comportamento de evitação dos contatos sociais (Maslach, 1978). A diminuição do envolvimento no trabalho tende a interferir na vida familiar, aumentando os conflitos interpessoais; as pessoas com *burnout* correm o risco de se isolarem.

- *Dimensão atitudinal.* São relatados nesta dimensão a desumanização, a insensibilidade, a indiferença e o cinismo no trato com os clientes (Maslach, 1978; Maslach & Jackson, 1986). Também a perda de entusiasmo, interesse e idealismo, o que pode levar ao absenteísmo e abandono do emprego.

Embora os sintomas do *burnout* sejam comumente confundidos com aqueles da depressão, Schaufeli e Buunk (2003) afirmam que as sintomatologias destas patologias apresentam variações, não sendo conceitos intercambiáveis e redundantes. Alguns estudos demonstram que *burnout* e depressão emergem por diferentes fatores (Bekker & cols.,

2000; Leiter & Durup, 1994; McKnight, 1993; Schaufeli & Buunk, 2003). Segundo Benevides-Pereira (2002a), a pessoa que vivencia o *burnout* identifica o trabalho como desencadeante do processo e apresenta uma sintomatologia com prevalência de sentimentos de desapontamento e tristeza. Por outro lado, na depressão há prevalência de sentimentos de derrota e letargia para a tomada de atitude. A propósito da diferenciação do *burnout* com relação a outros construtos, Menegaz (2004) oferece um esquema ilustrativo bastante interessante, permitindo diferenciá-lo de estresse ocupacional e depressão, como se observa na Figura 1.

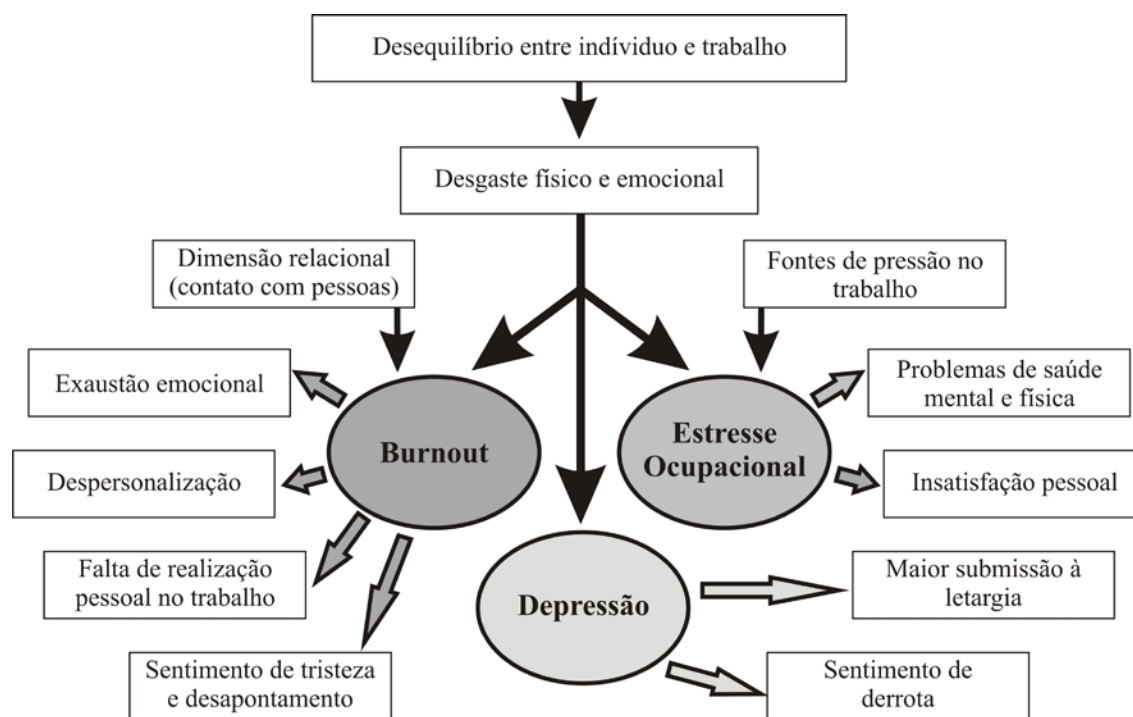


Figura 1. Diferenciação entre burnout, estresse ocupacional e depressão.

De uma maneira geral, o *burnout* tende a causar uma apatia geral pelo trabalho, em que o indivíduo não se sente mais estimulado com suas atividades laborais, perdendo o interesse por sua organização e seus colegas de trabalho, diante dos quais começa a desenvolver certa desconfiança e a se mostrar hipercrítico (Schaufeli & Buunk, 1996).

Como resultado, a pessoa pode apresentar dificuldade para se relacionar, tornando-se menos eficiente e mais sujeita a acidentes de toda ordem. Pode também mostrar aparente frieza em relação ao sofrimento do outro, com exacerbação do isolamento social e familiar, além de minimizar os problemas inerentes à profissão.

Acerca do processo de “adoecimento” por *burnout*, Lautert (1997) argumenta que a instalação desta síndrome ocorre de maneira lenta e gradual. Alvarez-Galego e Fernández-Rios (1991) distinguem três momentos para sua manifestação: inicialmente as demandas de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, o que gera um estresse laboral no indivíduo (percepção de uma sobrecarga de trabalho). Posteriormente, evidencia-se um esforço do indivíduo em adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido. Aparecem, então, sinais de fadiga, tensão, irritabilidade e até mesmo ansiedade. Assim, esta etapa exige uma adaptação psicológica do indivíduo, que se reflete no seu trabalho, reduzindo o seu interesse e sua responsabilidade pela função assumida. Finalmente, num terceiro momento, ocorre o enfrentamento defensivo, ou seja, o indivíduo produz uma mudança de atitudes e comportamentos com a finalidade de defender-se das tensões vivenciadas, ocasionado distanciamento emocional, retirada, cinismo e rigidez.

Apesar de soarem consistentes, ao menos no plano semântico, as etapas previamente descritas são contestadas por autores como Belcastro, Gold e Hays (1983 citados em Delgado & cols., 1993). Esses afirmam que não é possível determinar, com exatidão, a seqüência ou os correlatos das diferentes fases implicadas no desenvolvimento desta síndrome. Entretanto, Gil-Monte (1993) advoga um processo seqüencial coerente com os autores previamente citados; a propósito, sugere que no primeiro momento o indivíduo percebe a evidência de uma tensão, o stress; posteriormente, aparecem sintomas de fadiga e esgotamento emocional, concomitantemente a um aumento do nível de ansiedade; e,

finalmente, o ele desenvolve estratégias de defesa, utilizando-as de maneira constante. Estas estratégias consistem em mudanças de atitudes e comportamentos que incluem indiferença e distanciamento emocional do trabalho.

No que se refere às formas de prevenção de *burnout*, França e Rodrigues (1997) recomendam: (a) aumentar a variedade de rotinas, para evitar a monotonia; (b) prevenir o excesso de horas extras; (c) dar melhor suporte social às pessoas; (d) melhorar as condições sociais e físicas de trabalho; e (e) investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores. Entretanto, Phillips (1984) assevera que a primeira medida para evitar a síndrome de *burnout* é conhecer suas manifestações. Não obstante, cita também formas de prevenção, as quais podem ser agrupadas em três categorias principais: estratégias individuais, estratégias grupais e estratégias organizacionais. As primeiras se referem à formação e capacitação profissional, ou seja, tornar-se sempre competente no trabalho, estabelecer parâmetros, objetivos, participar de programas de combate ao stress, entre outros; as estratégias grupais consistem em buscar o apoio grupal (Shinn & Morch, 1983); e, finalmente, aquelas organizacionais compreendem relacionar as estratégias individuais e grupais para que estas sejam eficazes no contexto organizacional.

Em resumo, parece haver algum consenso razoável quanto ao *burnout*, sua conceituação, seqüência de manifestação e formas de prevenir. Entretanto, como se depreende da leitura realizada até aqui, os achados descritos versam sobre diferentes perspectivas, não havendo uma integração. Neste sentido, demanda-se resgatar, ainda que sumariamente, algumas das principais abordagens teóricas que têm sido elaboradas sobre a *síndrome de burnout*, o que se faz no próximo tópico.

3.2. Modelos Explicativos da Síndrome de Burnout

Uma revisão da literatura prontamente evidencia a existência de duas perspectivas principais para a classificação dos modelos explicativos do *burnout*. A primeira é sugerida por Gil-Monte e Peiró (1997), e tem como base a teoria sócio-cognitiva do *eu*, a teoria da troca social e as teorias do estresse ocupacional. A segunda, proposta por Schaufeli e Enzmann (1998), emprega fundamentalmente critérios individuais, interpessoais e organizacionais. Os modelos correspondentes a cada uma destas perspectivas são resumidos a seguir, tomando-se como referência as obras de Gil-Monte e Pieró (1997) e Schaufeli e Enzmann (1998).

3.2.1. Modelos baseados na Teoria Sócio-cognitiva do Eu

Estes modelos são baseados nos trabalhos de Bandura (1989), caracterizando-se por explicar a etiologia da síndrome levando em conta três pressupostos: (1) as cognições dos indivíduos influenciam a sua percepção e comportamento; (2) as cognições são transformadas pelas condutas de outras pessoas e por conseqüências de tais condutas; e (3) as crenças e a confiança que uma pessoa tem em suas próprias capacidades determinam o esforço a ser empregado para conseguir seus objetivos, a percepção do grau de dificuldade que terá para atingi-los e as reações emocionais que acompanharam o seu comportamento. Da *teoria sociocognitiva do eu* derivam-se três modelos: o modelo de competência social (Harrison, 1993), o modelo de Cherniss (1993) e o modelo de Thomson, Page e Cooper (1993).

• Modelo de Competência Social

Este modelo compreende o *burnout* como uma função da competência e eficácia percebida. Segundo Harrison (1983), indivíduos que atuam em profissões relacionadas com serviços humanos ou de ajuda são altamente motivados e possuem um sentimento elevado de altruísmo. Suas atuações no ambiente de trabalho dependerão de condições tais como: a existência de objetivos laborais realistas, o ajustamento entre os valores individuais e organizacionais, o treinamento profissional recebido, a capacidade e a liberdade de tomar de decisões etc. Uma representação gráfica deste modelo pode ser observada na Figura 2.

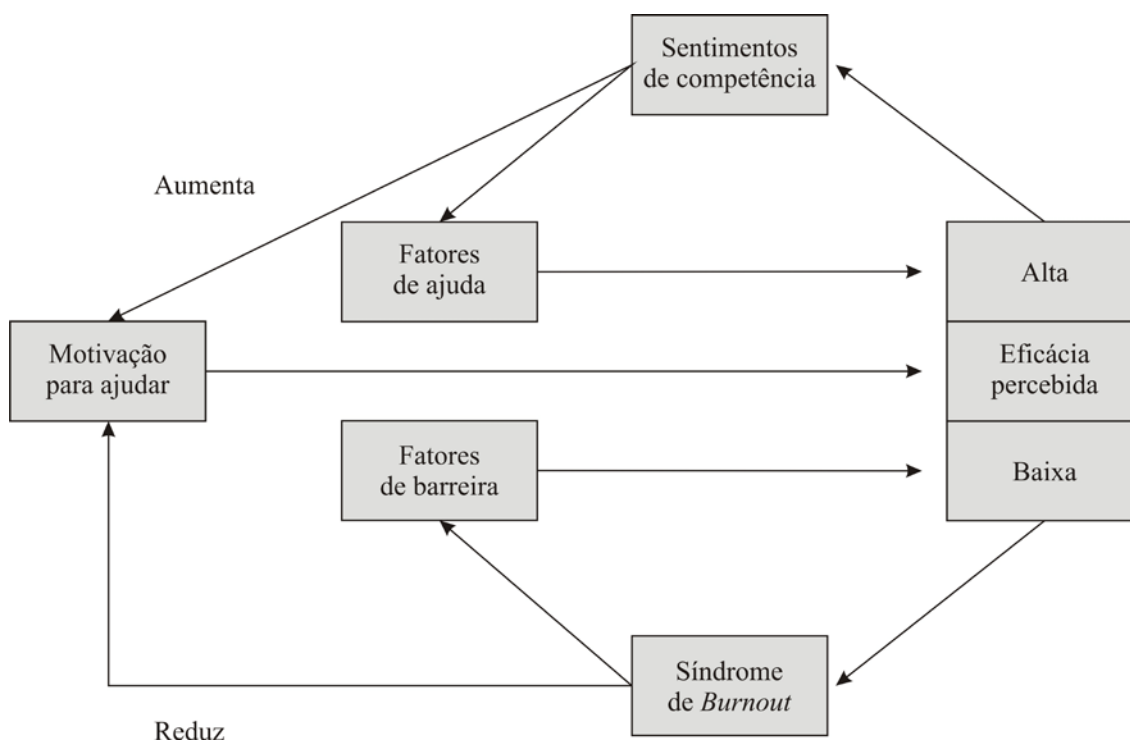


Figura 2. Modelo de Competência Social (Harrison, 1983)

De acordo com a Figura 2, a motivação para ajudar aos demais está diretamente relacionada com o sentimento de competência que uma pessoa tem para atingir seus objetivos laborais. Se no ambiente de trabalho existem fatores de suporte, a efetividade e os sentimentos de competência social se incrementarão, reforçando a sua percepção de

eficácia e motivação para ajudar. Por outro lado, quando há no ambientes barreiras dificultando a consecução dos objetivos, os sentimentos de eficácia diminuem e as expectativas de alcance dos objetivos baixam, propiciando o aparecimento do *burnout*, que, por retroalimentação, facilita o desenvolvimento de fatores de barreira, diminuindo os sentimentos de eficácia percebida do indivíduo e sua motivação para ajudar.

• **Burnout como Reflexo da Falta de Auto-Eficácia e Sucesso Psicológico**

Proposto por Cherniss (1993), este modelo sugere um exame do comportamento humano nas organizações, com ênfase na interação entre as características do trabalhador, o tipo de trabalho, a estrutura organizacional e o ambiente externo. Neste caso, os sintomas que compõem o *burnout* seriam as possíveis respostas do indivíduo ante o trabalho estressante, frustrante ou monótono. Segundo o modelo, como expresso na Figura 3, quando a pessoa experimenta sentimentos de sucesso na realização de suas tarefas, aumentam também seu envolvimento no trabalho e sua motivação, fortalecendo sua auto-estima. Ao contrário, quando o indivíduo experimenta sentimentos de fracasso, diminui a auto-estima, a satisfação e o envolvimento com o trabalho, resultando em possibilidades maiores de desenvolvimento de um quadro de *burnout*.

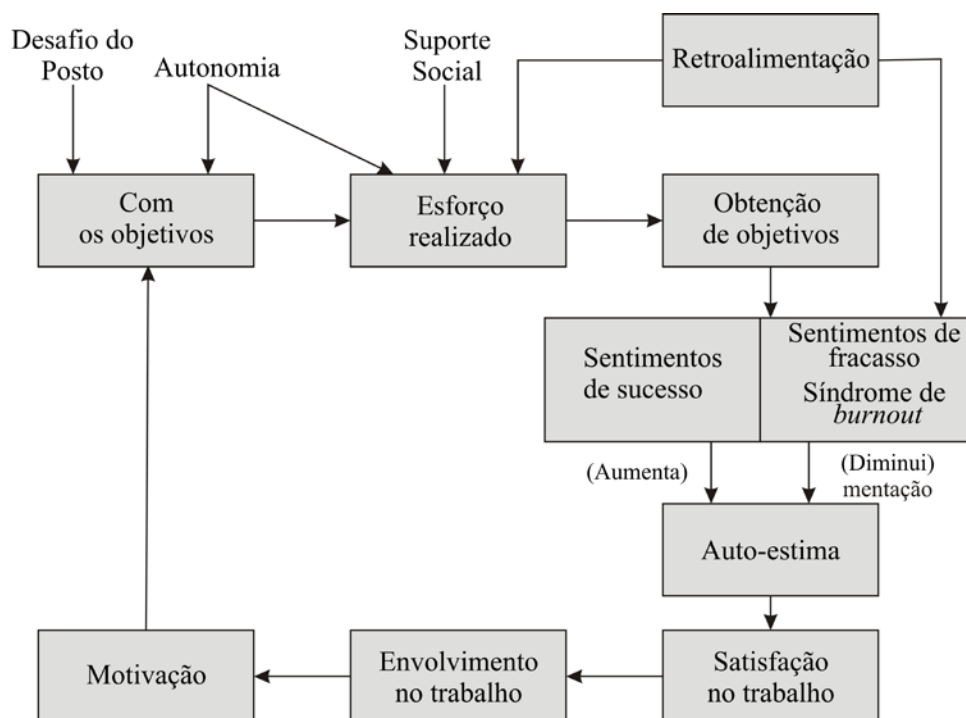


Figura 3. Modelo de Cherniss (1993)

• Modelo de Thompson, Page e Cooper (1993)

Com o fim de explicar o *burnout*, Thompson, Page e Cooper (1993) têm como base a teoria de autocontrole (Carver & Scheirer, 1988), considerando as seguintes variáveis: discrepância entre as demandas da tarefa e os recursos do indivíduo, seu nível de autoconsciência, suas expectativas de sucesso e seus sentimentos de autoconfiança (Figura 4). Neste caso, a autoconsciência é entendida como um traço de personalidade, que denota a capacidade do indivíduo de auto-regular seu nível de estresse ante a realização de uma tarefa. Esta variável é individual e indica que as pessoas com alta autoconsciência tendem a experimentar maiores níveis de estresse do que aquelas com baixa autoconsciência (ver também Tamayo, 2001).

Thompson e cols. (1993) apontam que a despersonalização corresponde a um padrão de conduta de evitação. Quando a pessoa não usa este comportamento, experimenta sentimentos de insegurança e desamparo profissional, que são equivalentes aos sentimentos de despersonalização. Segundo Gil-Monte e Peiró (1997), a presença de maior autoconsciência diminui o investimento de recursos em minimizar as discrepâncias. Isso denota uma forma de conduta de retirada frente ao risco de se deparar ou experimentar emoções negativas. De acordo com este modelo, os níveis altos de autoconsciência aumentam a experiência de desilusão, frustração e perda, enquanto a adoção de expectativas mais otimistas na resolução das discrepâncias tende a reforçar a confiança das pessoas em busca de uma solução.

3.2.2. Modelos Elaborados a Partir das Teorias de Troca Social

Os modelos elaborados a partir da teoria de troca baseiam-se nos princípios teóricos das teorias da equidade e de conservação de recursos. Tais modelos apontam que a etiologia do *burnout* está na percepção de falta de equidade desenvolvida pelos indivíduos como resultado do processo de comparação social nas relações interpessoais (Tamayo, 2001). Nesta direção, merecem destaque os modelos de comparação social (Buunk & Schaufeli, 1993) e conservação de recursos (Hobfoll & Freedy, 1993).

• Modelo de comparação social de Buunk e Schaufeli (1993)

Neste modelo, seus autores propõem que a etiologia do *burnout* deve-se, principalmente, a dois fatores: (1) aos processos de troca social com os clientes e (2) aos processos de afiliação e comparação social com os colegas. No primeiro caso, Buunk e

Schaufeli (1993) sugerem que os indivíduos que trabalham em profissões de serviços humanos, como no caso dos enfermeiros, médicos, policiais, professores e psicólogos, estão envolvidos em relações sociais onde os processos de troca e as expectativas de equidade e reciprocidade são muito importantes. Ao se referirem aos processos de afiliação e comparação social, estes autores indicam que os indivíduos tendem a lidar com seus problemas no trabalho por meio de comparações sociais com colegas e superiores, de maneira a perceber melhor suas próprias experiências e aquelas dos outros, especialmente dos que ocupam cargos similares. As relações de troca social e comparação social são importantes para a compreensão do *burnout*, sendo a incerteza, a percepção de equidade e a falta de controle as variáveis que mais influenciam tal síndrome. Este modelo é retratado na Figura 5 a seguir.

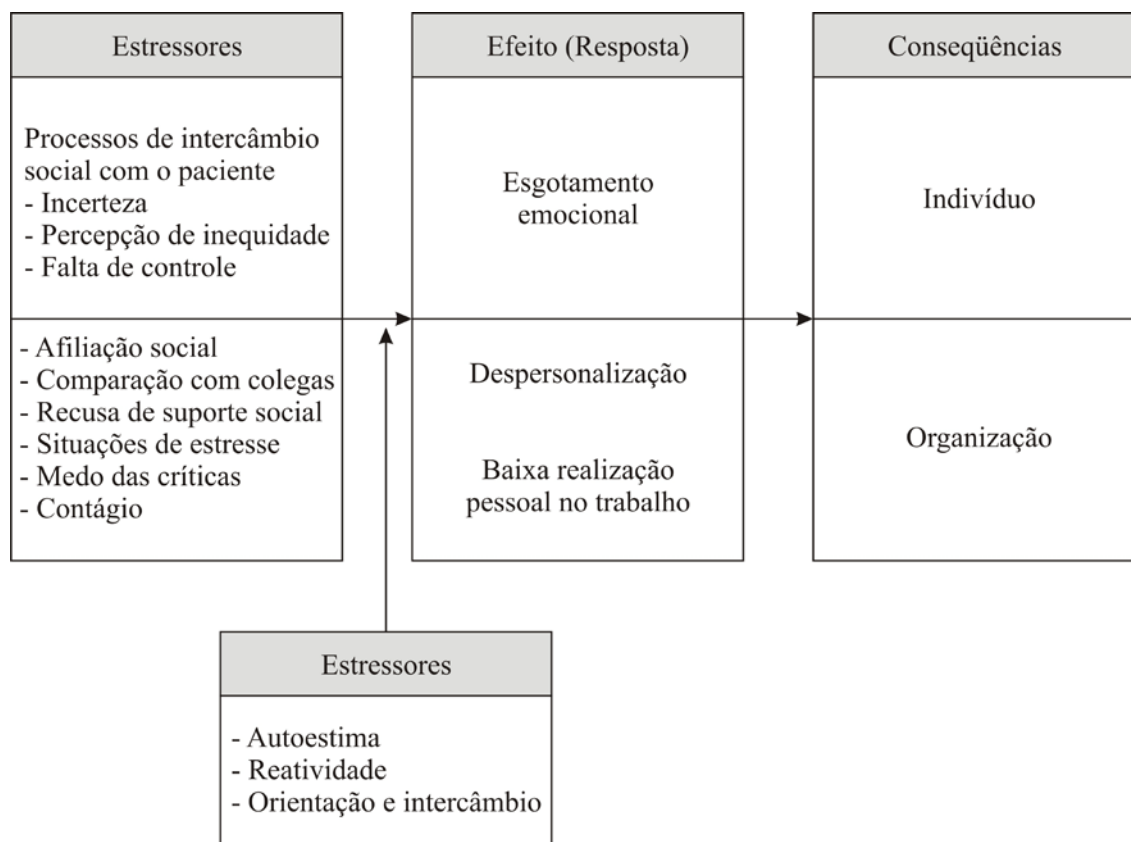


Figura 5. Modelo de Burnout de Comparação Social (Buunk & Schaufeli, 1993)

Segundo Buunk e Schaufeli (1993), a incerteza é definida como a falta de clareza acerca do modo como o indivíduo deve pensar, sentir e atuar. A percepção de equidade refere-se à percepção de equilíbrio entre o que as pessoas investem e o que elas recebem no transcurso das suas relações. A falta de controle é a impossibilidade do indivíduo para manejar os resultados de suas ações no contexto do trabalho. A incerteza torna-se um estressor quando os profissionais dos serviços humanos têm dúvidas referentes à forma como devem conduzir o seu envolvimento com os pacientes, ao modo de tratar os problemas de seus pacientes e à maneira em que estão realizando seu trabalho. A percepção de equidade é tida como um estressor sempre que as expectativas de recompensa e reciprocidade dos profissionais de ajuda (gratidão, colaboração) se vêem frustradas. Isso pode acontecer quando a interação com os clientes não é satisfatória devido, fundamentalmente, a duas razões: os clientes encontram-se ansiosos e preocupados com sua condição, mostrando-se desinteressados em expressar qualquer tipo de reciprocidade com os profissionais; e os clientes não reconhecem ou valorizam o cuidado e a atenção que recebem por parte dos profissionais porque consideram que isso faz parte do seu trabalho.

A falta de controle assume o papel de estressor quando os profissionais precisam lidar com variáveis que fogem ao seu domínio (por exemplo, a colaboração dos clientes, as decisões administrativas, a problemática dos clientes, os procedimentos burocráticos, a carência de recursos, a falta de suporte social e os conflitos com os colegas e supervisores). Discernindo sobre a relação entre os estressores mencionados anteriormente e os processos de afiliação e comparação social, Buunk e Schaufeli (1993) levantam dois aspectos relevantes. Em primeiro lugar, consideram que os profissionais de serviços humanos recusam o apoio social de colegas em situações de estresse: (a) por medo de serem criticados e avaliados como incompetentes e (b) por um processo de “contágio” que pode

acontecer a indivíduos com necessidades fortes de comparação social, tendo em vista que tais indivíduos incorporam com maior facilidade sintomas de *burnout* presentes nos seus colegas.

Como se pode perceber na Figura 5, as variáveis antecedentes e o *burnout* encontram-se mediados pela auto-estima, pela forma e intensidade de reação do indivíduo (intensidade de resposta frente a estímulos internos e externos) e pela orientação no processo de troca (predisposição dos indivíduos em relação à reciprocidade, recompensa imediata e aceitação de ajuda).

Finalmente, de acordo com Buunk e Shaufeli (1993), o *burnout* tem um componente emocional (sentimento de *exaustão emocional*), que surge como reação ao estresse laboral e que é determinado pelas características individuais, e um componente atitudinal, integrado pelos sentimentos de *despersonalização* e diminuição da *realização pessoal* no trabalho. Compreende-se que a *despersonalização* e a diminuição da *realização pessoal* são tidas como estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo para lidar com a *exaustão emocional*. A primeira se caracteriza por atitudes negativas com os clientes e pode ser observada mais especialmente nos profissionais de serviços humanos com forte necessidade de reciprocidade nas relações interpessoais. A segunda, caracteriza-se por uma atitude negativa com respeito ao próprio desempenho no trabalho, resultando em uma baixa auto-estima.

• Modelo de Conservação de Recursos

O *modelo da conservação de recursos*, proposto por Hobfoll e Freedy (1993), utiliza como base a teoria geral do estresse. Tal teoria afirma que os indivíduos se esforçam para obter e manter aquilo que os motiva. Neste caso em concreto, recursos como bens materiais (por exemplo, casa, roupa), melhores condições de emprego e de vida, características pessoais (por exemplo, habilidades sociais, auto-estima) e outros motivadores (por exemplo, resistência, conhecimento e dinheiro), que servem como meios para obter outros recursos importantes. O surgimento do estresse ocorre em função da percepção que o indivíduo tem da ameaça ou da obtenção e manutenção dos seus recursos. O estresse gerado inclui uma ou mais das três condições seguintes: (a) quando os recursos são ameaçados (incerteza acerca da estabilidade laboral); (b) quando os recursos são perdidos (desemprego, divórcio); e (c) quando os indivíduos investem os seus recursos e não obtêm o nível de retomo esperado (promoção não alcançada apesar de se ter trabalhado arduamente). Os estressores ocupacionais ameaçam os seus recursos, gerando insegurança sobre suas habilidades para alcançar o sucesso profissional. Este modelo é descrito sumariamente na Figura 6.

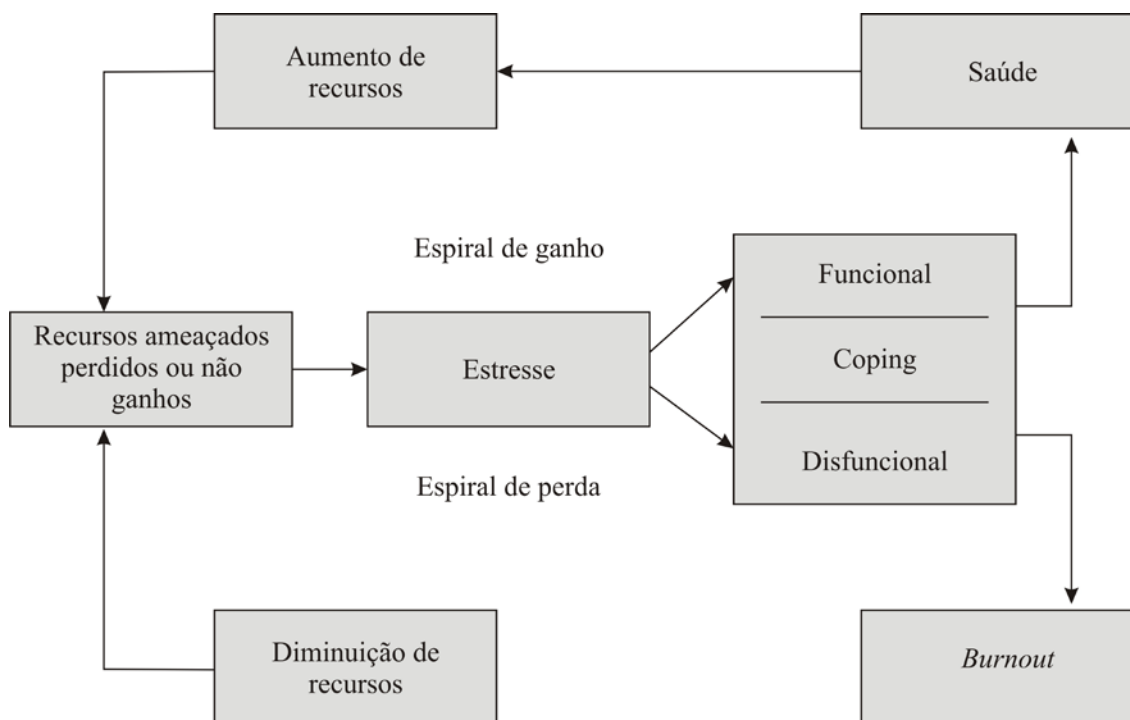


Figura 6. Modelo de Conservação de Recursos (CDR) (Hobfoll & Fredey, 1993)

De acordo com Hobfoll e Fredey (1993), há um esforço contínuo dos indivíduos para se protegerem da perda de recursos porque preferem conservar níveis mínimos a ter que conseguir recursos extras. Segundo estes autores, a perda de recursos está mais relacionada com o surgimento da síndrome do que os ganhos. Neste modelo, o aproveitamento dos recursos e o desenvolvimento do *burnout* estão relacionados com o tipo de estratégia de enfrentamento (*coping*) utilizada pelo indivíduo. Especificamente, o uso de estratégias de *coping* de caráter ativo (enfrentar a situação com o ânimo de resolvê-la) leva a um ganho de recursos e diminui o *burnout*, enquanto o uso de estratégias de *coping* passivas (evitar ou escapar da situação) produz o efeito contrário. Estes autores consideram a possibilidade de prevenção da síndrome por meio da obtenção de recursos que permitam um desempenho eficaz no trabalho, ou em razão de mudanças nas percepções e crenças individuais. Se as pessoas evitam a perda de recursos ou aumentam os recursos que já possuem, poderão

mudar suas percepções e cognições de maneira positiva e, conseqüentemente, diminuirão os níveis de estresse percebido e *burnout*.

3.2.3. Modelos Desenvolvidos a Partir da Teoria Organizacional

Os modelos que explicam a síndrome de *burnout* a partir da perspectiva organizacional examinam o comportamento humano nas organizações de trabalho com ênfase na interação das características do trabalhador, da natureza do trabalho, da estrutura organizacional e do ambiente externo, compreendendo esta síndrome como uma resposta dada ao estresse ocupacional ou como o resultado de conflitos entre a pessoa e a organização. Nesta direção, destacam-se três modelos específicos:

• Modelo do *Burnout* como um Processo Virulento

Sob a perspectiva de Golembiewsky, Munzenrider e Cárter (1983), a síndrome de *burnout* pode atingir qualquer profissional e não unicamente os trabalhadores de serviços humanos. Segundo estes autores, as dimensões do *burnout* apresentam a seguinte seqüência: *despersonalização* \Rightarrow *diminuição da realização pessoal* \Rightarrow *exaustão emocional*. No caso, admite-se que esta síndrome seja uma função do trabalho em condições precárias, caracterizado como de sobrecarga, com exercício pobre e limitado de papéis, conflito com colegas e supervisores. Estes aspectos levam o trabalhador à perda de autonomia e controle, à diminuição da auto-imagem, sentimentos de irritabilidade e fadiga e configura um distanciamento da situação de trabalho estressante. A Figura 7 oferece uma síntese deste modelo.

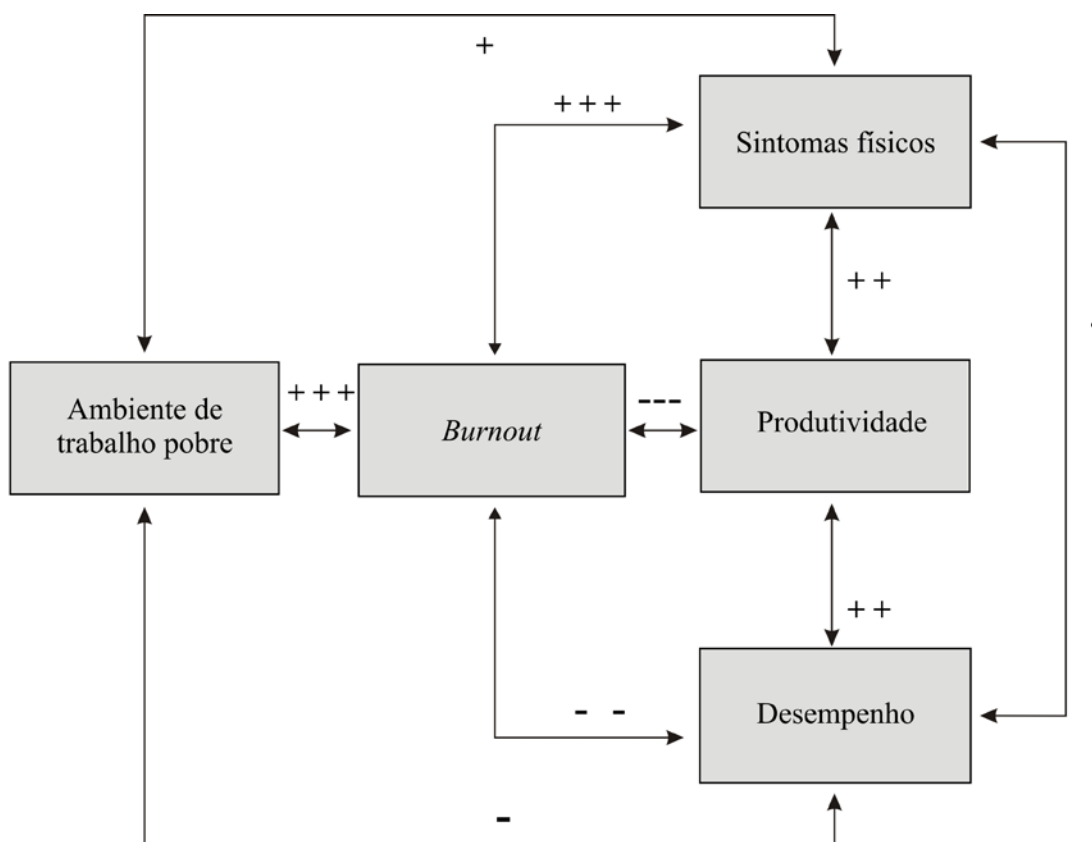


Figura 7. Modelo de Burnout como Processo Virulento (Golembiewski & cols., 1983)

O distanciamento pode se apresentar de duas formas. Uma construtiva, quando o profissional não se envolve com o problema do usuário ou interlocutor, mas mantém a empatia no atendimento; a outra, denominada de contraproducente, quando o interlocutor é tratado com indiferença, “cinismo” e rigidez. Este último distanciamento sinaliza o primeiro fator da síndrome, a *despersonalização*. Os fatores de baixa *realização pessoal* no trabalho e *exaustão emocional* vão surgir posteriormente. Uma vez instalados, estes fatores podem evoluir passando por diferentes fases (oito tipos de combinações diferentes), que compreendem desde um nível baixo nos três fatores do *burnout* até um nível alto em todos eles. Um sumário a respeito pode ser contemplado na Tabela 1 (Golembiewski & cols., 1983).

Tabela 1. Fases Progressivas de *Burnout*

FATORES	FASES							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalização	Baixo	Alto	Baixo	Alto	Baixo	Alto	Baixo	Alto
Realização Pessoal	Baixo	Baixo	Alto	Alto	Baixo	Baixo	Alto	Alto
Exaustão emocional	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Alto	Alto	Alto	Alto

- **Modelo de Cox, Kuk e Leiter (1993)**

Os autores deste modelo utilizam a teoria transacional do estresse para explicar o *burnout* (Figura 8). Neste caso, o *burnout* é concebido como um acontecimento dentro do processo de estresse laboral que acomete profissionais de serviços humanos. O modelo prevê a *exaustão emocional* como uma resposta que envolve variáveis emocionais e de bem-estar. A *despersonalização* é vista como uma estratégia para lidar com os sentimentos de *exaustão emocional* e, finalmente, a baixa *realização pessoal* seria o resultado da avaliação cognitiva do estresse, relacionada com o significado do trabalho e as expectativas profissionais frustradas.

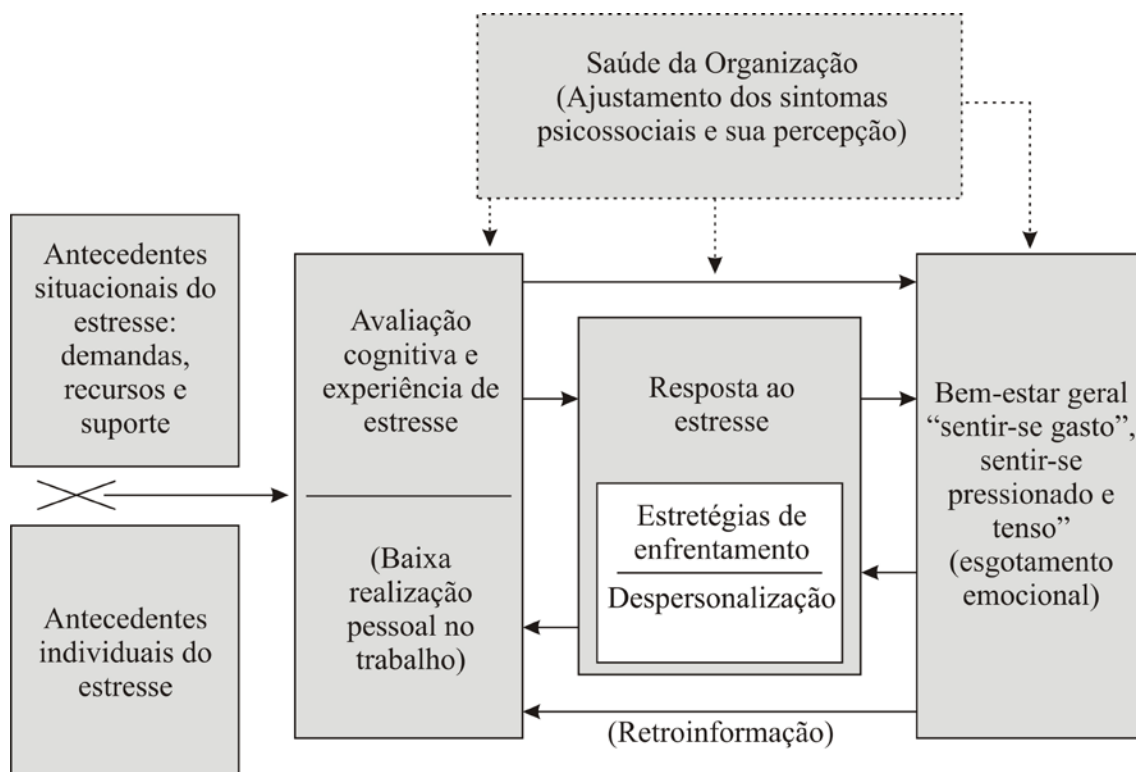


Figura 8. Modelo de Cox, Kuk e Leiter (1993)

Os fatores da organização, do ambiente laboral e do trabalho são concebidos como os influenciadores da percepção do estresse ocupacional, da saúde do empregado e de seu desempenho laboral. Admite-se que a forma como a organização acolhe e acomoda seus empregados pode afetar o bem-estar e desempenho destes. Segundo Cox, Kuk e Leiter (1993), a organização atua como variável reguladora da relação estresse - *burnout*. Esta variável está determinada pelo ajustamento, a coerência e a integração dos sistemas psicossociais da organização e pela forma como os trabalhadores percebem a estrutura, as políticas e os procedimentos da organização.

• **Modelo de Winnubst (1993)**

O modelo de Winnubst utiliza a definição de *burnout* proposta por Pines e Aronson (1988), que considera esta síndrome como uma condição de exaustão física, emocional e mental, resultado da tensão laboral crônica. Assim como Golembiewki e cols. (1983), Winnubst considera que o *burnout* pode se apresentar em qualquer tipo de categoria profissional. De acordo com este modelo (Figura 9), entre as variáveis antecedentes do *burnout* encontram-se a estrutura, a cultura, o clima organizacional e o suporte social no trabalho. Segundo Winnubst (1993), o tipo de estrutura da organização tende a influenciar a cultura organizacional.

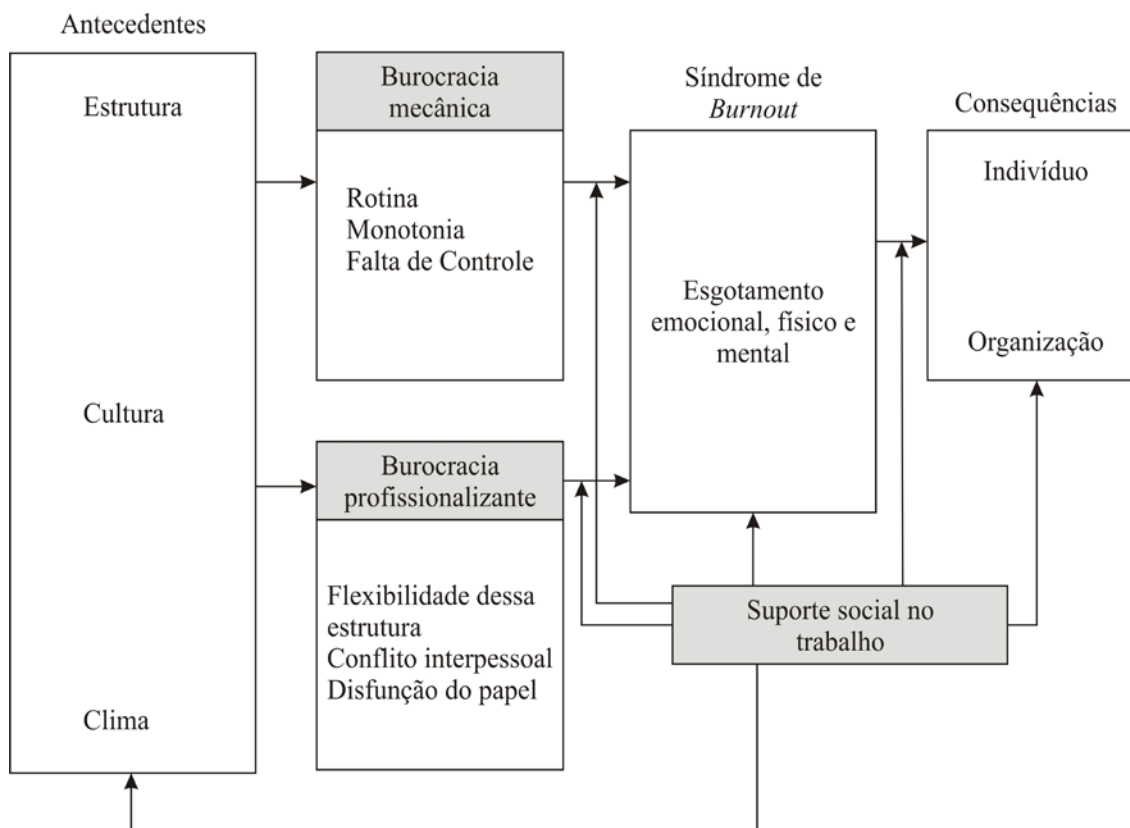


Figura 9. Modelo de Winnubst (1993)

A burocracia mecânica reforça a padronização do trabalho, a rotina, o perfeccionismo e a conformidade com as normas. Esta se caracteriza pela padronização das habilidades, a baixa formalização e o reforço da criatividade e autonomia. Portanto, neste tipo de burocracia o *burnout* é causado pelo desgaste diário das tarefas e o controle excessivo do processo de trabalho. Este tipo de estrutura tende a causar o tédio e, conseqüentemente, a apatia, estimulando uma cultura e um clima de perfeccionismo e conformismo. Por outro lado, na burocracia profissionalizante o *burnout* é desencadeado pela falta de definição dos processos de trabalho e a relativa flexibilidade da estrutura da organização. Este tipo de estrutura favorece a sobrecarga e os confrontos freqüentes entre os membros da organização. Este tipo de burocracia tende a estimular uma cultura e um clima organizacional de criatividade e autonomia.

De acordo com Winnubst (1993), o tipo de apoio social que o indivíduo recebe no trabalho afeta a sua percepção da estrutura organizacional. No caso de uma burocracia mecânica, onde a hierarquia e a autoridade são verticais, o suporte social no trabalho é de tipo instrumental. Na burocracia profissionalizante, o trabalho em equipe e a supervisão são fomentadores de um suporte social mais informal. Neste sentido, seu modelo se pauta em quatro hipóteses: (1) qualquer estrutura organizacional poderá ter um sistema de suporte social que se ajuste adequadamente; (2) os sistemas de suporte social surgem em interdependência com o clima organizacional; (3) a estrutura, a cultura organizacional e o suporte social se regem por critérios éticos derivados dos valores sociais e culturais da organização; e (4) a consideração destes critérios permite predizer em que medida as organizações poderão causar tensão severa e *burnout*. Este autor considera que por meio do suporte social é possível influenciar as diversas disfunções na estrutura organizacional, sendo, por isso, o suporte social uma variável fundamental para qualquer tipo de

intervenção sobre o *burnout*.

3.2.4. Abordagem Integral acerca da Síndrome de *Burnout*

Sob esta perspectiva destaca-se o modelo que propõem Gil-Monte, Peiró e Valcarcel (1995). Após a proposição de diversos modelos explicativos para o *burnout*, Gil-Monte e Peiró (1997) observaram que nenhum deles conseguia explicar de forma completa e satisfatória sua etiologia. Desta forma, propuseram um modelo alternativo, cujo propósito era explicar a etiologia, o processo, os antecedentes e as conseqüências do *burnout* (Gil-Monte & Peiró, 1997). Este modelo é representado na Figura 10.

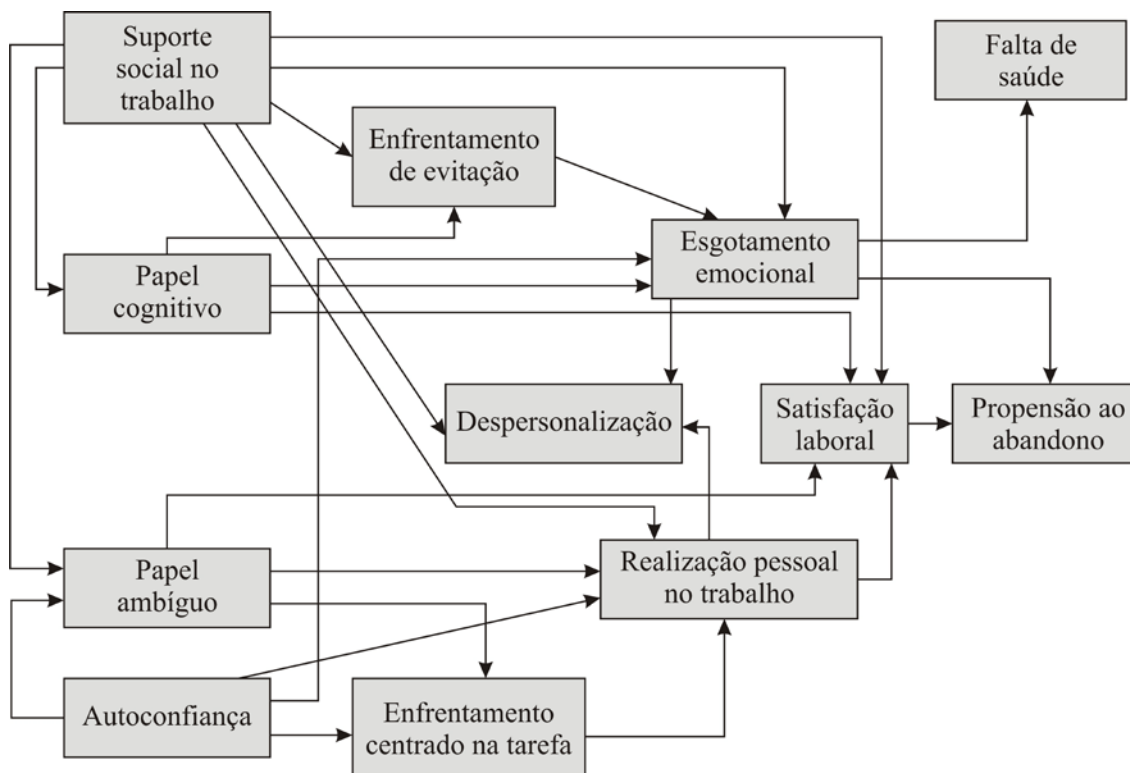


Figura 10. Antecedentes e conseqüências do burnout

O modelo representado por meio da Figura 10 foi testado por meio de modelagem por equações estruturais, sendo a variância explicada para os sentimentos de realização pessoal no trabalho de aproximadamente 25%. Neste caso, consideraram-se os sentimentos de autoconfiança, de apoio social no trabalho, o papel ambíguo e a frequência com que os indivíduos empregaram estratégias de *coping* de caráter ativo. Para a exaustão emocional a variância atingiu 35%, considerando como antecedentes o papel conflitivo, os sentimentos de autoconfiança, o apoio social e as estratégias de *coping* de evitação. A variância explicada para despersonalização (26%) deveu-se fundamentalmente aos sentimentos de exaustão emocional, à realização pessoal no trabalho e ao apoio social no trabalho. O conjunto de variáveis do modelo explicou 54% da variância total.

Este modelo de burnout é definido pelos autores como uma resposta ao estresse ocupacional percebido, quando de uma reavaliação cognitiva pelo indivíduo, diante da falta de êxito de estratégias de enfrentamento, usadas pelos profissionais, em reduzir o estresse ocupacional. Esta resposta supõe uma variável mediadora entre o estresse percebido e as suas conseqüências (falta de saúde, baixa satisfação laboral, intenção de abandonar a organização).

Além dos modelos apresentados até aqui, ainda se podem encontrar aqueles que são organizados em função da classificação proposta por Schaufeli e Enzmann (1998), que, conforme mencionado anteriormente, concentra-se em três abordagens principais: *individual, interpessoal e organizacional*.

3.2.5. Abordagem Individual

Nesta abordagem, cabe destacar o modelo existencial apresentado por Pines e Aronson (1988; Pines, 1993). Este modelo concebe o *burnout* como resultado da desilusão com o trabalho e a falta de sentido deste para o indivíduo. Segundo Pines e Aronson (1988), a síndrome de *burnout* é uma consequência da falta de significado com relação à vida e ao trabalho, percebidos pelos trabalhadores (Figura 11). O *burnout* em si é visto como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pela diferença entre as expectativas do indivíduo em sentir-se útil, produtivo e valorizado e a sua vivência real no trabalho. De acordo com estes autores, só as pessoas motivadas podem desenvolver *burnout*, pois elas possuem objetivos pessoais e expectativas altos acerca do que o trabalho pode prover; um indivíduo que não tenha motivação pode experimentar sintomatologias semelhantes como, por exemplo, estresse, alienação ou fadiga, mas não *burnout*.

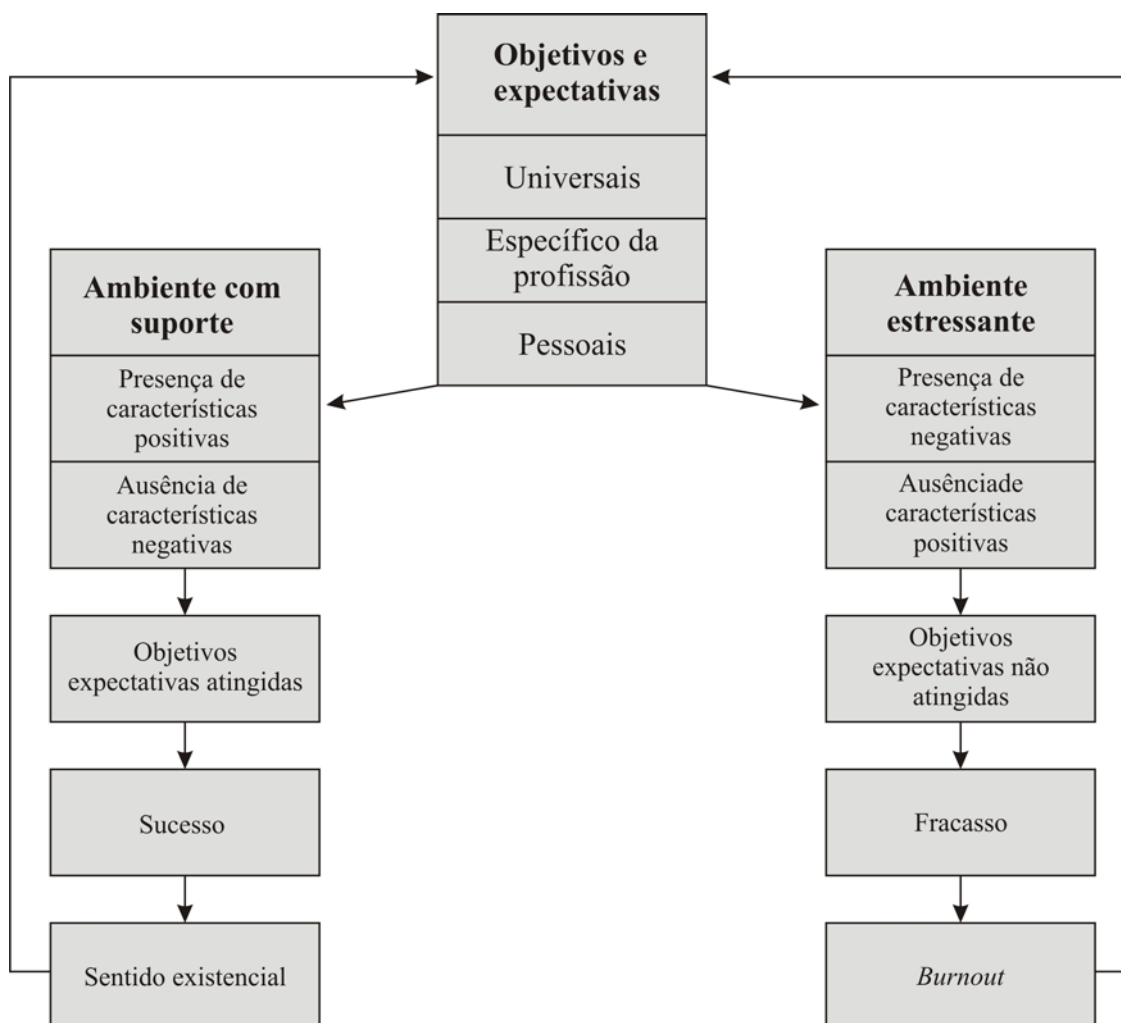


Figura 11. Modelo Existencial de burnout (Pines, 1993; Pines & Aronson, 1988)

De acordo com este modelo, o ambiente laboral promove uma interação capaz de minimizar ou maximizar a aparição do *burnout*. O relacionamento diário faz com que as pessoas compartilhem motivações, preocupações e sentimentos, de tal forma que o trabalho passa a ter um impacto significativo nas suas vidas, permitindo-lhes obter ou não êxito pessoal e profissional. Desta forma, o ambiente de trabalho pode ser fonte de suporte ou de estresse, dependendo das condições serem favoráveis ou não ao alcance das metas individuais. Portanto, a probabilidade de aparição do *burnout* depende da existência, ou não, de um equilíbrio entre os fatores de suporte e estresse.

3.2.6. Abordagens Interpessoais

- **Burnout como Sobrecarga Emocional (Maslach & Jackson, 1986)**

A abordagem de Maslach e Jackson (1986) considera o *burnout* como uma experiência negativa e individual decorrente das relações interpessoais no ambiente de trabalho, sendo o alvo principal os profissionais de serviços humanos, como enfermeiros, médicos, professores, assistentes sociais, policiais e psicólogos. Nestes profissionais o *burnout* é explicado melhor por meio da carga emocional vivenciada por eles na relação de ajuda e no fato de o relacionamento ser de tipo complementar, ou seja, geralmente está presente o dar e o receber (Figura 12).

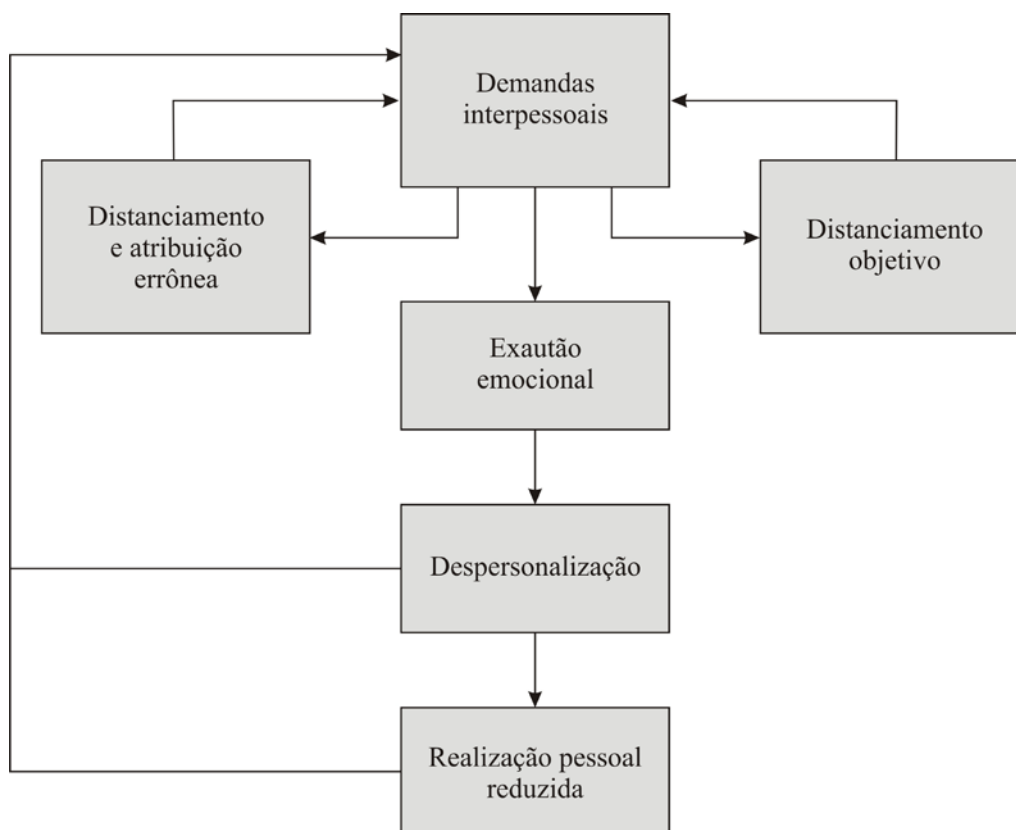


Figura 12. Modelo de Burnout como Sobrecarga Emocional (Maslach & Jackson, 1986)

A frequência alta e a intensidade no trato com pessoas que precisam de cuidado ou assistência para resolver os seus problemas favorecem o desenvolvimento do *burnout* nestes profissionais. Portanto, o burnout se apresenta como um processo que começa com a *exaustão*, resultante das demandas emocionais produzidas pela interação com os clientes; continua com a *despersonalização*, decorrente das técnicas disfuncionais utilizadas pelos profissionais para distanciar-se do estresse produzido por essa interação; e termina com a *diminuição da realização pessoal*, consequência do baixo desempenho, da deterioração do relacionamento com os clientes e de fracassos frequentes nas tentativas de lidar adequadamente com os usuários.

Para lidar com o estresse laboral ante as demandas interpessoais, o indivíduo tende a utilizar recursos do tipo funcionais ou disfuncionais. No caso das funcionais, este consegue se manter distante o suficiente para continuar motivado e produtivo, mas ao utilizar recursos disfuncionais, ele perde o interesse por sua atividade e interage com os usuários como se fossem objetos e não pessoas (*despersonalização*). Seu desempenho e qualidade de relacionamento com colegas e clientes ficam comprometidos. Nestes casos, é comum o uso de rótulos para se referir aos usuários, o fazer piadas valendo-se do estado de saúde ou da condição dos usuários, o evitar o contato físico e visual, a desqualificação, o subestimar e desrespeitar os usuários.

• **Burnout como Falta de Reciprocidade**

A visão do *burnout* proposta por Schaufeli, van Dierendonck e Gorp (1996) baseia-se na reciprocidade, na teoria da equidade e no contrato psicológico, relacionando esta síndrome como os processos de troca interpessoal e organizacional (Figura 13). Seus

principais pressupostos são os seguintes: o *burnout* desenvolve-se, primordialmente, no contexto social do trabalho; e tanto as relações interpessoais como a relação do profissional com a organização são reguladas pelos mesmos processos de troca social. A idéia da reciprocidade interpessoal sugere que os profissionais que lidam com o cuidado ou a assistência de outras pessoas esperam algum tipo de retorno dos beneficiários de seus serviços, tais como gratidão, desejo de melhorar, vontade de aprender, colaboração ou respeito. Mas, nem sempre tais expectativas são satisfeitas. Em geral, os usuários acreditam que cuidar é um dever dos profissionais, que são pagos para isso. Além disso, muitas vezes a necessidade dos usuários ou o sofrimento crônico em que se encontram dificulta-lhes manifestar qualquer tipo de retorno.

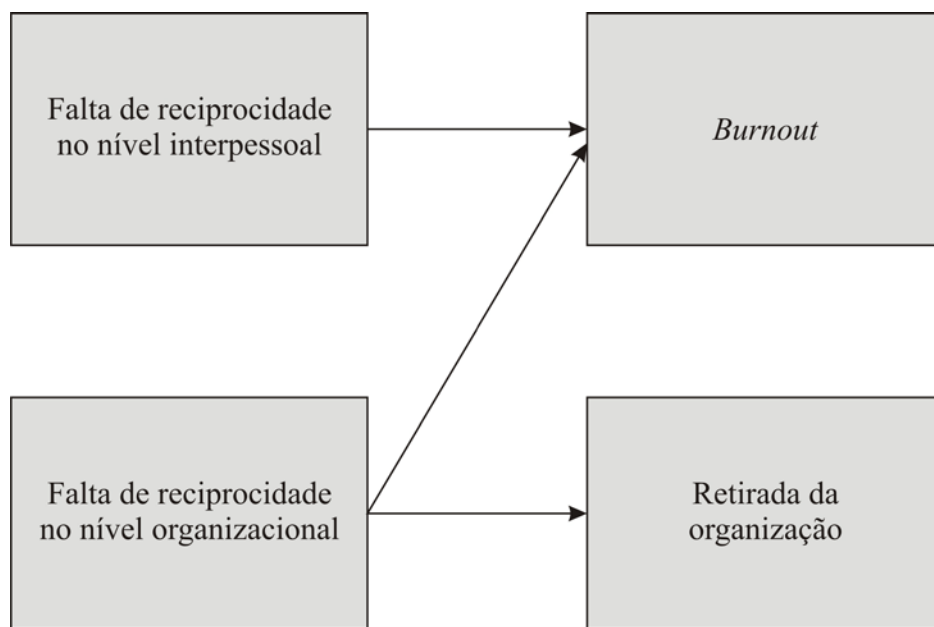


Figura 13. Modelo de Burnout como falta de reciprocidade (Schaufeli & cols., 1996)

Com relação à reciprocidade organizacional, o contrato psicológico decorre da noção subjetiva de reciprocidade; o indivíduo espera uma retribuição da organização, proporcional a sua dedicação (Schaufeli & cols., 1996). A percepção da falta de reciprocidade e da quebra desse contrato subjetivo esgota os recursos emocionais do trabalhador, podendo levá-lo a exaustão. Nestes casos, os profissionais tendem a reduzir seu investimento na relação com os clientes e passam a tratá-los de forma *despersonalizada*. Porém, o tratamento despersonalizado só deteriora o vínculo profissional-cliente, facilitando os erros no trabalho e o conseqüente sentimento de diminuição da realização pessoal (Schaufeli & Enzmann, 1998). A reciprocidade tem um papel central na vida das pessoas, já que o estabelecimento de relações recíprocas é essencial para a saúde e o bem-estar dos indivíduos. O sentimento de falta de reciprocidade se desenvolve à medida que os profissionais sentem que continuamente dão mais do que recebem (Buunk & Schaufelli, 1993).

A reciprocidade oferece uma sensação de equilíbrio entre dar e receber. As pessoas tendem a perseguir a reciprocidade nas suas relações interpessoais e organizacionais, isto é, os investimentos e ganhos de uma parte da relação devem ser proporcionais ao investimento e os ganhos da outra parte. Se os indivíduos percebem a relação como desigual, sentir-se-ão estressados e fortemente motivados a restaurar o equilíbrio (Schaufeli & Enzmann, 1998). A percepção de relacionamentos não equitativos, devido à falta de reciprocidade, pode levar os profissionais até a exaustão, pois investir numa relação sem receber o retorno apropriado esperado consome muita energia emocional, tornando-se o investimento frustrante para a maioria das pessoas (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Em resumo, Schaufeli e seus colaboradores concluem que a falta de reciprocidade e o equilíbrio entre investimentos e ganhos, tanto no nível interpessoal (pessoa - cliente) quanto organizacional (empregado - organização), são aspectos-chave para compreender o desenvolvimento do *burnout*. Os referidos autores testaram este modelo em duas amostras de estudantes de enfermagem, compostas por 220 e 142 participantes, respectivamente. A propósito, observaram: (1) relação positiva entre a falta de reciprocidade no nível interpessoal e o *burnout*; (2) associação entre a falta de reciprocidade no nível organizacional e o *burnout*; e (3) correlação positiva entre a falta de reciprocidade no nível organizacional e o comprometimento organizacional pobre. Além disso, constataram que os estudantes que se perceberam como apresentando maior investimento nos pacientes ou no ambiente de trabalho do que recebiam em troca, reportaram mais sintomas de *exaustão emocional*, *despersonalização* e *realização pessoal reduzida*. Também verificaram correlação positiva entre o comprometimento organizacional pobre e a falta de reciprocidade no nível organizacional.

3.2.7. Abordagens Organizacionais

• Burnout como um Desajuste entre a Pessoa e o Trabalho

O modelo que concebe o *burnout* como um desajuste entre a pessoa e o trabalho é apresentado por Maslach e Leiter (1997). Segundo estes autores, a síndrome de *burnout* não se restringe às profissões de serviços humanos, mas pode ser observada em qualquer tipo de ocupação. Esta afirmação baseia-se no fato de que há um maior número de atividades de intenso contato interpessoal, advinda do desenvolvimento tecnológico mundial. Neste sentido, as tendências administrativas atuais incentivam as pessoas a trabalharem mais em

equipe e menos de maneira individual, favorecendo cada vez mais o contato interpessoal no trabalho; trata-se de uma visão menos centrada no relacionamento com o usuário e mais focalizada nos aspectos organizacionais.

Maslach e Leiter (1997) utilizam uma nova denominação para dimensões do *burnout*: a *exaustão emocional* passa a ser conhecida simplesmente como *exaustão*, referindo-se a sentimentos de superexigência e de redução dos recursos emocionais e físicos; a *despersonalização* transforma-se em *cinismo*, aludindo-se a resposta de negativismo, de dureza e distanciamento excessivo em relação a vários aspectos do trabalho; o sentimento de *diminuição da realização pessoal* passa a ser denominado como *ineficácia*, sugerindo sentimentos de incompetência, falta de realização e improdutividade, experimentados pelos trabalhadores (ver também Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Segundo Tamayo (2002), nesta abordagem o *burnout* resulta de um desequilíbrio crônico em que o trabalho exige mais do que o indivíduo pode dar; ao tempo em que proporciona menos do que ele precisa. Esta síndrome pode ser causada por seis fontes de desajuste pessoa-trabalho: (a) sobrecarga de trabalho (demandas exageradas de trabalho não administráveis ou avassaladoras); (b) falta de controle (sentimento de que a pessoa não tem controle do seu trabalho); (c) recompensas insuficientes (falta de reconhecimento por parte da organização e/ou recompensas inadequadas); (d) falta de coletividade (perda da rede de suporte social no trabalho); (e) falta de justiça (falta de respeito e justiça entre os membros da organização); e (f) conflito de valores (percepção de que as demandas do trabalho não são afins com os princípios pessoais).

• Modelo Integral de *Burnout*

Schaufeli e Enzmann (1998) também sugerem um modelo integrativo para a síndrome de *burnout*. Este reúne alguns dos aspectos comuns das abordagens anteriormente apresentadas: forte motivação para ajudar, ambiente de trabalho desfavorável e forma inadequada de estratégias de *coping* na tentativa de minimizar ou reverter o processo do *burnout* (Figura 14). Com relação ao aspecto motivacional, estes autores mantêm a proposição de que o *burnout* ocorre mais em trabalhadores altamente motivados. Demonstram também que a existência de um conjunto de objetivos, expectativas, intenções e aspirações, junto a um forte sentido de entusiasmo, idealismo, comprometimento e envolvimento, são fatores que influenciam o desenvolvimento desta síndrome.

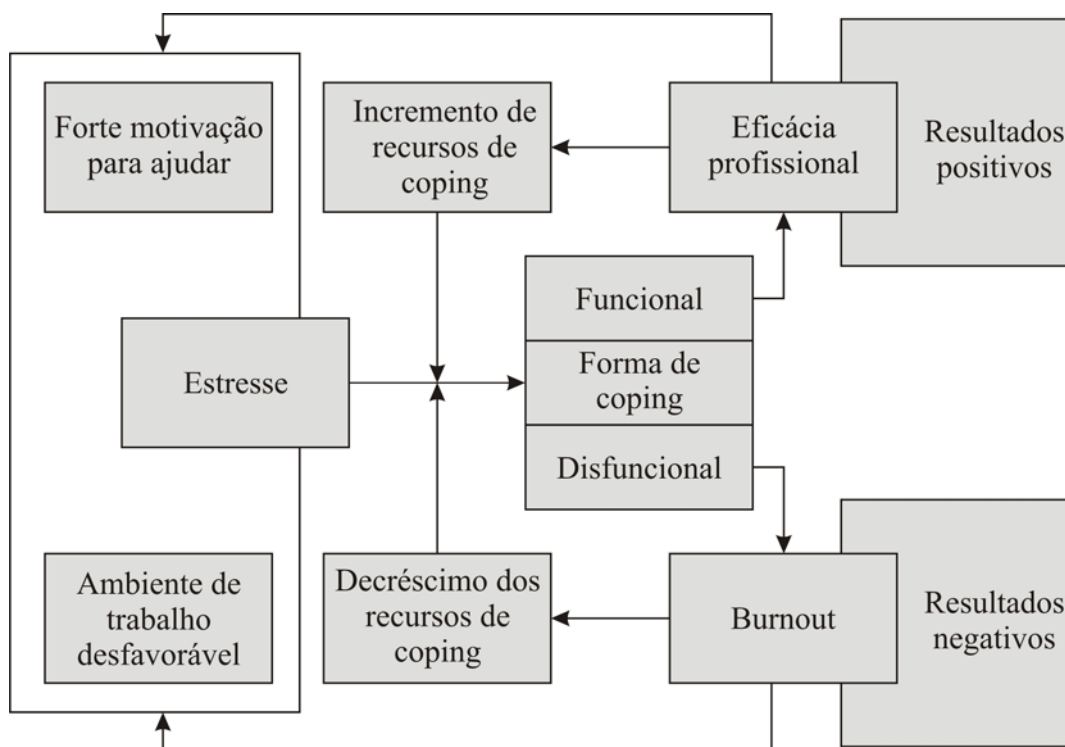


Figura 14. Modelo Integral de Burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998)

Schaufeli e Enzmann (1998) apresentam as condições profissionais de maior motivação e de comprometimento como condições de um maior risco de desenvolver *burnout*. Sobre o ambiente de trabalho desfavorável, comentam que o desajuste entre o indivíduo e o ambiente de trabalho é mais evidente na área dos serviços humanos. Neste campo existe uma demanda por profissionais motivados, que devem trabalhar em um ambiente caracterizado por diversas fontes potenciais de frustração e estresse, o que aumenta a possibilidades de *burnout*. Estes autores ainda enfatizam as estratégias de *coping* que as pessoas utilizam na hora de lidar com a tensão dos desajustes laborais. Segundo descrevem, o uso de estratégias de *coping* adequadas (distanciamento objetivo, ações direcionadas à resolução de problemas) facilita a obtenção dos objetivos, aumenta a eficácia profissional e proporciona sentido ao trabalho, levando à obtenção de resultados positivos. Em raciocínio análogo, a adoção de estratégias de *coping* inadequadas, como o escape, a evitação ou a despersonalização, facilita o *burnout* e, conseqüentemente, a apatia, a depressão, a tendência ao absenteísmo, o desempenho pobre e a baixa auto-estima.

Este modelo integral propõe que o desajuste entre as motivações fortes e o ambiente de trabalho desfavorável pode aumentar o estresse a ponto de levar ao *burnout* ou a uma eficácia profissional, dependendo das estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo. Nesta perspectiva, o *burnout* aumenta o estresse e reduz os recursos de *coping*, enquanto que a eficácia profissional reduz o estresse e incrementa os recursos de *coping*.

Em resumo, como pôde ser visto anteriormente, existe algum consenso acerca do que seria o *burnout*, entendida como síndrome incapacitante que resulta de ambiente laboral estressor, sobretudo quando demanda o contato interpessoal. Abordagens ou modelos teóricos diferentes, porém não contraditórios, foram sendo elaborados. Todos

situam o problema como sendo, em última instância, uma característica individual do trabalhador. Contudo, alguns deles identificam o contexto do trabalho como potencializando a aparição e asseveração do *burnout*. Particularmente relevantes neste aspecto são os modelos de Pines (1993; Pines & Aronson, 1988) e Thompson, Page e Cooper (1993).

Apesar do que antes se comentou, hoje em dia ganham bastante destaque os modelos propostos por Christina Maslach e Wilmar Schaufeli, que primam por uma estrutura multidimensional do *burnout*, formado por *exaustão (emocional)*, *despersonalização (cinismo)* e *baixa realização pessoa (ineficácia)*. Estes têm orientado alguns estudos, sendo as medidas que derivaram mais amplamente utilizadas, inclusive no contexto brasileiro (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007; Benevides-Pereira, 1994; Lautert, 1995). Por esta razão, são considerados como referentes principais nesta tese. Antes de considerar os dados acerca do *burnout*, resultados do primeiro estudo, oferece-se a seguir um panorama da medida desta síndrome.

3.3. A Medição do Burnout

Para se desenvolver estratégias de enfrentamento do *burnout*, faz-se necessário primeiramente o uso de instrumentos que meçam adequadamente tal síndrome. Em revisão dos instrumentos que a mensuram, Garcés De Los Fayos, López-Soler e Garcia Montalvo (1994) concluíram que: (a) a evolução da síndrome ocupa um dos lugares mais importantes dentro de trabalhos em que se estabelecem relações interpessoais; (b) há dez anos o *Inventário de Burnout de Maslach (IBM)* se destaca como instrumento mais eficaz; (c) o esgotamento emocional é a dimensão mais consistente e melhor definida entre as três dimensões propostas ou os quadros observados; e (d) no contexto da Espanha, a linha de

pesquisa de García Izquierdo (1993), que considera a *Escala de Efectos Psíquicos del Burnout*, está obtendo resultados satisfatórios. Entretanto, pouco se sabe sobre os seus parâmetros psicométricos no Brasil.

Portanto, apesar da quantidade considerável de alguns instrumentos alternativos, criados para mensurar o *burnout* (ver, por exemplo, avaliação de Garcés De Los Fayos, López-Soler & Garcia-Montalvo, 1994), o que vem figurando como mais presente na literatura é, independente das características ocupacionais da amostra e de sua origem, o *Inventário de Burnout de Maslach (IBM)* (Maslach & Jackson, 1978). Inicialmente, este instrumento possuía 47 itens, avaliando duas dimensões teóricas: exaustão emocional e despersonalização. Entretanto, atualmente a versão mais conhecida se compõe de 22 itens, tendo sido incorporada uma nova dimensão (realização profissional), fruto de estudos de sua validação (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach, 1993; Maslach & Jackson, 1981; Moreno, Bustos, Matallana & Mirrales, 1997).

Em seu contexto de criação, a consistência interna das três dimensões deste inventário se mostrou satisfatória, pois apresentou Alfas de Cronbach no intervalo de 0,71 a 0,90, com coeficientes teste e re-teste de 0,60 a 0,80, considerando períodos de até um mês (Maslach & Jackson, 1981). Vários estudos têm confirmado a consistência satisfatória deste instrumento (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007; Benevides-Pereira, 2001; Byrne, 1993; Iwanicki & Schwab, 1981; Leiter & Maslach, 1988; Pepe-Nakamura, 2002).

O IBM avalia, especificamente, como o trabalhador vivencia seu trabalho, de acordo com suas três dimensões conceituais: *exaustão emocional* (9 itens), *realização profissional* (8 itens) e *despersonalização* (5 itens). Portanto, compreende um total de 22 itens que indicam a *intensidade* e a *freqüência* das respostas, considerando uma escala tipo Likert, variando de 0 a 6 (Burke, Greenglass & Schwarzer, 1996; Maslach & Jackson, 1981, 1985;

Maslach & Leiter, 1997). A segunda edição do IBM, realizada em 1986, utiliza somente a avaliação da frequência, pois foi detectada associação forte entre as duas “sub-escalas”, com diversos estudos apontando correlações superiores a 0,80 (ver Maslach & Jackson, 1986; Maslach, 1993; Moreno, Bustos, Matallana & Mirrales, 1997). Na forma de frequência, o indivíduo atribui valores mediante uma escala de sete pontos, que vão de **0** = *Nunca* a **6** = *Todos os dias*.

Lautert (1995), ao utilizar este instrumento no Brasil em uma amostra de enfermeiros, comparou a confiabilidade (consistência interna) das suas sub-escalas (dimensões) com a observada em outras culturas. Estes resultados são sumarizados na Tabela 2 a seguir (ver também Correia, 1997).

Tabela 2. Confiabilidade (Alfas de Cronbach) do IBM

DIMENSÕES	PAÍSES				
	Brasil	Espanha	Holanda	USA	Portugal
Exaustão emocional	0,86	0,89	0,90	0,90	0,82
Despersonalização	0,69	0,63	0,66	0,79	0,67
Realização Profissional	0,76	0,80	0,82	0,71	0,94

De um modo geral, o fator exaustão emocional tem Alfa de Cronbach maior, independente do idioma ao qual este instrumento é traduzido ou população (país) a que é aplicado. Por outro lado, ocorre o inverso com a sub-escala (dimensão) de *despersonalização*, que possui confiabilidade mais baixa nas diferentes pesquisas, exceto quando aplicada em estadunidenses, isto é, no seu contexto original. Finalmente, quanto à sub-escala de *realização profissional*, curiosamente esta se apresenta mais alta em outros idiomas do que no original.

Faz-se necessário ressaltar que o *IBM* é um instrumento utilizado exclusivamente para avaliar da síndrome de *burnout*, não levando em consideração os fatores antecedentes e conseqüentes resultantes de seu processo. No caso, o *burnout* é compreendido como uma variável contínua, que oscila entre os níveis baixo, moderado e alto (Gil-Monte & Peiró, 1997; Maslach & Jackson, 1986). Em seu manual de interpretação, os participantes que apresentam percentual acima de 75 se incluem na categoria alto; entre os percentuais 25 e 75 na categoria médio; e, finalmente, abaixo do percentil 25 se enquadra na categoria baixo (Maslach & Jackson, 1986). Portanto, pode-se especificar que o nível alto de *burnout* corresponde a pontuações altas em *exaustão emocional* e *despersonalização*, além de pontuação baixa em *realização pessoal*. Há autores que afirmam ser preocupante, do ponto de vista epidemiológico, uma pontuação moderada, pois pode estar sinalizando que o processo já se encontra em curso (Codo & Vasques-Menezes, 1999). Autores como Gil-Monte e Peiró (1997) reforçam a importância de avaliar o *IBM* como um construto multidimensional, ou seja, devem se ter em consideração as três dimensões para avaliação para que se mantenha para o Burnout. Nesta direção, em sua terceira e última edição até o presente (Maslach, 1996), recomenda-se que se utilize a versão completa do *IBM*, ou seja, suas três dimensões (Leiter & Harvie, 1996).

Na presente tese, portanto, a medição do *burnout* é levada a cabo por meio da versão completa do *Inventário de Burnout de Maslach*, definido por 22 itens que representam os três fatores desta síndrome. Detalhes do estudo em que este e outros instrumentos foram utilizados são apresentados a seguir.

PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS

4. Estudo 1. Realidade dos Profissionais de Saúde

Neste primeiro estudo, procurou-se avaliar o bem-estar subjetivo e a síndrome de *burnout* entre enfermeiros, médicos e psicólogos no contexto paraibano. Contudo, previamente pretendeu-se conhecer os parâmetros psicométricos dos instrumentos empregados para medir estes dois construtos. Embora existam evidências prévias sobre cada um no contexto brasileiro, não foi encontrado qualquer estudo em que se avaliassem conjuntamente os três grupos ocupacionais. Uma descrição pormenorizada do método é feita em seguida.

4.1. Método

4.1.1. Delineamento e Hipóteses

A presente pesquisa compreende um estudo quantitativo, com delineamento *ex post facto*. Consideram-se como variáveis antecedentes o tipo de profissional da saúde (enfermeiro, médico ou psicólogo) e tempo de formado, e como variáveis critério a síndrome de *burnout* e o bem-estar subjetivo. Neste último caso, compreende um conjunto de medidas: desconforto psicológico, afetos positivos e negativos, fadiga, satisfação com a vida e vitalidade subjetiva. Com base no marco teórico, as seguintes hipóteses foram formuladas:

- *Hipótese 1.* A pontuação em bem-estar subjetivo diferirá entre os profissionais da saúde.

Neste caso, em razão mesmo da quantidade de estudos que têm sido publicados com médicos e dos contextos adversos a que são mais frequentemente submetidos, poder-se-ia esperar que apresentassem menor bem-estar subjetivo. Os psicólogos, neste contexto, apresentariam um menor deterioro, estando os enfermeiros em uma posição intermediária. Contudo, estas são admitidamente especulações, não tendo observados estudos prévios a

respeito.

- *Hipótese 2.* A pontuação em *burnout* diferirá entre os profissionais da saúde.

Considerando as razões antes apresentadas, se é certo que o *burnout* expressa um bem-estar mais relativo ao trabalho ou propriamente uma síndrome de esgotamento laboral, assumindo com mais adverso o contexto de trabalho dos médicos, com múltiplos plantões e atividades, seria mais evidente indícios de *burnout* neste grupo quando comparado com as outras duas ocupações, especialmente os psicólogos.

- *Hipótese 3.* O tempo de formado estará diretamente correlacionado com o bem-estar subjetivo.

É possível que o tempo de formado atue como uma variável protetora do bem-estar, acomodando os profissionais ou fazendo com que estes se acostumem com a adversidade do seu contexto laboral e suas experiências no exercício do seu ofício. Se isso for realmente certo, esperar-se-ia que o tempo de formado estivesse associado positivamente com a pontuação de bem-estar adotada pelos profissionais considerados.

4.1.2. Participantes

Os participantes deste estudo compreenderam profissionais de três áreas da saúde (Enfermagem, Medicina e Psicologia) que atuam em João Pessoa, Paraíba. Esta cidade conta com universidades formadoras nestas áreas. Os profissionais de dois destes cursos já participam oficialmente de *Programas de Saúde da Família (PSF)* (Enfermagem e Medicina), e aqueles de Psicologia já estão integrados em alguns programas de saúde pública, com pretensão evidente de fazerem parte de *PSF*.

Com base nos registros profissionais, isto é, dos cadastros dos Conselhos Regionais de cada profissão, foram selecionados aleatoriamente os potenciais participantes do estudo. Neste caso, assumiram-se um erro estimado de 5% e nível de confiança de 95%. Para calcular o tamanho de cada sub-amostra foi utilizado o programa *PASS* (Power Analysis and Sample Size, 2003), levando-se em conta a fórmula apresentada por Levine, Berelson e Stephan (2000), descrita a seguir:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}{E^2 \cdot (N - 1) + \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}$$

Onde: n = Amostra estimada
 N = População total
 Z α = Intervalo de Confiança assumindo (2)
 E = Erro estimado (5%).

Assumindo esta fórmula, para cada uma das profissões, conhecendo-se o tamanho da população à época da coleta dos dados, definiu-se cada uma das respectivas amostras. Portanto, para os profissionais de Psicologia (N = 3.634) seria adequada uma amostra de 348 participantes; no caso daqueles de Medicina (N = 3.717), n = 349; e, finalmente, os de Enfermagem (N = 1.740) deveriam ser cerca de 315 (n).

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: (1) que o profissional fosse registrado no seu conselho profissional, (2) estivesse ativo profissionalmente, (3) contasse com inscrição primária, e (4) atuasse em João Pessoa. Foram excluídos os participantes que: (1) deixassem de preencher mais de 20% de um dos instrumentos incluídos no estudo ou (2) devolvessem o questionário depois de encerrada a coleta dos dados.

Consideraram-se duas etapas principais na coleta de dados:

1) *Pesquisa por meio dos Correios*. Foram sorteados aleatoriamente 1.050 profissionais, eqüitativamente distribuídos entre enfermeiros, médicos e psicólogos, aos quais foram encaminhados os questionários. Devido à devolução de questionários por dificuldades no endereço, aproximadamente 10%, decidiu-se reenviá-los a outros profissionais, também escolhidos aleatoriamente. A taxa de resposta nesta etapa foi de 11,05%, isto é, 116 profissionais (39 enfermeiros, 33 médicos e 44 psicólogos).

2) *Entrega pessoal de questionários*. Inicialmente, procuraram-se selecionar aleatoriamente mais 100 profissionais por categoria, procurando aumentar a amostra anterior. Os que não se dispuseram a participar no estudo deram lugar àqueles que apareciam subseqüentemente nas listas. Nesta oportunidade, conseguiram-se reunir mais 25 enfermeiros, 47 médicos e 52 psicólogos. Neste caso, passava-se depois a recolher os questionários.

Considerando as etapas previamente indicadas, compuseram a amostra final 246 profissionais da saúde, divididos entre enfermeiros ($n = 64$), médicos ($n = 80$) e psicólogos ($n = 96$).

4.1.3. Instrumentos

Os participantes receberam um livreto contendo os instrumentos descritos a seguir. Detalhes a respeito dos seus parâmetros psicométricos podem ser observados nos capítulos 2 e 3 desta tese. Contudo, previamente, todos assinaram um termo de *Consentimento Livre e Esclarecido*.

Escala de Afetos Positivos e Negativos. Trata-se de uma escala que foi inicialmente elaborada por Diener e Emmons (1984, citados em Reis & cols., 2000) com o propósito de avaliar o nível de estados afetivos experimentados. Estudos têm comprovado a adequação de seus parâmetros psicométricos (Lucas, Diener & Suh, 1996; Omodei & Wearing, 1990; Sheldon & Kasser, 1995). Esta escala é originalmente formada por nove adjetivos, que indicam estados afetivos, sendo quatro positivos (feliz, alegre, satisfeito e divertido) e cinco negativos (deprimido, preocupado, frustrado, raivoso e infeliz). Um adjetivo foi acrescentado por Chaves (2003) para representar o afeto positivo: *otimista*. O instrumento avalia quanto o participante tem experimentado cada uma destes afetos nos últimos dias, empregando-se uma escala de resposta de sete pontos, variando de **1** = *Nada* a **7** = *Extremamente* (Anexo I).

Escala de Vitalidade Subjetiva. Trata-se de um instrumento elaborado por Ryan e Frederick (1997) para avaliar como o participante sente-se, nos últimos dias, em termos de vigor físico, mental e alerta. Estudos têm demonstrado que seus parâmetros psicométricos são adequados (Kasser & Ahuvia, 2002; Nix, Ryan, Manly & Deci, 1999). Esta medida compõe-se de sete itens (por exemplo, *Tenho energia e disposição; Sinto-me vivo e cheio de vitalidade*), que devem ser respondidos de acordo com uma escala de sete pontos, variando de **1** = *Nada Verdadeiro* a **7** = *Totalmente Verdadeiro* (Anexo II).

Questionário de Saúde Geral (QSG-12). Trata-se de uma versão mais compacta do *Questionário de Saúde Geral*, de D. P. Goldberg, adaptado para o Brasil por Pasquali e cols. (1994). O *QSG-12*, como o nome sugere, compõe-se de 12 itens (por exemplo, *Tem se sentido capaz de tomar decisões? Tem se sentido pouco feliz e deprimido*). As respostas dizem respeito a quanto a pessoa tem experimentado os sintomas propostos, devendo ser dadas em escala de quatro pontos. No caso de itens que negam a saúde mental, as

alternativas de resposta variam de **1** = *Absolutamente não* a **4** = *Muito mais que de costume*; em caso de itens afirmativos, as respostas vão de **1** = *Mais que de costume* a **4** = *Muito menos que de costume*. Neste sentido, a maior pontuação é indicação de melhor nível de bem-estar psicológico (Borges, & Argolo, 2002; Gouveia & cols., 2003) (Anexo III).

Escala de Satisfação com a Vida. Trata-se de um instrumento proposto por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985). Estudos têm atestado a adequação de seus parâmetros psicométricos (Pavot & Diener, 1993). Esta medida se compõe de cinco itens (por exemplo, *Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal; Dentro do possível, tenho conseguido coisas importantes que quero em minha vida*). As respostas são graduadas de acordo com uma escala que vai de **1** = *Discordo totalmente* a **7** = *Concordo totalmente* (Anexo IV).

Escala de Avaliação da Fadiga. Trata-se de um instrumento elaborado por Michielsen e cols. (2004) para avaliar como o participante sente-se, nos últimos dias, em termos de fadiga. Esta medida compõe-se de dez itens (por exemplo, *Sinto-me incomodado devido à fadiga; Fico cansado muito rapidamente*), os quais devem ser respondidos de acordo com uma escala de cinco pontos, variando de **1** = *Nunca* a **5** = *Sempre* (Anexo V).

Inventário de Burnout de Maslach. Trata-se de um instrumento desenvolvido por Maslach e Jackson (1986), composto por 22 itens, que avalia como a pessoa vivencia seu trabalho, de acordo com as três dimensões estabelecidas pelo Modelo de Maslach: *exaustão emocional* (9 itens), *realização pessoal no trabalho* (8 itens) e *despersonalização* (5 itens). A magnitude das respostas é indicada por uma escala que varia de **1** = *Nunca* a **6** = *Sempre*. Entretanto, neste estudo se utiliza o sistema de pontuação de **1** = *Nunca* a **5** = *Sempre*, também adotado por Farber (1991) com professores estadunidenses, e Tamayo (1997) na sua adaptação brasileira (Anexo VI).

Informações Sócio-Demográficas. Os participantes receberam uma folha com um conjunto de 21 perguntas que visavam caracterizar a amostra, a exemplo de idade, sexo, classe social estimada, escolaridade, profissão atual, religião, bem como informações sobre a situação laboral dos participantes (Anexo VII).

4.1.4. Procedimento

A partir dos respectivos Conselhos Profissionais, os profissionais foram localizados. Em seguida um questionário auto-aplicável foi enviado pelos Correios (método *survey*) aos profissionais selecionados aleatoriamente, procurando que fossem preenchidos e posteriormente devolvidos. O envelope com o questionário continha ainda correspondência explicativa da importância e finalidade do estudo, solicitação de preenchimento e devolução dos questionários, bem como envelope selado e sobrescrito para devolução.

Todos os instrumentos foram auto-aplicados. Os participantes os recebiam e respondiam individualmente, em situação de anonimato, isto é, não precisavam colocar nome ou assiná-los. As respostas eram dadas sem determinação de tempo. No caso daqueles que foram entregues pessoalmente, marcava-se uma data específica para sua devolução. O questionário era devolvido em envelope lacrado, sem qualquer identificação.

A técnica de *survey* pelos Correios é adequada, destacando-se as seguintes vantagens: a economia de tempo e dinheiro; a liberdade do entrevistado em responder às questões, pois ele terá tempo suficiente para refletir sobre o que lhe foi perguntado; a obtenção de respostas objetivas de maneira mais rápida, evitando-se, assim distorções causadas pela influência do pesquisador, além de alcançar um maior número de pessoas ao mesmo tempo e atingir uma área geográfica mais ampla (Babbie, 2001; Gouveia, 1991; Lakatos & Marconi, 1986; Richardson, 1999). Entretanto, a taxa de respostas costuma ser

variável e baixa, dependendo da população e objeto pesquisados, o que torna necessário a tomada de certas precauções, como a obtenção de novos endereços e reenvio de questionários.

4.1.5. Análise dos Dados

Os dados foram analisados com o *SPSSWIN*, tendo sido feitas análises descritivas (por exemplo, média, desvio-padrão, distribuição de frequências) e inferenciais (por exemplo, Anova, Manova), procurando, neste caso, comparar os participantes nas medidas de bem-estar, considerando os três cursos (Enfermagem, Medicina e Psicologia), tendo em conta ainda o tempo de exercício profissional.

4.2. Resultados

Os resultados deste primeiro estudo são apresentados em dois grandes blocos: (1) descrição dos parâmetros psicométricos das medidas utilizadas e (2) comparação dos profissionais da Medicina com aqueles da Psicologia e Enfermagem. Nesta oportunidade, consideram-se inicialmente as seguintes medidas de bem-estar subjetivo: afetos positivos e negativos, *burnout*, fadiga, desconforto psicológico e vitalidade subjetiva, cujas evidências de suas validades não foram encontradas no contexto brasileiro no que se refere aos grupos profissionais aqui tratados.

4.2.1. Parâmetros Psicométricos das Medidas de Bem-estar Subjetivo

Nesta oportunidade, procuraram-se conhecer evidências de validade fatorial e consistência interna (Alfa de Cronbach) de cada uma das medidas de bem-estar e aquela do *burnout*. Descrevem-se a seguir os resultados para cada uma das medidas.

4.2.1.1. Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN)

Esta foi a primeira medida considerada, sendo formada por dez itens, igualmente distribuídos entre afetos positivos e negativos. Estes, em princípio, conformam dois fatores interrelacionados, que deveriam ser observados. Entretanto, antes de verificar esta possibilidade, decidiu-se estimar se era viável realizar uma análise fatorial com o banco de itens e qual o número de fatores que poderiam ser adequadamente identificados. Os índices são favoráveis à realização de uma análise fatorial: $KMO = 0,86$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(45) = 901,37$, $p < 0,001$.

Quanto ao número de fatores, três critérios empíricos foram adotados para tomar esta decisão: (1) critério de Kaiser (valor próprio igual ou superior a 1), (2) critério de Cattell (distribuição gráfica dos valores próprios) e (3) análise paralela. Unicamente dois componentes cumpriram o primeiro critério, apresentando valores próprios de 4,28 e 1,39, respectivamente, explicando conjuntamente 56,7% da variância total. O *scree test*, que corresponde ao segundo critério, pode ser observado na Figura 15 a seguir.

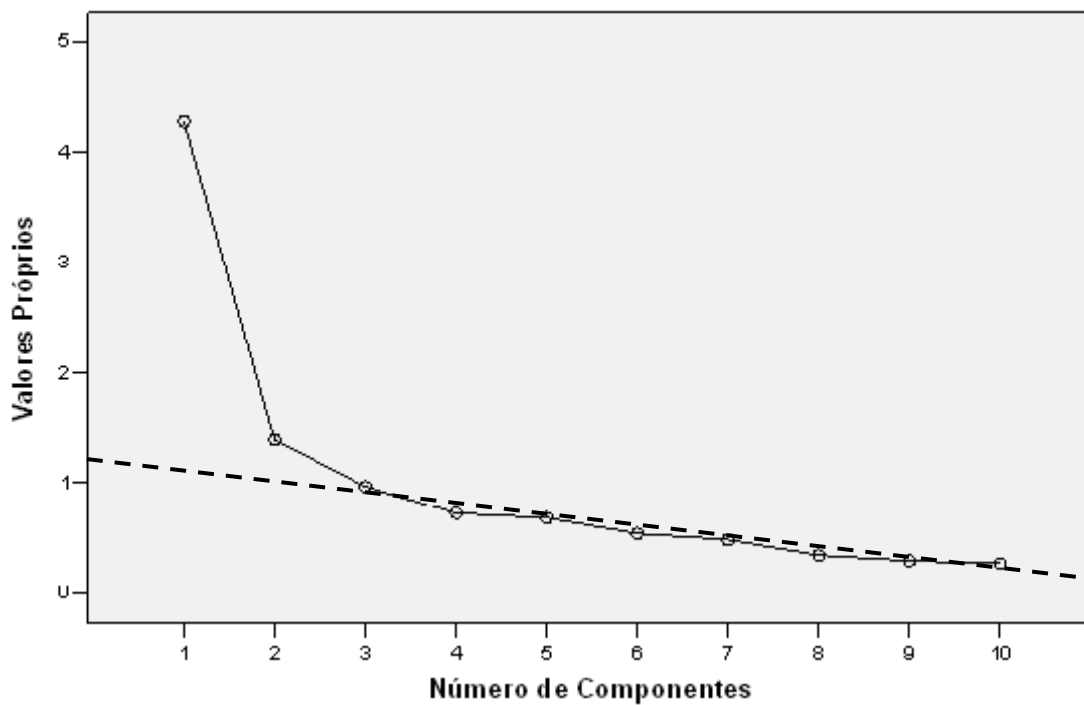


Figura 15. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios da EAPN

De acordo com a Figura 15, é possível observar a existência de dois componentes claramente diferentes dos demais, os quais aparecem com valores próprios bem abaixo daquele do segundo componente. Outra evidência acerca do número de fatores pode ser obtida a partir da leitura da Tabela 3.

Tabela 3. Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (EAPN)

Número de Componente	Valores Próprios		
	Média	Percentil 95%	Observado
1	1,33	1,42	4,28
2	1,23	1,30	1,39
3	1,15	1,20	0,97
4	1,08	1,13	0,73
5	1,02	1,06	0,68
6	0,96	1,00	0,54
7	0,90	0,95	0,49
8	0,84	0,89	0,35
9	0,78	0,84	0,30
10	0,70	0,77	0,27

É importante assinalar que para a geração dos valores próprios com a análise paralela foram assumidos os mesmos parâmetros do banco de dados da pesquisa referente a esta medida, isto é, dez itens, respondidos por 246 participantes. Neste caso, foram realizados 1000 ensaios de Monte Carlo, assumindo um percentil de 95%. Feitas estas ponderações, observa-se na Tabela 3 que unicamente os dois primeiros valores próprios observados foram superiores àqueles que encontrados por meio das simulações que resultaram em valores próprios aleatórios (*médios e percentil 95%*). Portanto, corrobora-se a presença dos dois fatores de afeto. Desta feita, procurou-se realizar uma análise de componentes principais, fixando a extração de dois componentes, assumindo uma rotação *direct oblimin*, pois as dimensões foram admitidas se correlacionarem entre si. Os resultados são sumarizados na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4. Estrutura Fatorial de Afetos Positivos e Negativos (Matriz Padrão, Pattern)

Item	Conteúdo	Componentes		
		I	II	h ²
06	Divertido	-0,86*	0,08	0,75
10	Alegre	-0,78*	-0,19	0,64
08	Otimista	-0,75*	-0,08	0,57
03	Satisfeito	-0,72*	-0,17	0,55
01	Feliz	-0,36*	0,05	0,13
05	Raivoso	-0,23	0,79*	0,67
04	Frustrado	0,12	0,74*	0,56
02	Deprimido	0,21	0,74*	0,59
07	Preocupado	0,03	0,65*	0,43
09	Infeliz	0,22	0,64*	0,46
Número de Itens		5	5	
Valor Próprio		4,28	1,39	
% Variância Total		42,8	13,9	
Alfa de Cronbach		0,78	0,79	
r _{i,t} média corrigida (homogeneidade)		0,44	0,57	

Verificou-se, portanto, que os dois componentes emergiram com clareza. O primeiro pode ser denominado de *afetos positivos*, sendo formado pelos itens que denotam este tipo de afeto, com cargas fatoriais variando de -0,36 (*Item 1. Feliz*) a -0,86 (*Item 6. Divertido*). Este apresentou valor próprio de 4,28, sendo responsável pela explicação de 42,8% da variância total; sua consistência interna (Alfa de Cronbach) foi de 0,78, com índice de homogeneidade de 0,44 (correlação item-total média corrigida), cujas correlações variaram de 0,21 a 0,54. O segundo componente foi nomeado de *afetos negativos*, composto por itens que refletem afetos desta natureza, tendo suas saturações variado de 0,64 (*Item 9. Infeliz*) a 0,79 (*Item 5. Raivoso*). Seu valor próprio foi de 1,39, responsável pela explicação de 13,9% da variância total, com Alfa de Cronbach de 0,79; o índice de homogeneidade ficou em 0,57, com correlações item-total corrigidas variando de 0,45 a 0,70.

Em resumo, encontraram-se assim evidências de validade fatorial e precisão (consistência interna) da *Escala de Afetos Positivos e Negativos*, favorecendo seu emprego para conhecer este aspecto do bem-estar dos profissionais que a responderam.

4.2.1.2. Inventário de *Burnout* de Maslach (IBM)

Este segundo instrumento, designado para medir o sentimento de desgaste profissional ou propriamente a síndrome de *burnout*, compõe-se de 22 itens, que teoricamente avaliam três fatores: *exaustão emocional* (9 itens), *despersonalização* (5 itens) e *realização pessoal no trabalho* (8 itens). Contudo, antes de assumir esta estrutura, preferiu-se checar previamente se era adequado efetuar uma análise fatorial com o banco de itens. Os índices são favoráveis à realização deste tipo de análise: $KMO = 0,82$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (231) = 1659,30$, $p < 0,001$.

Comprovada a pertinência de se fazer uma análise fatorial, o passo seguinte foi verificar qual o número adequado de fatores que poderiam ser extraídos da matriz de correlação entre os 22 itens desta medida. Neste caso, foram adotados três critérios empíricos: (1) critério de Kaiser (valor próprio igual ou superior a 1), (2) critério de Cattell (distribuição gráfica dos valores próprios) e (3) análise paralela. Identificaram-se inicialmente até sete componentes principais que atendiam o critério de Kaiser, os quais explicaram conjuntamente 64,9% da variância total. O *scree test*, que corresponde ao segundo critério previamente indicado, pode ser observado na Figura 16 a seguir.

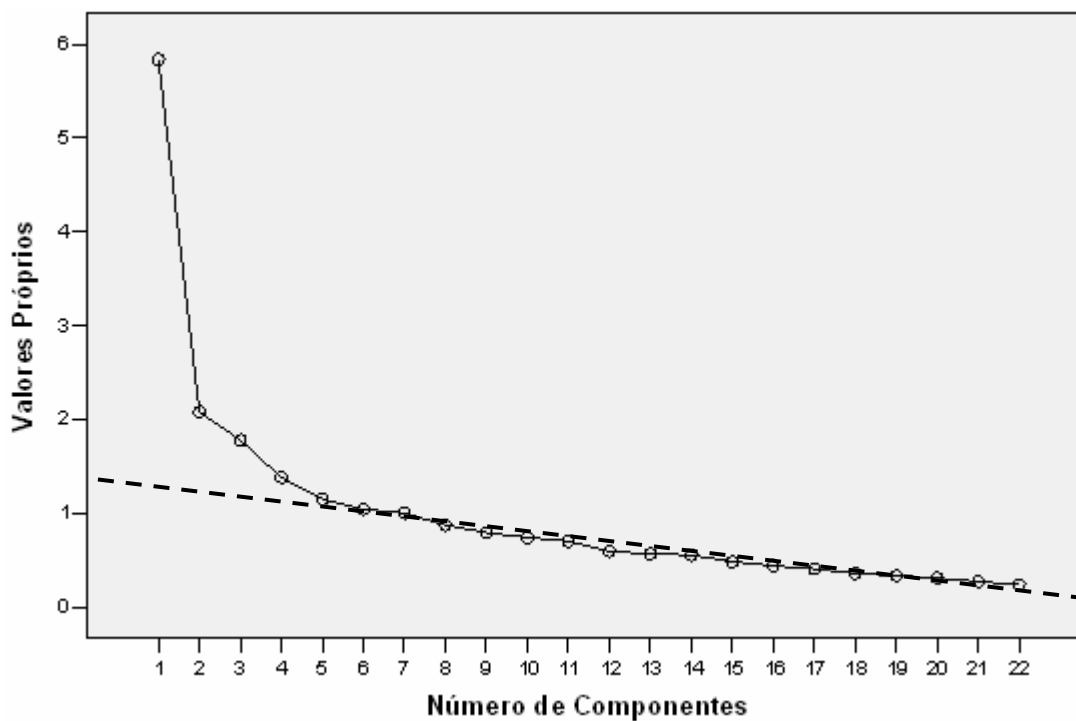


Figura 16. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (IBM)

Na Figura 16 parecem emergir quatro componentes, que se diferenciam claramente em relação aos demais. A partir do quarto componente até o sétimo a amplitude de variação dos valores próprios é pouco expressiva, situando-se em 0,15. Esta evidência, não obstante, precisa ser contrastada com o que se obtém por meio de simulação (eventos aleatórios), o que se encontra na Tabela 5. Lembrando, foram assumidos os mesmos parâmetros do banco de dados original, isto é, 246 participantes e 22 itens; realizaram-se 1000 simulações.

Tabela 5. Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (IBM)

Número de Componente	Valores Próprios		
	Média	Percentil 95%	Observado
1	1,58	1,68	5,84
2	1,48	1,55	2,08
3	1,40	1,46	1,79
4	1,34	1,39	1,38
5	1,28	1,32	1,15
6	1,23	1,27	1,01
7	1,17	1,22	1,00
8	1,13	1,17	0,88
9	1,08	1,12	0,80
10	1,04	1,07	0,74
11	0,99	1,03	0,70
12	0,95	0,99	0,60
13	0,91	0,94	0,57
14	0,87	0,91	0,56
15	0,84	0,87	0,49
16	0,80	0,83	0,44
17	0,76	0,79	0,41
18	0,72	0,76	0,36
19	0,70	0,72	0,34
20	0,64	0,67	0,31
21	0,59	0,63	0,28
22	0,54	0,58	0,24

De acordo com a análise paralela, pareceu mais evidente a existência de três componentes. O quarto componente apresentou valor próprio (1,38) que se situa entre a média (1,34) e o percentil 95 (1,39) daqueles que foram gerados por meio de simulação. Portanto, em consonância com a teoria que embasa esta medida, pareceu mais pertinente considerar a extração de três componentes, os quais explicaram conjuntamente 44,1% da variância total. Os resultados acerca desta análise, fixando a extração de três componentes e realizando uma rotação *varimax*, podem ser vistos na Tabela 6 a seguir.

Tabela 6. Estrutura Fatorial do Inventário de Burnout de Maslach

Item	Conteúdo	Componentes			h ²
		I	II	III	
20	No limite das possibilidades	0,71*	0,16	-0,01	0,75
08	Meu trabalho está me desgastando	0,70	0,46	0,04	0,64
13	Frustrado com meu trabalho	0,67*	0,15	-0,12	0,57
01	Emocionalmente decepcionado	0,66*	0,15	-0,19	0,55
03	Esgotado	0,64*	0,27	0,07	0,13
12	Vigoroso	-0,60*	0,03	0,27	0,67
02	Esgotado no final do trabalho	0,57	0,31	0,01	0,56
19	Conseguido coisas valiosas	-0,55	0,11	0,42	0,59
10	Me tornei mais duro	0,11	0,71*	-0,15	0,43
15	Não me importo com as pessoas	0,06	0,63*	-0,07	0,59
05	Objetos impessoais	0,04	0,59*	-0,19	0,43
06	Trabalhar com pessoas me cansa	0,38	0,59	-0,17	0,46
16	Trabalhar com pessoas me estressa	0,31	0,58	-0,16	0,59
11	Trabalho me enrijecendo	0,28	0,57*	-0,02	0,43
22	Sinto-me vigoroso	0,00	0,53*	-0,12	0,46
14	Estou trabalhando demais	0,21	0,52	0,11	0,59
07	Trato com eficiência os problemas	0,07	-0,09	0,70*	0,43
17	Clima agradável com as pessoas	-0,26	0,03	0,68*	0,46
18	Estimulado	-0,30	-0,11	0,66*	0,46
04	Entender facilmente as pessoas	0,16	-0,08	0,63*	0,59
21	Manejo problemas com calma	-0,21	-0,18	0,40*	0,43
09	Exercendo influência positiva	-0,04	-0,10	0,29	0,46

Número de Itens	5	5	5		
Valor Próprio		5,87	2,08	1,78	
% Variância Total		26,53	9,47	8,09	
Alfa de Cronbach		0,70	0,71	0,68	
r _{it} média corrigida (homogeneidade)		0,45	0,47	0,43	

Nota: * item considerado satisfatório para interpretar o componente, $a_{i,f} \geq |0,40|$

Inicialmente, considerando os achados da literatura que dão conta de uma medida complexa, com itens saturando em mais de um fator, decidiu-se estabelecer alguns critérios para que o item fosse considerado para compor a escala: (1) que sua saturação fosse igual ou superior a $|0,40|$, (2) que saturasse no seu fator teórico correspondente e (3) que não apresentasse saturação superior a $|0,30|$ em qualquer outro fator. A partir de então, foram selecionados cinco itens para representar cada componente, como descrito a seguir:

Componente I - Seus cinco itens avaliaram **exaustão emocional** (por exemplo, 20 - *Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades*; 13 - *Sinto-me frustrado/a com meu trabalho*). Este apresentou valor próprio de 5,87, explicando 26,5% da variância total. Sua consistência interna (Alfa de Cronbach) foi de 0,70.

Componente II – Compôs-se por cinco itens que avaliam **despersonalização** (por exemplo, 10 - *Sinto que me tornei mais duro/a com as pessoas desde que comecei este trabalho*; 15 - *Sinto que realmente não me importa o que ocorre com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente*). Este apresentou valor próprio de 2,08, explicando 9,47% da variância total. Sua consistência interna (Alfa de Cronbach) foi de 0,71.

Componente III – Apresentou cinco itens que avaliam **realização profissional** (por exemplo, 07 - *Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender*; 17 - *Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com as pessoas que tenho que atender*). Este apresentou valor próprio de 1,78, explicando 8,09% da variância total. Sua consistência interna (Alfa de Cronbach) foi de 0,68.

Sumarizando, observam-se evidências de validade fatorial e precisão (consistência interna) do *Inventário de Burnout de Maslach*, constituindo-se no presente caso em uma medida mais breve, reunindo cinco itens em cada um dos seus três componentes. Portanto, é justificável empregá-lo assumindo esta estrutura, possibilitando conhecer em que medida os profissionais aqui arrolados se diferenciam em elementos de *burnout*.

4.2.1.3. - Escala de Avaliação da Fadiga (EAF)

Como descrito no *Capítulo 2* e no *Método*, esta escala compõe-se de dez itens que teoricamente avaliam uma única dimensão: “fadiga”. Neste sentido, decidiu-se checar se a solução unifatorial era viável, mas antes mesmo caberia mostrar que era adequado proceder a uma análise fatorial. Os indicadores de adequação da amostra de itens suportam este tipo de análise estatística: $KMO = 0,87$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (45) = 839,85$, $p < 0,001$.

Por meio de uma análise de Componentes Principais (PC) observaram-se até dois componentes que atenderam ao critério de Kaiser, os quais explicaram conjuntamente 56,3% da variância total. O primeiro componente apresentou valor próprio de 4,48, sendo responsável por 79,6% desta variância. No caso do critério de Cattell, na Figura 17 é apresentada a distribuição gráfica dos valores próprios.

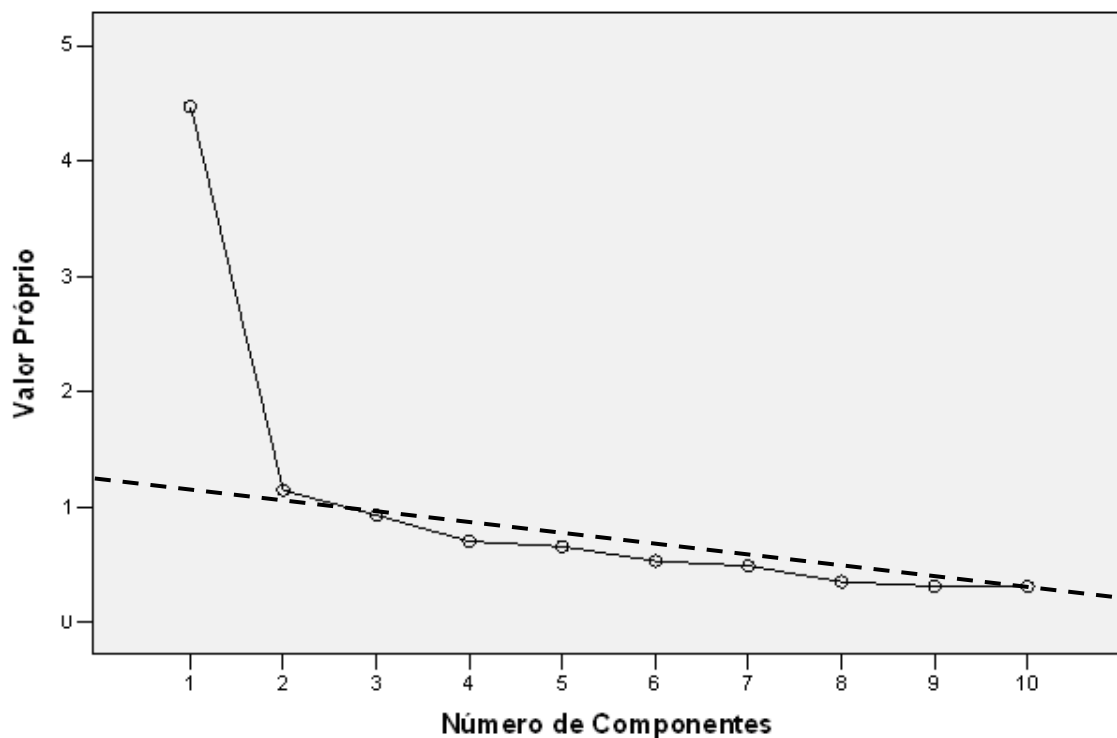


Figura 17. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (EAF)

Como é possível observar nesta figura, parece bastante evidente a presença de um componente geral de fadiga, bastante destacado dos demais, que praticamente se misturam. Isto fica notório ao considerar a linha tracejada que foi desenhada, aproximadamente paralela ao eixo do *número de componentes*.

Por fim, procedeu-se ainda a uma *análise paralela*. Neste caso, assumiram-se os parâmetros do banco de dados original, isto é, 246 participantes e dez variáveis, realizando 1000 “experimentos” de Monte Carlo. Os resultados desta análise, com a geração dos valores próprios aleatórios (*médios e com o percentil de 95%*) e aqueles obtidos empiricamente neste estudo, são mostrados na Tabela 7 a seguir.

Tabela 7. Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (EAF)

Número de Componente	Valores Próprios		
	Média	Percentil 95%	Observado
1	1,32	1,42	4,48
2	1,22	1,29	1,15
3	1,15	1,20	0,94
4	1,08	1,13	0,71
5	1,02	1,06	0,67
6	0,96	1,00	0,54
7	0,91	0,95	0,50
8	0,85	0,89	0,37
9	0,78	0,83	0,33
10	0,71	0,77	0,32

De acordo com esta tabela, existe um único componente. Esta conclusão fica evidente quando comparados os valores próprios gerados aleatoriamente por meio da *análise paralela (médio e percentil 95%)* e os obtidos empiricamente (*observados*). No caso, apenas para o primeiro componente este último valor é superior aos randomicamente encontrados. Portanto, diz-se haver um único componente geral na matriz de intercorrelações entre os dez itens da *Escala de Avaliação da Fadiga*. Este aspecto é checado por meio da fixação da extração de um único componente, cujos resultados são resumidos na Tabela 8 a seguir.

Tabela 8. Estrutura Fatorial da Escala de Avaliação da Fadiga

Item	Conteúdo	Saturação	h²
02	Fico cansado muito rapidamente	0,78	0,61
09	Sinto-me exausto mentalmente	0,77	0,59
05	Sinto-me exausto fisicamente	0,74	0,55
08	Não sinto vontade de fazer nada	0,73	0,53
01	Sinto-me incomodado devido à fadiga	0,69	0,48
04	Tenho suficiente energia para o meu dia-a-dia	-0,67	0,45
06	Tenho problemas para começar as coisas	0,65	0,42
07	Tenho problemas em pensar claramente	0,64	0,41
10	Posso me concentrar bem quando estou fazendo algo	-0,55	0,32
03	Não faço muitas coisas durante o dia	0,39	0,15

Número de Itens		10	
Valor Próprio		4,48	
% Variância Total		44,8	
Alfa de Cronbach		0,85	
r _{i,t} média corrigida (homogeneidade)		0,56	

Conforme se constata nesta tabela, os dez itens da medida de fadiga apresentaram um valor próprio de 4,48, explicando 44,8% da variância total. As saturações encontradas variaram de 0,39 (*Item 3. Não faço muitas coisas durante o dia*) a 0,78 (*Item 2. Fico cansado muito rapidamente*). Observou-se ainda um índice de consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,85, com homogeneidade de 0,56. Neste caso, considerou-se a correlação

item-total média corrigida, que variou de 0,31 a 0,68.

Sumarizando, parece-se pertinente admitir que a *Escala de Avaliação da Fadiga* se constitui em medida válida (validade fatorial) e precisa (consistência interna) para uso no contexto em que foi aplicada, servindo para conhecer e comparar o nível de fadiga dos participantes da pesquisa.

4.2.1.4. Questionário de Saúde Geral (QSG-12)

Este instrumento, definido por 12 itens, avalia em princípio dois componentes: ansiedade e depressão, que conjuntamente cobrem a dimensão de desconforto psicológico. Portanto, procurou-se conhecer se a solução bifatorial era viável, mas antes demandou checar a adequação de se realizar uma análise fatorial. Os indicadores de adequação da amostra de itens suportam este tipo de análise estatística: $KMO = 0,85$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(45) = 977,31, p < 0,001$.

Por meio de uma análise de Componentes Principais (PC) observaram-se três componentes que atenderam ao critério de Kaiser, os quais explicaram conjuntamente 60,3% da variância total. No caso do critério de Cattell, na Figura 18 é apresentada a distribuição gráfica dos valores próprios. Claramente, percebe-se a existência de dois componentes. A linha tracejada desenhada permite melhor visualização.

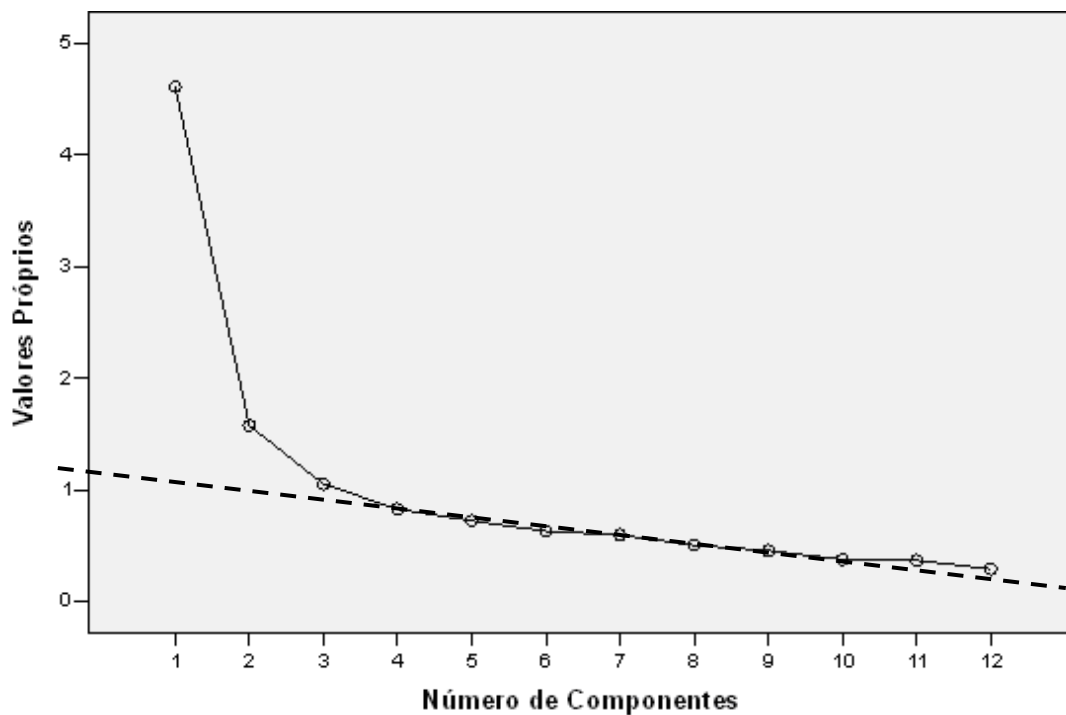


Figura 18. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (QSG-12)

Finalmente, procurou-se averiguar se a solução bifatorial era pertinente, de acordo com a *análise paralela*. Os resultados a respeito são mostrados na Tabela 9, em que se comparam os valores próprios obtidos por meio desta análise (*médio e percentil 95%*) com os encontrados a partir da análise de Componentes Principais.

Tabela 9. Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (QSG-12)

Número de Componente	Valores Próprios		
	Média	Percentil 95%	Observado
1	1,38	1,48	4,61
2	1,27	1,34	1,56
3	1,20	1,24	1,05
4	1,13	1,18	0,83
5	1,07	1,12	0,72
6	1,01	1,06	0,63
7	0,96	1,00	0,60
8	0,91	0,95	0,50
9	0,85	0,90	0,45
10	0,80	0,84	0,45
11	0,74	0,79	0,37
12	0,67	0,73	0,29

Confirma-se a existência de dois componentes, haja vista que apenas os dois primeiros valores próprios observados foram superiores àqueles que poderiam ser encontrados devido ao acaso. Portanto, tomou-se a decisão de realizar uma análise de Componentes Principais para o *Questionário de Saúde Geral*, versão com 12 itens (QSG-12). No caso, foi fixada a extração de dois componentes, realizando uma rotação oblíqua (*direct oblimin*). Os resultados desta análise são mostrados na Tabela 10.

Tabela 10. Estrutura Fatorial do Questionário de Saúde Geral

Item	Conteúdo	Componentes		
		I	II	h ²
05	Tem notado que está constantemente agoniado e tenso?	0,85*	-0,08	0,73
06	Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?	0,76*	0,02	0,58
09	Tem se sentido pouco feliz e deprimido(a)?	0,76*	0,12	0,59
02	Suas preocupações lhe tem feito perder muito sono?	0,70*	-0,21	0,53
10	Tem perdido a confiança em si mesmo?	0,62*	0,16	0,41
07	Tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?	0,50*	0,29	0,33
11	Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?	0,50*	0,12	0,26
03	Tem sentido que tem um papel útil na vida?	-0,14	0,81*	0,68
04	Tem se sentido capaz de tomar decisões?	-0,05	0,79*	0,63
08	Tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?	0,16	0,70*	0,75
12	Sente-se razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?	0,09	0,64*	0,42
01	Tem podido concentrar-se bem no que faz?	0,26	0,45*	0,27
Número de Itens		7	5	
Valor Próprio		4,61	1,58	
% Variância Total		38,4	13,1	
Alfa de Cronbach		0,83	0,76	
r _{i,t} média corrigida (homogeneidade)		0,58	0,53	

Nota: * item considerado satisfatório para interpretar o fator, $a_{i,f} \geq |0,30|$

Como se observa nesta tabela, o primeiro componente reunir sete itens, com valor próprio de 4,61, explicando 38,4% da variância total. Estes itens apresentaram saturação variando de 0,50 (*Item 11. Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?*) a 0,85 (*Item 5. Tem notado que está constantemente agoniado e tenso?*). De acordo com o seu conteúdo, percebe-se uma combinação de elementos de ansiedade e depressão, sugerindo sua denominação como **desconforto psicológico** (*psychological distress*). Sua consistência interna foi de 0,83, com homogeneidade média dos seus itens de 0,58 (amplitude de 0,44 a 0,71). Por outro lado, o segundo componente apresentou valor próprio

de 4,61, explicando 38,4% da variância total, reunindo cinco itens, cujas saturações variaram de 0,45 (*Tem podido concentrar-se bem no que faz?*) a 0,81 (*Tem sentido que tem um papel útil na vida?*). Este componente pode ser interpretado como **auto-eficácia**, refletindo a percepção que a pessoa tem de ser ou não capaz de realizar bem tarefas cotidianas. Sua consistência interna se situou em 0,76, com homogeneidade média dos seus itens em 0,53, variando de 0,44 a 0,60.

Tendo em conta o antes exposto, é possível concluir que o *Questionário de Saúde Geral (QSG-12)* compreende uma medida bidimensional, avaliando um fator maior de **desconforto psicológico** e outro, mais específico, que reflete o sentimento de **auto-eficácia** dos participantes. As evidências reunidas deram prova de que esta é uma medida que apresenta as qualidades psicométricas de validade fatorial e consistência interna, cabendo usá-la para conhecer os atributos psicológicos antes listados.

4.2.1.5. Escala de Satisfação com a Vida

De acordo com o que tem sido observado na literatura, este instrumento se compõe de uma única dimensão, que reúne seus cinco itens. Procura-se aqui comprovar este aspecto, mas antes mesmo se busca averiguar a adequação de ser realizada uma análise fatorial. Os seguintes índices foram observados: $KMO = 0,85$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (10) = 492,43$ ($p < 0,001$), confirmando a pertinência de se proceder com dita análise. Passo seguinte, procurou-se atestar o número de fatores a serem extraídos. Neste caso, foram considerados os critérios previamente descritos: Kaiser, Cattell e análise paralela.

Com referência ao critério de Kaiser, na análise de componentes principais efetuada foi possível observar apenas um componente com valor próprio superior a 1, especificamente este foi 3,16. Portanto, parece justificável a aceitação de uma estrutura unidimensional. Não obstante, procurou-se reunir provas adicionais a respeito, com a distribuição gráfica dos valores próprios (Critério de Cattell), sendo os resultados mostrados na Figura 19 a seguir.

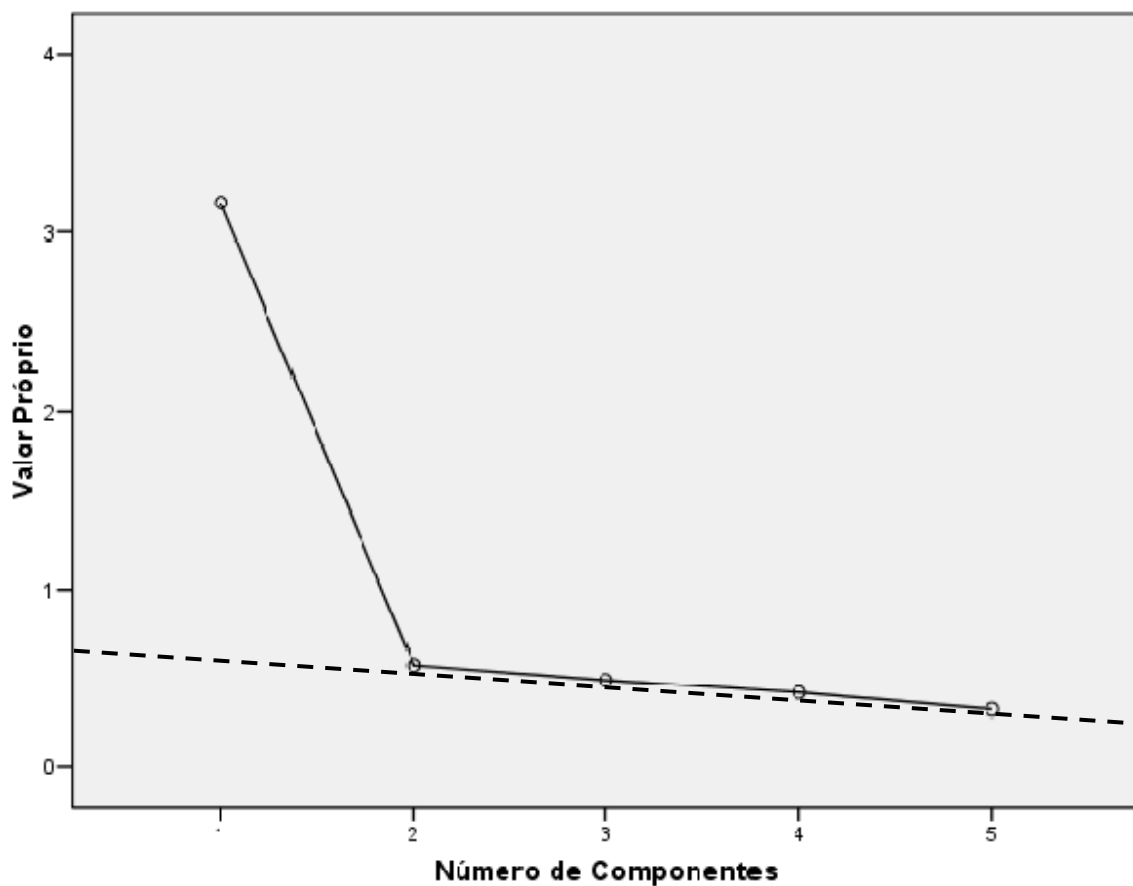


Figura 19. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (ESV)

Como se observa nesta figura, claramente o primeiro componente se destaca dos demais; a linha tracejada foi desenhada justamente para dar a imagem do que ocorre, mostrando que a partir do segundo componente os valores próprios são praticamente

idênticos. Corroborando este resultado, na Tabela 11 a seguir os valores próprios observados são contrastados com aqueles obtidos com a análise paralela (*médio e percentil 95%*). Portanto, confirma-se a existência de um único componente, isto é, apenas o primeiro valor próprio observado foi superior aos que poderiam ser encontrados devido ao acaso.

Tabela 11. Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (ESV)

Número de Componente	Valores Próprios		
	Média	Percentil 95%	Observado
1	1,18	1,27	3,16
2	1,08	1,13	0,58
3	1,00	1,04	0,50
4	0,92	0,97	0,43
5	0,83	0,90	0,33

Finalmente, corroborada a existência de uma estrutura unidimensional para a *Escala de Satisfação com a Vida*, decidiu-se realizar uma análise de Componentes Principais com a extração de um único componente. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12. Estrutura Fatorial da Escala de Satisfação com a Vida

Item	Conteúdo	Saturação	h ²
03	Estou satisfeito(a) com minha vida	0,84	0,71
05	Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida	0,81	0,66
02	As condições da minha vida são excelentes	0,78	0,61
01	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal	0,78	0,61
04	Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida	0,77	0,59

Número de Itens		5	
Valor Próprio		3,16	
% Variância Total		63,2	
Alfa de Cronbach		0,85	
r _{i,t} média corrigida (homogeneidade)		0,67	

De acordo com a Tabela 12, todos os cinco itens deste instrumento tiveram saturações acima de |0,70|, que representa mais que o dobro do que tem sido preconizado na literatura. Estas variaram de 0,77 (*Item 4. Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida*) a 0,84 (*Item 3. Estou satisfeito/a com minha vida*). Este componente apresentou valor próprio de 3,16, explicando 63,2% da variância total, com Alfa de Cronbach de 0,85; sua homogeneidade ficou em 0,66, com correlações item-total corrigida variando de 0,64 a 0,73.

Frente a estes resultados, parecem claras as evidências de validade fatorial e consistência interna da *Escala de Satisfação com a Vida*, compreendendo uma medida unidimensional. Portanto, é justificável empregá-la com o fim de conhecer o grau com que os participantes do estudo experimentam satisfação com suas vidas.

4.2.1.6. Escala de Vitalidade Subjetiva (EVS)

Segundo a proposta teórica que deu origem a este instrumento, seus sete itens deveriam ser reunidos em um único fator geral. Este aspecto será avaliado a continuação, mas antes se atesta a adequação de se proceder a uma análise fatorial. Os índices observados em relação ao conjunto de itens fundamentam este tipo de análise estatística: $KMO = 0,88$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (45) = 775,31$, $p < 0,001$. Faz-se necessário, nesta oportunidade, conhecer também o número adequado de fatores a serem extraídos. Neste caso, foram considerados os mesmos critérios que vêm orientando as análises até aqui, isto é, os de Kaiser, Cattell e a análise paralela.

Quanto ao conjunto dos critérios antes assinalados, efetuou-se uma análise de componentes principais, observando os valores próprios correspondentes. Tomando como referência o critério de Kaiser, unicamente um componente emergiu com valor próprio superior a 1, especificamente foi 3,92; isso já parece prova suficiente da existência do componente único, que é reforçado ao se observar a Figura 20 a continuação. Como se verifica nesta figura, tomando como referência a linha tracejada que foi desenhada, um grande componente se destaca; os demais apresentam valores próprios que não atingem ao menos o 1 (critério de Kaiser).

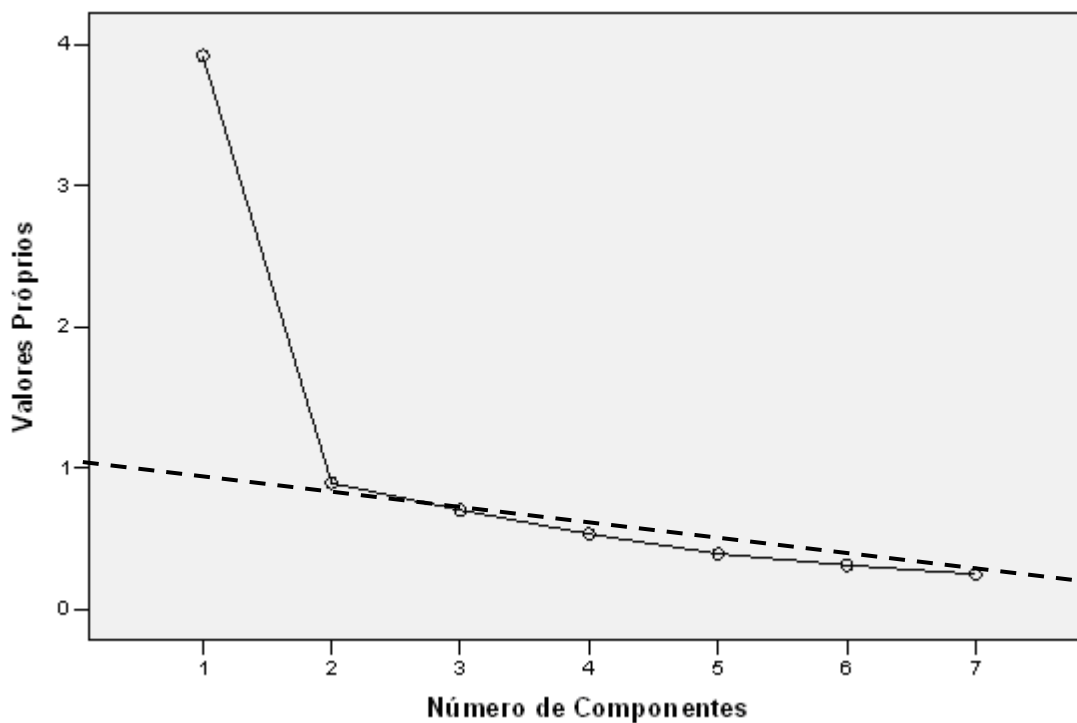


Figura 20. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios (EVS)

Finalmente, na Tabela 13 são confrontados os valores próprios obtidos através da análise paralela (*média e percentil 95%*) e os encontrados a partir da análise de Componentes Principais. Uma vez mais, confirma-se a existência de um único componente, haja vista que tão somente o primeiro valor próprio observado é superior aos que poderiam ser encontrados devido ao acaso.

Tabela 13. Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais (EVS)

Número de Componente	Valores Próprios		
	Média	Percentil 95%	Observado
1	1,24	1,33	3,92
2	1,14	1,20	0,89
3	1,06	1,11	0,70
4	0,99	1,03	0,53
5	0,93	0,97	0,39
6	0,86	0,91	0,31
7	0,77	0,84	0,25

Tendo sido corroborada a existência de uma estrutura unidimensional na *Escala de Vitalidade Subjetiva*, decidiu-se realizar uma análise de Componentes Principais com a extração de um único componente. Os resultados desta análise são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14. Estrutura Fatorial da Escala de Vitalidade Subjetiva

Item	Conteúdo	Saturação	h ²
07	Sinto-me vitalizado	0,88	0,77
04	Tenho energia e disposição	0,87	0,76
01	Sinto-me vivo e cheio de vitalidade	0,84	0,71
05	Desejo viver cada novo dia	0,73	0,53
06	Quase sempre me sinto disposto e ativo	0,70	0,49
03	Algumas vezes me sinto tão vivo a ponto de transbordar	0,63	0,40
02	Não me sinto muito disposto	-0,52	0,27
Número de Itens		7	
Valor Próprio		3,92	
% Variância Total		56,0	
Alfa de Cronbach		0,86	
r _{i.t} média corrigida (homogeneidade)		0,63	

É possível verificar na Tabela 14 que todos os sete itens desta escala apresentaram saturações acima da que tem sido considerada satisfatória, isto é, $|0,30|$, variando de $-0,52$ (*Item 2. Não me sinto muito disposto*) a $0,88$ (*Item 7. Sinto-me vitalizado*). O componente geral de vitalidade apresentou valor próprio de $3,92$, explicando 56% da variância total, com Alfa de Cronbach de $0,86$; seu índice de homogeneidade foi de $0,63$, com correlações item-total corrigida variando de $0,39$ a $0,80$.

Conclui-se, portanto, que a *Escala de Vitalidade Subjetiva* compreende uma medida unidimensional, avaliando unicamente o construto vitalidade como atributo subjetivo. As evidências reunidas deram prova de que esta é uma medida que apresenta as qualidades psicométricas de validade fatorial e consistência interna, cabendo usá-la para conhecer este atributo psicológico dos participantes do estudo.

Em resumo, comprovaram-se as estruturas teóricas das diversas medidas empregadas, as quais reuniram evidências aceitáveis de validade fatorial e consistência interna. Cabe, entretanto, avaliar em que medida estas poderiam ser correlacionadas, permitindo pensar em um fator geral de bem-estar subjetivo. No caso, decidiu-se excluir os componentes da medida da síndrome de *burnout*, pois esta, embora possa refletir o bem-estar dos participantes, diz respeito especificamente ao seu contexto laboral. Os resultados referentes à correlação entre os demais indicadores de bem-estar aparecem na Tabela 15.

Tabela 15. Matriz de Correlação entre os Indicadores de Bem-Estar Subjetivo

1. Afetos negativos	-					
2. Afetos positivos	-0,42***	-				
3. Fadiga	0,50***	-0,38***	-			
4. Desconforto	0,66***	-0,42***	0,52***	-		
5. Auto-eficácia	0,31***	-0,32***	0,31***	0,49***	-	
6. Vitalidade	-0,39***	0,43***	-0,47***	-0,40***	-0,31***	-
7. Satisfação com a vida	-0,45***	0,51***	-0,34***	-0,51***	-0,34***	0,41***
	1	2	3	4	5	6

De acordo com esta tabela, todos os componentes de bem-estar se correlacionaram com a direção e magnitudes esperados. Neste sentido, decidiu-se realizar uma nova análise de Componentes Principais, incluindo os sete indicadores de bem-estar. Previamente, atestou-se a adequação de se efetuar este tipo de análise, $KMO = 0,84$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (21) = 532,71$, $p < 0,001$. Passo seguinte, procurou-se conhecer o número de componentes a extrair, considerando os mesmos critérios previamente descritos. De acordo com o critério de Kaiser, dois componentes emergiram, apresentando valores próprios superiores a 1. Porém, levando em conta o critério de Cattell, pareceu mais pertinente uma solução unifatorial, claramente observada na Figura 21.

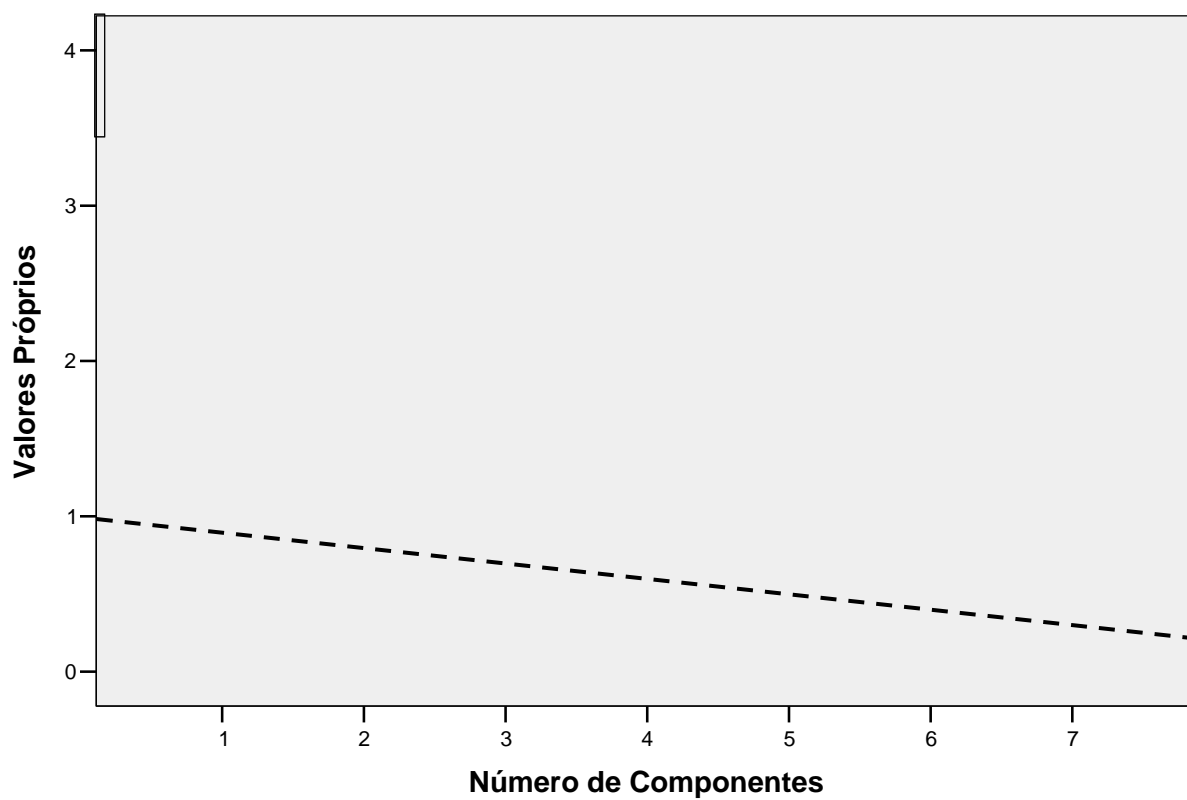


Figura 21. Distribuição Gráfica dos Valores Próprios dos Indicadores de Bem-estar

Conforme esta figura, a partir do segundo componente os valores próprios não se diferenciaram substancialmente entre si. Portanto, atesta-se a pertinência de se pensar em uma estrutura unidimensional, que é apoiada com a análise paralela, como apresentada na Tabela 16.

Tabela 16. Valores Próprios Produzidos pela Análise Paralela e Componentes Principais dos Indicadores de Bem-estar Subjetivo

Número de Componente	Valores Próprios		
	Média	Percentil 95%	Observado
1	1,25	1,34	3,58
2	1,14	1,20	0,78
3	1,06	1,11	0,76
4	0,99	1,04	0,67
5	0,93	0,97	0,51
6	0,85	0,91	0,42
7	0,77	0,83	0,27

Portanto, decidiu-se efetuar uma análise de Componentes Principais, fixando a extração de uma única dimensão, cujos resultados são mostrados na Tabela 17. Segundo se observa nesta, os sete indicadores de bem-estar apresentaram saturação no fator geral acima de $|0,30|$, representando uma correlação estatisticamente diferente de zero ($z > 1,96$, $p < 0,05$). Este componente apresentou valor próprio de 3,58, sendo responsável pela explicação de 51,2% da variância total. Sua consistência interna, avaliada por meio do Alfa de Cronbach, foi de 0,80; sua homogeneidade se situou em 0,58, com correlação item-total corrigida variando de 0,46 (*auto-eficácia*) a 0,71 (*desconforto psicológico*).

Tabela 17. Estrutura Fatorial de Medidas do Bem-Estar Subjetivo

Medida	Saturação	h²
Desconforto psicológico	0,82	0,67
Afetos negativos	0,76	0,58
Fadiga	0,74	0,55
Satisfação com a vida	-0,69	0,48
Afetos positivos	-0,67	0,45
Vitalidade	-0,66	0,44
Auto-eficácia	0,58	0,34

Número de Itens	7	
Valor Próprio	3,58	
% Variância Total	51,2	
Alfa de Cronbach	0,80	
r _{i,t} média corrigida (homogeneidade)	0,58	

A partir desta estrutura, criou-se uma pontuação fatorial (*método de regressão*), permitindo que cada participante tivesse uma pontuação total em bem-estar. Como as maiores saturações eram em indicadores de mal-estar subjetivo (por exemplo, *desconforto psicológico, afetos negativos*), optou-se por inverter a pontuação total, multiplicando-a por **-1**. Finalmente, decidiu-se expressar esta pontuação como *T*, assumindo uma média de 50 e desvio-padrão de 10 pontos ($T = 50 + 10z$). Neste sentido, uma maior pontuação **T** (pontuação fatorial transformada) significa mais bem-estar do participante.

Em resumo, podem-se admitir múltiplos fatores que permitem avaliar aspectos do bem-estar subjetivo entre profissionais da saúde, especificamente enfermeiros, médicos e psicólogos. Além destes fatores específicos, pode-se adequadamente contar com uma dimensão geral deste construto, que reuniu sete dos aspectos medidos. Portanto, a seguir procura-se comparar as três categorias profissionais em função destas dimensões, avaliando em que medida estas poderiam apresentar maior ou menor deterioro do bem-estar subjetivo.

4.2.2. Bem-Estar Subjetivo e Síndrome de Burnout entre Profissionais da Saúde

Inicialmente, procuraram-se comparar os três grupos de profissionais (enfermeiros, médicos e psicólogos) em razão da pontuação total de bem-estar, como descrita previamente. Isso correspondeu à *Hipótese 1*, que estabelecia haver diferença nesta pontuação entre os profissionais da saúde. No caso, as pontuações **T** variaram de 15 (menor bem-estar) a 70 (máximo bem-estar). Uma ANOVA (*one-way*) foi então realizada para comparar as médias de bem-estar dos três grupos considerados: Psicologia ($M = 48,9$, $DP = 10,04$), Enfermagem ($M = 51,4$, $DP = 9,49$) e Medicina ($M = 50,2$, $DP = 10,32$), não tendo sido revelada qualquer diferença entre eles, $F(2, 215) = 1,10$, $p = 0,33$. Estes resultados não permitem assim corroborar a *Hipótese 1*.

Passo seguinte seria comparar estes grupos em cada uma das medidas empregadas; antes, entretanto, procurou-se conhecer o efeito das características demográficas, avaliando a necessidade ou não de controlá-las em análises posteriores. No caso, realizou-se uma *MANOVA* univariada, considerando como variável critério (dependente) a pontuação **T** de bem-estar subjetivo e como variáveis antecedentes (independentes) o sexo e a idade dos participantes. Esta última variável foi categorizada em três níveis: jovens adultos (até 35 anos), adultos (36 a 50 anos) e pessoas maduras (acima de 50 anos). Estas variáveis não mostraram efeito principal [idade, $F(2, 207) = 1,55$, $p = 0,21$; sexo, $F < 1$] ou de interação ($F < 1$), não demandando que sejam controladas nas análises seguintes.

Compararam-se os três grupos de profissionais em relação aos sete componentes específicos de bem-estar subjetivo, a saber: afetos positivos, afetos negativos, fadiga, desconforto psicológico, auto-eficácia, vitalidade subjetiva e satisfação com a vida. A *MANOVA* realizada não evidenciou qualquer diferença entre estes grupos [Lambda de

Wilks = 0,92, $F(14, 418) = 1,34$, $p = 0,18$]; os testes uni-variados indicaram que o componente *fadiga* foi o que mais se aproximou ao critério comumente aceito de significância estatística, $F(2, 215) = 2,85$, $p = 0,06$, com as seguintes médias para os grupos: Enfermeiros ($M = 2,5$), Médicos ($M = 2,6$) e Psicólogos ($M = 2,7$).

Pelas razões previamente assinaladas, decidiu-se considerar separadamente os componentes da síndrome de *burnout*. Uma MANOVA multivariada foi realizada, tratando as pontuações em *exaustão emocional*, *despersonalização* e *baixa realização pessoal no trabalho* como variáveis-critério e o grupo de pertença (enfermeiros, médicos ou psicólogos) como variável antecedente. Embora os testes multivariados não tenham revelado contribuição significativa do tipo de formação do profissional [Lambda de Wilks = 0,96, $F(6, 454) = 1,52$, $p = 0,17$], observaram-se diferenças de efeito entre os sujeitos (*between-subjects effects*) para o componente *despersonalização* [$F(2, 229) = 4,06$, $p < 0,02$]. Portanto, parece haver razoável suporte para a *Hipótese 2*, que anunciava uma diferença em *burnout* segundo a categoria profissional. Especificamente, quando comparados entre si, os profissionais da Medicina apresentaram maior média de despersonalização ($M = 1,85$, $DP = 0,72$) do que aqueles da Enfermagem ($M = 1,58$, $DP = 0,60$), $p = 0,03$; os primeiros também tiveram médias superiores aos da Psicologia ($M = 1,63$, $DP = 0,56$), embora a diferença tenha sido acima do que se esperaria ($p = 0,06$). Nenhuma diferença estatística foi observada entre os profissionais da Enfermagem e aqueles da Psicologia.

A *Hipótese 3* previa que o tempo de formado estaria diretamente correlacionado com a pontuação dos participantes em bem-estar subjetivo. Quando se considerou a pontuação total neste construto, embora a direção tenha sido a esperada, a magnitude do coeficiente de correlação não foi estatisticamente significativa, $r = 0,10$, $p = 0,14$. Em

termos dos componentes específicos, unicamente a *satisfação com a vida* se mostrou diretamente correlacionada com o tempo de formado, $r = 0,13$, $p < 0,05$. Portanto, não parece haver apoio suficiente para esta terceira hipótese alternativa.

Em resumo, as três categorias de profissionais de saúde aqui consideradas não se diferenciaram em termos de bem-estar subjetivo, e este não foi afetado pela idade ou sexo dos participantes do estudo. Contudo, pareceu evidente o prejuízo dos profissionais da Medicina em termos do componente da síndrome de *burnout* denominado como *despersonalização*.

4.3. Discussão

O presente estudo teve dois objetivos principais: (1) conhecer evidências de validade fatorial e consistência interna das medidas de bem-estar subjetivo e *burnout* entre profissionais da saúde, e (2) avaliar em que medida enfermeiros, médicos e psicólogos podem pontuar diferentemente nos componentes destas medidas. Espera-se que estes tenham sido alcançados. Não obstante, cabem aqui algumas ponderações ou reconhecimentos de potenciais limitações deste estudo, principalmente no tocante a aspectos metodológicos, como se descreve a seguir.

4.3.1. Limitações Potenciais do Estudo

Técnicas de coleta de dados. Uma primeira tentativa foi realizada no sentido de coletar os dados por meio dos Correios (Alwim & Campbell, 1987). O êxito desta técnica, aparentemente, não pareceu evidente, pois a taxa de resposta (número de questionários devolvidos do total de enviado) se situou em 11,05%. Não obstante, esta tem sido comum

em estudos com a população geral (Armstrong & Lusk, 1987; Gouveia & Günther, 1991), e também entre os médicos (Conselho Federal de Medicina, 2004) e os psicólogos (Biehl, 2007). Em todo caso, decidiu-se empreender esforços para aumentar a taxa de participação, procurando que se aproximasse de 100 profissionais por categoria. Neste sentido, partiu-se para a entrega pessoal de questionários, agendando um dia para recolhê-los. Isso duplicou o número de participantes deste estudo. O leitor se perguntará, por suposto, se as duas formas de coleta não poderiam afetar os resultados. De acordo com análises preliminares dos padrões de resposta, isso não pareceu evidente. Além disso, quando coletados os dados pessoalmente ou obtidos por meio dos Correios acerca de uma mesma temática, nenhuma diferença no conteúdo das respostas foi constatada (Gouveia, 1991; Solorzano, 1991). Portanto, não existem indícios de que os resultados teriam sido diferentes se uma única técnica de coleta fosse empregada.

Amostras de profissionais. Reforçando o anteriormente descrito, é importante ter em conta que os participantes do estudo foram selecionados aleatoriamente, considerando o banco atualizado com os profissionais registrados nos respectivos Conselhos Regionais. Embora as amostras não possam ser tomadas como numericamente representativas das populações meta, sabe-se que, pelo processo de randomização seguido, todos os profissionais tiveram iguais possibilidades de participarem do estudo, e não parece existir um padrão específico daqueles que decidiram fazê-lo, haja vista que tanto pessoas jovens, recentemente formadas, como aquelas com algum tempo de formação, homens e mulheres, com diferentes especialidades, compuseram as sub-amostras.

Feitas estas ponderações, confia-se que os objetivos deste estudo tenham sido satisfatoriamente alcançados, reunindo provas empíricas que dão conta de similaridades e algumas diferenças entre profissionais que exercem seu ofício no âmbito da saúde.

Portanto, discutem-se a seguir os principais resultados deste primeiro estudo.

4.3.2. Medidas de Bem-Estar Subjetivo e *Burnout*

Considerando a escassez de informações acerca dos parâmetros psicométricos de medidas de bem-estar subjetivo e *burnout* nas populações de enfermeiros, médicos e psicólogos da Paraíba, decidiu-se conhecer evidências de sua validade fatorial e consistência interna. Discutem-se, resumidamente, os resultados descritos, considerando o que seria teoricamente esperado.

Escala de Afetos Positivos e Negativos. Esperavam-se encontrar dois componentes, um de *afetos positivos* e outro de *afetos negativos* (Chaves, 2003; Watson, Clark & Tellegen, 1988), o que foi corroborado. Os índices de consistência interna destes dois componentes estiveram acima do valor 0,70, que é amplamente recomendado na literatura (Nunnally, 1991). Portanto, parece justificável considerá-la como uma medida adequada dos afetos entre os profissionais incluídos no estudo.

Inventário de Burnout de Maslach. Este instrumento avalia teoricamente três fatores, segundo a literatura: *exaustão emocional*, *despersonalização* e *realização profissional* (Maslach, 1993; Maslach & Jackson, 1986). Para demonstrar esta hipótese, foram utilizados três critérios a partir da análise fatorial: Kaiser, Cattell e Análise Paralela. Nos dois primeiros casos, pareceram emergir quatro fatores, porém na Análise Paralela, ficou mais evidente a existência de três componentes apenas. Desta forma, fica corroborada a “hipótese” de uma estrutura multifatorial. Com relação aos índices de consistência interna destes dos componentes, dois deles (*exaustão emocional* e *despersonalização*) apresentaram valor do Alfa de Cronbach igual ou maior que 0,70, que é recomendado na literatura (Nunnally, 1991). No caso do terceiro componente (*realização pessoal*), o Alfa de

Cronbach foi abaixo deste ponto de corte (0,68). Entretanto, é aceitável, uma vez que o propósito neste estudo não é o diagnóstico, mas o uso em pesquisa correlacional (Fleiss, 1986). Neste sentido, é justificável considerar o *Inventário de Burnout de Maslach* como sendo uma medida adequada da síndrome de *burnout* entre os profissionais incluídos nesta pesquisa.

Escala de Avaliação da Fadiga. Seus autores propõem uma estrutura unifatorial, tendo sido demonstrada por meio de análise de Componentes Principais e Análise de Mokken (1971). No presente estudo ficou evidente a comprovação desta estrutura, com todos os itens saturando acima de $|0,30|$, como recomendado (Gorsuch, 1983), e a dimensão apresentando um Alfa de Cronbach que cumpre a *rule of thumb* de 0,70 (Nunnally, 1991). Neste sentido, atestam-se aqui as evidências de validade fatorial e consistência interna desta medida.

Questionário de Saúde Geral. Existem diferentes estruturas propostas na literatura para este instrumento: unifatorial (desconforto psicológico), bifatorial (ansiedade e depressão) e multifatorial (ansiedade, depressão e auto-eficácia) (Gouveia & cols., 2003). No presente estudo, no entanto, o modelo bifatorial pareceu mais promissor. Porém, este reuniu em um mesmo componente os itens de ansiedade e depressão, tendo ficado em outro componente aqueles de auto-eficácia. Os itens apresentaram saturações acima de $|0,30|$ nos seus componentes correspondentes, cujos índices de consistência interna foram superiores a 0,70. Portanto, reuniram-se provas de que este instrumento apresenta uma estrutura fatorial compatível com a apresentada em estudos prévios, assegurando os parâmetros de validade fatorial e consistência interna desta medida.

Escala de Satisfação com a vida. Este instrumento apresenta apenas uma dimensão, de acordo com a literatura (Pavot & Diener, 1993; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). A estrutura unifatorial foi demonstrada no presente estudo, onde se comprovou a extração de um único componente, de acordo com os critérios adotados (Catell, 1966; Guttman, 1954; Kaiser, 1960). Os resultados da análise de Componentes Principais reforçaram esta solução, com todos os itens saturando acima do ponto de corte recomendado na literatura ($|0,30|$; Gorsuch, 1983). A consistência interna desta medida também foi satisfatória, estando bem acima do 0,70 que tem sido amplamente aceito (Nunnally, 1991). Portanto, ficou comprovada a adequação desta medida no contexto em que o estudo foi realizado.

Escala de Vitalidade Subjetiva. Esta medida foi concebida inicialmente como apresentando um único fator geral, agrupando seus sete itens. Utilizou-se um conjunto de critérios para demonstrar esta hipótese (Kaiser, Cattell e Análise Paralela), corroborando a existência da estrutura unifatorial teorizada (Ryan e Frederick (1997) Nix & cols., 1999). Na análise de Componentes Principais todos os seus itens apresentaram saturações acima do valor mínimo recomendado ($|0,30|$; Gorsuch, 1983). Reafirmando sua pertinente, esta medida apresentou Alfa de Cronbach que claramente superior o 0,70 freqüentemente mencionado na literatura (Nunnally, 1991). Assim, constataram-se as evidências de validade fatorial e consistência interna desta medida.

Bem-estar Subjetivo. Para uma avaliação do quanto as medidas consideradas anteriormente poderiam convergir, foi proposto um fator geral de bem-estar subjetivo. A medida da síndrome de *burnout* foi excluída por fazer parte exclusivamente do contexto laboral. Desta forma, o bem-estar subjetivo foi assumido no presente estudo como sendo representado por sete indicadores: afetos negativos, afetos positivos, fadiga, desconforto psicológico, auto-eficácia, vitalidade subjetiva e satisfação com a vida. Demonstrou-se

claramente que o conjunto de medidas poderiam ser expressas como um fator geral (Compton, Smith, Cornish & Qualls, 1996). Além disso, o componente identificado apresentou Alfa de Cronbach superior ao ponto de corte convencionado na literatura (Nunnally, 1991). Portanto, ficam demonstradas evidências de validade fatorial e consistência interna da medida de bem-estar subjetivo proposta.

4.3.3. Bem-estar Subjetivo e *Burnout* entre Profissionais da Saúde

Neste ponto o presente estudo teve como objetivo conhecer em que medida as três categorias profissionais consideradas diferiam em termos de indicadores de bem-estar subjetivo e *burnout*. A propósito, procurou-se testar três hipóteses alternativas principais:

- *Teste da Hipótese 1. Três Categorias Diferem em Bem-estar*

Observou-se não haver diferença entre os profissionais de Enfermagem, Medicina e Psicologia em termos das médias apresentadas nos indicadores de bem-estar subjetivo. Embora os estudos apontem para uma redução do bem-estar nos médicos (Dias, 1994; McIntyre, 1994) e enfermeiros (Gray-Toft & Anderson, 1981; McIntyre, 1994), tais estudos têm considerado isoladamente estas categorias profissionais. Em busca realizada no Index Psi (2007) e Google acadêmico (2007), não se teve nota de qualquer estudo onde foram comparados, simultaneamente, os três grupos de profissionais incluídos neste estudo. É possível que, por razões diversas, talvez pela exposição a estressores de diferentes naturezas, estes profissionais experimentem níveis similares de bem(mal)-estar subjetivo. Cabe ainda conjecturar que este construto, isto é, bem-estar, é menos sensível a diferenças entre categorias profissionais, sendo mais resultado de variáveis do âmbito pessoal (por

exemplo, traços de personalidade, vivências familiares, relações com colegas) do que profissional.

Neste contexto, buscou-se ainda avaliar o efeito do sexo e da idade dos participantes em relação às medidas de bem-estar subjetivo, avaliando a pertinência de serem controladas posteriormente. Entretanto, não se constatou qualquer efeito principal ou de interação. Estes resultados parecem reforçar achados prévios, que são ambíguos quando a importância de tais variáveis. Por exemplo, Argyle (1999) e Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) apontam que em estudos sobre bem-estar os aspectos bio-demográficos são, geralmente, variáveis a serem controladas. No entanto, em seus estudos, tais autores mostraram que sexo, idade, escolaridade, classe social e renda exercem fraca ou nenhuma influência no bem-estar das pessoas. Por sua vez, emprego e lazer, isto é, variáveis que têm a ver com a dimensão trabalho-descanso, têm influência forte sobre este construto (ver também Seligman, 2004). Não é possível deixar de mencionar, entretanto, que estudo empreendido por Frank e Dingle (1999) reporta menor índice de bem-estar entre mulheres.

- *Teste da Hipótese 2. Três Categorias Diferem em Burnout*

Em se tratando da pontuação no *Inventário de Burnout de Maslach*, esperava-se que a pontuação média dos participantes variasse em razão da sua categoria profissional. Avaliando os fatores desta medida separadamente, constatou-se que tão somente entre médicos e enfermeiros houve diferença estatisticamente significativa no fator *despersonalização (cinismo)*. No caso, os médicos apresentaram médias superiores aos enfermeiros; suas pontuações também foram superiores às daquelas dos psicólogos, embora não significativa. É importante assinalar que esta é, sem dúvida, uma variável que “capta”

as conseqüências de um trabalho rígido, estressante, que demanda viver intensamente a situação do outro. Deste modo, manter-se frio, distante ao problema do outro pode ser uma estratégia de enfrentamento a que os médicos podem recorrer mais comumente no seu dia a dia.

Estudos anteriormente realizados davam conta de que os médicos pontuavam mais fortemente no componente *despersonalização* do que o faziam seus colegas de outras categorias profissionais do setor da saúde (Lima & cols., 2007; Rosa & Carlotto, 2005). A *despersonalização* afeta a identificação do profissional com seu trabalho, faz com que o profissional passe a tratar os clientes, colegas e a organização como objetos, de maneira a desenvolver insensibilidade emocional. Neste sentido, apresenta atitudes negativas de aspereza e distanciamento em relação às pessoas do ambiente de trabalho, normalmente aqueles aos quais pretende (ou deveria pretender) beneficiar. Enquanto uma dimensão da síndrome de *burnout*, esta surge em virtude do estresse elevado experimentado no trabalho. Como o profissional da Medicina precisa lidar com a iminência da morte de forma freqüente e mais diretamente que enfermeiros e psicólogos, é compreensível que procure não se sentir identificado ou plenamente envolvido com o trabalho; isso o protege.

- *Teste da Hipótese 3. Tempo de Formado Promove Bem-estar*

No que diz respeito à relação entre tempo de formado e bem-estar, no presente estudo não se percebeu diferenciação em termos do bem-estar de profissionais com menor e maior experiência, deste modo *hipótese 3* não foi corroborada. No entanto, na literatura identificam-se estudos que apontam para uma relação direta entre estas duas variáveis. Por exemplo, em seus estudos Ehrlich e Isaacowitz (2002) e Gouveia, Barbosa, Andrade e

Carneiro (2005) observaram que os médicos mais velhos apresentaram maior satisfação com a vida. No caso específico destes últimos autores, concluíram que, apesar da possibilidade de pessoas mais velhas apresentarem baixa satisfação com a vida por conta de algum comprometimento de sua saúde, em geral, os mais velhos tendem a gozar de maior estabilidade financeira e realização profissional, o que lhes permite uma melhor perspectiva frente aos desafios diários da vida. Carstensen (1995), por sua vez, aponta que pessoas mais velhas, com os anos de experiência, passam a identificar quais os tipos de eventos externos aumentam e diminuem suas emoções positivas e negativas, tornando possível selecionar pessoas e situações que minimizem as emoções negativas e maximizem aquelas positivas. Isso proporcionaria um equilíbrio de afetos e levaria a um sentimento maior de bem-estar.

Em resumo, este primeiro estudo possibilitou oferecer evidências de validade fatorial e consistência interna de medidas de bem-estar subjetivo e *burnout*, favorecendo que sejam empregadas no futuro para conhecer como profissionais da Enfermagem, Medicina e Psicologia, que exercem seu ofício no contexto em que o estudo foi realizado, se apresentam em termos destes construtos e quais poderiam ser seus antecedentes e conseqüentes. Possibilitou ainda saber que variáveis demográficas, a exemplo de idade e sexo, têm escasso impacto no bem-estar subjetivo destes profissionais. Por outro lado, embora os resultados não tenham sido tão contundentes, ao menos uma variável que reflete implicações do exercício profissional (*despersonalização*) pareceu sugerir um deterioro mais acentuado dos profissionais de Medicina quando comparados com aqueles da Psicologia.e, principalmente, da Enfermagem.

Considerando o foco principal desta tese, isto é, o *bem-estar subjetivo* de médicos, pensou-se realizar um segundo estudo. Neste caso, decidiu-se considerar uma das dimensões principais deste construto: a *satisfação com a vida* (Diener, 2000; Giacomoni, 2004; Lever, 2004). Embora, por si só, já seja importante conhecer o quanto os médicos apresentam de satisfação com a vida, a proposta deste estudo foi mais além, procurando conhecer correlatos do trabalho ou antecedentes deste construto. Os objetivos específicos a respeito, método e resultados são apresentados a seguir.

5. Estudo 2. Explicando a satisfação com a vida dos médicos

Este segundo estudo teve como objetivo principal considerar uma dimensão do bem-estar subjetivo dos médicos, a satisfação com a vida, procurando compreendê-la a partir de variáveis do contexto laboral destes profissionais. Neste sentido, decidiu-se considerar uma amostra de médicos que atuam na região Nordeste. Especificamente, pretendeu-se (1) conhecer os parâmetros psicométricos da *Escala de Satisfação com a Vida* neste contexto, (4) avaliar se a satisfação com a vida destes profissionais se correlaciona ou varia em função de variáveis demográficas (por exemplo, local de residência, sexo, idade), (5) conhecer a correlação de aspectos do trabalho (rendimentos financeiros, carga horária de trabalho) com a satisfação com a vida, considerando diferentes setores de atuação dos médicos (por exemplo, clínica, saúde pública, docência) e (6) estimar em que medida a percepção da profissão médica se correlaciona com a satisfação que tais profissionais indicam ter com suas vidas. O método é descrito pormenorizadamente a seguir.

5.1. Método

5.1.1. Delineamento e Hipóteses

Trata-se de um estudo correlacional (*ex post facto*), considerando-se medidas de auto-relato acerca da satisfação com a vida, das condições de trabalho e avaliações sobre o contexto laboral dos médicos. Elaboraram-se as seguintes hipóteses alternativas, tomando em conta a literatura que indica maior bem-estar em razão de condições de vida e trabalho mais dignas:

- *Hipótese 1.* As pontuações na medida de satisfação com a vida diferirão em função do lugar de residência dos médicos (interior vs. capital).

- *Hipótese 2.* As pontuações na medida de satisfação com a vida estarão inversamente correlacionadas com o distanciamento do lugar de trabalho em relação ao de moradia.
- *Hipótese 3.* As pontuações na medida de satisfação com a vida estarão diretamente correlacionadas com as condições de trabalho percebidas como favoráveis.
- *Hipótese 4.* As pontuações na medida de satisfação com a vida estarão inversamente correlacionadas com ter plantões médicos.
- *Hipótese 5.* As pontuações na medida de satisfação com a vida estarão diretamente correlacionadas com a percepção de mudanças positivas na profissão.
- *Hipótese 6.* As pontuações na medida de satisfação com a vida estarão inversamente correlacionadas com a percepção negativa (*pessimismo*) do futuro da profissão médica.
- *Hipótese 7.* As pontuações na medida de satisfação com a vida estarão diretamente correlacionadas com renda individual obtida como médico.
- *Hipótese 8.* As pontuações na medida de satisfação com a vida estarão inversamente correlacionadas com o desgaste percebido da atividade profissional.
- *Hipótese 9.* As pontuações na medida de satisfação com a vida estarão diretamente correlacionadas com a satisfação com a especialidade principal em que o médico atua.

5.1.2. Amostra

Participaram deste estudo 2.751 médicos, cujo registro primário consta em um dos Conselhos Regionais de Medicina dos nove estados da região Nordeste. A distribuição por

estado foi como segue: Alagoas ($n = 181$), Bahia ($n = 586$), Ceará ($n = 469$), Maranhão ($n = 226$), Paraíba ($n = 319$), Pernambuco ($n = 415$), Piauí ($n = 140$), Rio Grande do Norte ($n = 210$) e Sergipe ($n = 205$). A maioria foi de nacionalidade brasileira (99,2%), residente nas capitais (79,7%) e do sexo masculino (66,7%), com idade variando de 23 a 75 anos ($M = 40,1$, $DP = 10,45$). Do total, 55% indicaram possuir título de especialista, sendo citadas 59 especialidades, entre as quais as seguintes foram mais frequentes: Ginecologia e Obstetrícia ($n = 159$), Cardiologia ($n = 147$), Anestesiologia ($n = 134$) e Pediatria ($n = 129$). Esta compreendeu uma amostra de conveniência, tendo participado os médicos que, convidados ou se informado por meio de colegas ou instituições médicas, concordaram em colaborar com o estudo.

5.1.3. Instrumentos

Os participantes responderam um questionário formado por seis blocos: (1) *caracterização dos participantes*, (2) *formação profissional*, (3) *participação científica*, (4) *mercado de trabalho*, (5) *orientação e participação sociopolítica* e (6) *atitudes frente à vida e valores humanos*. O questionário na íntegra pode ser contemplado em Carneiro e Gouveia (2004). Considerando os propósitos desta tese, tiveram-se em conta nesta oportunidade o primeiro, quarto, quinto e sexto blocos, os quais são detalhados a seguir.

Caracterização dos Participantes. Este bloco reuniu seis perguntas, procurando conhecer a composição demográfica dos participantes do estudo: sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, estado onde atua e se mora no interior ou na capital.

Mercado de Trabalho. O presente bloco procurou conhecer aspectos da atuação profissional dos médicos, como, por exemplo, situação laboral (ativo, desempregado ou inativo), especialidades em que atuam, satisfação com estas, localização do trabalho, se têm

e qual a natureza das atividades de consultório, nos setores público, privado, filantrópico e docente, rendimentos proporcionados pelo trabalho médico e percepção destes médicos acerca do que tem mudado na sua vida profissional. Neste caso, consideraram-se seis aspectos (*remuneração, condições de trabalho, autonomia profissional, poder médico, prestígio profissional e competência técnica*) frente aos quais precisavam dizer se *diminuiu (-1), não se alterou (0) ou aumentou (+1)*.

Orientação e Participação Sociopolítica. Um total de 18 perguntas compôs este bloco, centrando-se mais em opiniões acerca de programas ou políticas de saúde (*SUS, PSF e PITS*), bem como avaliações das entidades de classe, seus jornais, a vinculação dos médicos com sociedades e sindicatos, a avaliação sobre o sistema de convênios e suas implicações, e o conhecimento sobre o *Código de Ética Médica*. De forma complementar, também foi solicitada a opinião dos médicos sobre o futuro da sua profissão. Esta informação é de particular interesse nesta tese, demandando descrevê-la. No caso, consideraram-se duas palavras positivas (*competência e otimismo*) e duas negativas (*incerteza e pessimismo*). Os médicos deveriam avaliar quanto percebiam que estas palavras definiriam o futuro da profissão, utilizando uma escala de resposta de cinco pontos, variando de **1** = *Nada* a **5** = *Totalmente*.

Atitudes frente à vida e valores humanos. Foram incluídos dois instrumentos neste bloco: uma medida de bem-estar subjetivo de natureza cognitiva (*Escala de Satisfação com a Vida*; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) e outra de valores (*Questionário dos Valores Básicos*; Gouveia, 2003). Este último instrumento não será considerado no presente estudo, dispensando maiores detalhamentos; no caso do primeiro, no *Estudo 1* procurou-se conhecer evidências de sua validade fatorial e consistência interna em amostra paraibana de profissionais da saúde, tendo sido incluídos também médicos. Portanto, o leitor poderá

obter mais informações sobre seus parâmetros psicométricos consultando o referido estudo.

5.1.4. Procedimento

A pesquisa foi realizada por meio da *Internet*. Com o fim de acessar o questionário, o médico deveria informar seu número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), a Unidade da Federação (UF) onde estava localizado e sua data de nascimento. Estas informações tinham dois propósitos: (1) assegurar que outra pessoa, que não um médico, entrasse na *homepage* e respondesse o questionário, ou que o mesmo médico o fizesse mais de uma vez, e (2) criar um banco de dados com os registros dos médicos que colaboraram no estudo, posteriormente dissociados das suas respostas em si, a fim de realizar um sorteio de um computador como *estímulo à participação*. Neste sentido, procurou-se assegurar o anonimato das respostas dos participantes, que deveriam ser tratadas estatisticamente no conjunto.

Esta técnica de coleta de dados parece adequada, tendo em vista suas vantagens: (a) comodidade de acesso aos participantes; (b) baixo custo, pois eliminam-se os gastos com correios, impressões etc; (c) automatização das respostas, uma vez que estas são digitadas pelo próprio respondente e direcionam-se automaticamente ao banco de dados; e (d) o controle de acesso dos respondentes ao questionário. Carneiro e Gouveia (2004) indicam que ela é promissora, podendo ser comparada com outras técnicas de levantamento de dados (por exemplo, entrevista face a face, pesquisa por Correios), oferecendo resultados presumivelmente similares.

5.1.5. Análise dos Dados

As respostas dos médicos foram diretamente armazenadas em um arquivo *MySQL*, posteriormente transformado em arquivo de texto (.txt) e, finalmente, convertido para o formato de dados (.sav) do *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences; versão 15)*. Além de estatísticas descritivas, distribuição de frequência, tendência central e dispersão, realizaram-se análises de Componentes Principais, correlações de Pearson, análise de covariância (ANCOVA) e análises de regressão linear múltipla.

5.2. Resultados

Os resultados deste segundo estudo são apresentados em quatro tópicos principais, segundo a temática tratada: (1) satisfação com a vida entre os médicos; (2) contexto laboral do exercício da medicina; (3) os diversos setores da atividade médica; e (4) percepção de mudanças na profissão médica e satisfação com a vida. Neste último tópico, descrevem-se os resultados em termos de mudanças na profissão nos últimos cinco anos e das expectativas dos respondentes acerca do futuro da sua profissão.

5.2.1. Satisfação com a Vida entre os Médicos

Previamente, procurou-se corroborar a estrutura fatorial da medida de satisfação com a vida, considerando-se o conjunto de participantes do Nordeste. Os resultados sugerem que é adequado realizar uma análise fatorial [$KMO = 0,88$ e *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (10) = 7.225,31$, $p < 0,001$]. No presente caso, optou-se por uma análise dos Componentes Principais, que apresentou um único componente com valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1 (critério de Kaiser), precisamente 3,48, sendo responsável pela explicação de 69,7% da variância total. Os itens deste instrumento apresentaram saturações

variando de 0,76 (*Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida*) a 0,89 (*Estou satisfeito com minha vida*), e sua consistência interna (Alfa de Cronbach) se situou em 0,89.

Conhecida a estrutura fatorial da medida de satisfação com a vida, decidiu-se conhecer, primeiramente, se as pontuações dos médicos se correlacionariam com sua idade ($r = 0,19, p < 0,001$) e seu sexo ($r = 0,04, p = 0,04$; **0** = *Feminino* e **1** = *Masculino*). Portanto, os médicos mais velhos e do sexo masculino indicaram estar mais satisfeitos com suas vidas. Neste sentido, demanda-se controlar estatisticamente estas duas variáveis em análises subseqüentes. No caso específico, pensou-se em comparar o nível de satisfação com a vida dos médicos em razão do estado onde exercem sua profissão e do lugar em que residem (*Hipótese 1*). Os resultados de uma ANCOVA (*GLM univariate*), covariando o sexo e a idade dos participantes, indicaram efeito principal do estado onde o médico exerce o ofício [$F(8, 2.549) = 2,04, p = 0,04$] e, principalmente, do lugar de residência [$F(1, 2.549) = 7,52, p = 0,006$], porém não foi identificado qualquer efeito de interação entre estes dois fatores [$F(8, 2.549) = 1,43, p = 0,18$]. Portanto, corrobora-se a primeira hipótese deste estudo.

Constatadas diferenças significativas em razão dos dois fatores considerados, decidiu-se conhecer precisamente onde estas poderiam ser apreciáveis. Deste modo, efetuaram-se testes *post hoc* de *Bonferroni*, adotando-se o critério de $p < 0,05$. Em se tratando do fator “estado onde exerce a profissão médica”, nenhuma diferença foi observada. Por outro lado, sim, constataram-se diferenças em razão do lugar de residência dos médicos, com aqueles vivendo em cidades do interior apresentando maior satisfação com suas vidas ($M = 24,5$) do que os que indicaram residir nas capitais ($M = 23,3$).

Em resumo, a medida de satisfação com a vida se revelou psicometricamente adequada para conhecer esta dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo dos participantes do estudo. Quando às pontuações destes, foram correlacionadas com suas características demográficas de idade e sexo. Isso exigiu controlá-las, permitindo adequadamente testar a *hipótese 1*, que foi corroborada, pois os médicos que residem em cidades do interior desfrutam de maior bem-estar subjetivo, neste caso concreto, satisfação com a vida. Procura-se a seguir conhecer em que medida esta satisfação pode ser resultado do seu contexto laboral, das condições de trabalho ou, inclusive, da percepção que estes têm a respeito.

5.2.2. Contexto Laboral do Exercício da Medicina

Com o propósito de conhecer a influência de variáveis do trabalho em relação à satisfação com a vida dos médicos, considerou-se a pontuação total desta última variável e, logo, procurou-se correlacioná-la com aquelas de contexto laboral. No caso, se o profissional exerce a Medicina nos setores consultório, privado, público, filantrópico e docente (todas convertidas em variáveis *dummy*, com o **0** significando *não* e o **1** correspondendo a *sim*), assim como onde o faz. As alternativas para este fator contemplaram, em ordem crescente, o afastamento do trabalho com respeito ao local de residência, assumindo os seguintes valores: **1** = *Na mesma cidade em que reside*, **2** = *Em cidade diferente da que reside*, **3** = *Na mesma cidade em que reside e em outra cidade do mesmo estado* e **4** = *Na mesma cidade em que reside e em cidade de outro estado*. Vale salientar que, em razão dos resultados previamente descritos, decidiu-se realizar correlação parcial, controlando estatisticamente as três variáveis seguintes: sexo, idade e lugar onde residem.

A satisfação com a vida dos médicos no Nordeste está diretamente correlacionada com o exercício da profissão no *consultório* ($r = 0,09$, $p < 0,001$) e, em menor medida, naquele denominado como *filantrópico* ($r = 0,05$, $p < 0,01$); sua correlação foi negativa com o exercício da Medicina no setor *privado* ($r = -0,05$, $p < 0,05$). Nenhuma correlação foi observada da satisfação com a vida e a atuação no setor *público* ou como *docente* ($p > 0,05$); por outro lado, sim, constatou-se uma correlação inversa dessa satisfação com a localização do trabalho ($r = -0,07$, $p < 0,001$). Portanto, exercer esta profissão em consultório próprio ou no setor filantrópico produz maior satisfação com a vida, sendo esta deteriorada entre aqueles que a exercem no setor privado ou que são levados a trabalhar longe do seu lugar de residência. Neste último caso, corrobora-se a *hipótese 2* deste estudo.

5.2.3. Os Diversos Setores de Atividade e os Plantões Médicos

Nesta oportunidade, inicialmente, são avaliadas as condições do trabalho médico em cada um dos setores do exercício profissional, isto é, *consultório*, *privado*, *público*, *filantrópico* e *docente*. Especificamente, procura-se conhecer em que medida a satisfação com a vida expressada por estes profissionais são resultado (está correlacionada) com a carga horária de trabalho, o tempo de serviço, os rendimentos e a avaliação das condições de trabalho. Neste último caso, unicamente não se considerou a avaliação feita pelos médicos que atuam em seus consultórios, evitando um viés de resposta na sua avaliação (desejabilidade social). Os resultados são resumidos na Tabela 18 a seguir. É importante lembrar que as variáveis sexo, idade e local de residência foram controladas estatisticamente.

Tabela 18. Correlatos de aspectos do trabalho médico com a satisfação com a vida

ASPECTOS DO TRABALHO	SETOR EXERCÍCIO DA MEDICINA				
	Consultório	Privado	Público	Filantrópico	Docente
Carga horária	0,06*	-0,04	-0,11***	-0,01	0,02
Tempo de trabalho	0,20***	0,16***	0,19***	0,13*	0,18***
Rendimentos	0,14***	0,01	-0,11***	-0,15**	0,02
Condições de trabalho	-----	0,10**	0,17***	0,14**	0,23***

De acordo com a Tabela 18, a maior carga horária dedicada ao exercício da profissão médica está diretamente correlacionada com a satisfação com a vida entre aqueles que atuam em *consultório* ($r = 0,06$, $p < 0,05$). Porém, o faz inversamente entre os que trabalham no setor público ($r = -0,11$, $p < 0,001$). Nenhuma outra correlação foi observada entre estas variáveis com respeito aos outros três setores: *privado*, *filantrópico* e *docente* ($p > 0,05$). Consistentemente, o maior tempo de serviço, com independência do setor de atividade médica, associou-se com maior satisfação com a vida, com correlações variando de 0,13 ($p < 0,05$; setor *filantrópico*) a 0,20 ($p < 0,001$; *consultório*). Por outro lado, o montante de *rendimentos* obtidos está positivamente correlacionado com a satisfação com a vida entre os médicos que atuam no *consultório* ($r = 0,14$, $p < 0,001$), mas negativamente entre aqueles que exercem o seu ofício nos setores *público* ($r = -0,11$, $p < 0,001$) e *filantrópico* ($r = -0,15$, $p < 0,01$). Finalmente, coerentemente, a avaliação de condições de trabalho mais satisfatórias se correlacionou diretamente com a satisfação dos médicos com suas vidas, com coeficientes variando de 0,10 ($p < 0,05$; setor *privado*) a 0,23 ($p < 0,001$; atividade *docente*). Estes resultados permitem corroborar a *hipótese 3*.

De forma complementar, tentou-se, nesta oportunidade, conhecer se a satisfação que os médicos indicam ter com suas vidas poderia estar correlacionada com o *número de atividades* e os *plantões* (se o faz, há quantos anos e por quantas horas) em Medicina. Portanto, correlacionaram-se estas variáveis, controlando o sexo, a idade e o local de residência do médico. Enquanto o *número de atividades* ($r = 0,05$, $p = 0,08$) e os anos que os médicos têm se dedicado aos plantões ($r = -0,01$, $p > 0,05$) não se correlacionaram significativamente com sua satisfação com a vida, sim o fizeram inversamente o fato de ter *plantões* ($r = -0,11$, $p < 0,001$) e dedicar mais horas (*carga horária*) a estes ($r = -0,12$, $p < 0,001$). Percebe-se, assim, que a *hipótese 4* foi corroborada, pois o simples fato de ter atividades de plantão pode deteriorar a satisfação que os médicos apresentam com a vida.

Em resumo, o exercício da Medicina em consultório é mais favorável para o bem-estar dos médicos, especificamente para sua satisfação com a vida. Destaca-se, ainda, que a percepção de melhores condições laborais tende a reforçar este grau de satisfação, independentemente de onde o profissional exerça o seu ofício. Por outro lado, o trabalho de plantão, sobretudo os que demandam mais horas, parecem acarretar um deterioro na sua satisfação com a vida. Estes aspectos dão uma idéia do impacto do contexto laboral na satisfação com a vida dos médicos. Nesta direção, objetivando reunir mais evidências a respeito, no próximo tópico são considerados outros elementos do contexto laboral, concretamente as mudanças percebidas na profissão médica e como esta é vista em relação ao futuro.

5.2.4. Percepção de Mudanças na Profissão Médica e Satisfação com a Vida

Com o propósito de compreender como os médicos do Nordeste percebiam sua profissão e avaliavam as condições futuras do seu exercício profissional, apresentaram-se dois conjuntos de perguntas: (1) mudanças ocorridas nos últimos cinco anos e (2) palavras que definem o futuro da profissão. A seguir ambas são abordadas separadamente.

5.2.4.1. Mudanças Percebidas na Profissão nos Últimos Cinco Anos

Os médicos foram perguntados acerca de mudanças ocorridas na sua vida profissional nos últimos cinco anos, oferecendo-se seis aspectos que deveriam pontuar, conforme descritos na seção *instrumento: remuneração, condições de trabalho, autonomia profissional, poder médico, prestígio profissional e competência técnica*. Com o propósito de evitar redundância, leia-se multicolinearidade, decidiu-se previamente conhecer a possibilidade de reduzir estas informações para um único fator ou componente. Previamente, atestou-se a adequação de empregar esta técnica estatística de redução de dados [$KMO = 0,82$; *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2 (15) = 4.460,93$, $p < 0,001$], e logo se decidiu por uma análise de *componentes principais (CP)*, sem fixar o número de componentes a extrair ou o método de rotação.

A análise *CP* resultou em um único componente com valor próprio superior a 1 (critério de Kaiser), especificamente, 2,99, explicando 49,8% da variância total; as saturações dos itens variaram de 0,51 (*competência técnica*) a 0,83 (*poder médico*), apresentando o conjunto deles consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,79. Portanto, criou-se uma pontuação total de percepção de mudanças profissionais – indica mudanças avaliadas como positivas –, correlacionando-a com a satisfação dos médicos com suas vidas, controlando as três variáveis demográficas previamente assinaladas. Na

oportunidade, identificou-se uma correlação direta e significativa ($r = 0,32, p < 0,001$) entre as duas variáveis teorizadas, isto é, pontuação total de percepção de mudanças profissionais e satisfação com a vida. Portanto, quanto mais os médicos percebem como positivas as mudanças na sua profissão, maior sua pontuação em satisfação com a vida, ou vice-versa, corroborando a *hipótese 5*.

5.2.4.2. O Futuro da Profissão

Com o propósito de eliminar a possibilidade de multicolinearidade, procurou-se previamente checar a possibilidade de agrupar as quatro perguntas acerca do como se define o futuro da profissão médica. Deste modo, inicialmente, comprovou-se a adequação de se proceder com uma análise fatorial [$KMO = 0,72$; *Teste de Esfericidade de Bartlett*, $\chi^2(6) = 3.088,86, p < 0,001$], optando-se por uma análise de *componentes principais (CP)*. A priori não se definiu número de fatores a extrair ou método de rotação. Os resultados indicaram um único componente, que apresentou valor próprio de 2,37, explicando 59,3% da variância total. As saturações dos itens variaram de -0,61 (*competência*) a 0,87 (*pessimismo*), com Alfa de Cronbach para o componente de 0,76. A maior pontuação passou a ser indicação de maior *pessimismo*. Controlando-se o sexo, a idade e o local de residência dos médicos, pôde-se observar que a pontuação total no componente *pessimismo* se correlacionou inversamente com a satisfação com a vida indicada por estes profissionais ($r = -0,35, p < 0,001$).

Finalmente, as pontuações de satisfação com a vida, como obtidas a partir das respostas dos médicos, foram correlacionadas com três variáveis que refletem o exercício da sua profissão, a saber: *renda individual* ($r = 0,16, p < 0,001$), *desgaste percebido da atividade profissional* ($r = -0,33, p < 0,001$) e *satisfação com a especialidade principal em*

que atua ($r = 0,40$, $p < 0,001$). Mantiveram-se controladas nesta oportunidade as três variáveis demográficas previamente listadas. Deste modo, corroboraram-se as três últimas hipóteses deste estudo (*hipótese 7 a 9*).

Em resumo, a percepção dos médicos sobre as mudanças já ocorridas no exercício de sua profissão e da estimativa daquelas que ainda ocorrerão está fortemente associada com sua satisfação com a vida. Além disso, uma perspectiva negativa sobre o futuro da profissão relaciona-se inversamente com a satisfação com a vida destes profissionais. Esta, entretanto, também parece ser reflexo do resultado objetivo do seu trabalho (*rendimento econômico*), bem como da avaliação subjetiva que faz acerca do desgaste que implica ser médico e da satisfação que tem com a especialidade principal em que decidiu atuar.

5.3. Discussão

Este estudo teve seis objetivos específicos, lembrando: (1) conhecer a adequação psicométrica da *Escala de Satisfação com a Vida* entre médicos do Nordeste, (4) avaliar se a satisfação com a vida destes profissionais se correlacionava ou variava em função de variáveis demográficas, (5) conhecer a correlação de aspectos do trabalho com a satisfação com a vida, considerando diferentes setores de atuação dos médicos e (6) estimar em que medida a percepção da profissão médica se correlaciona com a satisfação que tais profissionais indicam ter com suas vidas. Confia-se que estes tenham sido alcançados, como pareceu evidente no decorrer dos resultados deste estudo. Cabe, deste modo, discutir seus resultados principais. Mas, previamente, parece pertinente realizar algumas ponderações acerca de suas limitações potenciais, como a seguir tratadas.

5.3.1. Limitações Potenciais

É possível que existam algumas limitações deste estudo, de natureza estritamente correlacional, impossibilitando estabelecer relações de causa e efeito ou generalizar os resultados para além do contexto em que os dados foram coletados. Nesta oportunidade, entretanto, levantam-se duas das limitações principais:

- *Técnica de coleta de dados.* Há que se reconhecer que a pesquisa foi realizada por meio da *Internet*, implicando que, apesar de todos os indivíduos (médicos) serem potenciais participantes da pesquisa, esta tendeu a atingir mais aqueles que possuem acesso à rede ou dela fazem uso comumente. Isso, sem dúvida, representa um viés no estudo, mas é, sobretudo, um problema em regiões menos desenvolvidas em termos tecnológicos, como podem ser alguns municípios da região Norte do país (Carneiro & Gouveia, 2004). Contra estes argumentos, não faltam vantagens da pesquisa realizada por esta via: (a) economia de tempo em receber as respostas; (b) possibilidade de maior privacidade e comodidade aos profissionais; (c) facilidade e rapidez em organizar o banco de dados a partir das respostas; (d) segurança oferecida em razão do sistema utilizado; e (e) maior controle dos respondentes, restringindo o acesso àqueles que não se enquadram nos critérios do estudo.

O uso massivo deste recurso de comunicação é uma realidade comum. Segundo Sabbatini (1999), os médicos estão utilizando cada vez mais o acesso à rede. Uma pesquisa recente relatada pelo autor revelou que 80% dos médicos de onze países da América do Norte, Europa e Ásia possuem computador e 44% utilizam regularmente a *Internet*. No Brasil, uma pesquisa do Ibope Mídia (2003), realizada com 15 mil entrevistados das principais capitais brasileiras, dentre elas: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife, Salvador, Porto Alegre, Curitiba, Brasília e Fortaleza, revelou uma preferência de

61% de acesso ao computador com Internet, que acesso a TV a cabo ou celular. Uma pesquisa realizada pela Vade Mecum Consultoria (2003), entre 2000 e 2001, com 465 profissionais, indicou que 82,1% responderam ter maior possibilidade de acesso à *Internet* em casa, 32,7% disseram também dispor desta facilidade no consultório e 28,1% em outros lugares.

- *Amostras.* Consideraram-se neste estudo 2.751 médicos, correspondendo a, aproximadamente, 6,7% do total de profissionais da região (41.186) quando da realização da pesquisa. Numericamente, esta é uma amostra que pode ser considerada representativa; porém, não se constituiu, precisamente, em amostragem aleatória, mas sim de conveniência, acidental. Este aspecto impõe uma limitação no momento de tentar generalizar os resultados, que precisam ser considerados ainda como contextuais, carecendo de estudos futuros que corroborem os resultados apresentados. Contudo, em razão da consistência dos resultados apresentados com aqueles de estudos prévios envolvendo médicos neste país (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007; Carneiro & Gouveia, 2004; Machado, 1996), não parece existir um padrão específico daqueles que decidiram por participar no estudo; além disso, compuseram as amostras tanto pessoas jovens, recentemente formadas, como profissionais com algum tempo de formação, homens e mulheres e com diferentes especialidades.

Considerando o anteriormente comentado, parece apropriado ter em conta o conjunto de resultados deste estudo, que reflete o impacto do contexto laboral dos médicos no seu bem-estar subjetivo, especificamente, sua satisfação com a vida. Desde modo, nos próximos tópicos se procuram discutir tais resultados.

5.3.2. Resultados Principais

5.3.2.1. Satisfação com a Vida e Lugar de Residência dos Médicos

Observou-se que a estrutura fatorial da medida de satisfação com a vida utilizada (Diner & cols., 1985), considerando-se o conjunto de participantes do Nordeste, reuniu evidências de validade fatorial e consistência interna. A porcentagem da variância total explicada foi maior que aquela observada quando da elaboração deste instrumento. Seu Alfa de Cronbach superou o ponto de corte que tem sido recomendado na literatura (0,70; Nunnally, 1991). Estes achados corroboram aqueles descritos por Pavot e Diener (1993) e, mais recentemente, Gouveia, Barbosa, Andrade e Carneiro (2004). Deste modo, comprova-se a que este instrumento mede efetivamente a avaliação geral que as pessoas (os médicos, neste caso) fazem de suas vidas.

A satisfação com a vida parece ser afetada pela idade do profissional, isto é, aqueles mais velhos experimentam maior satisfação com a vida que os mais jovens. Isso é coerente com o que descrevem Ehrlich e Isaacowitz (2002), tratando da dimensão geral de bem-estar subjetivo. No caso do sexo, no presente estudo os homens demonstraram maior satisfação com a vida. Este resultado, até certo ponto, era esperado, uma vez que as mulheres tendem a apresentar maiores indicativos de distúrbios psicológicos, tais como depressão e ideação suicida (Frank & Dingle, 1999). Porém, em estudos com amostras maiores e de outros grupos profissionais, a satisfação com a vida não foi afetada pelo sexo (Arrindell, Heesink & Feij, 1999; Carneiro & Gouveia, 2004; Pavot & Diener, 1993; Shevlin, Brunsten & Miles, 1998).

Os resultados demonstraram que a satisfação com a vida dos médicos no Nordeste é influenciada pelo contexto em que estes profissionais exercem seu ofício. Concretamente, expressam maior satisfação aqueles que residem em cidades do interior. Este resultado pode ser compreendido de duas formas: (1) em contextos com menor estresse, cuja vida é mais tranqüila, como presumivelmente são as cidades do interior, as pessoas costumam apresentar maior satisfação com suas vidas (Amos Jr., Hitt & Warner, 1982); e (2) em tais cidades e naqueles contextos de menor desenvolvimento econômico, são mais comuns padrões tradicionais de vida, valores normativos e adesão religiosa (Gouveia, Albuquerque, Clemente & Espinosa, 2002), e tais aspectos parecem garantir mais bem-estar e satisfação com a vida (Krause, 2004). Unicamente as pesquisas futuras permitirão avaliar em que medida cada um destes fatores pode explicar a satisfação com a vida de médicos residindo em cidades do interior quando comparadas com aquelas das capitais.

5.3.2.2. Satisfação com a Vida e Contexto de Atuação dos Médicos

A satisfação com a vida dos médicos se correlacionou diretamente com o exercício da profissão no *consultório* e setor *filantrópico*, tendo sido negativa com a atuação no setor *privado*. Não foram encontradas informações a respeito para compreender melhor estes resultados. No geral, atuar nos dois primeiros contextos pode evidenciar certa autonomia, uma escolha pessoal; pode-se, no primeiro caso particularmente, decidir o dia e a hora de trabalhar, a forma de fazê-lo etc. Estes aspectos revelam, pois, autonomia do profissional. Na literatura se reconhece que a autonomia pode aumentar a satisfação com a vida (Srivastava, Locke & Bartol, 2001; Young, 2006). Seguindo o mesmo raciocínio, no setor *privado*, submetido a regras de um empregador, esta autonomia não é consumada, o que pode levar a menor satisfação com a vida dos profissionais que atuam neste setor (Jaquacs

& Codo, 2002).

Foi observada uma correlação inversa entre satisfação com a vida e localização do trabalho. Desta forma, o exercício da profissão longe do lugar de residência acarreta um deterioro em relação à satisfação com a vida. Corroborar-se, deste modo, a *hipótese 2*. Estar mais perto de casa traz certo conforto ao profissional, pois este não precisa passar pelos inconvenientes de se deslocar grandes distâncias e estar demasiadamente longe da família para poder exercer sua profissão. A propósito, Edward e López (2006) observaram que o suporte familiar, que é evidente quando se está mais próximo de casa, funciona como um preditor eficaz de satisfação com a vida (ver também Resende, Bones, Souza & Guimarães, 2006). Na mesma direção, Rosen (1994) afirma que a satisfação com a vida pode ser potencializada quando a localização do trabalho não implica em desgaste ao profissional.

5.3.2.3. Os Setores de Atividade e os Plantões Médicos

Para os profissionais que atuam em consultório, quanto maior a carga horária mais estes se sentem satisfeitos com suas vidas. Isto não ocorre no caso de profissionais do setor público, uma vez que foi identificada correlação inversa entre satisfação com a vida e carga horária dos médicos neste setor. A carga horária extensa é um dos aspectos apontados pelos médicos no Brasil como agravante da insatisfação com sua profissão (Machado, 1997). Mendes (1986) e Martins (1991) também apontam a carga horária como um dos múltiplos estressores psicossociais no contexto do trabalho. No entanto, não foi encontrado qualquer que considerasse a relação entre carga horária e satisfação com a vida em função dos diferentes setores de atuação destes profissionais. Portanto, os resultados antes descritos merecerão atenção em estudos futuros.

O maior tempo de serviço correlacionou-se diretamente com a satisfação com a vida, independentemente do setor profissional. Este dado pode ser compreendido da seguinte forma: quanto mais tempo de serviço, maior estabilidade financeira e maturidade (Carneiro & Gouveia, 2004), favorecendo um sentido de realização, segurança, bem-estar subjetivo e, por extensão, satisfação com a vida (Lindfors, 2007). Os rendimentos, por sua vez, relacionam-se com a satisfação com a vida de forma direta para os profissionais que atuam no consultório. No entanto, para aqueles de setores público e filantrópico, observou-se uma relação inversa entre estas duas variáveis. Quando os rendimentos dos profissionais estão aquém de suas expectativas, estes parecem experimentar menor insatisfação com a vida, como sugerido por Carneiro e Gouveia (2004). Machado (1997) também constatou em seus estudos a insatisfação com a remuneração recebida como fruto do trabalho médico, o que pode ter sido uma explicação para a percepção de desgaste profissional por parte de alguns médicos.

Outro resultado que chama atenção na presente tese é que a avaliação das condições de trabalho relacionou-se com a satisfação com a vida. Mais especificamente, comprovou-se que quanto mais positiva esta avaliação, maior a satisfação dos médicos com suas vidas, independentemente do setor em que atuam. Pode-se afirmar que a *hipótese 3*, que previa que as pontuações na medida de satisfação com a vida estariam diretamente correlacionadas com a percepção favorável das condições de trabalho, foi corroborada. A literatura reforça esta constatação. A avaliação negativa das condições de trabalho pode ser entendida como um dos fatores de natureza mais subjetiva, tendendo a desencadear a insatisfação, o desconforto psicológico e o estresse (Borges, 2005; Forastieri & cols., 1983), sendo que sua avaliação positiva conduziria a maior satisfação com a vida.

Conhecer se a satisfação que os médicos indicam ter com suas vidas poderia estar correlacionada com o *número de atividades* e os *plantões* (se o faz, há quanto anos e por quantas horas) em Medicina corresponde à *hipótese 4*. Corroborando-a, constatou-se que a satisfação com a vida se correlacionou negativamente com o fato de ter *plantões*, mas também de se dedicar mais horas (*carga horária*) a estes. Os regimes de plantão, comuns em urgência e emergências, sobretudo os que demandam mais horas, parecem acarretar um deterioro na satisfação com a vida dos médicos, constatação também realizada por Carneiro e Gouveia (2004) e Barbosa, Andrade, Carneiro e Gouveia (2007). Estes últimos observaram que o trabalho realizado em regime de plantão é percebido pelos médicos como muito desgastante, uma vez que, aliado a isso, estão as péssimas condições em que se encontram algumas Unidades de Saúde, aumentando a percepção de insatisfação.

5.3.2.4. As Mudanças e o Futuro da Profissão

A percepção que os médicos têm acerca das mudanças ocorridas na sua vida profissional nos últimos cinco anos foi avaliada tendo em conta seis indicadores, a saber: *remuneração, condições de trabalho, autonomia profissional, poder médico, prestígio profissional e competência técnica*. Estes foram integrados em um único componente, permitindo extrair uma pontuação total que possibilitasse avaliar as pontuações dos participantes na variável de interesse, intitulada *percepção de mudanças profissionais*, e, posteriormente, relacioná-la com as pontuações na medida de satisfação com a vida. Os resultados atestam evidenciaram validade fatorial e consistência interna (Alfa de Cronbach) desta medida (Nunnally, 1991; Pasquali, 2003).

A percepção de mudanças positivas na profissão se correlacionou diretamente com a satisfação com a vida, corroborando a *hipótese 5*. A percepção de mudanças na profissão parece ser uma variável importante a ser considerada nos estudos sobre satisfação com a vida (Schraiber, 1991; Schraiber, Medici & Gonçalves, 1994). Uma correlação direta é indicativa de que uma percepção positiva de mudanças profissionais ocorridas nos últimos cinco anos está associada a uma maior satisfação com a vida. De fato, Calhoun (1980) e Greenberg (1987) já apontaram que a avaliação retrospectiva sobre as mudanças na profissão, especialmente nas condições de trabalho, nos recursos e nas mudanças tecnológicas estão relacionadas com o bem-estar subjetivo dos trabalhadores.

De forma semelhante ao que se fez para apreender a percepção que os médicos têm acerca das mudanças ocorridas, decidiu-se reunir as quatro perguntas sobre como se define o futuro da profissão médica. Isso permitiu contar com um único componente, cuja consistência interna (precisão, Alfa de Cronbach) e estrutura fatorial (análise de componentes principais) se revelaram psicometricamente adequados (Nunnally, 1991; Pasquali, 2003). Portanto, justificou-se considerar uma única pontuação, que passou a ser indicação do pessimismo acerca do futuro profissional. As pontuações dos participantes neste componente correlacionaram-se negativamente com a satisfação com a vida, indicando que quando estes avaliam com pessimismo o futuro da profissão se mostram menos satisfação com a vida. Deste modo, a *hipótese 6* foi corroborada. Este resultado seria esperado, de acordo com as observações de Machado (1997).

A *hipótese 7* foi corroborada, suportando a concepção de que as pessoas com maior renda individual podem apresentar maior satisfação. Contudo, como ficou evidenciado no *Capítulo 2*, isso não pode ser indicativo de que a riqueza trás, necessariamente, maior bem-estar. Por suposto, ter condições de vida adequada, como garantidas com um rendimento

digno, satisfatório, pode, no geral, produzir melhores sensações de bem-estar (Gómez & Morcöl, 2005), mas sempre que isso não implicar em perseguir continuamente metas extrínsecas, voltadas para cada dia ganhar mais, de forma incessante (Csikszentmihalyi, 1999; Kasser & Ahuvia, 2002; Kasser & Ryan, 1996).

A *hipótese 8* previa a correlação inversa entre o desgaste percebido na atividade profissional e a satisfação com a vida, sendo corroborada. Coerentemente, observou-se que quanto maior o desgaste percebido, menor a satisfação com a vida. Este resultado foi na mesma direção daquele apresentado Barbosa, Andrade, Carneiro e Gouveia (2007), os quais mostram que a percepção de desgaste laboral contribui para o deterioro da satisfação com a vida.

Finalmente, a *hipótese 9* previa a correlação direta entre a satisfação com a vida e a satisfação com a especialidade principal em que o médico atua, tendo sido igualmente corroborada. A satisfação que os profissionais apresentam com respeito a sua especialidade é uma variável de importante relação com a satisfação com a vida de profissionais de Medicina, principalmente porque, nesta categoria profissional, a especialização do trabalho é algo bastante característico (Carneiro & Gouveia, 2004). Estar satisfeito com sua especialidade significa sentir prazer em exercer a profissão a qual escolheu. Caberia, no entanto, considerar se existem diferenças em termos das especialidades. Diversos estudos têm sugerido que algumas especialidades médicas estariam mais propensas a experimentar desgaste laboral, estresse e insatisfação com a vida, como, por exemplo, aquelas que exigem o contato com aspectos sociais do paciente, críticas da família etc. (Moraes, 2002; Richings, Khara & McDowell, 1986; Wekstein, 1979).

6. Conclusões e Direções Futuras

O objetivo mais amplo da presente tese foi conhecer acerca do bem-estar subjetivo e das condições de trabalho de médicos. Neste sentido, procurou-se inicialmente conhecer aspectos do bem-estar subjetivo de profissionais de Medicina, comparando-os com aqueles de Enfermagem e Psicologia. Também foram observados aspectos do contexto laboral de profissionais da Medicina, avaliando em que medida variáveis deste contexto permitem compreender seu bem-estar subjetivo. Portanto, decidiu-se realizar dois estudos, cujas discussões pormenorizadas foram apresentadas previamente. Cabe, nesta oportunidade, evidenciar os resultados principais a respeito.

6.1. Achados Principais

O *Estudo 1* ofereceu evidências de adequação psicométrica de um conjunto de medidas acerca de bem-estar subjetivo e *burnout*. Contudo, este não foi o interesse ou a contribuição principal. Tal estudo contribuiu também com o conhecimento acerca da realidade de profissionais da saúde, especificamente os enfermeiros, psicólogos e, particularmente, os médicos. Neste sentido, embora os três grupos tenham apresentado indicadores equivalentes de bem-estar subjetivo, não se diferenciando entre eles, a avaliação do *burnout* entre estes profissionais permitiu perceber que os médicos apresentam maior deterioro, sobretudo como expresso no fator *despersonalização*. Portanto, a forma que tais profissionais encontram de lidar com a exaustão emocional é a maneira de se manter distante, frio em relação aos seus pacientes.

O *Estudo 2* permitiu saber que o contexto laboral dos médicos, inclusive o setor de atuação e local de residência, influencia sua satisfação com a vida. Neste sentido, embora, em princípio, se estime que o trabalho tenha reflexo mais diretamente no *burnout*, percebeu-se que também uma dimensão (cognitiva) importante do bem-estar pode ser

afetada por variáveis do contexto laboral. O exercício da profissão com maior autonomia, a remuneração mais digna e as melhores condições de trabalho podem promover a satisfação com a vida. Por outro lado, o exercício em regime de plantão, dedicando-se muitas horas a esta atividade repercute negativamente nesta satisfação. Esta, por sua vez, está diretamente correlacionada com uma visão otimista das mudanças na profissão e da percepção acerca do futuro da Medicina.

Por suposto, não se realizou nesta oportunidade qualquer estudo experimental. Portanto, desde um delineamento correlacional, não é possível afirmar causalidade; no entanto, parece mais plausível pensar que as condições e o contexto de trabalho antecedem a satisfação que os médicos expressam com suas vidas. Tal satisfação, por outro lado, pode manter uma relação complexa com avaliações acerca de mudanças e o futuro da profissão, podendo ser o resultado da percepção ou, inclusive, reforçá-la. Estes resultados, não obstante, precisam ser avaliados com cautela, como a seguir se enfatiza.

6.2. Limitações da Tese

Inicialmente, não se pode deixar de destacar que, em cada estudo desta tese, procurou-se contar com participantes médicos, incluindo também enfermeiros e psicólogos no *Estudo 1*. Neste estudo, consideraram-se unicamente profissionais que atuam em João Pessoa; no *Estudo 2*, contudo, participaram aqueles de todos os estados do Nordeste. Embora o número de participantes tenha sido pequeno no primeiro estudo, procurou-se selecioná-los aleatoriamente; no segundo estudo, porém, a amostra foi grande, mas os participantes foram considerados por conveniência ou disponibilidade de participarem do estudo. Em ambos os casos, o inconveniente é premente, restringindo qualquer

possibilidade de generalizar os resultados. A consistência destes com relação à literatura, entretanto, faz pensar na adequação destes estudos.

Destaca-se igualmente o fato de as técnicas para a coleta de dados, embora não inovadoras, são algo menos freqüentes. A pesquisa por Correios com médicos já tinha sido realizada no Brasil nos anos 1990 (Machado, 1996). Porém, foi a primeira vez, que se tenha conhecimento, que se realizou uma pesquisa de porte regional com os médicos por meio da *Internet*. Apesar da aceitação da pesquisa entre os profissionais médicos (Carneiro & Gouveia, 2004), não se descarta que este veículo de informação ainda pode gerar desconfiança quanto à finalidade e confidencialidade no tratamento das informações. Isso poderia ser esperado, uma vez que se trata de algo novo, bem como porque muito se tem falado na mídia sobre possibilidade de captura de informações confidenciais por usuários de *Internet*.

Outra limitação presumível da tese foi o teórico de referência. São ainda escassas no Brasil as informações acerca do bem-estar e *burnout* entre profissionais da saúde, especificamente os médicos (Benevides-Pereira, 2002b). Unicamente um estudo recente trata mais detalhadamente as informações a respeito, reunindo evidências empíricas, mas considera apenas os médicos (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007). Esta tese, portanto, não deixa de ser uma contribuição importante ao campo; mesmo apresentando certas limitações potenciais, oferece indícios que permitem pensar na saúde como campo de demanda cuidado, sobretudo com aqueles que deveriam promovê-la, mas que, por precariedade de suas condições laborais, os indicadores negativos de bem-estar e o *burnout* experimentado, não logram exercer seus ofícios com dignidade. Também oferece algumas dicas acerca de caminhos que necessitarão ser trilhados no futuro, como se procura ressaltar a seguir.

6.3. Perspectivas futuras

Replicar o *Estudo 1*, sobretudo, é fundamental. Como visto no *Marco Teórico*, as pesquisas sobre o bem-estar e o *burnout* entre os profissionais da saúde não são freqüentes. Menos ainda, contudo, são aquelas que procuram comparar estes profissionais em termos de tais construtos. Portanto, cabe realizar estudos novos, ampliando os tamanhos das amostras relativos a cada grupo, procurando, certamente, diferencia-los quando a algumas especialidades que fazem mais (por exemplo, psiquiatria, anestesiologia) e menos (por exemplo, clínica geral, dermatologia) prováveis os profissionais apresentarem deterioro no bem-estar subjetivo.

Considerar as estratégias de enfrentamento (*coping*) adotadas por diferentes profissionais e em razão de variáveis pessoais (por exemplo, traços de personalidade, valores) ou contextuais (por exemplo, tipo de formação, tempo de exercício profissional), pode ser igualmente importante. Talvez seja particularmente relevante para explicar o desenvolvimento e a magnitude com que os médicos e demais profissionais da saúde vivenciem o *burnout*, ou inclusive como o estresse laboral pode afetar seu bem-estar subjetivo.

A realização de pesquisa longitudinal, acompanhando os profissionais da saúde desde que ingressam em um serviço, realizando avaliações periódicas de seu bem-estar e *burnout*, pode ser uma decisão bastante acertada. Isso permitiria saber em que momento ou sob que condições têm início os primeiros sintomas ou sinais do *burnout*. É, seguramente, mais complicado realizar este tipo de estudo quando o propósito é atender um fim acadêmico, como a realização de uma dissertação ou tese. Porém, poder-se-ia criar programas de pesquisa em que o foco principal fosse a saúde dos profissionais responsáveis por promover a saúde da população. Neste marco, caberia igualmente avaliar as

conseqüências que os sinais de desgaste laboral de tais profissionais teriam na percepção e satisfação dos usuários dos serviços.

A humanização da saúde tem sido tema freqüente de debate (Backes, Kunardi & Lunardi-Filho, 2006), como também evidenciado no *Marco Teórico*. O que dizer a respeito da sua consolidação nos serviços e que implicações poderiam ter não somente para os usuários, mas, sobretudo, para os profissionais? Parte-se aqui da concepção de que, uma saúde de qualidade passa, necessariamente, por profissionais que desfrutem de bem-estar subjetivo, sendo expostos a menor nível possível de *burnout*. Seria importante desenvolver alguma estratégia que permitisse avaliar em que medida em determinado serviço ou setor a humanização tem sido implementada; isso, talvez, demandaria uma nova frente de pesquisa, criando um *Índice de Humanização em Saúde*, igual aos já consagrados *Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)* ou *Índice de Preço ao Consumido (IPC)*.

Finalmente, empregaram-se, principalmente, estatísticas exploratórias para compreender a realidade dos médicos. Não obstante, considerando os resultados previamente descritos na literatura e aqueles obtidos nos dois estudos desta tese, confia-se que existe a possibilidade de pensar em um modelo explicativo da “saúde dos médicos”, ao menos em termos de seus componentes mais psicológicos ou subjetivos. Por exemplo, por meio de modelagem por equações estruturais seria possível pensar, por exemplo, em um modelo que tomasse como referência as condições de trabalho dos médicos, relacionando-as com o *burnout* experimentado na consecução de suas atividades e, por último, avaliando suas implicações em relação aos indicadores do bem-estar subjetivo. Isso é claramente possível, embora demande ampliar as amostras, principalmente aquelas dos profissionais descritas no *Estudo 1*.

Em resumo, constatou-se nesta tese a necessidade da adoção de um sistema permanente de avaliação da situação da saúde dos médicos, de uma maneira geral, inclusive com ações que incorporem também a vigilância em saúde de demais profissionais envolvidos neste processo, a exemplo de enfermeiros e psicólogos. Assim, a realização de estudos, como os previamente relatados, trazem a tona elementos para uma reflexão mais respaldada sobre a situação atual dos médicos, promovendo maior visibilidade com relação a direcionamento de ações preventivas.

6.4. Aplicações Possíveis

O previamente comentado não é outra coisa que a sinalização de que esta tese, embora não tenha como foco principal resultar em conhecimentos aplicáveis, inegavelmente permite pensar em algumas possibilidades. Inicialmente, é possível que mais importante do que permitir qualquer generalização dos resultados previamente descritos, ofereceu-se um plataforma para refletir acerca das condições de trabalho e vida de médicos que atuam na região Nordeste, especialmente, em João Pessoa. Favorecem, ademais, um documento a partir do qual têm sido constatadas condições precárias de trabalho, reforçando estudos anteriores (Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007; Carneiro & Gouveia, 2004; Machado, 1996). Em termos de ações mais concretas, ao menos duas frentes podem ser identificadas:

- É possível que os profissionais da saúde, particularmente os médicos, tenham estado por anos empenhados em conhecer a saúde dos seus pacientes, esquecendo-se da sua própria, que quase nunca é objeto de preocupação social. Contudo, deveria ser justamente o contrário; a saúde da população deveria passar, necessariamente, por assegurar a saúde

daqueles que a promovem. O que dizer de um médico que usa drogas? Como poderia um médico ter atenção ao seu paciente apresentando um quadro severo de *burnout*? Se o médico apresenta ideação suicida e depressão, como pode transmitir para o paciente esperança em que o tratamento funcione? São estas apenas algumas indagações. A saúde do médico não deveria apenas ser objeto de pesquisa, mas, a partir mesmo dos dados, passar a fazer parte dos currículos de cursos de Medicina, procurando desde cedo conscientizar os profissionais sobre eventuais dificuldades na execução de suas atividades, estratégias de como resolvê-las e a importância de estar bem para assegurar uma assistência de qualidade.

- Considera-se aqui a possibilidade do desenvolvimento de programas mais voltados para a saúde dos médicos, mais especificamente, aqueles que tenham como objetivo a prevenção da síndrome de *burnout*. Tais programas, de treinamento ou mesmo tratamento, devem visar também o desenvolvimento de comportamentos mais pró-ativos e de resoluções de problemas mais práticos do dia-a-dia do profissional de saúde. De acordo com a literatura, medidas como estas podem acarretar resultados positivos (ver Barbosa, Andrade, Carneiro & Gouveia, 2007). No plano individual, os profissionais devem ser incentivados a adotar práticas de controle do nível de estresse e de cuidados com a saúde em geral, incluindo exercícios físicos e moderação na alimentação e ingestão de bebidas alcoólicas. Os governos federal, estaduais e municipais, assim como os sindicatos, os conselhos, as cooperativas e as associações podem incentivar tais ações, favorecendo ou levando a cabo campanhas de esclarecimento e acesso de profissionais a treinamento e atualização em saúde. Quem sabe, em última instância, oferecendo mesmo tratamento especializado que pode contribuir a recuperar a saúde do médico debilitado, favorecendo seu reingresso na profissão.

Neste ponto, cabe destacar a falta de atrativos na saúde pública por conta do sucateamento das instalações e das condições materiais para a realização das intervenções médicas necessárias. As condições atuais de trabalho afastam os profissionais de uma dedicação maior à sua saúde pública e, conseqüentemente, à saúde da população em geral. Esta situação é geradora de baixa auto-estima, mal-estar no ambiente laboral e facilitadora do surgimento de *burnout* nos profissionais de saúde. É importante lembrar que, quanto melhor os profissionais perceberem as condições de trabalho, mais valorizam a auto-expressão e a realização pessoal, bem como a busca pela justiça no trabalho. Além disso, um maior entusiasmo tende a promover maior envolvimento para enfrentar as dificuldades impostas pelo dia-a-dia laboral. São muito bem-vindos investimentos que conduzam a uma melhoria da motivação no trabalho, recuperem os valores profissionais e o significado do trabalho, o que pode diminuir a incidência da síndrome de *burnout* e, assim, melhorar o bem-estar subjetivo daqueles que trabalham para manter e promover a saúde das pessoas (Benevides-Pereira, 2002b).

Enfim, a conclusão desta tese não é um ponto final, mas interrogações e direções que devem inquietar os interessados na temática. Se lograr despertar o afã de conhecer mais acerca das condições de trabalho de profissionais da saúde, terá cumprido seu papel de geradora de conhecimento; se possibilitar pensar acerca de um modelo explicativo, terá ido mais além, servindo de base para, eventualmente, um programa de pesquisa; mas, se despertar o interesse daqueles que fazer a Medicina, zelando por seu exercício profissional, seguramente terá alcançado o máximo possível, servindo de apoio concreto para lutas e decisões que visem promover o bem-estar dos médicos.

7. Referências

- A'Brook, M. F., Hailstone, J. D. & McLauchlan, I. E. J. (1967). Psychiatric illness in the medical profession. *British Journal of Psychiatry*, *113*, 1013-1023.
- Abreu, K. L., Stoll, I., Ramos, L. S., Baumgart, R. A. & Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *22*, 22-29.
- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. & Kurdek, L. A. (1988) Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *19*, 624-631.
- Agarie, C. A., Lopes, P. S. & Cordás, T. A. (1983). Suicídio, "Doença das condições do trabalho" entre médicos e estudantes de medicina. *Arquivos de Medicina ABC*, *6*, 5-7.
- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20*, 153-164.
- Albuquerque, F. J. B., Noriega, J. A. V., Coelho, J. A. P. M., Neves, M. T. S., & Martins, C. R. (2006). Valores humanos como preditores do bem-estar subjetivo. *Psico-PUCRS*, *37*, 131-137.
- Alvarez Gallego, E. & Fernández Rios, L. (1991). El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatria*, *11*, 257-265.
- Alves Filho, A. & Borges, L. O. (2005). Motivação no trabalho para os profissionais de saúde do SUS em Natal. Em L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 199-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alwim, D. F. & Campbell, R. T. (1987). Continuity and change in methods of survey data analysis. *Public Opinion Quarterly*, *52*, 127-138.
- Amorim, C. & Turbay, J. (1998). Qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout. Associação Brasileira de Psicologia Social (Org.), *Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO* (p. 70). Curitiba: ABRAPSO.

- Amos Jr., O. M., Hitt, M. A. & Warner, L. (1982). Life satisfaction and regional development: A case study of Oklahoma. *Social Indicators Research*, *11*, 319-331.
- Andrade, L. O. M. & Martins Júnior, T. (1999). Saúde da família: Construindo um novo modelo. A experiência de Sobral. *Revista Sobralense de Políticas Públicas*, *1*, 7-17.
- Andrews, F. M., & Whitey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of quality of life*. New York: Plenum Press.
- Andrews, F., & Robinson, J. (1991). Measures of subjective well-being. Em J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrihtsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 61-114). San Diego, CA: Academic Press.
- Araújo, I. C. (2004). Programa Saúde da Família. Recuperado em 24 de Novembro de 2004 de <http://www.odonto.com.br/coluna.asp?cod=30>
- Arches, J. (1991). Social structure, *burnout* and job satisfaction. *Social Work*, *36*, 202-206.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 354-373). New York: Russell Sage Foundation.
- Armstrong, J. S., & Lusk, E. J. (1987). Return postage in mail surveys. *Public Opinion Quarterly*, *51*, 233-248.
- Associação Americana de Psiquiatria. (1995). *Manual de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV)*. (4 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Babbie, E. (2001). *Métodos de pesquisas de Survey*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Backes, D. V., Kunardi, V. L., & Lunardi-Filho, W. D. (2006). A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, *14*, 132-135.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, *25*, 725-739.

- Banks, M. H., Clegg, C. W., Jackson, P. R., Kemp, N. J., Stafford, E. M., & Wall, T. D. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187-194.
- Barbosa, G. A., Andrade, E. O., Carneiro, M. B., & Gouveia, V. V. (2007). *A Saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Bastos, A. V. B. (1994). *Comprometimento no trabalho: a estrutura dos vínculos do trabalhador com a organização, a carreira e o sindicato*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Bastos, A. V. B., & Achcar, R. (1994). Dinâmica profissional e formação do psicólogo: Uma perspectiva de interação. In R. Achar (Org.), *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 245-271). São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia.
- Benavides, S. S. (2000). *Qualidade de vida no trabalho e a gestão estratégica de recursos humanos: O projeto "Vivendo bem" da Van Den Bergh*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Benevides-Pereira, A. (2003). O Estado da arte do *burnout* no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 4-11.
- Benevides-Pereira, A. M. T. & Moreno-Jiménez, B. (2002). O burnout e o profissional de Psicologia. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 68-75.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (1994). *Características de personalidade de profissionais da área de psicologia: uma contribuição à seleção e/ou orientação a estudantes de psicologia*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). *A saúde mental de profissionais de saúde mental*. Maringá: EDUEM.

- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002a). Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp.21-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002b). O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças: O Burnout em um grupo de médicos. In Benevides-Pereira, A. M. T. (Org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o Bem-estar do trabalhador* (pp. 105-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. T., & Moreno-Jiménez. (2002). O burnout em um grupo de psicólogos brasileiros. In A. M. T. Benevides Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benjamin, S., Decalmer, P., & Haran, D. (1982). Community screening for mental illness: a validity study of the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 140, 174-180.
- Biehl, K. A. (2007). *Saúde mental em profissionais da psicologia: síndrome de burnout em psicoterapeutas e/ou professores*. Tese de Doutorado, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Biswar-Diener, R. & Diener, E. (2001). Making the best of a bad situation: Satisfaction in the slums of Calcutta. *Social Indicators Research*, 55, 329-352.
- Bock, A. M. B. (1997). Formação do psicólogo: Um rebate a partir do significado do fenômeno psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17, 37-43.
- Boore, J. R. P. (1981). The physical science in nursing. Em P. J. Smith (Org.), *Nursing science in nursing practice* (pp. 150-164). London: Butterworths.
- Borges, L. O. (2005). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Borges, L. O. & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica, 1*, 17-27.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Branco, M. T. C. (1998). Que profissionais queremos formar? *Psicologia: Ciência e Profissão, 18*, 28-35.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M. & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 646-653.
- Bruce, S. (2004). Physician burnout: A pilot study. *New Zealand Medical Student Journal, 1*, 14-19.
- Bruner, J. (1997). *Actos de significado: Para uma psicologia cultural*. Tradução Vanda Prazeres. Lisboa: Edições 70.
- Brunner, L. (1983). *Enfermería médico-quirúrgica*. Mexico, DF: Interamericana.
- Burbeck, R., Coomber, S., Robinson, S. M. & Todd, C. (2002). Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: A national survey of levels of stress at work. *Emergency Medicine Journal, 19*, 234-238.
- Burke, R. J., Greenglass, E. R. & Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: Effects of work stress, social support and self-doubts on burnout and its consequences. *Anxiety, Stress and Coping, 3*, 261-275.
- Büssing, A. & Glaser, J. (2000). Four-stage model of the core factors of burnout: the role of work stressors and work-related resources. *Work & Stress, 14*, 329-346.
- Buunk, B. P. & Schaufelli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. Em W. B. Schaufelli, C. Maslach & T. Mareck (Orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). Washington, DC: Taylor &

Francis.

- Byrne, B. M. (1993). The Maslach Burnout Inventory: Testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 197-213.
- Calhoun, G. (1980). Hospitals are high - stress employers. *Hospitals*, 54, 171-176.
- Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., Wall, B. & Almond, S. (2001). Mental health and stress in the workplace: The case of general practice in the UK . *Social Science and Medicine*, 52, 499-507.
- Cameron, C. (1973). Theory of fatigue. *Ergonomics*, 16, 633-648.
- Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Carlotto, M. S. (1999). *Síndrome de burnout: Um tipo de estresse ocupacional*. Porto Alegre: ULBRA.
- Carneiro, M. B. & Gouveia, V. V. (2004). *O médico e o seu trabalho: Aspectos metodológicos e resultados do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151-155.
- Carvalho, A. I. (1995). *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/IBAM.
- Carver, C. S. & Scheirer, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Cassorla, R. M. S. (1991). *Da morte*. Campinas, SP: Papyrus.

- Catell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral research, 1*, 245-276.
- Chaves, S. S. S. (2003). *Valores como preditores do bem-estar subjetivo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.
- Chaves, S. S. S. (2007). *O bem-estar subjetivo e os valores humanos em músicos e advogados da cidade de João Pessoa*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. Em W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Chiavenato, I. (1995). *Recursos humanos*. São Paulo: Editora Atlas.
- Codo, W. & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é *burnout*? Em W. Codo (Org.), *Educação: Carinho e trabalho* (pp. 237-254). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Colford, J. M. & Litt, R. C. (1989). The revealed sleeve of care: Managing the stress of residency training. *JAMA, 261*, 889-893.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2007). *Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: Una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)*. Recuperado em 26 de Janeiro de 2008 de http://europe.osha.eu.int/systems/strategies/future/com2002_es.pdf.
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A. & Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 406-413.
- Conselho Federal de Psicologia. (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

Conselho Federal de Psicologia. (1992). *Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil*.

Recuperado em 08 de Fevereiro de 2008 de http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/atr_prof_psicologo.pdf.

Conselho Federal de Psicologia. (1992). *Atribuições profissionais dos psicólogos no Brasil*.

Recuperado em 08 de fevereiro de 2008 de http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/atr_prof_psicologo.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2008). *Regulamenta a Lei nº 4.119, de agosto de 1962,*

que dispõe sobre a Profissão de Psicólogo. Recuperado em 13 de Fevereiro de 2008 de http://www.pol.org.br/legislacao/leg_normatizacao.cfm

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2002). *Mercado de Trabalho*

Médico no Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP.

Cordes, C. L. & Dougherty, T. W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 632-636.

Correia, A. G. (1997). *O burnout nos profissionais dos Centros de Atendimento de*

Toxicodependentes: Causas e conseqüências. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Costa, L. S. M., & Pereira, C. A. A. (2007). Bem-estar subjetivo: Aspectos conceituais.

Arquivos Brasileiros de Psicologia, 59, 0-0. Recuperado em 29 de Janeiro de 2008 de <http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=188&layout=html>

Covolan, M. A. (1996). Stress ocupacional do psicólogo clínico: Seus sintomas, suas fontes

e as estratégias utilizadas para controlá-lo. In M. A. Lipp (Org.), *Pesquisas sobre stress no Brasil* (pp. 225-240). São Paulo: Papirus.

- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. P. (1993). *Burnout*, health, work stress, and organizational healthiness. Em W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout* (pp. 177-193). Washington: Taylor & Francis.
- Cruz, E. B. S., Simões, G. L. & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, 181-188.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *Psicologia da felicidade*. São Paulo: Saraiva.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 54, 821-827.
- Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 169-179.
- Dâmaso, R. (1995). Saber e práxis na reforma sanitária – Avaliação da prática científica no movimento sanitário. Em S. F. Teixeira (Org.), *Reforma sanitária: em busca de uma teoria* (pp. 61-90). São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro.
- De Marco, O. L. N., Rossi, E. & Millan, L. R. (1992). Considerações acerca do “erro médico” e de suas implicações psicológicas. *Revista ABP-APAL*, 14, 67-70.
- Delgado, A. C. (1993). Revisión teórica del *burnout* – o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *Canoas*, 2, 47-65.
- DeNeve, K. M. & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Deutsch, C. J. (1985). A survey of therapists' personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 305-315.
- Diário Oficial da União. (1990). *Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 que Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o*

- funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.* Recuperado em 18 de Janeiro de 2008 de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>
- Dias, M. (1994). *Informar os doentes oncológicos: Uma perspectiva de intervenção em psicologia da saúde - áreas de intervenção e perspectivas futuras.* Braga: Apport.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. (1996). Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 30, 389-399.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. Em D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E. & Suh, E. M. (1999). National differences in subjective well-being. Em D. Kahneman, E. Diener & N. Schwartz (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 434-450). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Diener, M. & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.

- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276-302.
- Diogo, M. J. D. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica*, *13*, 395-399.
- Donnângelo, M. C. F. (1999). *Medicina e sociedade - o médico e o seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira.
- Druck, M. G. (1999). *Terceirização: (des)fordizando a fábrica*. Salvador, BA: EDUFBA.
- Dubé, L., Jodoin, M. & Kairouz, S. (1998). On the cognitive basis of subjective well-being analysis: What do individuals have to say about it? *Canadian Journal of Behavioural Science*, *30*, 1-13.
- Edward, L. M. & López, S. J. (2006). Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in Mexican American youth: A mixed-methods exploration. *Journal of Counseling Psychology*, *53*, 279-287.
- Ehrlich, B. S. & Isaacowitz, D. M. (2002). Does subjective well-being increase with age? *Perspectives in Psychology*, *5*, 20-26.
- Farber, B. (1983). Psychotherapists' perceptions of stressful patient behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, *14*, 697-705.
- Farber, B. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *Clinical Psychologist*, *38*, 10-13.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the American teacher*. São Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Farber, B. A. & Heifeltz, L. J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: a factor analytic study. *Professional Psychology: Research and Practice*, *12*,

621-630.

- Farber, B. A., & Heifeltz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 13*, 293-301.
- Fazio, A. F. (1977). *A concurrent validation study of the NCHS general well-being schedule*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M. & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 138-150.
- Firth, J. (1985). Personal meanings of occupational stress: cases from clinic. *Journal of Occupational Psychology, 58*, 139-148.
- Fiske, S. (1992). Thinking is for doing: portraits of social cognition from daguerreotype to laserphoto. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 877-889.
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R. & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública, 36*, 431-438.
- Fleiss, J. L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.
- Forastieri, V. (2002). Evidence against a relationship between dermatoglyphic asymmetry and male sexual orientation. *Human Biology, 70*, 143-156.
- França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (1997). *Stress e trabalho: Guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Frank, E. & Dingle, A. D. (1999). Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1887-1894.
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa, 18*, 433-444.

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. & Richelson, G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. New York: Bantam Books.
- Galambos, G. A., Pethebridge, A. M., Manicavasagar, V. K. & Johnson, S. (2004). *Doctors' mental health: A literature review of the pattern and causes of mental disorder in doctors*. Recuperado em 08 de Setembro de 2006 de http://members.optushome.com.au/drgg/gg/int/draftlit_rv.htm
- Garcés De Los Fayos, E., López-Soler, C. & Garcia Montalvo, C. (1994). El síndrome del burnout y su evaluación: una revisión de los principales instrumentos de medida. *Revista del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*, 9, 93-107.
- Garcia Izquierdo, M. (1993). El estrés en contextos laborales: efectos psicológicos de los nuevos estresores. Em B. Vidal (Coord.), *Estrés y psicopatología* (pp. 59-96). Madrid: Pirámide.
- García, J. C. (1984). La categoría trabajo en la medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, 23, 5-17.
- García, M. S. O., Cabeza, I. G. & Fernandez, L. M. (1998). *Burnout* en profesionales de salud mental. *Anales de Psiquiatria*, 14, 48-55.
- Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. Em L. Levi (Org.), *Society Stress and disease* (pp. 147-168). Oxford: Oxford University Press.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 12, 43-50.

- Giacomoni, C. H. & Hutz, C. S. (1997). A mensuração do bem-estar subjetivo: Escala de Afeto Positivo e Negativo e Escala de Satisfação de Vida. Em Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.), *Anais XXVI Congresso Interamericano de Psicologia* (p. 313). São Paulo: SIP.
- Gil, C. R. R., Silva, A. M. R., Campos, J. J. B. & Baduy, R. S. (2001). Avaliação em saúde. Em S. M., Andrade, D. A., Soares & C. L. Júnior (Orgs.), *Bases da saúde coletiva* (pp.125-132). Londrina: UEL.
- Gil-Monte, P. R. (1993). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Revista do Departamento de Psicología Básica, Metodología, Psicobiología y Psicología Social da Universidad de Valencia*, 45, 46-57.
- Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madri: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. & Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. In Seven European Congress on Work and Organizational Psychology (Org.), *Anais do Sétimo Congresso Europeu em Psicologia do Trabalho e Organizacional* (p. 147). Hungria: LTF.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavior Science*, 19, 461 – 481.
- González, B. O. (1995). El síndrome de “burnout” (“Quemado”) o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 1, 189-194.

- Google Acadêmico. (2007). *Categorias profissionais*. Recuperado em 07 de Dezembro de 2007 de <http://scholar.google.com.br>
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goulart, F. A. A. & Carvalho, G. C. M. (1998). *Os médicos e a saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Gouveia, V. V. (1991). *Survey pelo correio sobre percepção de barulho ambiental: variáveis técnicas e de conteúdo*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de Brasília, Brasília.
- Gouveia, V. V. (2003). A natureza motivacional dos valores humanos: Uma nova tipologia. *Estudos de Psicologia*, 8, 431-443.
- Gouveia, V. V. (2004). Valores e atitudes dos estudantes de medicina. Em A. J. P. Pimentel, E. de O. Andrade & G. A. Barbosa (Orgs.), *Os estudantes de medicina e o ato médico* (pp. 49-63). Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Gouveia, V. V. & Günther, H. (1995). Taxa de resposta em levantamento de dados pelo correio: O efeito de quatro variáveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1, 163-168.
- Gouveia, V. V., Albuquerque, F. J. B., Clemente, M. & Espinosa, P. (2002). Human values and social identities: A study in two collectivist cultures. *International Journal of Psychology*, 37, 333-342.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Andrade, E. O. & Carneiro, M. B. (2005). Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 298-305.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S da S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V. & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 201-310.

- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. da S., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V. & Andrade, P. R. (2003). Valores humanos y salud general: Aportaciones desde la psicología social. Em M. A. Vidal (Coord.), *Psicosociología del cuidado* (pp. 19-38). Moncada, Valência: CEU.
- Gouveia, V. V., Fonseca, P. N., Lins, S. L. B., Lima, A. V. & Gouveia, R. S. V. (2008). Escala de Bem-estar Afetivo no Trabalho (JAWS): Evidências de validade fatorial e consistência interna. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, no prelo.
- Gray-Toft, P. & Anderson, J. (1981). Stress among hospital nursing staff; its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15, 639-647.
- Greenberg, J. (1987). *Comprehensive stress management*. Dubuque, IOWA: William C. Brown Publishers.
- Grol, R., Mokkink, H., Smits, A., Van Eijk, J., Beek, M., Mesker, P. & Mesker-Nielsen, J. (1985). Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice*, 2, 128-135.
- Gİtmez, A. S. & Morcöl, G. (2005). Socio-economic status and life satisfaction in Turkey. *Social Indicators Research*, 31, 77-98.
- Guedea, M. T. D. (2002). *Bem-estar subjetivo em idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.
- Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common factor analysis. *Psychometrika*, 19, 149-162.
- Harrington, J. M. & Shannon, H. S. (1975). Mortality study of pathologists and medical laboratory technicians. *British Medical Journal*, 4, 329-332.

- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S., & Deeks, J. J. (2001). Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiological Community Health, 55*, 296-300.
- Helliwell, P. J. (1983). Suicide amongst anaesthetists in training. *Anaesthesia, 38*, 1097.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. New York: Mcmillan.
- Herrero, L. H., González, J. L. R. & Martín, M. J. R. R. (2001). *Estrés laboral y variables biomédicas*. Recuperado em 16 de Outubro de 2007 de www.psiquiatria.com/congreso
- Hobfoll, S. E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: a general stress theory applied to *burnout*. In W. B. Shaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout* (pp. 115-129). Washington. Taylor & Francis.
- Hoeymans, N., Garssen, A. A., Westert, G. P. & Verhaak, P. F. M. (2004). Measuring mental health of the Dutch population: A comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and Quality of Life Outcomes, 2*, 1477-7525.
- Hunter, W. M. (1968). *Recent advances in endocrinology*. London: Ed. V. H. T.
- Ibope Mídia. (2003). *Aquisição de computador com acesso à internet é prioritária em relação a TV paga e telefone celular*. Recuperado em 14 de Fevereiro de 2008 de <http://www.ibope.com.br>
- Index Psi. (2007). *Anti-social e delitivo*. Recuperado em 07 de Dezembro de 2007 de <http://www.psi.bvs.br>
- Insrán, F. F. N. (2004). *Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes de um pré-vestibular comunitário: Contribuições da Psicologia Humanista e da Pedagogia Progressista*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Ismail, K., Sloggett, A. & De Stavola, B. (2000). Do common mental disorders increase cigarette smoking? Results from five waves of a population-based panel cohort study. *American Journal of Epidemiology*, *152*, 651-657.
- Iwanicki, E. F. & Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, *41*, 1167-1174.
- Jaquacs, M. G. & Codo, W. (2002). *Saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Jeammet, P., Reynaud, M. & Consoli, S. (2000). *Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Jones, R. A. & Murphy, E. (1979). Severity of psychiatric disorder and the 30-item General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, *134*, 609-616.
- Kahill, S. (1988). Interventions for burnout in the helping professions: A review of empirical evidence. *Canadian Journal for Counseling Review*, *22*, 310-342.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, *20*, 141-151.
- Kammann, R. & Flett, R. (1983). Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness. *Australian Journal of Psychology*, *35*, 259-265.
- Kasser, T. & Ahuvia, A. (2002). Materialistic values and well-being in business students. *European Journal of Social Psychology*, *32*, 137-146.
- Kasser, T. & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 410-422.
- Kasser, T. & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22*, 280-287.

- Kleinman, A. & Cohen, A. (1997). Psychiatry's global challenge. *Scientific American*, 276, 86-89.
- Kovács, M. J. (2002). Os profissionais de saúde e educação e a morte. Em M. J. Kovács (Org.), *Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais de saúde e educação* (pp. 23-70). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Krause, N. (2004). Common facets of religion, unique facets of religion, and life satisfaction among older African Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59, 109-117.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (1986). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro*. Tese de Doutorado, Universidade Pontifícia de Salamanca, Espanha.
- Leal, M. (1998). *Stress e burnout*. Porto: Medi Bial.
- Leite, S. (1997). Psicólogo e algumas práticas no serviço público estadual de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17, 35-39.
- Leiter, M. P. & Harvie, P. L. (1996). Burnout among mental health workers: A review and a research agenda. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42, 90-111.
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, 297-308.
- Leiter, M. P. & Meechan, K. A. (1986). Role structure and burnout in the field of human services. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 22, 47-52.
- Lever, J. P. (2004). *Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo*. México, DF: Universidad Iberoamericana.

- Levine, D. M., Berelson, M. L. & Stephan, D. (2000). *Estatística: Teoria e aplicações usando o Microsoft Excell em Português*. Rio de Janeiro: LTC.
- Levy J. A., Arouca, E. G. & Cerqueira, L. A. (1998). Síndrome da fadiga crônica. *Revista Paulista de Medicina*, 6, 31-34.
- Lewinsohn, P. M., Redner, J. E. & Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: new perspectives. Em F. Strack, M. Argyle & N. Schwaiz (Orgs.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 78-102). London: Pergamon Press.
- Lima, A. A., Fisman, A., Portella, C. M., Almeida, Y. A., Salomão, F. P., Geoffroy, R. M. G. & Figueira, I. (2007). Negligência das classificações diagnósticas atuais com os fenômenos dissociativos do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 139-143.
- Lindfors, P. M., Meretoja, O. A., Töyry, S. M., Luukkonen, R. A., Elovainio, M. J. & Leino, T. J. (2007). Job satisfaction, work ability and life satisfaction among Finnish anesthesiologists. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51, 815-822.
- Lindstorm, K. (1992). Work organization and well being of Finnish health care personel. *Scandinavian Journal of work Environement and Health*, 2, 90-93.
- Lino, B. H. (1978). A fadiga. Em Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Org.), *Anais do Congresso Nacional De Prevenção de Acidentes de Trabalho* (pp. 101-114). São Paulo: FUNDACENTRO.
- Lipp, M. (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus.
- Lopes, P. (1997). Formação em Enfermagem e cidadania. *Enfermagem em Foco*, 26, 37-42.

- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Luz, M. T. (1994). As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. Em R. Guimarães & R. Tavares (Org.), *Saúde e sociedade no Brasil* (pp. 131-152). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Maccue, J. D. (1982). The effects of stress on physicians and their medical practice. *New England Journal of Medicine*, 306, 458-463.
- Machado, M. H. (1996). *Perfil dos médicos no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz / CFM-MS / PNUD.
- Machado, M. H. (1997). *Os médicos no Brasil: Um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Machado, M. H. (2000). Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. *RAP*, 34, 133-146.
- Maddux, J. F., Hoppe, S. K. & Costello, R. M. (1986). Psychoactive substance use among medical students. *American Journal Psychiatry*, 143, 187-191.
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D. & César, C. L. C. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1639-1648.
- Mari, J. J. & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 148, 23-26.

- Marques, A. C. P. R. & Alves, H. N. P. (2002). O uso de álcool e outras substâncias com potencial de abuso. Em Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP) (Org.), *Desgaste físico e mental do cotidiano médico*. São Paulo: SIMESP.
- Martins, L. A. (1990). Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. *Boletim de Psiquiatria*, 22, 9-15.
- Martins, L. A. (1991). Atividade médica: Fatores de risco para a saúde mental do médico. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*, 20, 355-364.
- Martins, L. A. (1995). Vicissitudes do exercício da medicina e saúde psicológica do médico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, 39, 188-193.
- Martins, L. A. (1998). Morbidade psicológica e psiquiátrica entre médicos. Em F. M. Agosto, R. Peixoto & R. Bordin (Orgs.), *Riscos da Prática Médica*. Porto Alegre: Da Casa Editora.
- Martins, M. C. A. (2003). *Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar*. Recuperado em 12 de Fevereiro de 2007 de <http://ipv.pt/millennium/milenium28/18.htm>
- Marziale, M. H. P. (1990). *Estudo da fadiga mental de enfermeiros atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34, 11-24.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensionalidade perspective. Em W. B. Shaufeli, C. Maslach & T. Marek (Orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. Em C. L. Cooper (Org.), *Theories of organizational stress* (pp.68-85). Manchester: Oxford University.

- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837- 851.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *The Truth About Burnout*. New York: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C. & Leiter, M. (1999). *Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste*. Campinas, SP: Papirus.
- Maslach, C. & Schaufelli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. Em W. B. Schaufelli, C. Maslach & T. Marek (Orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-18). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mawardi, B. H. (1979). Satisfactions, dissatisfactions and causes of stress in medical practice. *JAMA*, 241, 1483-1486.
- Maxwell, S. A. M. (2001). *Designing and developing an intervention to maximise the coping resources of doctors working with trauma patients at Johannesburg General Hospital*. Dissertação de Mestrado, Universidade Africana de Rand, África do Sul.
- May, H. J. & Revich, D. A. (1985). Professional stress among family physicians. *Journal of Family Practice*, 20, 165-171.

- McIntyre, T. M. (1994). *Le domaine de la psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Meleiro, A. M. A. da S. (1999). *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*, 13, 79-89.
- Mendes, E. V. (1986). *A evolução histórica da prática médica. Suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica*. Belo Horizonte, MG: PUC-MG/FINEP.
- Mendes, E. V. (1995). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Em E. V. Mendes (Ed.), *Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (pp. 19-92). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Merlo, A. R. C. & Lapis, N. L. (2007). A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 19, 61-68.
- Michielsen, H. J., De Vries, J., Heck, G. L. V., van Vijver, F. J. R. & Sijtsma, K. (2004). Examination of the dimensionality of fatigue. The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 39-48.
- Millan, L. R., De Marco, O. L. N., Rossi, E., Millan, M. P. B. & Arruda, P. V. (1999). Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. Em L. R. Millan, O. L. N. De Marco, E. Rossi & P. V. Arruda (1999), *O Universo Psicológico do Futuro Médico* (pp. 156-179). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Millan, L. R., Rossi, E. & De Marco, O. L. N. (1990). O suicídio entre estudante de medicina. *Revista Hospitalar e Clínica da Faculdade de Medicina de São Paulo*, 45, 145-149.

- Miller, N. & McGowen, R. (2000). The painful truth: physicians are not invincible. *South Medical Journal*, 93, 966-973.
- Mills, L. B. & Huebner, E. S. (1998). A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and *burnout* among school psychology practitioners. *Journal of School Psychology*, 36, 103-120.
- Ministério da Saúde. (1998). *Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS. Portaria nº 3.120, de 30 de outubro de 1998*. Recuperado em 02 de Fevereiro de 2008 de <http://portaldesus.cict.fiocruz.br/>
- Miranda, P. S. C. & Queiroz, E. A. (1991). Pensamento suicida e tentativa de suicidio entre estudantes de medicina. *Revista ABP-APAL*, 13, 157-160.
- Mokken, A. (1971). *Theory and procedure of scale analysis with applications in political research*. New York: De Gruyter.
- Moore, K. A. & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 82-89.
- Moraes, C. V. (2000). *Avaliação da Síndrome de Esgotamento Profissional - "Burnout" - em trabalhadores de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Moreno, B. J., Bustos, R. R., Matallana, A. A. & Mirrales, C. T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo*, 13, 185-207.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. & González, J. L. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: El CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 151-171.

- Moura, E. P. G. (1999). A psicologia (e os psicólogos) que temos e a psicologia que queremos: Reflexões a partir das propostas de diretrizes curriculares (Mec/Sesu) para os cursos de graduação em psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 19, 10-19.
- Moura, M. A., Peixoto, R. & Agosto, F. M. (1998). A saúde ocupacional dos médicos. Em F. M. Agosto, R. Peixoto & R. Bordin (Orgs.), *Riscos da Prática Médica* (pp. 65-81). Porto Alegre: Da Casa Editora.
- Nascimento Sobrinho, C. L. & Nascimento, M. A. (2002). *Trabalho e saúde dos médicos*. Em *Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo* (Org.), *Desgaste físico e mental do cotidiano médico*. São Paulo: Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo.
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: Hacia una psicología positiva en la América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 55-74.
- Nics, L. F. (1998). Managed care. *Médicos HC/FAMUSP*, 1, 97-105.
- Nix, G. A., Ryan, R. M., Manly, J. B. & Deci, E. L. (1999). Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 266-284.
- Nogueira-Martins, L. A., Fagnani Neto, R. & Macedo, P. C. M. (2004). The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: A preliminary report. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37, 1519-1524.
- Novaes, H. M. (1990). *Ações integradas de saúde nos Sistemas Locais de Saúde - SILOS*. São Paulo: PROAHSA.
- Nunes, R. (1989). *As alterações psicológicas induzidas pelo stress profissional nos enfermeiros*. Monografia não-publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Nunnally, J. C. (1991). *Teoría psicométrica*. México: Trillas.

- Omodei, M. M. & Wearing, A. J. (1990). Need satisfaction and involvement in personal projects: Toward an integrative model of subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 762-769.
- Organização Mundial da Saúde. (1992). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Organizacion Mundial de la Salud. (1960). *Documentos básicos*. Genebra: OMS.
- Otta, E. & Fiquer, J. T. (2004). Bem-estar subjetivo e regulação de emoções. *Psicologia em Revista*, 10, 144-149.
- Paim, J. S. (1992). Marco conceitual para análise da prática médica. Salvador, BA: FAMED/UFBA.
- Paim, J. S. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto de problemas? *Revista de Saúde Pública*, 32, 299-316.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J. & Ramos, A L. M. (1994). Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): Adaptação brasileira. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10, 421-437.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadeantes del estrés laboral*. Salamanca, Espanha: Endema.
- Pepe-Nakamura, A. P. (2002). *Síndrome de burnout: Estudo de variáveis sócio-demográficas, psicossociais e patologia*. Tese de Doutorado, Universidade de Santiago de Compostela, Espanha.

- Pereira, C. A. A. (1997). Um panorama histórico-conceitual acerca das dimensões de qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 49, 32-48.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola.
- Phillips, J. R. (1984). Faculty burnout. *American Journal of Nursing*, 9, 1525-1526.
- Pilowski, L. & O'Sullivan, G. (1989). Mental illness in doctors. *British Medical Journal*, 298, 269-70.
- Pimentel, D. (2005). *O sonho do jaleco branco*. Aracaju, SE: Editora da UFS.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existencial perspective. Em W. B. Schaufelli, C. Maslach & T. Mareck (Orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-50). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Pines, A. M. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Piper, B. F. (1986). Fatigue. Em V. K. Carrieri, A. M. Lindsey & C. W. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness* (pp. 219-234). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Pitta, A. (1990). *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Potempa, K. M. (1993). Chronic fatigue. *Annual Review Nursing Research*, 11, 57-76.
- Pouvoirville, G. (1999). Public health research: between science and action? *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 889-894.
- Power Analysis and Sample Size. (2003). *Sample Size Calculator*. Recuperado em 17 de Outubro de 2005 de <http://www.opinionsearch.com/cgi-bin/calc.pl>

- Rabin, S., Feldman, D. & Kaplan, Z. (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 159-169.
- Ramos, A. G. (1989). *A nova ciência das organizações*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Rapkin, B. D. & Fischer, K. (1992). Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults' personal. *Psychology and Aging*, 7, 138-149.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J. & Ryan, R. M. (2000). Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S. & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*, 5, 0-0. Recuperado em 25 de Janeiro de 2008 de http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_serial&lng=pt&pid=1870-350X&nrm=is
- Reuben, D. B. (1985). Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Archives Internal Medicine*, 145, 286-288.
- Rhodes, V., Watson, P. & Hanson, B. (1988). Patients' descriptions of the influence of tiredness and weakness on self-care abilities. *Cancer Nursing*, 11, 186-194.
- Ribeiro, L. F., Rebelo, M. T. & Basto, M. L. (1996). O texto e o contexto nas tendências de enfermagem. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 25-29.
- Ribeiro, R. B., Bastos, P. G., Widolin, L. C. & Nucci, F. (1992). Existe fadiga em terapia intensiva no Rio de Janeiro? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 4, 7-10.
- Rich, C. L. & Pitts, F. N. (1980). Suicide by psychiatrists: A study of medical specialists among 18,730 consecutive physician deaths during a five-year period 1967-72. *Journal of Clinic Psychiatric*, 41, 261-263.

- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: Métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Richings, J. C., Khara, G. S., & McDowell, M. (1986). Suicide in young doctors. *British Journal of Psychiatry*, *149*, 475-478.
- Rosa, C. & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de *burnout* e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, *8*, 1-15.
- Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO.
- Ross, M. (1973). Suicide among physicians - a psychological study. *Disease of the Nervous System*, *31*, 145-150.
- Rossi, A. S. & Rossi, P. H. (1990). *Of human bonding: Parent-child relations accross the life course*. Nova York: Aldine de Gruyter.
- Russo, N. F. & Dabul, A. J. (1997). The relationship of abortion to well-being. Do race and religion make a difference? *Professional Psychology: Research and Practice*, *28*, 23-31.
- Ryan, A. H. (1994). Varieties of fatigue. *American Journal Psychology*, *57*, 565-569.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, *25*, 54-67.
- Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2000b). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happines and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166.
- Ryan, R. M. & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, *65*, 259-565.

- Ryan, R. M., Chirkov, V. I., Little, T. D., Sheldon, K. M., Timoshina, E. & Deci, E. L. (1999). The American dream in Russia: Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1509-1524.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sabbatini, R. M. E. (1999). Os médicos, os pacientes e a internet. *Médico Repórter*, 7. Recuperado em 10 de Abril 2007 de www.nib.unicamp.br/papers/reporter-medio-07.htm
- Sampson, J. (1990). Stress survey of clinical psychologists in Scotland. *British Psychological Society Scottish Branch Newsletter*, 11, 10-14.
- Santos, M. F. S., Martins, F. C. & Pasquali, L. (2000). Escala de auto-registro de depressão pós-parto. Em C. Gorenstein, L. H. S. Andrade & A. W. Zuardi (Orgs.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 97-103). São Paulo: Lemos.
- Sarriera, J. C., Schwarcz, C. & Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: Análise fatorial da escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 293-306.
- Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Ancel, P. Y. & Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress on year alter childbirth in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 185-191.

- Scardovi, A., Rucci, P., Gask, L., Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G. B. & Ferrari, G. (2003). Improving psychiatric interview skills of established GPs: Evaluation of a group training course in Italy. *Family Practice*, 20, 363-369.
- Schaufelli, W. B., Van Dierendonck, D. & Van Gorp, K. (1996). Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. *Work and Stress*, 3, 225-237.
- Schaufelli, W. (1999). Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15, 147-171.
- Schaufelli, W. B. & Buunk, B. P. (1996). Professional burnout. Em M. J. Schabracq, J. M., Winnubst & C. L. Cooper (Orgs.), *Handbook of Work and Health Psychology* (pp. 311-346). London: Wiley.
- Schaufelli, W. B. & Buunk, B. P. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. Em M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). New York: John Wiley & Sons.
- Schaufelli, W. & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis - Issues in occupational health*. Nottingham, UK: Tom Cox and Amanda Griffiths.
- Schernhammer, E. S. & Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (Metaanalysis). *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295-2302.
- Schutte, P. S. & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 549-559.
- Schraiber, L. B. (1991). Profesión médica representación, trabajo y cambio. *Educación Médica y Salud*, 25, 58-71.

- Schraiber, L. B. (1992). *O trabalho médico e a clínica na medicina moderna*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde.
- Schraiber, L. B. (1993). *O médico e o seu trabalho: Limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC.
- Schraiber, L. B., Medici, A. C. & Gonçalves, R. B. (1994). El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos e tecnológicos. *Educación Médica y Salud*, 28, 20-52.
- Scott, C. & Hawk, J. (1986). *Heal thyself: The health of healthcare professionals*. New York: Brunner-Mazel.
- Scott, J. (1992). História das mulheres. Em P. Burke (Org.), *A escrita da história: Novas perspectivas* (pp. 63-95). São Paulo: Editora da Universidade Estadual de Campinas.
- Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *American Journal Psychiatry*, 154, 1641-1647.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventário "Burnout" de Maslach*. Madri: TEA.
- Seligman, M. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology – An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Sheldon, K. M. & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531-543.
- Shinn, M. & Morch, H. (1983). A tripartite model of coping with burnout. Em B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 150-168). New York: Pergamon Press.

- Shoröder, M., Martín, E., Fontanais, M. D. & Mateo, D. (1996). Estrés ocupacional em cuidados paliativos de equipes catalãs. *Medicina Paliativa*, 3, 170-175.
- Silva Júnior, A. G. (1998). *Modelos tecnoassistenciais em saúde - O debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Silva, V. F., Argolo, J. C. T. & Borges, L. O. (2005). Exaustão emocional nos profissionais de saúde da rede hospitalar pública de Natal. Em L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 247-258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simon, H. J. (1968). Mortality among medical students, 1947-1967. *Journal Medicine Educational*, 43, 1175-1780.
- Skalla, K. A. & Lacasse, C. (1992). Fatigue and the patient with cancer: what is it and what can I do about it ?. *Oncology Nursing Forum*, 19, 1540-1541.
- Smrdel, A. C. S. (2003). Experiencing professional strains of nurses, radiation engineers and physicians working at the Institute of Oncology in Ljubljana. *Radiology and Oncology*, 37, 249-255.
- Solórzano, I. M. (1991). *Padrões de resposta e taxa de participação em levantamentos de campo: Aplicação ao problema do ruído urbano*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Soriano, J. B. (1995). Satisfação e sentido: uma análise do trabalho do professor de educação física. Em Universidade Estadual de São Paulo (Org.), *Anais do Simpósio de Educação Física da UNESP* (pp. 45-88). Rio Claro, SP: UNESP.
- Srivastava, A., Locke, E. A. & Bartol, K. M. (2001). Money and subjective well-being: It's not the money, it's the motives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 959-971.

- Stalman, W. A. B., van Essen, G. A., & van Der Graaf, Y. (2001). Determinants for the course of acute sinusitis in adult general practice patients. *Postgraduate Medical Journal*, 77, 778-782.
- Stella, M. I. J. (2001) As exigências do trabalho do novo milênio, como fator desencadeante das neuroses profissionais. In Sociedade Interamericana de Psicologia da Saúde (Org.), *Anais do Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde* (p. 96). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Sullivan, P. & Buske, L. (1998). Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. *Canadian Medical Association Journal*, 159, 54-58.
- Talbott, G., Benson, D. & Benson, E. (1980). Impaired physicians- The dilemma of identification. *Postgraduate Medicine*, 68, 56-64.
- Tamayo, A. (2001). Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 127-147.
- Tamayo, M. R. (2002). *Burnout: Relações com a afetividade negativa, o coping no trabalho e a percepção de suporte organizacional*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Tamayo, R. M. (1997). *Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Tarnopolsky, A., Hand, D. J., Mclean, E. K., Roberts, H. & Wiggins, R. D. (1979). Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. *British Journal of Psychiatry*, 134, 508-515.
- Tenório, F. (1995). Considerações sobre a assistência no Instituto de Psiquiatria da UFRJ'. *Cadernos Ipub*, 1, 65-89.

- Thompson, M. S., Page, S. L. & Cooper, C. L. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Thompson, N., Stradling, S., Murphy, M. & O'neill, P. (1996). Stress and organization culture. *British Journal of Social Work*, 26, 647-665.
- Thorton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *The Journal of Psychology*, 126, 261-271.
- Toomingas, S. (2003). The Health Among Swedish Healthcare Workers. In H. M. Hasselhorn, A. Toomingas, & M. Lagerstrom (Eds.), *Occupational Health for Health Care Workers* (pp. 84-111). Amsterdam: Elsevier.
- Ullmann, D., Phillips, R. L., Beeson, W. L., Dewey, H. G., Brin, B. N., Kuzma, J. W., Mathews, C. P. & Hirst, A. E. (1991). Cause-specific mortality among physicians with differing life-styles. *JAMA*, 265, 2352-2359.
- Vade Mecum Consultoria. (2003). *IATROS – Os médicos e a informática*. Recuperado em 10 de Abril de 2006 de <http://www.vademecum.com.br/iatros/medinfo.htm>
- Vaillant, G. E., Sobowale, N. C., & McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New Engenering Journal of Medicine*, 287, 372-375.
- Valko, R. J., & Clayton, P. J. (1975). Depression in the internship. *Disease Nervous System*, 36, 26-29.
- Varma, V. P. (1997). *Stress in psychotherapists*. Londres & New York: Routledge.
- Vasconcellos, M. P. C. (1995). *Memórias da saúde pública: A fotografia como testemunha*. São Paulo: Hucitec.
- Viera, A. O., López, S. S. & Barrenechea, A. V. (2007). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud e Trabajo*, 7, 34-39.

- von Vultée, P. J. (2004). *Physicians' work environment and health: a prospective controlled intervention study of management development programs targeting female physicians*. Tese de Doutorado, Universidade Uppsala, Suécia.
- Warr, P., Barter, J. & Brownbridge, G. (1983). On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 644-651.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Waterson, D. J. (1976). Psychiatric illness in the medical profession: incidence in relation to sex and field of practice. *Canadian Medicine Assistance*, 115, 311-317.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Wekstein L. (1979). *Handbook of suicidology*. New York: Brunnel/Magel.
- White, L. & Edwards, J. N. (1990). Emptying the nest and parental well-being: an analysis of national panel data. *American Sociological Review*, 55, 235-242.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support and burnout. Em W. B. Schaufelli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). New York: Taylor & Francis.
- World Health Organization. (1994). *WHO Technical Report Series*. Gênova: WHO
- Yamamoto, O. H. & Campos, H. R. (1997). Novos espaços, práticas emergentes: Um novo horizonte para a psicologia brasileira? *Psicologia em Estudo*, 2, 89-111.
- Yamamoto, O. H. & Gouveia, V. V. (2003). *Construindo a psicologia brasileira: Desafios da ciência e prática psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Yoshitake, H. (1971). Relations between the symptoms and feeling of fatigue. *Ergonomics*, *14*, 175-186.

Yoshitake, H. (1978). There are characteristic patterns of subjective fatigue symptoms. *Ergonomics*, *21*, 231-233.

Young, K. W. (2006). Perceived freedom and life satisfaction for people with long-term psychiatric illness. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, *10*, 129-137.

Zurriaga, R. & Luque, O. (1995). *Formación en psicología social para non psicólogos*. Valencia: N.A.U. Libres.

Anexos

Anexo I. Escala de Afetos Positivos e Negativos

INSTRUÇÕES. A seguir você encontrará uma lista com dez **estados emocionais**. Para cada uma deles, pedimos-lhe que **indique o quanto você o tem experimentado ultimamente**. Faça isso escrevendo um número no espaço ao lado de cada emoção / adjetivo, segundo a escala de resposta abaixo, de acordo com a sua opinião. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

1	2	3	4	5	6	7
Nada	Muito Pouco	Pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito	Extremamente

01. _____ Feliz
02. _____ Deprimido
03. _____ Satisfeito
04. _____ Frustrado
05. _____ Raivoso
06. _____ Divertido
07. _____ Preocupado
08. _____ Otimista
09. _____ Infeliz
10. _____ Alegre

Anexo II. Escala de Vitalidade Subjetiva

INSTRUÇÕES. Por favor, leia as afirmações que se seguem. **Considerando como se sente atualmente, pedimos-lhe que indique em que medida cada uma delas é verdadeira no seu caso.** Faça isso anotando um número no espaço que antecede cada afirmação, segundo a escala de resposta abaixo.

1	2	3	4	5	6	7
Nada			Mais ou Menos			Totalmente
Verdadeiro			Verdadeiro			Verdadeiro

1. _____ Sinto-me vivo e cheio de vitalidade.
2. _____ Não me sinto muito disposto.
3. _____ Algumas vezes me sinto tão vivo a ponto de transbordar.
4. _____ Tenho energia e disposição.
5. _____ Desejo viver cada novo dia.
6. _____ Quase sempre me sinto disposto e ativo.
7. _____ Sinto-me vitalizado.

Anexo III. Questionário de Saúde Geral, QSG-12

INSTRUÇÕES. Gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um **X** a resposta que a seu ver corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Lembre que queremos conhecer os problemas recentes e atuais, não os que você tenha tido no passado. É importante que você **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS**.

VOCÊ ULTIMAMENTE:

1 – Tem podido concentrar-se bem no que faz?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| (1) Mais do que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos que o de costume |

2 – Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o costume |

3 – Tem sentido que tem um papel útil na vida?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Mais útil que o de costume | (3) Menos útil que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos útil que o de costume |

4 – Tem se sentido capaz de tomar decisões?

- | | |
|---------------------------|--|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que o de costume |

5 – Tem notado que está constantemente agoniado e tenso?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

6 – Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o de costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

7 – Tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que de costume |

8 – Tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?

- | | |
|---------------------------|--|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que o de costume |

9 – Tem se sentido pouco feliz e deprimido(a)?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

10 – Tem perdido confiança em si mesmo?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

11 – Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

12 – Sente-se razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos que o de costume |

Anexo IV. Escala de Satisfação com a Vida

INTRUÇÕES. Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de **1** a **7**, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

7 = Concordo Totalmente

6 = Concordo

5 = Concordo Ligeiramente

4 = Nem Concordo nem Discordo

3 = Discordo Ligeiramente

2 = Discordo

1 = Discordo Totalmente

01. _____ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.
02. _____ As condições da minha vida são excelentes.
03. _____ Estou satisfeito (a) com minha vida.
04. _____ Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida.
05. _____ Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.

Anexo V. Escala de Avaliação da Fadiga

INTRUÇÕES. Abaixo são apresentadas dez afirmações acerca de como você pode se sentir no seu dia-a-dia. Para cada afirmação você deve escolher uma das cinco alternativas de resposta que se apresentam ao lado, variando de **1 = Nunca** a **5 = Sempre**.

5 = Sempre

4 = Frequentemente

3 = Algumas vezes

2 = Raramente

1 = Nunca

01. _____ Sinto-me incomodado devido à fadiga.
02. _____ Fico cansado muito rapidamente.
03. _____ Não faço muitas coisas durante o dia
04. _____ Tenho suficiente energia para o meu dia-a-dia.
05. _____ Sinto-me exausto fisicamente..
06. _____ Tenho problemas para começar coisas..
07. _____ Tenho problemas em pensar claramente..
08. _____ Não sinto vontade de fazer nada.
09. _____ Sinto-me exausto mentalmente.
10. _____ Posso me concentrar bem quando estou fazendo algo.

Anexo VI. Inventário de *Burnout* de Maslach

INSTRUÇÕES. Por favor, leia atentamente cada uma das afirmações a seguir e indique o quanto **experimenta no seu trabalho** (atividade profissional) **o que é relatado. Tome como referência os últimos 30 dias.** Dê sua resposta de acordo com a escala abaixo, anotando ao lado de cada afirmação o número correspondente.

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------|-----------|---------------|----------------|--------|
| Nunca | Raramente | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
-
01. ___ Sinto-me emocionalmente decepcionado (a) com meu trabalho.
 02. ___ Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado (a).
 03. ___ Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.
 04. ___ Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.
 05. ___ Sinto que estou tratando algumas pessoas, as quais tenho que atender no meu trabalho, como se fossem objetos impessoais.
 06. ___ Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.
 07. ___ Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.
 08. ___ Sinto que meu trabalho está me desgastando.
 09. ___ Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas através do meu trabalho.
 10. ___ Sinto que me tornei mais duro(a) com as pessoas desde que comecei este trabalho.
 11. ___ Fico preocupado (a) que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.
 12. ___ Sinto-me muito vigoroso (a) no meu trabalho.
 13. ___ Sinto-me frustrado (a) com meu trabalho.
 14. ___ Sinto que estou trabalhando demais.
 15. ___ Sinto que realmente não me importa o que ocorre com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.
 16. ___ Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.
 17. ___ Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável com as pessoas que tenho que atender.
 18. ___ Sinto-me estimulado (a) depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.
 19. ___ Tenho conseguido muitas coisas valiosas nesse trabalho.
 20. ___ Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.
 21. ___ No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.
 22. ___ Parece-me que os receptores do meu trabalho (clientes, pacientes) culpam-me por alguns de seus problemas.

Anexo VII. Informações Sócio-econômicas

INSTRUÇÕES. Finalmente, gostaríamos de conhecer algo mais acerca dos nossos participantes. Não é necessário identificar-se, sendo as respostas tratadas no conjunto.

- 01. Idade:** _____ anos **02. Sexo:** Masculino Feminino
- 03. Est. Civil:** Casado/Convivente Solteiro Viúvo Separado/Divorciado
- 04. Religião:** Católica Protestante Espírita Nenhuma Outra: _____
- 05. O quanto você é religioso?** (circule) Nada 0 1 2 3 4 Muito
- 06. Em comparação com as pessoas da sua cidade, você diria que é da...** (circule)
- | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|--------------|---|---|---|-------------|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Classe baixa | | | Classe média | | | | Classe alta | | |
- 07. Qual o seu curso de graduação?** _____
- 08. Em que ano concluiu sua graduação?** _____
- 09. Desde que se formou, esteve desempregado?** Não Sim
- 10. Por quantos meses?** _____
- 11. Qual sua situação laboral atual?** (marque uma única opção)
- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Empregado | <input type="radio"/> Desempregado | <input type="radio"/> Aposentado |
| <input type="radio"/> Abandonou a profissão | <input type="radio"/> Afastado temporariamente | <input type="radio"/> Outra: _____ |
- 12. Qual a especialidade principal em que atua?** _____
- 13. Indique em qual(is) setor(es) você exerce sua ocupação principal.**
- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Hospital | <input type="radio"/> Posto de saúde | <input type="radio"/> Ambulatório | <input type="radio"/> Clínica particular |
| <input type="radio"/> Empresa privada | <input type="radio"/> Inst. de ensino | <input type="radio"/> Outro: _____ | |
- 14. Quantas atividades profissionais você tem?** (indique em número): _____
- 15. Considerando todas as atividades realizadas, quantas horas por semana você costuma trabalhar?** _____ horas
- 16. Você trabalha em regime de plantão?**
 Não Sim... **17. Quantas horas por semana?** _____ horas
- 18. Considerando todas as atividades desempenhadas no âmbito da sua profissão, qual sua renda mensal aproximada?** (em reais): R\$ _____
- 19. Quanto você acha que deveria receber mensalmente?** R\$ _____
- 20. Você tem outra fonte de renda além da obtida com sua profissão?**
 Não Sim
- 21. Se pudesse recomeçar, você mudaria de profissão?** Não Sim

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)