



Revista Bioética

ISSN: 1943-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Farias de Oliveira, Gislene; Alves Barbosa, Genário; Cunha de Souza, Luana Elayne; Lima Pereira da Costa, Carolina; de Carvalho Rodrigues Araújo, Rafaella; Gouveia, Valdiney V.

Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais

Revista Bioética, vol. 17, núm. 2, 2009, pp. 319-334

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533249013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Satisfação com a vida entre profissionais da saúde: correlatos demográficos e laborais

Gislene Farias de Oliveira

Genário Alves Barbosa

Luana Elayne Cunha de Souza

Carolina Lima Pereira da Costa

Rafaella de Carvalho Rodrigues Araújo

Valdiney V. Gouveia

Resumo O presente estudo realizado com profissionais da saúde na cidade de João Pessoa/PB, Brasil, entre janeiro e julho de 2007, teve o objetivo de conhecer a relação entre variáveis demográficas e laborais com o bem-estar subjetivo, especificamente a *satisfação com a vida*. Procurou mostrar que o papel de algumas variáveis pode ser diferente em razão do tipo de profissão. Para isso, contou com a participação de 246 profissionais: 81 médicos, 67 enfermeiros e 98 psicólogos, que apresentaram idade média de 42,8 anos ($dp = 11,54$), sendo a maioria do sexo feminino (81%). O instrumento utilizado foi a *Escala de Satisfação com a Vida* (ESV), por meio da qual se pôde confirmar as hipóteses propostas. Neste sentido, percebeu-se a correlação da satisfação com a vida com as variáveis renda pessoal (positiva) e desejo de mudar de profissão (negativa).

Palavras-chave: Pessoal de Saúde. Satisfação pessoal. Condições de trabalho.



Gislene Farias de Oliveira

Psicóloga, doutora em Psicologia Social, professora da Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará, Brasil



Genário Alves Barbosa

Médico, especialista em Psiquiatria e doutor em Psiquiatria Infantil, professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Brasil

Embora a riqueza seja comumente percebida como fonte de felicidade, ela não é a própria felicidade. A comprovação da hipótese do *Sonho Americano*, isto é, a constatação de que o êxito profissional e a riqueza não trazem necessariamente a felicidade ou o bem-estar subjetivo reforça esse argumento^{1,2}. Neste artigo não interessam como fim os aspectos objetivos do bem-estar (por exemplo, salário, emprego, casa), mas o impacto que possam ter no bem-estar subjetivo, especificamente, na satisfação que profissionais da saúde possam ter com suas vidas. Procura-se mostrar, entretanto, que o papel de algumas variáveis pode ser diferente em razão do tipo de profissão: médico, enfermeiro ou psicólogo. Neste sentido, demanda-se considerar inicialmente estas três profissões e, logo, conceituar o que se entende por satisfação com a vida.

Os profissionais da Saúde

Já não é possível pensar a saúde como um conceito estrito, reduzido ao tratamento e a cura de algum problema de



Luana Elayne Cunha de Souza
Acadêmica em Psicologia, bolsista
Prolicen na Universidade Federal
da Paraíba (UFPB), João Pessoa,
Brasil



Carolina Lima Pereira da Costa
Acadêmica em Psicologia, bolsista
Prolicen na Universidade Federal
da Paraíba (UFPB), João Pessoa,
Brasil



Rafaella de Carvalho Rodrigues Araújo
Acadêmica em Psicologia,
monitora da disciplina Técnicas de
Exame Psicológico na Universidade
Federal da Paraíba (UFPB), João
Pessoa, Brasil



Valdiney V. Gouveia
Psicólogo, doutor em Psicologia
Social, professor da Universidade
Federal da Paraíba (UFPB), João
Pessoa, Brasil

natureza orgânica. De fato, a saúde envolve múltiplos aspectos da realidade, como sociais, ambientais, orgânicos, psicológicos etc. Deste modo, não é prudente fechar os olhos para a diversidade de profissionais da saúde, categoria que parece ampliar-se a cada dia, como nos casos, por exemplo, dos biomédicos, radiologistas, optometristas. Contudo, interessam aqui três áreas profissionais – Medicina, Enfermagem e Psicologia – nas quais esteve focado este estudo.

Os médicos

O trabalho médico se centra, basicamente, no corpo humano e sua composição anatomofisiopsicológica. Porém, tal corpo não deve ser visto apenas como um conjunto de células, mas sim como um corpo vivo em sociedade, investido de valor. No caso da Medicina, os meios utilizados para interpor o objeto de trabalho podem ser tanto os objetos instrumentais, como bisturis e medicamentos, como meios subjetivos, como conhecimento clínico ^{3,4}.

Historicamente, prestígio e respeitabilidade estão presentes nas carreiras dos médicos, tanto por causa da forma autônoma e individualizada de trabalho quanto pela relação existente entre médico e paciente. Por outro lado, a submissão de tais profissionais às regras impostas pelos sistemas de assistência à saúde (por exemplo, ritmo intenso de trabalho, instabilidade no emprego, jornadas prolongadas, salários não satisfatórios, pressão diante da obrigação de aliviar a dor dos pacientes e ter a morte como situação rotineira) pode acarretar desgastes, físicos e psicológicos. O acúmulo de empregos, bem como a possibilidade de perda da autonomia no trabalho, desencadeiam pessimismo e incerteza nos médicos ^{5,6,7}. Ou seja, o que deveria lhes trazer prazer e satisfação, acaba por originar desprazer, sentimento de insignificância, impotência e outros estressores para a saúde e o bem-estar ⁸.

Um dos primeiros estudiosos a pesquisar sobre os problemas de saúde dos médicos foi Vailant ⁹, que procurou considerar

aspectos laborais e psicológicos. Em pesquisa recente realizada em todo o Brasil, Barbosa, Andrade, Carneiro e Gouveia ¹⁰ encontraram indícios de sensação de fadiga e ideação suicida nos médicos, esta com taxa algo mais elevada do que a constatada na população em geral ¹¹.

Os enfermeiros

Desde a sua origem a profissão de Enfermagem parece estar ligada à noção de *cuidar*. Uma das definições clássicas a respeito foi formulada por Virginia Henderson ¹², que define que o enfermeiro deve ajudar o doente na satisfação de suas necessidades, favorecendo o seu auto-cuidado, ou seja, proporcionando ao indivíduo alcançar a independência anterior ao quadro em que se encontra.

Os enfermeiros ocupam seu tempo em uma multiplicidade de tarefas e atividades polivalentes, dada a burocracia que impera nos serviços de saúde, principalmente os públicos ¹³. Assim, tais profissionais tendem a ser constantemente dominados por uma sensação de ambivalência, em razão de não conseguirem realizar aquilo que lhes compete, devido, principalmente, à quantidade enorme de tarefas que obrigatória e cotidianamente devem executar em tempo útil. Quando percebida, esta realidade provoca sentimentos de irritação e frustração nos enfermeiros, que se sentem condicionados por fatores do contexto, os quais podem levá-los à margem do seu ideal profissional e pessoal ¹⁴.

O trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar compreende atividades desenvolvi-

das em circunstâncias potencialmente estressantes, que podem acarretar problemas diversos: desmotivação, insatisfação profissional, absentismo, rotação e tendência ao abandono da profissão ¹⁵. Algumas características do trabalho destes profissionais podem predispor a estes problemas, a exemplo do trabalho por turnos, da sobrecarga de trabalho e das relações com outros profissionais e pacientes.

Os psicólogos

O Conselho Federal de Psicologia foi criado em 1971 pela Lei 5.766 ¹⁶, que define as características da profissão. Segundo este regulamento, o psicólogo é o profissional que faz o diagnóstico, tratamento e prevenção de transtornos emocionais e da personalidade; estuda o comportamento humano; realiza pesquisas ligadas aos problemas psicológicos e recomenda o tratamento adequado; projeta e realiza experimentos; cria e aplica testes psicológicos para determinar características pessoais, interpretando os dados obtidos e fazendo as recomendações pertinentes ¹⁷.

Embora, no geral, o psicólogo possa ser imaginado como um profissional que atua em ambiente mais tranquilo, individualizado, esta suposição pode ser um equívoco. A cada dia, mais psicólogos são chamados a atuar em locais diversos, como hospitais, fóruns e concursos, que podem ser contextos desgastantes. Não fosse pouco, precisam conviver, muitas vezes, com ambientes de trabalho precários e com baixos salários, precisando se desdobrar em múltiplas atividades, inclusive fora da sua área de formação.

O presente estudo esteve focado nos profissionais que prestam serviço no âmbito hospitalar, onde oferecem assistência ao paciente internado, além de orientações aos familiares, visando com isso integrar e facilitar o trabalho das equipes multiprofissionais. A principal função de tais profissionais é avaliar e acompanhar as intercorrências psíquicas dos pacientes que estão sendo ou serão submetidos a procedimentos médicos, colaborando para diminuir o sofrimento causado pelo processo de adoecimento e internação ¹⁷.

Devido ao contato com pacientes e outros profissionais (por exemplo, médicos, enfermeiros), os psicólogos estão também suscetíveis ao estresse e seus efeitos ¹⁸, já que enfrentam problemas como o manejo de pessoas com transtornos mentais, às vezes por um longo período de tempo, a responsabilidade para com a vida do paciente, a inabilidade para estabelecer limites em suas interações profissionais e a necessidade de devotar atenção constante aos problemas dos pacientes ^{18,19}.

Em resumo, considerou-se neste estudo profissionais de saúde de três áreas, cuja atuação é indispensável para promover o bem-estar dos pacientes internados. Não restam dúvidas de que suas atividades de trabalho são esgotantes e podem levá-los, potencialmente, a apresentar manifestações de *burnout*, isto é, indícios de esgotamento laboral ¹⁰. Neste caso, talvez os contextos ou as atividades específicas de cada uma destas profissões possam ter impacto diverso no próprio bem-estar subjetivo desses profissionais, aspecto que motivou o presente estudo. Antes de descrevê-lo, porém, cabe situar o que

se entende por tal construto, enfocando especificamente a *satisfação com a vida*.

Bem-estar subjetivo e satisfação com a vida

A felicidade e os aspectos positivos da experiência humana são frequentemente estudados no âmbito da Psicologia ²⁰. Além disso, o tema *bem-estar* é recorrente na sociedade moderna e se apresenta como uma das principais preocupações das pessoas em seu dia-a-dia. Tal como os demais seres vivos o ser humano busca a satisfação de suas necessidades, no entanto, a consciência de sentir-se feliz é algo específico de nossa espécie ²¹.

Lever ²¹ descreve o bem-estar como um construto relacionado com áreas diferentes da vida: 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, corresponde à satisfação que cada indivíduo confere a áreas distintas de sua vida. Deste modo, demanda-se considerá-lo como um construto multidimensional.

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 ^{22,23,24} e é, principalmente, a concepção de felicidade adotada pelos teóricos que diferencia as abordagens sobre o tema. As principais correntes

teóricas são a do *bem-estar subjetivo* ²⁵ e a do *bem-estar psicológico* ²⁶. A principal diferença entre elas reside na 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. 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 ^{25,26,27}. Este estudo reporta-se à primeira concepção, buscando levantar e caracterizar aspectos das atividades profissionais dos três grupos estudados a partir da definição de bem-estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo diz respeito à avaliação da satisfação com a vida e reflete as expressões de cada pessoa quanto a seus próprios critérios de satisfação existencial como um todo, englobando domínios específicos como 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: i) vincula-se essencialmente a experiência individual; ii) não compreende apenas a ausência de fatores negativos, mas considera, também, medidas de afetos e emoções positivas; e iii) inclui, de preferência, uma avaliação global anterior à avaliação de um determinado domínio da vida ²⁸.

De acordo com Giacomoni ²⁹, o estudo do bem-estar subjetivo tem sido guiado por duas concepções de funcionamento positivo. A pri-

meira 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, conotada 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 emocionais. Na literatura são encontrados diversos estudos sobre o componente afetivo do bem-estar subjetivo ^{30,31} e, além do mais, também têm sido desenvolvidos instrumentos para avaliar seu componente cognitivo ou, propriamente, a satisfação com a vida ^{27,32,33}. Não obstante, um conhecimento mais consistente acerca da satisfação com a vida ainda precisa ser desenvolvido, embora já tenha sido dado um passo importante nesse sentido no contexto brasileiro ³⁴.

Diener, Emmons, Larsen e Griffin ³⁰ desenvolveram uma medida da satisfação com a vida com independência de domínio, isto é, os itens que compõem sua escala são de natureza global, avaliando o julgamento geral da satisfação que a pessoa apresenta com sua vida. Esta medida conta com uma versão brasileira, denominada *Escala de Satisfação com a Vida* (ESV), proposta por Gouveia e colaboradores ³⁵, cujos parâmetros psicométricos (validade fatorial e consistência interna) foram constatados em população médica. As principais vantagens desta medida decorrem de contar

com múltiplos itens cobrindo um único fator, além de ser breve e ter formato de resposta simples ^{31,36}.

Muitos estudos ^{23,24,37,38,39} têm procurado entender a relação entre satisfação com a vida e algumas variáveis demográficas. Por exemplo, Arrindell, Meeuwesen e Huyse ³⁸ encontraram correlação forte entre satisfação com a vida e estado civil, observando que as pessoas com maior envolvimento com o parceiro obtém maior pontuação no teste. Entretanto, em relação às variáveis idade, nível educacional, ter plano de saúde e desejabilidade social não se constatou qualquer correlação.

Quanto à variável sexo, os achados a respeito não são consistentes. Por exemplo, alguns estudos não têm encontrado relação significativa desta variável com a satisfação com a vida ³⁸, enquanto outros relatam associação, embora sua direção não seja consistente ^{23,24,37}. Diener e Diener ²⁴ explicam que as mulheres tradicionalmente possuem menos poder e recursos do que os homens, enquanto estes, por sua vez, possuem mais liberdade e *status*, o que lhes asseguraria maior satisfação com a vida. Não obstante, Myers e Diener ²³, a partir de uma meta-análise com 146 estudos, lembram que o sexo explica menos de 1% do bem-estar global.

Segundo Myers e Diener ²³, aspectos preditores da felicidade mudam com a idade, como, por exemplo, a satisfação nas relações sociais e a saúde tornam-se mais importantes ao longo da vida. Corroborando tal ideia, Rebouças, Legay e Abelha ⁴⁰ observaram que os mais

jovens mostraram-se os menos satisfeitos com o trabalho.

Apoiando a hipótese do *Sonho Americano*, Myers e Diener ²³ relatam que poucas pessoas concordam que o dinheiro pode comprar felicidade, mas acreditam que um pouco mais de dinheiro traria, sim, um pouco mais de felicidade. Deste modo, depois que o indivíduo supre suas necessidades básicas, o dinheiro já não tem tanta importância. Alguns achados evidenciam tal assertiva. Nos Estados Unidos, Diener e Larsen ⁴¹ encontraram uma correlação fraca de 0,12 entre renda e felicidade. Pesquisa realizada pelo economista John Galbraith ⁴² aponta que, em média, os estadunidenses recebiam em 1957 metade da renda atual. Entretanto, julgando pelas altas taxas de depressão, divórcio, violência e suicídio na adolescência, constatadas nos anos recentes, é possível deduzir que se mostram mais ricos sem, entretanto, sentirem-se mais felizes ²³. Nesta mesma direção, na Europa, estudo feito por Inglehart ⁴³ também constatou que a renda tinha um efeito baixo na felicidade.

Contudo, há um pensamento contrário à hipótese do *Sonho Americano*. Diener e Diener ²⁴, apoiando-se na teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, explicam que renda pode efetivamente ter uma forte relação com a satisfação com a vida. Maslow ⁴⁴ defende que as necessidades psicológicas, como, por exemplo, as de pertença e auto-atualização, só podem ser satisfeitas se as necessidades mais básicas, ou seja, de sobrevivência, tiverem sido atendidas. Então, nas sociedades pobres, nas

quais a renda é baixa para muitas pessoas, a maioria das necessidades básicas poderão não ser satisfeitas para todos. Em contraste, nas sociedades ricas mais pessoas terão condições não apenas de suprir suas necessidades básicas, mas de atender a outras carências psicológicas, menos ligadas à renda, favorecendo, assim, a que muitos indivíduos possam alcançá-las. Deste modo, a hierarquia das necessidades de Maslow pode ser usada para prever que satisfação com a vida é mais fortemente correlacionada com satisfação financeira nos países pobres ou ainda em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Dando suporte às argumentações previamente apresentadas, Diener, Sandvik, Seidlitz e Diener ⁴⁵ encontraram somente uma correlação fraca entre renda e satisfação com a vida nos Estados Unidos, país reconhecidamente rico. Por outro lado, Veenhoven ⁴⁶ observou em vários países que a correlação entre satisfação com a vida e renda foi mais forte nas nações pobres.

Apesar das qualidades da ESV não foram encontradas pesquisas brasileiras nas quais tenha sido empregada para conhecer o bem-estar subjetivo de profissionais da saúde de diferentes áreas. Como evidenciado tal medida cobre um dos componentes fundamentais desse bem-estar subjetivo: o cognitivo. Conhecer a relação que este construto apresenta com variáveis demográficas e laborais pode ser importante, pois possibilita que se entenda, por exemplo, em que medida a satisfação com a vida é influenciada por atributos objetivos da vida das pessoas, como podem ser a renda

e o trabalho. Estes aspectos que embasaram o presente estudo são descritos a seguir.

Método

Delineamento e hipóteses

Trata-se de estudo quantitativo, com delineamento *ex post facto*. Consideram-se como variáveis antecedentes o tipo de profissional da saúde (enfermeiro, médico ou psicólogo), indicadores demográficos (sexo, idade e religiosidade) e laborais (situação laboral, atividades exercidas, renda, plantão e horas de trabalho), e como variável critério a satisfação com a vida. O desejo de mudar de profissão foi considerado como variável resultante da (in)satisfação com a vida. Com base no marco teórico, formularam-se as duas hipóteses alternativas: i) *Hipótese 1*. A renda do profissional estará diretamente correlacionada com a satisfação apresentada com sua vida; ii) *Hipótese 2*. Quanto menor a satisfação com a vida, maior será o desejo de mudar de profissão.

Participantes

Participaram deste estudo profissionais de três áreas da saúde – Enfermagem, Medicina e Psicologia – que atuam em João Pessoa, Paraíba, localizados a partir de indicação dos respectivos conselhos profissionais. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: 1) o profissional deveria ser registrado no seu conselho profissional; 2) estar ativo profissionalmente; 3) contar com inscrição primária; e 4) atuar em João Pessoa. Foram excluídos os participantes que deixassem de preencher mais de 20% de um dos instrumentos do estudo ou devolvessem o questionário depois de encerrada a coleta dos dados.

Contou-se com uma amostra de conveniência formada por 246 profissionais da saúde, divididos nos três grupos: enfermeiros ($n = 67$), médicos ($n = 81$) e psicólogos ($n = 98$). Estes participantes apresentaram idade média de 42,8 anos ($dp = 11,54$; amplitude de 19 a 76 anos), sendo majoritariamente do sexo feminino (81,6%), casados (59,6%) e católicos (71%).

Instrumentos

Os participantes receberam um livreto contendo seis instrumentos, sendo de interesse neste estudo unicamente a Escala de Satisfação com a Vida. As outras escalas utilizadas foram a Escala de Afetos Positivos e Negativos, a Escala de Vitalidade Subjetiva, o Questionário de Saúde Geral, a Escala de Avaliação da Fadiga e o Inventário de *Burnout* de Maslach. Previamente, todos assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A *Escala de Satisfação com a Vida* é um instrumento proposto por Diener e colaboradores³⁰. Estudos têm atestado a adequação de seus parâmetros psicométricos³¹. Esta medida se compõe de cinco itens (por exemplo, “Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal”), sendo as respostas graduadas de acordo com uma escala tipo Likert, que vai de 1 = *discordo totalmente* a 7 = *concordo totalmente*. Esta escala tem o propósito de avaliar o julgamento que as pessoas fazem acerca da sua própria satisfação com a vida, sendo elas próprias a eleger, de acordo com seus valores e interesses, os aspectos a serem considerados para expressar tal satisfação³⁴.

Os participantes receberam também uma folha com um conjunto de 21 perguntas relativas a informações sócio-demográficas, que visavam caracterizar a amostra, a partir de variáveis como idade, sexo, classe social estimada, escolaridade, profissão atual, religião, bem como informações sobre a situação laboral dos participantes.

Procedimento

Após a seleção aleatória dos profissionais, a partir de indicação dos respectivos conselhos profissionais, foi-lhes enviado pelo correio um questionário auto-aplicável (método *survey*). Além do questionário, o envelope continha explicação sobre a finalidade e importância do estudo, convidando à participação e solicitando devolução do questionário preenchido mediante a utilização de envelope selado e sobrescrito para este fim. Alguns questionários (menos de 20%) foram entregues pessoalmente, marcando-se uma data para a devolução. Em quaisquer dos casos, o questionário era devolvido em envelope lacrado, sem qualquer identificação. Todos os instrumentos foram auto-aplicados, isto é, os participantes os recebiam e respondiam individualmente, em situação de anonimato, não precisando identificar-se ou assinar. As respostas foram dadas sem determinação de tempo. Foram seguidos os procedimentos éticos exigidos pela Resolução CNS 196/96, *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*.

Análise dos dados

Os resultados foram analisados pelo uso do programa de análise de dados estatísticos *Sta-*

tistical Package for the Social Sciences (SPSS - versão 15), tendo sido calculadas análises descritivas (como média, desvio-padrão, distribuição de frequências), correlações de Pearson e análise de variância (Anova). Tais análises foram feitas com o objetivo de comparar os participantes na medida de satisfação com a vida, considerando as três profissões abrangidas pelo estudo.

Resultados

Procurou-se inicialmente conhecer as correlações da pontuação total da medida de *satisfação com a vida* com respeito ao conjunto de variáveis consideradas, tanto demográficas como do contexto laboral. Para conhecer a consistência de tais correlações os cálculos foram feitos também tendo em conta cada um dos grupos de profissionais da saúde, conforme tabela.

Tabela 1. Coeficientes de correlação entre a pontuação total de satisfação com a vida e variáveis sócio-demográficas.

		Médico (n=81)	Enfermeiro (n=67)	Psicólogo (n=98)	Total (n=246)
Variáveis demográficas	Idade	0,04	0,14	0,28**	0,20**
	Sexo	0,01	-0,21*	0,07	-0,03
	Religiosidade	0,18	-0,06	-0,06	0,02
	Desemprego	0,07	-0,35**	-0,19*	-0,20**
	Situação lab oral	-0,05	-0,23*	-0,08	-0,13*
Variáveis laborais	Número de atividades	0,08	0,02	0,31**	0,16**
	Horas de trabalho	0,08	0,01	0,04	0,03
	Plantão	0,17	-0,08	0,19*	0,13*
	Horas Semanais	-0,22	-0,02	0,18	-0,06
	Renda	0,22*	0,41***	0,19*	0,23***
	Acha que deveria receber mais	0,15	0,30**	0,18	0,21**
	Mudar de profissão	-0,21*	-0,37**	-0,29**	-0,29***

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (teste uni-caudal).

No que diz respeito à amostra de médicos, pode-se observar que apenas duas variáveis apresentaram relação com a *satisfação com a vida*. Especificamente, a *renda pessoal* se correlacionou diretamente ($r = 0,22$; $p < 0,05$) e a *intenção de mudar de profissão* o fez inversamente ($r = -0,21$; $p < 0,05$). Portanto, médi-

cos com maiores salários apresentarão, provavelmente, maior satisfação com suas vidas; por outro lado, aqueles com baixa satisfação terão maior intenção de mudar de profissão.

No que se refere à amostra de enfermeiros, constata-se que *sexo* se associou inversamente

com a *satisfação com a vida* ($r = -0,21$; $p < 0,05$), assim como as variáveis *tempo que ficou desempregado depois de formado* ($r = -0,35$; $p < 0,01$), *situação laboral atual* ($r = -0,25$; $p < 0,05$) e *intenção de mudar de profissão* ($r = -0,37$; $p < 0,01$). Ainda nesta amostra, pôde-se constatar correlação direta da *satisfação com a vida* com as variáveis *renda pessoal* ($r = 0,41$; $p < 0,001$) e a *opinião de que deveria receber mais* ($r = 0,30$; $p < 0,01$). Isso significa que se mostraram mais insatisfeitas com suas vidas as profissionais mulheres, aquelas cuja situação laboral temporária era inativa, embora seguisse ativamente registrada no Conselho, e os que têm intenção de mudar de profissão. Por outro lado, os que ganham mais ou opinam que fazem jus a isso expressam maior satisfação com suas vidas.

Na amostra de psicólogos foi possível constatar que houve correlação direta entre a *satisfação com a vida* e as variáveis *idade* ($r = 0,28$; $p < 0,01$), *número de atividades profissionais* ($r = 0,31$; $p < 0,01$), *se faz plantão* ($r = 0,19$; $p < 0,05$) e *renda pessoal* ($r = 0,19$; $p < 0,05$). Nesta amostra as variáveis *tempo de desemprego depois de formado* ($r = -0,19$; $p < 0,05$) e *intenção de mudar de profissão* ($r = -0,29$; $p < 0,01$) se correlacionaram inversamente com a *satisfação com a vida*. Concretamente, os psicólogos mais velhos, com maior número de atividades profissionais, que fazem plantão e têm maior renda pessoal são os que se mostram mais satisfeitos com suas vidas. Contrariamente, os que passaram mais tempo desempregados depois de formados e têm a intenção de abandonar a Psicologia se mostraram menos satisfeitos.

Os resultados descritos permitem saber como as variáveis demográficas e as laborais incluídas no estudo se correlacionam com a satisfação com a vida dos profissionais de cada área da saúde. Entretanto, com o fim de testar as hipóteses previamente formuladas, considerou-se a amostra total, isto é, os participantes dos três grupos. No caso da hipótese 1, esta foi corroborada, indicando que os profissionais com maior renda são também mais satisfeitos com suas vidas ($r = 0,23$; $p < 0,001$). Também foi corroborada a hipótese 2, que sugeria que os profissionais menos satisfeitos com suas vidas apresentariam a intenção de mudar de profissão ($r = -0,29$, $p < 0,001$). Outras variáveis também se correlacionaram com a satisfação com a vida: *opinião de que deveria receber mais* ($r = 0,21$; $p < 0,01$), *tempo de desemprego depois de formado* ($r = -0,20$; $p < 0,01$), *idade* ($r = 0,20$; $p < 0,01$), *número de atividade* ($r = 0,16$; $p < 0,01$), *se faz plantão* ($r = 0,13$; $p < 0,05$) e *situação laboral* ($r = -0,13$; $p < 0,05$). Deste modo foi possível verificar que são também mais satisfeitos com suas vidas os profissionais que opinam que deveriam ganhar mais, que são mais velhos, fazem plantão e têm maior número de atividades na sua área; os menos satisfeitos são aqueles que passaram mais tempo desempregados depois de formados e se encontram atualmente em inatividade laboral temporária, embora registrados e ativos no respectivo Conselho.

Quando utilizado o teste para comparação de coeficientes de correlação em amostras independentes, procedimento realizado por meio da rotina *Corrs*, desenvolvida a partir da plata-

forma Excel, comprovou-se que a correlação da satisfação com a vida e as variáveis demográficas e laborais diferiram significativamente apenas em dois casos: *tempo de desemprego depois de formado* ($p < 0,05$) e *horas semanais de trabalho* ($p < 0,05$). Esta última, entretanto, não pareceu ser uma variável preponderante para compreender a satisfação com a vida. No caso da primeira variável, quiçá a diferença reflita um contexto muito específico dos médicos, que praticamente não permanecem desempregados depois de formados.

Finalmente, procurou-se averiguar se havia diferença entre os grupos de médicos, enfermeiros e psicólogos no que diz respeito à satisfação com a vida. Porém, não foi evidenciada, por meio da Anova, qualquer diferença entre tais grupos [$F(2, 244) = 2,33, p > 0,05$]. Não obstante, com o propósito meramente descritivo, ressalta-se que a maior média de satisfação com a vida foi observada entre os médicos ($m = 26,5; dp = 5,41$), seguida daquela dos enfermeiros ($m = 25,5; dp = 6,22$) e, por último, dos psicólogos ($m = 24,6; dp = 6,04$).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal conhecer a relação que a satisfação com a vida apresenta com variáveis demográficas e laborais. Especificamente, pautou-se em duas hipóteses principais: se a renda do profissional estará diretamente correlacionada com a satisfação apresentada com sua vida; e se quanto menor a satisfação com a vida, maior será o desejo de mudar de profissão.

Observando os resultados pôde-se notar que ambas foram confirmadas, já que nos três grupos profissionais as correlações foram significativas e no sentido esperado com as variáveis renda e mudar de profissão. A renda se correlacionou diretamente com a satisfação com a vida destes profissionais, o que vem corroborar os achados de Diener e colaboradores ⁴⁵ bem como os de Veenhoven ⁴⁶, respaldando ainda o que é defendido por Diener e Diener ²⁴, que a correlação entre renda e satisfação com a vida pode ser maior em nações pobres (em desenvolvimento), como é o caso deste estudo, que conta com participantes brasileiros.

A segunda hipótese também pôde ser comprovada já que as correlações observadas nas amostras de médicos, enfermeiros e psicólogos foram negativas, indicando que o grau de satisfação que estes profissionais atribuem a suas vidas pode ter implicação direta no desejo de mudar de profissão. Entretanto, não é possível determinar esta relação causal, pois poder-se-ia igualmente pensar que as pessoas que desejam mudar de profissão passem a apresentar menor satisfação com a vida. Cabe ainda destacar que as correlações maiores foram na amostra de enfermeiros e psicólogos, o que parece ser bastante coerente visto que, sendo a Medicina uma profissão muito reconhecida e admirada, inexistindo praticamente desemprego médico ⁸, exista menos variabilidade nas respostas concernente à intenção de mudar de profissão entre os médicos.

Mesmo não tendo sido formuladas outras hipóteses, os demais resultados merecem ser destacados. A variável *tempo de desemprego*

depois de formado se correlacionou inversamente com a amostra de enfermeiros e psicólogos. Além disso, também se pôde comprovar que as correlações nesta variável foram estatisticamente diferentes. Esses resultados, juntamente com os observados na variável mudar de profissão, mostram que as profissões de enfermeiro e psicólogo estão mais susceptíveis ao desemprego, bem como a um maior descontentamento daqueles que optaram por tais ofícios.

No que concerne as variáveis demográficas, apenas na amostra de psicólogos houve correlação significativa com a idade. Esse dado parece decorrer do fato de esta profissão ser a que dispense mais tempo até a sua estabilização; depois de formado, os psicólogos que optam pela clínica, por exemplo, precisam se estruturar, conseguir clientes, o que não ocorre de um dia para o outro. Portanto, talvez não seja a idade a variável que efetivamente conta, mas a estabilidade profissional. Isso demandará pesquisas futuras. No caso do sexo, as mulheres efetivamente parecem mais propensas a apresentar menor satisfação com suas vidas ²⁴, ao menos aquelas dedicadas à enfermagem. Mas, cabe aqui destacar que o sexo nesta profissão joga um papel preponderante; a experiência diária mostra mais mulheres do que homens que concluem o curso e atuam na área. Portanto, talvez ser enfermeiro para os homens represente uma satisfação extra com a vida, fazendo com que se sintam mais satisfeitos que as mulheres. Porém, esta também é uma hipótese que demandará aprofundamento em estudos futuros.

Com respeito ao grau de satisfação com a vida entre as três profissões, não se comprovou

diferença destacável. Não obstante, os médicos apresentaram a maior média de satisfação com a vida. Tal resultado é coerente com outros aspectos já discutidos neste estudo e na literatura, que evidenciam que a profissão médica é muito melhor remunerada, gozando de ampla aceitação pela sociedade ⁸.

Apesar da consistência dos achados com aqueles apontados na literatura, cabem aqui algumas ponderações ou o reconhecimento de potenciais limitações deste estudo, principalmente no tocante às amostras de profissionais. Embora estes tenham sido selecionados aleatoriamente, considerando o banco atualizado com os profissionais registrados nos respectivos Conselhos Regionais, tais amostras não podem ser tomadas como numericamente representativas das populações-meta. Portanto, não cabe extrapolar os resultados previamente descritos neste estudo, embora sua consistência com a literatura aponte a importância de se ter em conta as variáveis demográficas e laborais, para compreender a satisfação com a vida dos profissionais de saúde. Além disso, destaca-se que não parece ter existido um padrão específico de tais participantes, haja vista que foram incluídos tanto pessoas jovens e recentemente formadas como aquelas com algum tempo de formação, homens e mulheres, com diferentes especialidades.

Considerações finais

Feitas essas ponderações, confia-se que os objetivos deste estudo tenham sido alcançados. Foram reunidas evidências empíricas que explicam similaridades e diferenças entre os

correlatos demográficos e laborais da satisfação com a vida entre algumas classes de profissionais que exercem seu ofício no âmbito da saúde. Resta, entretanto, averiguar o que ocorre com os demais profissionais, por exemplo, fisioterapeutas, fonoaudiólogos. Além disso, reconhecendo o caráter multidimensional do bem-estar afetivo, seria importante incluir medidas complementares, sobretudo aquelas que permitam cobrir a dimensão afe-

tiva, avaliando em que fatores os profissionais da saúde podem diferir em termos de bem-estar. Estes são certamente desafios que demandarão atenção em pesquisas futuras.

Este estudo contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio de bolsa de Produtividade em Pesquisa concedida ao último autor. Os autores agradecem a esta instituição.

Resumen

Satisfacción con la vida entre profesionales de la salud: correlatos demográficos y laborales

El presente estudio fue realizado con profesionales de salud en la ciudad de João Pessoa/PB, Brasil, entre Enero y Julio del 2007, con el objetivo de conocer la relación de variables demográficas y laborales con el bienestar subjetivo, en particular la satisfacción con la vida, en profesionales de salud. Pretendió mostrar, que el papel de algunas de estas variables puede ser diferente según el tipo de profesión. Para esto contó con la participación de 246 profesionales: 81 médicos, 67 enfermeros y 98 psicólogos, que tenían una edad media de 42,8 años ($dp = 11.54$), siendo la mayoría del sexo femenino (81%). El instrumento utilizado fue la *Escala de Satisfacción con la Vida* (ESV), por medio de la cual se pueden confirmar las hipótesis propuestas. En este sentido se observó una correlación entre la satisfacción con la vida y las variables de renta personales (positiva) y deseo de cambiar de profesión (negativa).

Palabras-clave: Personal de Salud. Satisfacción Personal. Condiciones de Trabajo.

Abstract

Satisfaction with life among health professionals: demographic and labor correlates

This study was carried out with health professionals in João Pessoa (PB), Brazil, between January and July 2007, and aimed at knowing the relationship of demographic and labor variables with subjective well-being, specifically satisfaction with life, among health professionals. It also aimed

at showing that the role of some variables might be different according to the type of profession. Participants were 246 health professionals: 81 physicians, 67 nurses and 98 psychologists. Their mean age was 42.8 years ($sd = 11.54$), most of them were female (81%). The instrument used was the *Satisfaction With Life Scale* (SWLS), which could confirm the hypotheses proposed by the study. In this sense, was observed a correlation between life satisfaction with personal income (positive) and the desire to change professions (negative).

Key words: Health Personnel. Personal Satisfaction. Working Conditions.

Referências

1. Kasser T, Ahuvia A. Materialistic values and well-being in business students. *Eur J Soc Psychol* 2002;32:137-46.
2. Kasser T, Ryan RM. Further examining the american dream: differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personal Soc Psychol Bull* 1996;22:280-7.
3. Paim JS. Marco conceitual para análise da prática médica. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1992.
4. Schraiber LB. O trabalho médico e a clínica na medicina moderna. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde; 1992.
5. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
6. Nics LF. Managed care. *Médicos HC/FAMUSP* 1998;1:97-105.
7. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1990.
8. Carneiro MB, Gouveia VV. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2004.
9. Vaillant GE, Sobowale NC, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New Engenering Journal of Medicine* 1972;287:372-5.
10. Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB, Gouveia VV. A Saúde dos médicos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2007.
11. Meleiro AMAS. O médico como paciente. São Paulo: Lemos; 1999.
12. Henderson V. The nature of nursing. New York: Macmillan; 1966.
13. Silva VF, Argolo JCT, Borges LO. Exaustão emocional nos profissionais de saúde da rede hospitalar pública de Natal. In: Borges LO, organizador. Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p.247-58.
14. Oliveira GF. Trabalho e bem-estar subjetivo: compreendendo a situação laboral dos médicos. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2008.
15. Martins MCA. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Millenium: revista do ISPV [periódico online]* [acessado em 2007 Fev 12] 2003;(28). Disponível em: URL: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium28/18.htm>

16. Brasil. Lei n.º 5.766, de 20 de dezembro de 1971. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Diário Oficial da União 1971 Dez 20;Seção I. art. 6º, alíneas "a" e "j".
17. Conselho Federal de Psicologia. Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil; contribuição do Conselho Federal de Psicologia ao Ministério da Trabalho para integrar o catálogo brasileiro de ocupações enviada em 17 de outubro de 1992 [Online]. [acessado em 2008 Fev 08]. Disponível em: URL: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/atr_prof_psicologo.pdf
18. Rabin S, Feldman D, Kaplan Z. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *Br J Med Psychol* 1999;72:159-69.
19. Moore KA, Cooper CL. Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42:82-9.
20. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *Am Psychologist* 2000;55:5-14.
21. Lever JP. Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. México: Universidad Iberoamericana; 2004.
22. Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychologist* 2000;55:34-43.
23. Myers BG, Diener E. Who is happy? *Psychology Sci* 1995;6(1):10-7.
24. Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J Pers Soc Psychol* 1995;68:653-63.
25. Diener E, Lucas RE. Personality and Subjective well-being. In: D Kahneman, E Diener, N Schwarz, editores. *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999. p.213-29.
26. Ryff CD. Happiness is everything or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 1989;57:1069-81.
27. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo [Development of a subjective well-being scale]. *Psicologia: teoria e pesquisa* 2004;20:153-64.
28. Diogo MJD. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Rev Panam Salud Publica* 2003;13:395-9.
29. Giacomoni CH. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia* 2004;12:43-50.
30. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985;49:71-5.
31. Pavot W, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychol Assess* 1993;5:164-72.
32. Kim D-Y. The implicit life satisfaction measure. *Asian Journal of Social Psychology* 2004;7:236-62.
33. Lee S. Marital status, gender and subjective quality of life in Korea. *Dev Soc* 1998;27:35-49.
34. Gouveia VV, Barbosa GA, Andrade EO, Carneiro MB. Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2005;54:298-305.

35. Gouveia VV, Chaves SS, Oliveira ICP, Dias MR, Gouveia RSV, Andrade PR. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2003;19:241-8.
36. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *J Pers Assess* 1991;57:149-67.
37. Arrindell WA, Heesink J, Feij JA. The satisfaction with life scale (SWLS): appraisal with 1700 health young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences* 1999; 26: 815-26.
38. Arrindell WA, Meeuwesen L, Huyse FJ. The satisfaction with life scale (SWLS): psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences* 1991;12:117-23.
39. Herzog AR, Rodgers WL, Woodworth J. Subjective well-being among different age groups. Ann Arbor: University of Michigan Institute for Social Research; 1982.
40. Rebouças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev Saúde Pub* 2007;41(2):244-50.
41. Diener E, Larsen RJ. The experience of emotional well-being. In: M Lewis, JM Haviland, editores. *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press; 1993. p.404-15.
42. Bureau of the Census. *Historical Statistics of the United States: colonial times to 1970*. Washington, DC: Superintendent of Documents; 1975.
43. Inglehart R. *Cultural shift in advanced industrial society*. Princeton/New Jersey: Princeton University Press; 1990.
44. Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row; 1954.
45. Diener E, Sandvik E, Seidlitz L, Diener M. The relationship between income and subjective well-being: relative or absolute? *Social Indicators Research* 1993;28:195-223.
46. Veenhoven R. Is happiness relative? *Social Indicators Research* 1991;24:1-34.

Recebido: 9.7.2009 Aprovado: 20.7.2009 Aprovação final: 4.8.2009

Contatos

Gislene Farias de Oliveira – gislenefo@hotmail.com

Genário Alves Barbosa – genario@cfm.org.br

Luana Elayne Cunha de Souza – luana_elayne@hotmail.com

Carolina Lima Pereira da Costa – carol_joffily@hotmail.com

Rafaella de Carvalho Rodrigues Araújo – rafaellacr@hotmail.com

Valdiney V. Gouveia – vvgouveia@gmail.com

Valdiney V. Gouveia - Universidade Federal da Paraíba. CCHLA – Departamento de Psicologia, Doutorado em Psicologia Social, CEP 58.035-120. João Pessoa/PB, Brasil.