



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Administração
Mestrado Acadêmico em Administração

Daniela Cristina Machado Tameirão

CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA NA CARREIRA MÉDICA

Belo Horizonte
2017

Daniela Cristina Machado Tameirão

CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA NA CARREIRA MÉDICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dra. Simone Costa Nunes

Linha de pesquisa: Pessoas, trabalho e sociedade

Belo Horizonte

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

T157c Tameirão, Cristina Machado
Conflito trabalho-família na carreira médica / Daniela Cristina Machado
Tameirão. Belo Horizonte, 2017.
238 f. : il.

Orientador: Simone Costa Nunes
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Administração

1. Médicos - Trabalho e família. 2. Profissões. 3. Famílias de trabalhadores.
4. Qualidade de vida no trabalho. I. Nunes, Simone Costa. II. Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em
Administração. III. Título.

CDU: 658.382

Daniela Cristina Machado Tameirão

CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA NA CARREIRA MÉDICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Linha de pesquisa: Pessoas, trabalho e sociedade

Prof.^a Dra. Simone Costa Nunes - PUC Minas (Orientadora)

Prof. Dr. Ricardo Neves Godinho - PUC Minas (Banca Examinadora)

Prof.^a Dra. Heliani Berlato dos Santos- USP (Universidade de São Paulo) (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2017

*Dedico o resultado de toda essa caminhada ao
meu esposo Cezar e aos meus filhos Laura e Henrique,
que são para mim a motivação, a direção e o apoio.
Vibramos cotidianamente
e também renunciamos a tantos momentos,
apenas para estarmos sempre juntos
no mesmo sonho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os amigos de velhos tempos e os de laços recentemente construídos, por estarem ao meu lado me incentivando, me corrigindo, me alegrando.

Agradeço aos meus amigos, co-orientadores informais: Mariana de Lima Caeiro, Júlio Fernando da Silva e Matheus Lemos.

Agradeço minha preciosa amiga Kariny Raposo pelo suporte abrangente desde aquilo que é mensurável, ao que é intangível.

Agradeço aos meus pais por me ensinarem a acreditar que eu posso alcançar aquilo que eu sonhar; às minhas irmãs por despertarem em mim esse desejo pela vida acadêmica que estava adormecido, também pelo exemplo de superação desses desafios, e aos meus sobrinhos que me fazem desejar construir um mundo melhor e ser alguém em quem possam se inspirar.

Agradeço às pacientes que dividiram comigo suas inquietações nessa difícil arte de equilibrar as demandas e sonhos da vida pessoal e da carreira, acabaram por instigar meu desejo de explorar melhor esse tema.

Agradeço aos colegas médicos por não me deixarem desistir de acessá-los.

Agradeço aos alunos pelo brilho nos olhos, por confiarem em mim e me desafiarem.

Agradeço a todos os professores que cruzaram meu caminho desde o jardim de infância até hoje, e que me fizeram valorizar cada passo nessa caminhada pela busca do conhecimento já que, nessa busca, o que vale é a estrada percorrida.

Agradeço especialmente à minha orientadora Simone, que orquestrou minhas ansiedades e criou possibilidades para minha construção.

Verdadeiramente a paixão pelo conhecimento, o hábito de estudar e o desejo de dividir novas experiências, me impulsionaram nesse caminho que agora concluo. Minha reverência à mais nobre profissão: Professor!

RESUMO

Inúmeras foram as transformações socioeconômicas, demográficas e culturais ocorridas na sociedade ocidental desde os anos 1970 que repercutiram na configuração da carreira, inclusive da carreira médica, e contribuem para que a interface entre a vida pessoal e profissional esteja cada vez mais tênue, aumentando a possibilidade de ocorrência do fenômeno conflito trabalho-família. Esse termo é empregado quando as exigências profissionais interferem no desempenho das responsabilidades familiares (*work-to-family conflict- WFC*) e quando estas interferem no desempenho daquelas, usa-se o termo conflito família-trabalho (*family-to-work conflict- FWC*). Em vista disso, este estudo teve como objetivo identificar a ocorrência de WFC/FWC na carreira médica de profissionais brasileiros e os antecedentes e moderadores desse conflito. Para o alcance desse objetivo, realizou-se uma pesquisa quantitativa por meio do método *survey*. O instrumento da coleta de dados foi um questionário autoaplicado em versão eletrônica, enviado para inúmeros médicos em franco exercício em todo território nacional. Para a análise dos resultados foram eleitas técnicas multivariadas. A partir dos resultados obtidos verificou-se que quanto maiores forem os estressores no trabalho e ou na família, maior tende a ser o conflito e quanto maior o suporte social nas duas esferas, menor tende a ser o conflito. Os principais estressores que promoveram WFC/FWC foram: extensa carga horária, relações de trabalho difíceis, condições de trabalho e recursos técnicos restritos, dificuldades relacionais entre os pares e com os pacientes, tempo despendido em compromissos com familiares, conflitos parentais, frustração de expectativas pessoais e de terceiros. Os estressores advindos do trabalho mostraram-se mais significativos do que aqueles provenientes da família. Entre os principais moderadores do WFC/FWC destacaram-se: práticas e políticas organizacionais que favoreçam acomodar as demandas crescentes a partir da esfera familiar, possibilitem o aprimoramento técnico e promovam adequada apreciação do desempenho; solidariedade, apoio emocional e responsabilização recíproca através de atitudes do cônjuge, parentes, amigos e funcionários. Muito embora os respondentes desta pesquisa tendam a receber maior apoio social na família do que no trabalho, é exatamente o apoio social no trabalho o que consegue amenizar significativamente os estressores em ambas as esferas. Desse modo, este estudo buscou contribuir com a temática carreira e reflexões sobre políticas e práticas de gestão, bem como ações

voltadas a minimizar os antecedentes dos conflitos e promover maior bem-estar para os trabalhadores e seus familiares.

Palavras-chave: Carreira. Carreira médica. Conflito trabalho-família/ família- trabalho.

ABSTRACT

The socioeconomic, demographic and cultural transformations that have taken place in Western society since the 1970s, have had repercussions on career configurations, including the medical career, and have contributed to an increasingly tenuous interface between personal and professional life, consequently enhancing the occurrence of the work-to-family conflict phenomenon. This term is used when professional requirements interfere in the performance of family roles (WFC) and when these interfere in the performance of work demands, we use the term family-to-work conflict (FWC). Taking this into consideration, the goal of the study is to identify the occurrence of WFC/FWC in the medical career of Brazilian professionals and the antecedents and moderators of these conflicts. In order to reach this goal, a quantitative survey was carried out using the survey method. The instrument of data collection was an electronic, self-administered questionnaire, sent to numerous physicians throughout the nation. For the result analysis, multivariate techniques were chosen. Results showed that the greater the stressors at work and/or in the family, the greater the conflicts tend to be, and the greater the social support in both areas, the less significant the conflicts tend to be. The main stressors that promoted WFC/FWC were: heavy workload, difficult labor relations, restricted working conditions and technical resources, relational difficulties between coworkers and patients, time spent engaging with family members, parental conflicts, frustration of personal and third party expectations. Stressors from work proved to be more significant than those from the family. The main moderators of the WFC/FWC which stood out were: organizational practices and policies which help to meet the increasing family demands, and also enable technical improvement and provide satisfactory performance appreciation; solidarity, emotional support, and reciprocal accountability through the attitudes of spouses, relatives, friends and employees. Although the participants in this research tend to get more social support in the family than in the workplace, it is the social support in the workplace itself that manages to significantly reduce the stressors in both areas. The goal of this study is to contribute to the subject "Career" and to reflect upon management policies, practices, and actions aimed at minimizing the conflicts antecedents and promoting greater well-being for the professionals and their families.

Keywords: Career. Medical career. Work-to-family conflict / Family-to-work conflict.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Evolução da população, do número de médicos e da razão médico/1.000 habitantes, entre 1980 e 2015	37
FIGURA 2 - Modelos teóricos relacionando apoio social, estressores de função e conflito trabalho-família.	79
FIGURA 3 - Variáveis do estudo	99
FIGURA 4 - Mapa de Respondentes por Estado.....	119
FIGURA 5 - Proporção de médicos e da população em relação ao total do país, segundo grandes regiões – Brasil, 2014	119
FIGURA 6 - Ilustração do Primeiro Modelo Estrutural	163
FIGURA 7 - Ilustração do Segundo Modelo Estrutural	164

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Indicadores em gráfico de barras	169
--	-----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Estudos que apontaram as principais variáveis do WFC/FWC	92
QUADRO 2 - Variáveis dos constructos: Estressores de Função no Trabalho.....	94
QUADRO 3 - Variáveis dos constructos: Estressores de Função na Família.....	95
QUADRO 4 - Variáveis dos constructos: Apoio Social no Trabalho	96
QUADRO 5 - Variáveis dos constructos: Apoio Social na Família.....	97
QUADRO 6 - Variáveis dos constructos: Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho	98
QUADRO 7 - Técnicas de análise de dados X objetivos da pesquisa	107
QUADRO 8 - Comparativo: Validação do Primeiro e do Segundo Modelo Estrutural.....	165

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Total de médicos em atividade no Brasil em junho de 2016.....	84
TABELA 2 - Variáveis categóricas quantitativas	109
TABELA 3 - Perfil familiar.....	110
TABELA 4 - Aspectos da Renda	112
TABELA 5 - Exercício profissional: modalidades/vínculos/características	113
TABELA 6 - Década da graduação.....	116
TABELA 7 - Escolaridade após a graduação em medicina	117
TABELA 8 - Distribuição geográfica	118
TABELA 9 - Especialidade médica	120
TABELA 10 - Conflito Trabalho-Família e Conflito Família-Trabalho.....	122
TABELA 11 - Apoio Instrumental no Trabalho	125
TABELA 12 - Apoio Emocional no Trabalho	127
TABELA 13 - Apoio Informacional no Trabalho	128
TABELA 14 - Apoio de Apreciação no Trabalho.....	129
TABELA 15 - Apoio Instrumental na Família.....	130
TABELA 16- Apoio Emocional na Família.....	131
TABELA 17 - Apoio Informacional e de Apreciação na Família.....	132
TABELA 18 - Estressores de Tempo no Trabalho	133
TABELA 19 - Estressores de Tensão no Trabalho	135
TABELA 20 - Estressores de Papel no Trabalho	138
TABELA 21- Estressores de Tempo na Família.....	140
TABELA 22- Estressores de Tensão na Família.....	142
TABELA 23 - Estressores de Papel na Família	143
TABELA 24 - Análise Fatorial Exploratória: Apoio Social no Trabalho.....	146
TABELA 25 - Análise Fatorial Exploratória: Apoio Social na Família	148

TABELA 26 - Análise Fatorial Exploratória: Estressores de Função no Trabalho	149
TABELA 27 - Análise Fatorial Exploratória: Estressores de Função na Família.....	152
TABELA 28 - Análise Fatorial Exploratória: Conflito Trabalho-Família/Família-Trabalho	154
TABELA 29 - Validação dos constructos	156
TABELA 30 - Variáveis do Primeiro Modelo de Mensuração	158
TABELA 31 - Validação do Primeiro Modelo de Mensuração	159
TABELA 32 - Variáveis do Segundo Modelo de Mensuração.....	160
TABELA 33 - Validação do Segundo Modelo de Mensuração	161
TABELA 34 - Primeiro Modelo Estrutural.....	162
TABELA 35 - Segundo Modelo Estrutural.....	163
TABELA 36 - Medidas dos Indicadores	168
TABELA 37 – Indicadores X Idade.....	169
TABELA 38 - Apoio Social X Sexo e Presença de filhos/ enteados	171
TABELA 40 - Apoio Social X Aspectos da Renda.....	173
TABELA 41 - Apoio Social X Localização geográfica.....	174
TABELA 42 - Apoio Social X Exercício Profissional (modalidades/vínculos/características)	175
TABELA 43 - Apoio Social X Década da graduação.....	176
TABELA 44 - Apoio Social X Escolaridade após a graduação em medicina	177
TABELA 45 - Estressores de Função X Sexo e Presença de filhos/enteados.....	178
TABELA 46 - Comparação entre os indicadores Estressores de função no Trabalho e na Família e Situação Conjugal.....	179
TABELA 47 - Estressores de Função X Aspectos da Renda.....	181
TABELA 48 - Estressores de Função X Localização geográfica	182
TABELA 49 - Estressores de Função X Exercício Profissional (modalidades/vínculos/características).....	183
TABELA 50 - Estressores de Função X Década da graduação	184
TABELA 51 - Estressores de Função X Escolaridade após a graduação em medicina.....	185

TABELA 52 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Sexo e Presença de filhos/enteados.....	186
TABELA 53 - Conflito Trabalho- Família e Família-Trabalho X Situação conjugal.....	187
TABELA 54 - Conflito Trabalho- Família e Família-Trabalho X Aspectos da Renda	188
TABELA 55 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Localização geográfica....	189
TABELA 56 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Exercício Profissional (modalidades/vínculos/características).....	190
TABELA 57 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Década da graduação	191
TABELA 58 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Escolaridade após a	192
TABELA 59 - Conflito X Sexo, Presença de filhos/enteados, Situação	193
TABELA 60 - Conflito X Aspectos da Renda	194
TABELA 61 - Conflito X Exercício Profissional	195
TABELA 62 - Conflito X Década da graduação e Escolaridade após a graduação em medicina	197
TABELA 63 - Tabela com o número de respondentes por (UF)	237

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC- Alfa de Cronbach

AVE- Variância Média Extraída

CC- Confiabilidade Composta

CF- Carga Fatorial

CFM- Conselho Federal de Medicina

Com- Comunalidade

CRM- Conselho Regional de Medicina

Dim- Dimensionalidade

DP- Desvio Padrão

EP- Erro Padrão

EUA- Estados Unidos da América

FWC- *family-to-work conflict* = conflito família-trabalho

IC- Intervalo de Confiança Bootstrap

KMO- Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin

MBA- *Master of Business Administration*

OCDE- Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

PLS- Partial Least Square

SUS- Sistema Único de Saúde

UF- Unidade de Federação

VCM- Validação Discriminante Mínima

WFC- *work-to-family conflict* = conflito trabalho-família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	33
1.1 Problemática	33
1.2 Justificativa	36
1.3 Objetivos	38
1.3.1 Objetivo geral	38
1.3.2 Objetivos específicos	38
2 REFERENCIAL TEÓRICO	41
2.1 Carreira contemporânea	41
2.2 Carreira médica	48
2.2.1 <i>A medicina e a dinâmica da sociedade</i>	49
2.2.1.1 Reflexos do desenvolvimento da ciência e tecnologia no exercício da medicina	53
2.2.2 <i>Aspectos do trabalho médico na atualidade</i>	57
2.3 Conflito trabalho-família	62
2.3.1 Conceituações	62
2.3.2 Antecedentes	71
2.3.2.1 <i>Estressores de função</i>	71
2.3.2.2 <i>Apoio social</i>	76
3 METODOLOGIA DE PESQUISA	81
3.1 Estratégia e método de pesquisa	81
3.2 População e amostra	83
3.3 Instrumento e estratégia de coleta de dados	87
3.4 Estratégia de análise de dados	91
3.4.1 <i>Unidades de análise</i>	91
3.4.2 Variáveis	91
3.4.3 Técnicas de análise dos dados	100
4 RESULTADOS DA PESQUISA	107
4.1 Análise do banco de dados	107
4.1.1 <i>Perfil da amostra</i>	109
4.2 Resultados das análises estatísticas avançadas	145
4.2.1 <i>Estrutura dos dados (Resultados da Análise Fatorial Exploratória)</i>	145
4.2.2 <i>Validação do modelo (Modelagem de equações estruturais)</i>	156
4.2.2.1 Modelo de Mensuração (Outer Model)	157
4.2.2.2 Modelo Estrutural (Inner Model)	162
4.2.2.3 Criação dos Indicadores	168
4.3 Comparação entre os indicadores e as variáveis demográficas	169
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	199
REFERÊNCIAS	207
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	217
APÊNDICE B - Questionário	219

APÊNDICE C - Respondentes por Estado UF	235
APÊNDICE D - Correlação entre os itens e o modelo estrutural	237

1 INTRODUÇÃO

Este estudo visa identificar a ocorrência do fenômeno conflito trabalho-família na carreira médica e os antecedentes e moderadores desse conflito. O termo conflito trabalho-família é empregado quando as demandas da esfera do trabalho interferem no desempenho das responsabilidades familiares e o indivíduo percebe dificuldades em atender simultaneamente a todas as pressões. Por antecedentes, entendem-se aqueles fatores que contribuem para que ocorra o conflito e por moderadores, entendem-se aqueles fatores que minimizam esse conflito. Na sequência, esta introdução apresenta a problemática de pesquisa, a justificativa e os objetivos do estudo.

1.1 Problemática

Inúmeras foram as transformações ocorridas na sociedade ocidental desde os anos 1970. Uma ruptura do padrão de configuração do mercado fez surgir uma nova equação com muitas contradições e paradoxos se comparada às formas precisas anteriores. A tônica passa a ser flexibilizar, inovar, agregar valor (Chanlat, 1996). Essas transformações desencadearam tensões que passaram a envolver a vida profissional e também a vida privada das pessoas, impactando em suas carreiras, noção de sucesso e na qualidade de vida. Se por um lado existem diversas opções de gestão das esferas pessoal e profissional da vida, por outro, isso pode gerar ansiedade e inquietude (Duarte & Silva, 2013, 2015; Evans, 1996; Santos & Casado, 2011).

A carreira médica não ficou imune a esse contexto e diversos impactos podem ser percebidos a partir das evoluções sociais e do sistema de saúde, conduzindo a um distanciamento dos moldes tradicionais anteriores. Múltiplos fatores influenciam a configuração da profissão médica hoje no Brasil, tais como: o fortalecimento de organizações prestadoras de serviço que se tornam intermediadoras do trabalho médico e contribuem para a perda da autonomia do profissional e para a concorrência de modelos de contratação tanto na forma de atuação autônoma quanto na forma de vínculos empregatícios públicos ou privados; as rupturas com o modo tradicional de exercício em decorrência do desenvolvimento da ciência e tecnologia, impactando as relações interpessoais com pacientes e/ou colegas de trabalho; a feminização e o

rejuvenescimento da população médica, que expõem desigualdades, sobretudo na remuneração e no estilo de vida (Kilimnik, Bicalho, Oliveira & Mucci, 2012; Oliveira, Cavazotte & Paciello, 2013; Scheffer, Biancarelli & Cassenote, 2015).

Pode-se citar também como aspectos do trabalho médico na atualidade: grande diversidade de modalidades de exercício profissional; múltiplos vínculos com múltiplas demandas; extensa jornada de trabalho; ambiente competitivo; necessidade de formação continuada. Esses aspectos somam-se a outras fontes de pressão sobre o profissional médico, tais como: enfrentamento de limitações técnicas e socioeconômicas no processo saúde-doença; pressões psíquicas a partir das expectativas da família em relação à sua carreira e a partir dos pacientes. Mesmo aqueles profissionais que têm vínculos trabalhistas em configurações consonantes com a carreira tradicional, enfrentam também impacto das modificações do contexto como falta de políticas de gestão de carreira (Kilimnik et al., 2012; Scheffer et al., 2015).

A ambiguidade que perpassa a carreira médica pode ser salientada desde a formação acadêmica que convive com muitas divergências. Primeiramente, a imagem estereotipada do médico, presente no imaginário do aluno que busca o curso de medicina, frequentemente influenciada pela mídia, contrasta com a realidade ocupacional (Cavalcante Neto, Lira & Miranda, 2009; Ferreira, Peret Filho, Goulart & Valadão, 2000; Fiorotti, Rossoni & Miranda, 2010; Silva, 2004; Soares, Sestren & Ehlke, 2002; Wang & Sweetman, 2013). As políticas de governo intervêm consideravelmente na formação acadêmica, realçando o encaminhamento de carreira do egresso sob o perfil generalista, em contrapartida, o mercado supervaloriza o especialista (Cavalcante Neto et al., 2009). Outra medida governamental intervencionista foi a imposição de pelo menos mais um ano na formação médica em forma de dedicação exclusiva e compulsória à serviços em saúde pública sob o argumento de atender a uma demanda reprimida da população. Todavia, a falta de políticas incentivadoras e atrativas à carreira em saúde pública faz com que a força de imposição seja uma medida de efeito transitório pois é anulada pela falta de perspectiva (Brasil, 2013).

Outro ponto que merece ser mencionado é o fato de que, até recentemente, a formação acadêmica tradicional em medicina não contemplava a abordagem do gerenciamento da carreira, o que passou a ser incluído somente a partir das Diretrizes

Curriculares Nacionais de 2002.¹ Em consequência disso, a carreira da maioria dos médicos que atua hoje no mercado brasileiro, acabou se desenhando sem planejamento ao longo da vida profissional (Scheffer et al., 2015).

Todos esses aspectos compõem um mosaico que é a carreira médica e desenham um cenário propício à ocorrência de Conflito Trabalho-Família (Kilimnik et al., 2012; Oliveira et al., 2013).

Os processos sociais e históricos ocasionam transformações estruturais tanto laborais quanto nas configurações familiares. A contemporaneidade abrange maior diversidade de estruturas familiares. A flexibilidade explícita nos novos arranjos familiares, menos normatizados e mais centrados na reciprocidade, acaba por aumentar a interface entre o trabalho e a vida pessoal, bem como outras mudanças sociodemográficas, como maior inserção da mulher no mercado de trabalho com aumento de casais em que ambos investem na carreira e envelhecimento da população (Byron, 2005; Gramacho, 2012; Pereira & Schimanski, 2013; Samsinar, Sambasivan & Smail, 2010; Santos, 2015; Santos & Casado, 2011; Santos & Gonçalves, 2014). Nessa perspectiva, as transformações socioeconômicas culturais se sobrepõem e abrem espaço para possível Conflito Trabalho-Família.

Como anteriormente mencionado, quando as exigências profissionais interferem no desempenho das responsabilidades familiares chamamos de conflito trabalho-família (*work-to-family conflict- WFC*) e no caso contrário, quando as exigências das responsabilidades familiares interferem no desempenho das atividades profissionais, chamamos de conflito família-trabalho (*family-to-work conflict- FWC*) (Greenhaus & Beutell, 1985). Nas últimas décadas a literatura converge para considerar esse constructo como bidirecional (Michel, Mitchelson, Pichler, Shaun & Cullen, 2010; Van Daalen, Willemsen & Sanders, 2006). Portanto, o termo Conflito Trabalho-Família será empregado nesse estudo como bidirecional: WFC/FWC. Todavia, será analisado também separadamente em cada uma das direções, para fins comparativos.

Tendo em vista os aspectos abordados, a questão norteadora desta pesquisa é: quais fatores contribuem para a ocorrência e para a moderação de conflito trabalho-família e conflito família- trabalho na carreira médica?

¹Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) definem princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos cursos de graduação no Brasil.

1.2 Justificativa

A dedicação ao trabalho, à carreira, tende a absorver muito tempo e energia do indivíduo, assim como a família (Evans, 1996). A interface entre os papéis profissionais e pessoais vem se tornando mais tênue na sociedade contemporânea o que possibilita maior ocorrência de conflito entre esses domínios (Byron, 2005; Santos & Casado, 2011). Esse entrelaçamento tem despertado interesse de estudiosos a respeito do fenômeno. A discussão contribui para descentralizar a responsabilização do trabalhador por equilibrar as demandas entre a família e o trabalho e, a partir daí, propor uma abordagem preventiva que inclua reflexões sobre práticas e políticas de gestão buscando minimizar os conflitos (Oliveira et al., 2013).

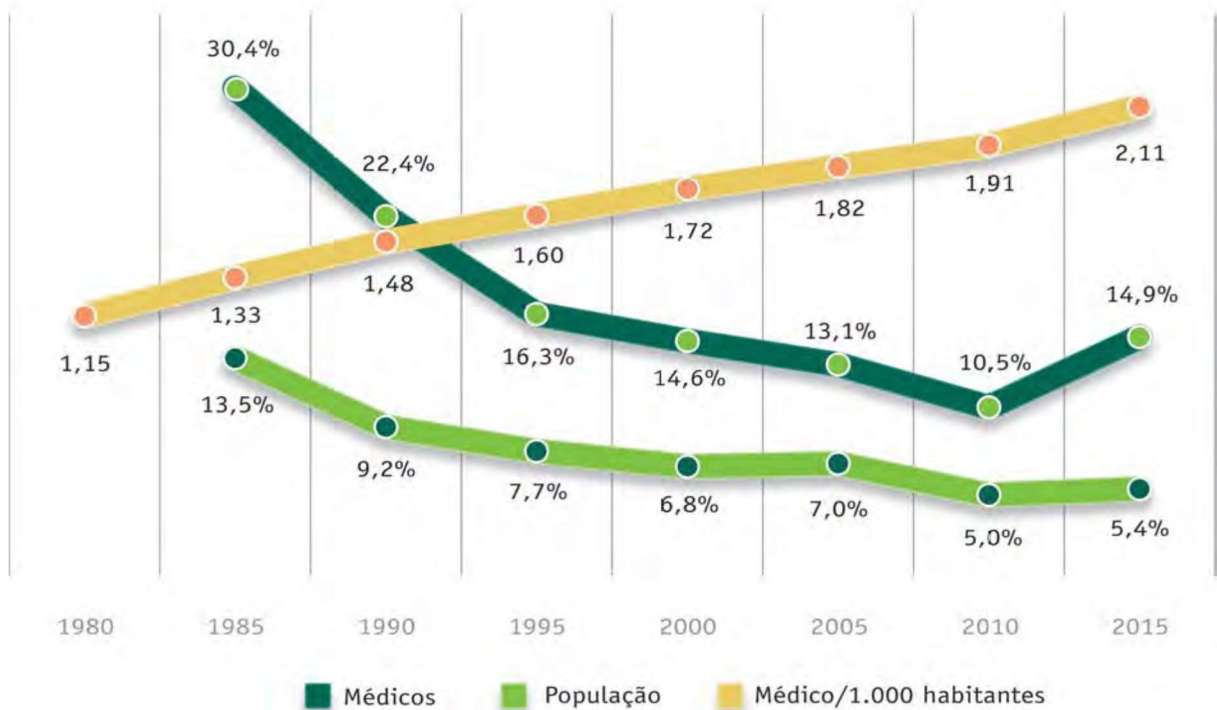
Além dos impactos na configuração de carreira decorrentes das transformações históricas e sociodemográficas (Kilimnik et al., 2012; Oliveira et al., 2013; Scheffer et al., 2015), o exercício da medicina no Brasil conjuga ainda graves problemas estruturais no setor saúde, ritmo intenso de trabalho, políticas de gestão de carreira precárias e a convergência de tecnologias repercutindo nos aspectos laborais e relacionais, resultando em maior chance da incidência de tensões (Kilimnik et al., 2012; Santos, 2010; Scheffer et al., 2015).

Nos EUA (Estados Unidos da América) é costume que dados sobre a profissão médica americana sejam continuamente coletados e analisados para identificar tendências na carreira que possam orientar futuros treinamentos e práticas (Riska, 2001, 2011). Isso ilustra a importância empírica em se estudar a carreira médica e o fenômeno WFC/FWC.

A taxa de crescimento do número de médicos no Brasil tem se mantido cerca de duas vezes superior à da população nos últimos anos (Scheffer et al., 2015). Isso pode ser explicado porque, de um lado, houve diminuição no ritmo de crescimento populacional a partir da queda na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida entre 1980-2010 (IBGE, 2012). De outro lado, o número de escolas de medicina abertas a partir dos anos 2000 superou aquele ocorrido durante o regime militar na década de 1970. Em outubro de 2015, havia 257 escolas médicas no Brasil sendo que 69 delas foram abertas após 2010 e que só recentemente formaram a primeira turma de médicos uma vez que o curso dura seis anos. Isso faz supor que a partir do final de 2016 haverá um aumento expressivo e cumulativo de entrada de médicos no mercado de trabalho (Scheffer et al., 2015). A Figura 1 ilustra a desproporção entre a

queda na taxa de natalidade e a ampliação no quantitativo de médicos no Brasil entre 1980 e 2015. Nesse sentido, torna-se relevante estudar a carreira médica que se encontra em franca expansão no país.

Figura 1- Evolução da população, do número de médicos e da razão médico/1.000 habitantes, entre 1980 e 2015



Nota: nesta análise foi usado o número de registros de médicos.

Fonte: Scheffer, Biancarelli e Cassenote, *Demografia Médica no Brasil 2015* (p.36).

O sistema de saúde no Brasil tem enfrentado demandas crescentes o que ocasiona maior oferta de postos de trabalho médico. Em consequência disso uma série de políticas e medidas foram implementadas visando elevar drasticamente o quantitativo de médicos no país. Entre essas medidas, destaca-se a expansão das vagas de graduação em medicina, conforme mencionado. Todavia, esse aumento de quantidade de profissionais médicos não beneficiou de maneira homogênea a população. Há uma desigualdade na distribuição geográfica dos médicos no território brasileiro bem como em outros países (Póvoa & Andrade, 2006; Scheffer et al., 2015). Cerca de 60% dos profissionais estão à disposição de apenas 30% da população em macrorregiões. Isso sem mencionar ainda que a maioria dos especialistas concentra-se na rede privada de atendimento, o que expõe uma verdadeira ferida na saúde pública. Junte-se a isso, o envelhecimento da população que faz supor que aumentará

a demanda por serviços médicos em poucos anos (Riska, 2011; Scheffer et al., 2015; Wang & Sweetman, 2013).

Esses fatos mencionados expõem um cenário que pode agregar inúmeras fontes de pressão como apontam Kilimnik et al. (2012), e por conseguinte impactar em dificuldades para o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional do indivíduo.

Diante da perspectiva de aumento cumulativo e progressivo do número de médicos no mercado, bem como das crescentes demandas por assistência médica, torna-se relevante o entendimento da dinâmica e da dimensão dos conflitos entre a vida pessoal e profissional na carreira médica. Dispor de informações a respeito do perfil dessa profissão poderá contribuir com uma plataforma empírica capaz de auxiliar no debate e no desenvolvimento de políticas e ações voltadas a minimizar os antecedentes dos conflitos e promover maior bem estar para os trabalhadores e seus familiares.

O estudo proposto poderá também inspirar novas pesquisas visando explorar outros ângulos do conflito trabalho-família na referida carreira tais como o impacto desse conflito nos resultados esperados nos serviços de saúde.

Outro aspecto que confere relevância a esse estudo se refere ao fato de que o tema conflito trabalho-família é muito pouco explorado nacionalmente principalmente sob a abordagem quantitativa, conforme puderam constatar Oliveira et al. (2013). E ainda, são raros os estudos sobre esse tema no âmbito da profissão médica, segundo observação de Mache, Bernburg, Vitzthum, Groneberg, Klapp e Danzer (2015).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Identificar os fatores que contribuem para a ocorrência e para a moderação do conflito trabalho-família na carreira médica de profissionais no Brasil.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar a ocorrência do conflito trabalho-família na carreira médica de profissionais atuando no Brasil;

2. Identificar e descrever os antecedentes do conflito trabalho-família WFC/ FWC na carreira de médicos em exercício no Brasil;
3. Compreender quais antecedentes contribuem para a ocorrência e quais contribuem para a moderação do WFC/ FWC na carreira médica de profissionais atuando no Brasil, tanto na esfera do trabalho quanto na familiar.

Em outras palavras, este estudo busca o entendimento da dinâmica do conflito trabalho-família na carreira médica de profissionais brasileiros, para identificar os antecedentes e possíveis moderadores desse conflito, com a finalidade de promover melhor equilíbrio entre a vida pessoal e profissional dos médicos, seja através de medidas pessoais ou organizacionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica para a pesquisa empírica aqui proposta é apresentada a seguir em dois eixos principais: carreira e conflito trabalho-família. Inicialmente será feita uma breve discussão sobre a noção contemporânea de carreira. A seguir, uma análise concisa da relação entre a medicina e a sociedade e os impactos na configuração da carreira médica no Brasil. Posteriormente, é retratada a caracterização da profissão médica na atualidade. E finalmente, as extensões do conceito conflito trabalho-família.

2.1 Carreira contemporânea

A noção de carreira é uma ideia que se desenha a partir do século XIX, nascendo com a sociedade capitalista industrial liberal fundada sobre ideias de igualdade, liberdade, de êxito individual e progresso econômico e social, em contraposição ao modelo feudal prévio caracterizado pela demarcação social estanque (Chanlat, 1995).

Enquanto na sociedade feudal cada indivíduo dedicava-se a exercer as funções ditadas por sua origem social e tradição, a sociedade capitalista industrial liberal inaugura modelos variados de sucesso, encoraja a progressão social e desvincula a carreira da dependência da estrutura de classe aristocrática (Chanlat, 1995).

A ordem social moderna fundamenta-se na ideologia individual do êxito, a despeito de seus limites, e faz surgir o conceito moderno de carreira, ainda que de forma desigual nas diversas sociedades (Andrade, Kilimnik & Pardini, 2011; Chanlat, 1995).

Portanto, não há como falar de carreira sem considerar o contexto histórico dentro do qual os encaminhamentos profissionais se inscrevem. As estruturas socioeconômicas e políticas, as características do mercado de trabalho, os valores sociais e culturais dominantes numa dada sociedade irão configurar o “enraizamento social das carreiras” (Chanlat, 1995, p.68).

Nas sociedades industrializadas, após a Segunda Guerra Mundial, seguiram-se 30 anos de crescimento econômico ininterrupto, enriquecimento e melhoria contínua dos benefícios sociais. Nelas, o Estado não conhecia endividamento e havia abundância de empregos estáveis. Difundiu-se o modelo denominado *Welfare State*

que representava a prosperidade e era almejado pela maioria das sociedades ocidentais. Nesse contexto, a divisão social e sexual do trabalho era bem demarcada, praticamente interditando a carreira de mulheres e a possibilidade de ascensão e progressão na carreira, que era restrita aos que pertenciam aos grupos sociais dominantes (Andrade et al., 2011; Chanlat, 1995, 1996).

Sob essa ótica, a carreira era vinculada à noção de avanço ou progressão hierárquica em busca de recompensas. Associava-se a ideia de carreira à profissão, pressupunha-se que o indivíduo exerceria funções relacionadas àquela profissão ao longo de toda sua vida até aposentar-se. Havia a proeminência da organização sobre o indivíduo (Andrade et al., 2011; Duarte & Silva, 2013, 2015; Silva, Dias, Silva, Krakauer & Marinho, 2011).

Entretanto, a partir dos anos 1970 começavam mudanças expressivas nesse cenário, nos países industrializados. Mudanças decorrentes da concorrência internacional acirrada pela globalização da economia, avanços tecnológicos que impactaram no modo produtivo ocasionando reestruturação e flexibilização do trabalho, tensões comunitárias, e a democratização da educação que permitiu a diversificação étnica e a feminização do mercado de trabalho, ainda que de maneira irregular (Chanlat, 1995; Evans, 1996). No Brasil, entretanto, o ambiente político naquela ocasião era dominado pela repressão, o que influenciava o ambiente de trabalho ainda pouco participativo e com rigorosa hierarquia (Silva et al., 2011).

Esse contexto internacional fez surgir uma variedade de comportamentos que convergiram para uma ruptura no modelo tradicional de carreira vigente até aquele momento. A sociedade se fragmenta e a prosperidade se polariza, aumentando o número de excluídos (Andrade et al., 2011; Chanlat, 1995).

No decorrer dos anos 1980, o mercado estava cada vez mais competitivo aumentando a pressão sobre as empresas. Surgiram movimentos por qualidade total, trabalho em equipe e automação das linhas de produção. A recuperação da credibilidade da empresa adquire importância nos países industrializados e surge o discurso de gestão do capital humano. A profissionalização da gestão é enfatizada e emerge a ideia de que a empresa deve preocupar-se em gerir as carreiras de seu pessoal como forma de frutificar os interesses, assegurando que as pessoas recrutadas permaneçam na organização. O tema gestão de carreira passa a ganhar importância crescente e a literatura especializada dedica-se a ajudar as pessoas a entender o mercado de trabalho e a escolher e planejar suas carreiras (Chanlat, 1995;

Duarte & Silva, 2013). No Brasil, o período é marcado pelo fim da ditadura e a alta inflação, tendo ficado conhecido como década perdida (Silva et al., 2011).

A década seguinte, anos 1990, foi fortemente influenciada pela difusão da rede mundial de comunicação informatizada (internet) e pelo uso de aparelhos telefônicos e computadores móveis, que encurtou distâncias e aumentou a conectividade entre as pessoas extrapolando as fronteiras das empresas e das carreiras (Silva et al., 2011). Além disso, outras mudanças marcantes foram o surgimento de jornadas de trabalho flexíveis, o aumento de pais e mães solteiros e o surgimento de novas estruturas familiares (Goldani, 1998, 2002, Pereira & Schimanski, 2013, Villa, 2012). No Brasil, essa foi uma época marcada pelo controle da inflação e abertura econômica em busca de nova etapa de desenvolvimento (Silva et al., 2011).

No início do século XXI, intensifica-se a mobilidade, ocorre convergência de tecnologias e explosão das redes sociais. Todas essas mudanças acarretam em novos desafios na carreira dos indivíduos pela busca em conciliar a vida pessoal com a profissional (Silva et al., 2011).

Assim, para uma adequada compreensão dos diferentes tipos e modelos de carreira, bem como das diferenças na gestão de carreira nos diversos países, é necessário remeter à cultura, às relações sociais e de autoridade, ao sistema de educação, ao modo de reprodução das elites. Todavia, mesmo diante das diferenças socialmente enraizadas na cultura e história de cada país, podem ser identificados certos modelos e perfis de carreira. Os modelos de carreira seriam formados pelo conjunto de características fundamentais da carreira; já os tipos ou perfis de carreira, referem-se aos diversos encaminhamentos que o indivíduo pode dar à sua carreira em seu ambiente de trabalho (Chanlat, 1995).

De acordo com Chanlat (1995, 1996), ao longo do século XX, podemos observar em nossas sociedades dois grandes modelos de carreira: o tradicional e o moderno. No modelo tradicional, há certa estabilidade e uma progressão linear e vertical. Já o modelo moderno é marcado pela instabilidade, descontinuidade e horizontalidade, tendo surgido a partir do cenário de flexibilização do trabalho com início nos anos 1970. Também nessa época emergiu o conceito de carreira baseado nas trajetórias e escolhas individuais ao longo da vida (Duarte & Silva, 2013, 2015; Hall, 1996). Os modelos coexistem havendo predominância de um ou outro em determinados países e organizações como, por exemplo, no setor público, no qual a carreira tradicional ainda prevalece, conforme ressaltam Andrade et al.(2011).

Em 1976, surge o conceito de carreira proteana proposto por Hall, referindo-se ao processo em que o próprio indivíduo gerencia sua carreira e não mais as organizações. Inclusive o mesmo indivíduo pode, ao longo do tempo, redirecionar sua carreira em resposta às mudanças no ambiente ou em seus próprios objetivos. O termo proteana faz alusão ao deus grego Proteus que, de acordo com a mitologia, seria capaz de mudar de forma conforme sua vontade, metaforicamente tal qual a habilidade do indivíduo gerenciar sua própria carreira conforme suas necessidades e interesses (Andrade et al., 2011; Duarte & Silva, 2013, 2015; Hall, 1996, 2004; Kilimnik et al., 2012; Silva et al., 2011). Esse conceito traz à tona a concepção psicológica de sucesso como resultante de um comportamento profissional autodirigido. Proatividade e independência são características desse modelo de carreira envolvendo atitudes orientadas pelos valores e atitudes de autogestão. Indivíduos que adotam atitudes orientadas pelos seus próprios valores, e não pelos valores organizacionais ou padrões externos e tomam para si a responsabilidade de gerir sua própria carreira, são tidos como indivíduos com atitudes proteanas (Briscoe, Hall & DeMuth, 2006; Hall, 1996, 2004; Silva et al., 2011).

Andrade et al. (2011), Duarte e Silva (2013, 2015) e Silva et al. (2011) comentam que outros termos também surgiram para denominar esse novo modelo de carreira, tais como, carreiras sem fronteiras (Arthur & Rousseau, 1996), carreiras inteligentes (Arthur, Claman & DeFillipi, 1995), carreiras em zigue-zague/espiral (Evans, 1996), carreiras multidirecionais (Baruch, 2004) e carreiras caleidoscópicas (Mainiero & Sullivan, 2005).

O termo - carreiras sem fronteiras - pressupõe que a carreira não esteja confinada às fronteiras de uma única organização, emprego, ocupação, região ou área de conhecimento. A ausência de fronteiras também pode ser considerada sob a concepção psíquica, sendo nessa perspectiva representada pela ausência de fronteiras psicológicas, ou seja, mentalidade sem fronteiras. Para o indivíduo com atitude de carreira sem fronteiras, as relações de trabalho vão sendo conduzidas extrapolando as fronteiras da organização, mas não significando necessariamente mobilidade territorial ou de emprego, embora essas características sejam uma forte tendência. Esse modelo de carreira também pode ser representado pelas carreiras que se desdobram para além de um único emprego (Briscoe et al., 2006; Duarte & Silva, 2015; Kilimnik et al., 2012; Silva et al., 2011).

No Brasil, a profissão médica apresenta como característica marcante a multiplicidade de vínculos de acordo com o estudo de Scheffer et al.(2015) que revela que quase metade dos médicos tem três ou mais empregos. Esse, dentre outros aspectos posteriormente abordados, sugere que o perfil atual dessa profissão se aproxima do modelo carreiras sem fronteiras.

O conceito de carreiras inteligentes (Arthur, Claman & DeFillipi, 1995) propõe que as pessoas com essa atitude de carreira concentram-se naquilo que fazem de melhor e buscam constante acesso ao conhecimento e recursos externos através do cultivo de *networks* (redes de relacionamento, dedicação a outros projetos profissionais ou relativos à vida pessoal). Nesse formato, o autoconhecimento é fundamental para o indivíduo reconhecer suas competências, e buscar o aprendizado necessário para desenvolver aquelas que permitam gerir sua carreira. Carreiras inteligentes pautam-se em três competências distintas: *knowing-why*, *knowing-how* e *knowing-whom*. Ao procurar conhecer sua identidade, suas motivações, necessidades e identificação com o trabalho, o indivíduo estaria identificando o porquê da escolha da carreira e desenvolvendo a competência *knowing-why*. A competência *knowing-how* representa o conhecimento técnico desenvolvido no trabalho. E a competência *knowing-whom* reflete as relações interpessoais que influenciam em como conseguiu o trabalho e como se mantém nele (Duarte & Silva, 2015; Silva et al., 2011). As atitudes que configuram o modelo de carreira inteligente podem ser identificadas na carreira médica como será abordado nas próximas seções.

O desenvolvimento da carreira tradicional pode ser representado por uma escada. Ou seja, ao ingressar no mercado de trabalho, cada um deveria construir sua escada galgando cada degrau superior na medida em que se desenvolvesse e assim o status e o rendimento financeiro seriam crescentes até o topo. Já o modelo de carreira moderna pode ser representado como um zigue-zague em espiral uma vez que os profissionais desenvolvem-se tanto em profundidade, tal qual um especialista, quanto em amplitude, como um generalista, pois desenvolvem a visão global (Evans, 1996). O termo desenvolvimento em espiral, de acordo com Evans (1996), pressupõe que o indivíduo possa mudar a direção de sua carreira ou até mesmo ter mais de uma carreira no curso de sua vida; uma mudança em espiral seria um zigue-zague em outra direção para assumir atividades novas e diferentes ou outra carreira.

Em outras palavras, termos como carreiras em zigue-zague, carreiras multidirecionais e carreiras caleidoscópicas, representam um contraponto a esse

modelo linear tradicional (Andrade et al., 2011; Duarte & Silva, 2013, 2015; Silva et al., 2011).

Duarte e Silva (2013, 2015) ressaltam o fato de que na noção contemporânea, as carreiras passaram a ser constituídas tanto por aspectos objetivos como subjetivos. Hall (1996) denominou esse processo de transformações ocupacionais como expansão da identidade, por abranger uma ampliação do universo psíquico decorrente de novas experiências e relacionamentos na trajetória profissional. Pauta-se na premissa de que os profissionais contemporâneos, em contínuo aprendizado, buscam no trabalho a autorrealização e não só o sustento. O objetivo final seria atingir o sucesso psicológico que está relacionado a critérios pessoais, podendo significar sentimento de orgulho, realização pessoal ou felicidade familiar. Contrapõem-se aos estereótipos de sucesso financeiro e social (Andrade et al., 2011).

Independente das peculiaridades de cada conceito e da atitude de carreira adotada, a contemporaneidade exige do profissional comportamento que inclua posturas ativas, tomando para si a responsabilidade pelo desenvolvimento de sua própria carreira; e também que esse profissional estabeleça seus próprios termos sobre o que é uma carreira de sucesso, não necessariamente atrelados a estereótipos de sucesso financeiro e social. Exige-se ainda, do profissional, aprendizado e capacitação contínuos não importando quem os financia. Além disso, a dedicação a uma organização ou atividade é apenas uma das possibilidades de trajetória, mas não a única. Outra importante observação é que não são os traços de personalidade e sim as atitudes das pessoas que definem qual carreira adotada. Essas atitudes podem variar conforme o estágio de carreira, fase do ciclo de vida e o contexto em que se encontram. Num determinado momento, as atitudes de carreira contemporânea podem, inclusive, ser influenciadas por características das carreiras tradicionais (Andrade et al., 2011; Briscoe et al., 2006; Duarte & Silva, 2013, 2015; Kilimnik et al., 2012; Silva et al., 2011).

Ressalta-se que esse modelo moderno de carreira não é sinônimo de progresso e bem-estar. Além da instabilidade, descontinuidade e horizontalidade, traz consigo também uma mudança no contrato psicológico entre os atores empregado/empresa, sobretudo no que se refere à lealdade. Anteriormente, o acordo tácito envolvia a lealdade do trabalhador que, dedicando-se e sendo fiel à organização, recebia como recompensa, segurança e estabilidade (Duarte & Silva, 2015; Hall, 2004; Silva et al., 2011).

Essa quebra de contrato de comprometimento e confiança cede espaço a um relacionamento transacional no qual as expectativas mútuas (do empregado e da empresa) são levadas em conta e se estabelecem no curto prazo, trocas de serviços e benefícios. Diante de um mercado competitivo e instável, o profissional se vê como unidade econômica autônoma e sua principal garantia é sua atratividade, em outras palavras, sua empregabilidade (Andrade et al., 2011). Empregabilidade seria, então, a condição de conseguir emprego para os seus conhecimentos, habilidades e atitudes que foram intencionalmente desenvolvidos e treinados em sintonia com as demandas do mercado de trabalho, ou seja, uma constante readequação ao mercado de trabalho (Duarte & Silva, 2013, 2015; Hall, 1996, 2004).

O cenário contemporâneo do trabalho é bastante contraditório, já que por um lado o indivíduo é quem se torna responsável pela gestão de sua carreira e não mais as organizações, mas por outro lado, as organizações esperam do indivíduo comprometimento, motivação, dedicação, aprendizado contínuo para o desenvolvimento de suas competências (Duarte & Silva, 2015; Hall, 1996, 2004).

Diante das transformações ocorridas na sociedade, inúmeras são as tensões que passaram a envolver a vida profissional e também a vida privada das pessoas, impactando em suas carreiras, concepção do que é sucesso e na qualidade de vida. Se por um lado existem diversas opções de gestão das esferas pessoal e profissional da vida, por outro, isso pode gerar ansiedade e inquietude. Constitui-se um desafio tanto para as pessoas, quanto para as organizações, buscar direcionar as potencialidades para contornar essas tensões, ou transformá-las em aliadas em prol do crescimento, a fim de obter melhores resultados e ainda aumentar a qualidade de vida (Duarte & Silva, 2015; Evans, 1996).

Em suma, considerando Hall (2004), Silva et al. (2011) e Duarte e Silva (2015), independente da classificação metodológica do modelo em que se enquadram as atitudes de carreira de um indivíduo, percebe-se que na literatura, a palavra carreira é empregada com pelo menos quatro significados diferentes, citados a seguir:

- Carreira como emprego assalariado (ocupação);
- Carreira como profissão (estabilidade ocupacional) ou sentimento de pertencer a um grupo profissional;
- Carreira como avanço hierárquico (posição de um profissional em uma organização);

- Carreira como trajetória (sequência de trabalhos realizados ou roteiro para realização dos desejos profissionais).

Nesse estudo será considerada a perspectiva abrangente de carreira que envolve aspectos objetivos e subjetivos. Justifica-se a escolha dessa abordagem, devido ao fato de a carreira médica não ser passível de classificação estanque em nenhum dos modelos apresentados.

2.2 Carreira médica

A configuração da profissão médica na atualidade agrega rupturas e permanências decorrentes das transformações ocorridas ao longo dos anos, pois se inscreve no mesmo contexto capitalista moderno do mercado de trabalho a que estão submetidos os demais trabalhadores. Contexto esse de instabilidade, ritmo intenso, jornadas de trabalho prolongadas, achatamento da remuneração, concorrência de modelos de contratação, maior inserção da mulher no mercado, necessidade de formação continuada, redução da autonomia sobre sua atividade, impacto da tecnologia sobre os relacionamentos e falta de tempo para a família e os amigos (Kilimnik et al., 2012). Esses elementos “repercutem cada vez mais nas escolhas e nas atividades dos médicos.” (Scheffer et al., 2015, p.13). O declínio da prática liberal, todavia, não fez emergir relações de trabalho satisfatórias, que vêm se deteriorando (Kilimnik et al., 2012).

Desde a formação acadêmica, existem claras discrepâncias que refletem os dualismos a que os médicos estão submetidos. Políticas governamentais intervêm fortemente na formação médica salientando o perfil do médico generalista, acrescentando um ano na graduação exclusivamente dedicado a serviço médico obrigatório na rede pública e promovendo interiorização do ensino. (Brasil, 2013). Entretanto, essas ações governamentais colidem com a ausência de projetos de valorização à carreira médica no setor público, que poderiam ser incentivo a esse encaminhamento na carreira. Ademais, o atrativo mercado de trabalho na saúde suplementar valoriza a superespecialização e não abre espaço ao médico generalista (Cavalcante Neto, Lira & Miranda, 2009; Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2016). Cabe mencionar ainda, que há um estereótipo de carreira propagado pela mídia, muitas vezes presente no imaginário do estudante de medicina, que contrasta

com a árdua realidade da prática médica (Cavalcante Neto et al., 2009; Ferreira et al., 2000; Fiorotti et al., 2010; Silva, 2004; Soares et al., 2002).

Assim, é possível pensar que a configuração da profissão médica na atualidade é um cenário bastante propício ao desenvolvimento de conflito trabalho-família (WFC/FWC).

Esse conjunto de ideias apresentadas será detalhado nas próximas seções.

2.2.1 A medicina e a dinâmica da sociedade

O surgimento da medicina como ciência remete à figura de Hipócrates, cujo juramento é considerado o primeiro código de ética médica e até os dias atuais é proferido por ocasião da formatura dos graduandos. Surge, portanto, na Grécia, à época da Antiguidade Clássica, séculos V e IV a.C. Porém, a história da medicina no Ocidente pode ter iniciado antes do ano 5000 a.C., pois existem evidências de algumas práticas terapêuticas como a amputação, por exemplo, atribuídas a essa época. Durante a Idade Média, prevaleceram muitas proibições e preconceitos quanto à manipulação do corpo humano em vida ou após a morte. O cristianismo difundia uma maior preocupação com a salvação do espírito, proibia expressamente a manipulação de cadáveres o que provocou um relativo retrocesso da prática clínica (Oliveira & Egrý, 2000; Santos, 2010). A preservação dos conhecimentos médicos da Antiguidade, inclusive, deu-se por judeus e árabes que não estavam sob a égide da Igreja Católica (Almeida, 2009; Smaili, 2009). Frequentes guerras e o aumento das epidemias na Europa contribuíram para a retomada da preocupação com o desenvolvimento da medicina científica. O período do Renascimento, por sua vez, foi então marcado por inovações teóricas e técnicas devido ao surgimento de diversos instrumentos auxiliares ainda usados ou que inspiraram os atuais. Mas, é no século XIX que emerge a Medicina Moderna com a integração progressiva de conhecimento científico, empírico e modernização tecnológica (Oliveira & Egrý, 2000; Santos, 2010).

Na sociedade contemporânea, a medicina é marcada pela rápida expansão do conhecimento técnico-científico de forma a revolucionar aspectos diagnósticos, terapêuticos e relacionais, os quais ocasionam questionamentos éticos e jurídicos das novas descobertas e busca pela padronização de condutas (Santos, 2010).

Nas últimas décadas, expressivas mudanças vêm ocorrendo também nas relações de trabalho no âmbito da atividade médica e na representação social do

médico. O modelo econômico neoliberal dominante nos países ocidentais prioriza resultados econômicos e isso impacta na redução de recursos para gastos sociais, resultando em graves problemas estruturais no setor da saúde (Oliveira & Egry, 2000; Santos, 2010). Quando o capital financeiro para subsidiar a incorporação de novas tecnologias, entra na disputa pela distribuição de atividades lucrativas no campo da saúde, instala-se um novo modelo de atuação que visa controlar os custos dos projetos terapêuticos (Merhy, 2000). Os provedores de assistência à saúde, nas sociedades modernas, conquistaram um domínio institucional, tornaram-se intermediários no mercado entre os profissionais e os usuários e passaram a ditar as regras e definir estratégias para, supostamente, garantir a boa assistência à saúde. Isso resultou no fortalecimento da medicina de grupo e no investimento de organizações privadas nesse campo desconsiderando, entretanto, demandas sociais, numa crescente perda da autonomia dos médicos e tendência ao assalariamento, além de desvio do foco nos atendimentos. Dessa forma, a figura do médico como profissional liberal e autônomo vai se distanciando da realidade (Kilimnik et al., 2012; Lacerda, Massignan, Vinholi & Simões, 2012; Oliveira & Egry, 2000; Santos, 2010; Scheffer et al., 2015).

Outros aspectos a serem considerados na reestruturação da prática médica referente ao desenvolvimento da ciência e tecnologia serão abordados na próxima seção e incluem: o surgimento de novos serviços e de organizações mais complexas por incorporar serviços e produtos agregados, a emergência de novas especialidades/subespecialidades, as modificações relacionais (relação médico-paciente e entre médicos), as mudanças na formação acadêmica. O exercício profissional do médico passa a incluir a gestão de recursos, sejam eles diagnósticos, terapêuticos ou administrativos, sob a ótica da avaliação do custo-benefício (Kilimnik et al., 2012; Oliveira, 2015; Santos, 2010).

Esse processo de integrar a gestão de recursos ao cotidiano do exercício profissional provoca uma transição na posição do médico. A atuação do médico, antes focada na competência da ação e microdecisão, o reduzia a uma unidade de produção de procedimentos. Nessa nova lógica de gestão de recursos, desloca-se para unidade cuidadora, porém “mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário.” (Merhy, 2000, p.116).

Um relevante aspecto sociodemográfico é a entrada maciça das mulheres na carreira médica a partir do século XX, assim como em diversos setores da economia

(Bruschini, 2007; Millan, Azevedo, Rossi. Marco, Millan & Arruda, 2005; Riska, 2011). No ano de 1993, as mulheres representavam 36% dos médicos brasileiros (Bruschini, 2007), em 2000 já atingiam 40,8% e em 2014 já constituem maioria (54,8%) segundo o estudo Demografia Médica no Brasil 2015 de Scheffer et al. (2015). Nos EUA, entre 1990 e 2007, a participação das mulheres no mercado de trabalho médico aumentou de 20% para 30% e no Canadá aumentou de 12% em 1980 para 30% em 2010, tendência observada em todos os demais países membros da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) conforme apontam Wang & Sweetman (2013) e também Gjerberg (2002, 2003) e Scheffer et al. (2015). No Japão, do mesmo modo, essa tendência tem se revelado (Nomura & Gohchi, 2012).

A crescente feminização na medicina e em outros setores resulta de um processo de transformação social mais abrangente que inclui: as conquistas através dos movimentos feministas, os avanços na rede de telecomunicações que contribuíram enormemente na difusão de ideias e comportamentos, a elevação da escolaridade, o advento de métodos anticoncepcionais mais seguros que permitiu às mulheres postergarem a gravidez para poderem se dedicar à conquista da carreira e/ou ter menor número de filhos para possibilitar melhor conciliação com o trabalho profissional e o surgimento de novos arranjos familiares requerendo maior participação econômica da mulher na família (Byron, 2005; Carvalho Neto, Tanure & Andrade, 2010; Goldani, 1998, 2002; Pereira & Schimanski, 2013; Villa, 2012).

Sobre esse último aspecto, Goulão (2013) argumenta que novos estilos de vida, desencadeados pela urbanização, geram novas necessidades crescentes e o acesso aos bens e serviços, imputados nesse novo estilo desejável de vida, requer a existência de mais fontes de rendimento que ultrapassam a relação patriarcal vigente até então. Dessa maneira, o salário das mulheres que inicialmente era considerado apenas um complemento à renda familiar, cuja composição advinha, essencialmente, da renda do homem tornou-se imprescindível para massificar o consumo frente às suas alterações. Esse fato contribui ainda mais para a feminização do mercado de trabalho.

Não somente do ponto de vista econômico, mas também sob o da realização pessoal, são muitas as demandas surgidas no universo feminino. Entretanto, culturalmente ainda persiste a visão de associar a elas algumas tarefas domiciliares (Bruschini, 2007; Cabrera, 2007; Carvalho Neto et al., 2010; Fadigas; Souza & Blerrenbach, 1996; Montagner & Montagner, 2010; Santos, 2010; Santos, 2015).

O aumento do número de mulheres na profissão médica também expõe muitas desigualdades de gênero, tais como remuneração e áreas da medicina ainda fechadas para as mulheres (Gjerberg, 2002, 2003; Scheffer et al., 2015; Riska, 2011). No Brasil, as médicas recebem menor remuneração, em relação aos colegas do sexo oposto, em todas as situações examinadas, mesmo quando as condições são semelhantes em número de vínculos, complexidade da tarefa e carga horária equivalentes (Bruschini, 2007; Scheffer et al., 2015). Além disso, elas são minoria em 38 das 53 especialidades no Brasil (Scheffer et al., 2015). Essa desigualdade no exercício da medicina, também reflete a influência dos traços culturais que sugerem algumas especialidades médicas como sendo mais apropriadas às mulheres dadas as suas características de gênero; tópico esse tão bem debatido pelo estudo de Santos (2010) (Gjerberg, 2002; O'Connell; Betz & Kurt, 1989; Riska, 2011). Assim como no universo corporativo (Carvalho Neto et al., 2010; Tanure, Carvalho Neto & Andrade, 2006), igualmente na medicina ainda é pequeno o número de mulheres nas posições de liderança (Gjerberg, 2003; Nomura & Gohchi, 2012).

A progressão da mulher na carreira médica tem atraído a atenção de muitos pesquisadores, sobretudo internacionais, sendo que 40% dos artigos sobre o tema foram publicados a partir do ano 2005. Alguns conservadores, outros feministas, alguns justificando as desigualdades pelo aspecto estrutural da carreira (barreiras ou o apoio concreto que as mulheres e homens experimentam nas suas decisões de carreira) e outros apontando que as diferenças resultariam de escolhas que estas mulheres fizeram ao tentarem conciliar sua vida pessoal com a profissional (sob o argumento básico de que as mulheres e os homens fazem escolhas de carreira que confirmam seus respectivos papéis de gênero normativo na sociedade) (Cabrera, 2007; Gjerberg, 2002, 2003; Nomura & Gohchi, 2012; Poínhos, 2011; Riska, 2001, 2011; Wang & Sweetman, 2013).

Os estudiosos do tema feminização da carreira médica, incluem também abordagens prospectivas sobre possíveis repercussões que a feminização da medicina poderá trazer para o contexto do sistema de saúde. Algumas pesquisas consideram como possíveis vantagens: médicas se adéquam melhor ao funcionamento da atenção primária já que têm uma abordagem mais orientada para prevenção, estariam mais propensas ao acolhimento empático dos pacientes tornando a relação mais harmoniosa e colaborativa, têm mais chance de envolver o paciente na tomada de decisão porque discutem mais os tratamentos e porque

adotam um estilo mais democrático de comunicação, oneram menos o sistema porque são menos inclinadas a incorporar tecnologias desnecessárias. Portanto, potencialmente podem provocar uma mudança substancial na forma como a medicina é praticada (Nomura & Gohchi, 2012; Poínhos, 2011; Riska, 2001, 2011; Scheffer et al., 2015; Tsugawa, Jena, Figueroa, Orav, Blumenthal & Jha, 2016).

Em contrapartida, outros estudos sugerem que poderá ocorrer escassez na disponibilidade total de médicos tendo em vista que pesquisas revelam que as mulheres médicas tendem a uma jornada de trabalho menor, fazem menos plantões, são menos propensas a deslocamentos territoriais e estão menos presentes em determinadas especialidades como, por exemplo, cirurgia (Riska, 2001, 2011; Scheffer et al., 2015; Wang & Sweetman, 2013). No Brasil médicas que atuam na cirurgia somam 36,5% (Scheffer et al., 2015).

A questão norteadora desta pesquisa permite contemplar alguns aspectos que envolvem diferenças nos papéis de gênero como mais uma fonte de tensões tanto no ambiente familiar quanto no trabalho.

2.2.1.1 Reflexos do desenvolvimento da ciência e tecnologia no exercício da medicina

A readequação tecnológica decorrente da sofisticação dos equipamentos médicos, técnicas e procedimentos, provoca frequentemente um deslocamento do médico de sua atuação em consultórios isolados para clínicas e /ou hospitais, públicos ou privados, que ofereçam espaços mais estruturados. Além de propiciar uma plataforma técnica suficiente onde ele possa melhor explorar suas habilidades, esses locais também proporcionam a formação de alianças de saberes e competências complementares com outros profissionais (Santos, 2010; Scheffer et al., 2015). Todavia, esses fatos contribuem para o declínio na prática liberal e caracterizam a mentalidade de fornecedor, além de impactarem na empregabilidade (Kilimnik et al., 2012; Merhy, 2000).

Quanto aos reflexos das inovações tecnológicas na relação médico-paciente, é útil historiar brevemente as mudanças culturais que essa relação atravessou e vem delineando uma nova representação social em relação à medicina. O médico antes era deificado. O saber médico conferia-lhe poder e autoridade. A relação com o paciente era verticalizada e o distanciamento representava manifestação de respeito

e submissão. Depois, popularizou-se a figura do médico de cabeceira, que o aproximou de seus pacientes, na intimidade das famílias (Assad, 2011).

Com a modernização da medicina, o atendimento tornou-se muito mecanizado, fragmentado entre as diversas especialidades, e culminou por distanciar o profissional de seu cliente numa postura técnica e impessoal (Assad, 2011; Oliveira, 2015; Santos, 2010). Paradoxalmente, a conectividade proporcionada pelas redes sociais dá a falsa impressão de intimidade e disponibilidade permanente do médico, ocasionando mal-entendidos e insatisfações, que minam ainda mais a relação médico-paciente. A intensificação do uso de redes sociais é de tal forma marcante na atualidade, que motivou, inclusive, a publicação de resoluções normativas por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM), tamanha repercussão de caráter ético, sobretudo.²

Além disso, a difusão maciça de informações de cunho clínico mesmo que de forma não técnica, nos mais diversos meios de comunicação, faz com que o paciente levante muitos questionamentos quanto às decisões médicas durante o atendimento, exigindo do médico uma nova postura e um novo patamar de diálogo (Assad, 2011). Muitas vezes, esses questionamentos são expressos de maneira agressiva e desrespeitosa ou denotam uma tendência de responsabilizar somente os médicos pela gestão do processo saúde-doença de seus pacientes e pelo sistema de prestação de serviços vigente, conforme afirmam Kilimnik et al. (2012). Eventualmente, esses questionamentos se estendem para a esfera jurídica e indubitavelmente concorrem para o aumento de tensão na esfera do trabalho.

Vale dizer que Merhy e Onocko (1997) denominaram o conjunto de transformações no comportamento tanto dos médicos quanto dos pacientes, de modo contemporâneo do agir em saúde.

Para Merhy (2000), o modo contemporâneo do agir em saúde é frequentemente modelado pela tecnologia. Alguns estudos, entretanto, apontam que após intenso período de idolatria da tecnologia, tem havido um movimento de retorno ao

²O Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou recentemente, no Diário Oficial da União (DOU), diversas resoluções normativas (2011/ 1974; 2015/ 2126 e 2015 /2133) orientando o comportamento de médicos em canais de mídias sociais. O conteúdo das resoluções aborda, por exemplo, postagem de fotografias em situações de trabalho ou atendimento; mensagens, sobretudo de cunho técnico ou que envolvam pacientes; parâmetros para anúncios publicitários e incluem também a proibição de diagnosticar e prescrever via internet. As publicações resultam de uma emergente necessidade de padronizar eticamente a conduta médica via internet, tendo em vista a inegável propagação do hábito de usar essas redes e os inúmeros conflitos éticos que emergiram em decorrência desse hábito. Isso corrobora com o discorrido no texto acima referindo-se ao impacto da tecnologia na prática médica. (Conselho Federal de Medicina, 2011, 2015a, 2015b)

humanismo e à relação centrada no paciente, coparticipativa, mais interativa e horizontal entre os profissionais e os pacientes (Assad, 2011; Kaba & Sooriakumaran, 2007; Santos, 2010)

Não só a relação médico-paciente sofreu impacto, mas também o relacionamento interpessoal entre os profissionais. A superespecialização promove uma prática clínica fragmentada e com procedimentos sistematizados, prejudicando a convivência, e, não raro, nenhum médico assume completamente a condução do caso clínico do paciente, o que, por conseguinte, contribui para esvaziar relações de compromisso mútuo (Merhy, 2000).

As novas possibilidades de troca de informação proporcionadas pelas tecnologias de informação e comunicação, não restringem a atualização à participação em simpósios e congressos; em virtude disso, os médicos frequentam menos eventos científicos pessoalmente, do que antes de instaladas essas possibilidades. Conseqüentemente, têm menos oportunidades de convívio pessoal. Destaca-se ainda, que como a velocidade de deslocamento possibilita ao profissional estar em um encontro científico pela manhã e de volta ao trabalho no fim da tarde, isso também desfavorece o tempo de convivência e o estreitamento de relações entre os colegas. Esses fatos mencionados impactam na formação de vínculo de coletividade, o que constitui outro desafio ao exercício profissional (Santos, 2010). Com laços mais tênues, o trabalho em equipe torna-se mais difícil (Kilimnik et al., 2012), o que resulta em mais oportunidades de ocorrência de tensões e menos apoio entre os pares no ambiente de trabalho. Fatores esses, que podem contribuir para o conflito trabalho-família (WFC/FWC).

Outro aspecto que suscita uma chance maior de ocorrerem tensões nos relacionamentos dentro do trabalho, são as mudanças na formação acadêmica em decorrência do desenvolvimento da ciência e tecnologia. Isso resulta num mercado de trabalho que passa a mesclar profissionais graduados em com linhas de raciocínio e modelos mentais diferentes (Scheffer, et al., 2015). Dados apontam ainda, que a média de idade dos médicos vem caindo, portanto, a medicina no Brasil é uma profissão cada vez mais jovem (Scheffer et al., 2015). Quanto a isso, a questão não é apenas o aumento do número de médicos jovens, mas também o surgimento de uma nova geração de médicos que tende a optar por estilos de vida diferentes das gerações anteriores (Howell, Beckett, Nettiksimmons & Villablanca, 2012; Riska, 2001, 2011).

A evolução gradativa da tecnologia e da complexidade do conhecimento privilegiam a divisão técnica do trabalho e os procedimentos instrumentais. Entretanto, a opção tão demarcada de especialização pelos alunos de medicina, sugere que se trata de um fenômeno mais abrangente e que extrapola apenas as questões de mercado. Os estudos apontam para o alto poder simbólico de prestígio e poder do especialista que acabam também seduzindo os estudantes de medicina a aspirarem convictamente à especialização (Cavalcante Neto et al., 2009; Ferreira et al., 2000; Fiorotti et al., 2010).

Esse cenário vem despertando uma preocupação crescente em alinhar o ensino médico à realidade das necessidades de saúde da população e do sistema público de saúde por meio de estratégias didáticas centradas na solução de problemas. Pesquisadores envolvidos com a educação médica esforçam-se para conhecer o perfil do graduando porque acreditam que aquilo que o estudante traz consigo pode ser um obstáculo a novos aprendizados. Para transformar o ensino e promover o aprendizado de novos modelos é preciso quebrar paradigmas pessoais trazidos pelos alunos e professores. Mas apesar dos esforços em tentar sintonizar a formação profissional com as necessidades de saúde da população, é questionável se está havendo elevação da consciência sanitária dos egressos³ (Bosi, 1994; Cavalcante Neto et al., 2009; Ferreira et al., 2000; Fiorotti et al., 2010; Fonseca, 2011).

Pesquisas com acadêmicos de medicina confirmam a forte tendência à especialização. Quase todos os alunos querem fazer residência médica e se especializar, e um pequeno percentual escolheu alguma das especialidades matrizes, como medicina interna, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia e medicina da família comunidade (Cavalcante Neto et al., 2009; Ferreira et al., 2000; Fiorotti et al., 2010; Oliveira, 2015).

Se, de um lado, o poder público define diretrizes da educação médica centradas na solução de problemas, promove elevação do quantitativo de profissionais, intervém na exclusividade dos conselhos regionais da classe em emitir permissão para exercer a medicina em cada estado brasileiro, entre outras ações; de outro lado faltam programas que reforcem a adesão à carreira médica pública como, por exemplo, formatação de um plano nacional de carreira, tão almejado por entidades

³ Consciência sanitária aqui interpretada como o entendimento de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que deve ser assegurado através da cidadania orientando o exercício profissional (Bosi, 1994; Fonseca, 2011).

representativas da classe. Ademais, a prática médica expõe duras condições de trabalho frente aos investimentos insuficientes na infraestrutura para atendimento pelo SUS⁴ na maioria dos serviços, mesmo diante da realidade de que mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS (Ferreira et al., 2000; Ministério da Saúde, 2006; Scheffer et al., 2015). Junte-se a isso o fato de que interesses econômicos e corporativos incentivam a expansão do mercado de planos e seguros de saúde, além de investimento em melhorias na rede hospitalar privada (Scheffer et al., 2015).

Assim, todo empenho ideológico de alinhar a formação profissional às necessidades da saúde pública parece não ser suficiente para contrapor a força da infraestrutura econômica e política do mercado, que são fatores mais relacionados às decisões políticas do que ao âmbito escolar. Pressupõe-se que a inserção no mercado seja um determinante mais forte nas escolhas de carreira (Cavalcante Neto et al., 2009; Ferreira et al., 2000). Dessa forma, essa incongruência entre os valores da formação e os do mercado já esboça um ponto de possível conflito em alinhar a vida profissional à pessoal.

2.2.2 Aspectos do trabalho médico na atualidade

A profissão médica pode ser exercida em diversas instituições e áreas de atuação, simultaneamente ou não, tais como atividades assistenciais (atendimento ambulatorial, atendimento hospitalar, serviço médico em empresas), prestação de serviços diagnósticos, atividades administrativas em saúde como cargos de gestão/auditoria/outros, cargos em indústrias farmacêuticas, docência, dedicação à pesquisa.

A inserção desses profissionais no sistema de saúde pode ocorrer na rede pública e/ou na privada. O contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico são imperativos no exercício profissional. O topo da carreira é delineado por parâmetros do próprio indivíduo. Dadas todas essas características, podemos identificar que a carreira médica, na maioria das vezes, mais se aproxima da perspectiva de carreira contemporânea, configuração proteana ou sem fronteiras, embora existam exceções (Kilimnik et al., 2012).

⁴ SUS significa Sistema Único de Saúde e refere-se ao sistema público de saúde no Brasil.

De acordo com Scheffer et al. (2015), a maioria dos médicos brasileiros tem múltiplos vínculos e trabalha para mais de um empregador, sendo que 48,5% dos profissionais possuem três ou mais vínculos ao passo que apenas 22% têm um único vínculo de trabalho; perfis de dedicação exclusiva são raros. Há um predomínio de longas jornadas semanais de trabalho, pois 75,5% dos médicos em todas as faixas etárias trabalham acima de quarenta horas semanais e quase um terço (32,4%) tem jornada maior do que sessenta horas semanais. A atuação concomitante no setor público e no privado ocorre em 51,5% dos casos.

O acúmulo de práticas e vínculos, assim como as múltiplas formações e possibilidades de inserção no sistema de saúde, pode ocorrer simultaneamente, durante um determinado período, ou linearmente, durante a trajetória profissional e pessoal do sujeito (Scheffer et al., 2015).

Em cada função existem regras, exigências e metas diferentes. Isso pode provocar inquietações que por vezes se refletem no seu desempenho no trabalho ou causam desgaste, desinteresse e até estresse. Além disso, o ambiente competitivo das organizações inclui a competição pelo talento humano do qual é esperado nível crescente de desenvolvimento de habilidades, competências e a reinvenção de novas formas de relacionar-se com o trabalho que possa agregar valor. Esse quadro também pode refletir na saúde física e mental dos indivíduos e, portanto, indiretamente nas suas motivações e produtividade e, por conseguinte nos resultados da organização (Kilimnik et al., 2012; Pereira & Zille, 2010; Riska, 2011).

Tantas alternativas no mercado de trabalho médico acabam expondo uma heterogeneidade também no tocante à remuneração. Em uma mesma especialidade ou até em uma mesma instituição, o rendimento pode variar consideravelmente. Contudo, os modelos mais praticados de remuneração do trabalho médico brasileiro baseiam-se no assalariamento (44,4%), no número de pacientes atendidos (23,2%) e na hora-trabalhada (13,5%). Esses modelos nem sempre condizem com a complexidade da função exercida e frequentemente despertam descontentamento. Ademais, esses modelos não contribuem para a qualidade em assistência à saúde, nem incentivam o comprometimento do profissional com a carreira e ainda podem desagregar os trabalhadores enquanto uma classe (Kilimnik et al., 2012; Scheffer et al., 2015).

O rendimento da categoria é elevado, conforme constataram Scheffer et al. (2015). Segundo esses autores, no Brasil, 53,9% se encontram na faixa salarial acima

de R\$12.000,00 mensais, o que equivale em média a treze salários-mínimos. Destaca-se, porém, que na menor faixa salarial encontram-se as mulheres e os jovens (abaixo de 35 anos). Médicos que atuam exclusivamente no setor privado ou em ambos, apresentam rendimentos maiores do que aqueles que atuam exclusivamente no setor público (Scheffer et al., 2015).

Outro aspecto a ser mencionado é que, consoante Kilimnik et al. (2012), as organizações de saúde no Brasil são sistemas complexos e não priorizam questões relacionadas à gestão de pessoas sendo que na maioria das vezes são empregadas práticas gerenciais ultrapassadas empobrecendo ainda mais as relações de trabalho nessa carreira e dando margem a baixo comprometimento e mau desempenho. Todavia, existem outros fatores a influenciarem o comportamento e o desempenho dessa classe, que podem ser de ordem técnica, a exemplo da disponibilidade de recursos materiais, ou de ordem individual, como motivação e satisfação com o trabalho.

Para exemplificar que mesmo diante de relações de trabalho inoportunas o comportamento da classe médica brasileira parece resultar de inúmeros outros fatores, dados da pesquisa de Scheffer et al. (2015) sobre a demografia médica no Brasil revelam ainda, uma enorme adesão à profissão, sendo que 83,7% dos profissionais dedicam-se exclusivamente à medicina em alguma das inúmeras modalidades possíveis, enquanto os 16,3% restantes têm uma segunda atividade ou ocupação, tais como, empresário, político, advogado, etc. Em 59,1% dos casos, há predominância da atuação clínica e assistencial e, muitas vezes, essa atuação se sobrepõe a outros tipos de cargos. Apenas 3,1% atuam exclusivamente em atividades não assistenciais. O trabalho em regime de plantões, que se caracteriza por um serviço em horas contínuas e ininterruptas, é muito frequente, sendo realizado por 44,6% dos médicos, quase sempre na rede hospitalar.

Ressalta-se, ainda, que a distribuição dos médicos no território brasileiro apresenta uma expressiva irregularidade de tal forma que alguns locais estão praticamente despovoados desses profissionais, enquanto em outros ocorre uma hiperconcentração (30% da população que vive nas maiores cidades brasileiras é servida por 60% dos médicos) (Scheffer et al., 2015). Como essa disparidade na distribuição geográfica de médicos não ocorre apenas no Brasil, muitos esforços têm sido empreendidos para melhor entendimento do fenômeno, na busca por respostas (Povoa & Andrade, 2006).

Sob essa ótica, as variáveis que mais comumente se configuram nos estudos internacionais sobre o tema, são: qualidade de vida, lazer, distância até as principais cidades da região ou até o centro da cidade, renda média e existência de um hospital. Alguns países têm adotado medidas para garantir a presença de médicos em regiões desassistidas que abrangem desde a formação acadêmica, até a manutenção no local de trabalho. Assim, no estudo brasileiro de Scheffer et al. (2015), os principais fatores que levariam os médicos a se fixarem em um local de trabalho, são a remuneração e as condições técnicas para trabalharem, bem como a possibilidade de melhor qualidade de vida.

A profissão médica é, portanto, caracterizada por uma alta demanda de envolvimento com o trabalho e por várias possibilidades de atuação que expõem diversas fontes de pressão e inquietações. O estudo de Kilimnik et al. (2012), elenca muitas dessas fontes de pressão:

- tarefas árduas e desgastantes inerentes à profissão;
- intensos e frequentes estímulos emocionais tanto por lidar com o sofrimento alheio quanto pela expectativa que recai sobre esses profissionais por partes dos pacientes, de seus colegas, da instituição e até deles próprios;
- exposição a riscos e sentimento de infalibilidade, bem como medo do erro médico;
- necessidade de conciliar estudos seja para aperfeiçoamento técnico continuado ou progressão na carreira;
- enfrentamento de limitações técnicas para prestar devida assistência;
- interferência de aspectos socioeconômicos dos pacientes no processo saúde-doença;
- hostilidade e intolerância de alguns pacientes e acompanhantes que atribuem sua condição clínica à figura do médico;
- ambiente competitivo;
- remuneração desigual;
- multiempregos com múltiplas demandas;
- longas jornadas de trabalho e/ou estado prolongado de disponibilidade que acaba por se tornar um trabalho extraordinário;
- medo de fracassar frente às grandes expectativas da família em relação à sua carreira e desempenho financeiro.

Kilimnik et al. (2012) concluem que a junção desses fatores certifica o grande desafio que a carreira médica representa tanto para harmonizar as diferentes demandas na esfera profissional, quanto para manter o equilíbrio entre a vida pessoal e a carreira.

Esse mosaico que é o exercício da medicina pode ser o gatilho para a ocorrência do conflito trabalho-família (WFC/FWC), que foi o propósito desta pesquisa.

Todo esse cenário pressupõe, também, que eleger a medicina como profissão, seja uma escolha vocacionada, sobretudo diante das perspectivas atuais do médico em relação à carreira (Ferreira et al., 2000; Fiorotti et al., 2010; Kilimnik et al., 2012; Millan et al., 2005; Tayfur & Arslan, 2013). Sob outro aspecto, é uma profissão que possibilita aprendizado e treinamento constantes, bem como percepção de estar sendo útil para alguém. Além do que, ter que lidar com tantos fatores de pressão incidentes, auxilia na consolidação de trajetórias, fortalecendo o envolvimento com a carreira, ao contrário do que poderiam supor alguns (Kilimnik et al., 2012; Tayfur & Arslan, 2013).

Quanto ao ponto de vista de escolher a medicina como profissão, pesquisadores apontam que toda escolha de carreira é um fenômeno multifatorial. No caso da medicina, vários elementos podem ser identificados, alguns já expostos, como: busca pelo conhecimento (afinidade com o conteúdo e possibilidade de desafio frequente); compromisso ético-social (desejo expresso de ser útil a alguém com desejo consciente ou inconsciente de ser reconhecido por isso); influência familiar; fatores econômicos; e fatores pessoais como identificação com a profissão, disponibilidade de tempo e domínio de habilidades naturais relacionadas culturalmente à carreira (disposição para estudar, perseverança, etc) (Ferreira et al., 2000; Millan et al., 2005; Silva, 2004; Soares et al., 2002).

A profissão médica, mesmo em crise, ainda é símbolo de prestígio. Aliado a isso, o mercado de trabalho apresenta dificuldades, mas sem taxas de desemprego. Então, a imagem do médico na sociedade evoca ascensão social e constitui um capital simbólico da profissão (Ferreira et al., 2000; Wang & Sweetman, 2013).

Ao que parece, o capital simbólico abrange mais que aspecto de ascensão social e se expande ao imaginário de carreira. Universitários pesquisados se referem a modelos de identificação com alguém da carreira médica que podem ser parentes e amigos médicos ou até mesmo personagens de cinema (Millan et al., 2005). Esse fato

afirma que as visões do jovem sobre o mercado de trabalho, muitas vezes, estão fundamentadas na subjetividade por influências do meio social em que o estudante está inserido e até mesmo dos meios de comunicação em massa (Soares et al., 2002). Silva (2004, p.62) aponta a mídia como “multiplicadores de sua realidade ideologicamente montada”.

O acesso aos veículos de comunicação social cresceu de maneira tão expressiva que divide espaço com a família e a escola na formação da identidade do sujeito, podendo interferir na escolha profissional (Silva, 2004). No que tange à carreira médica, é muito comum seriados televisivos, americanos em sua maioria e, logo, destituídos da identidade cultural brasileira, que propagam uma visão parcial e, por vezes, até distorcida da realidade ocupacional, criando estereótipos. Essa mistificação do senso comum a respeito da profissão médica pode inibir a elaboração do senso crítico e propagar uma ideia equivocada da profissão e do mercado o que, por sua vez, contribui para o desconhecimento da realidade profissional e pode ocasionar decepção com a carreira (Soares et al., 2002). Logo, poderá ocorrer ainda dificuldade em lidar com as próprias expectativas devido à ambiguidade e o conflito de papéis, o que favorece a incidência de conflito trabalho-família (WFC/FWC), como será abordado na próxima seção.

2.3 Conflito trabalho-família

2.3.1 Conceituações

O conceito de família não é demarcado nem imutável e sofre influência dos processos sociais históricos. Grupos domésticos, de um lado, são plurais, em termos de organização, formação, número de membros, renda e diversos outros aspectos. Por outro lado, têm valores e deveres em comum como amor, sexualidade, intimidade, afinidades conjugais, cuidado, proteção, investimento e apoio na velhice (Pereira & Schimanski, 2013).

A inexistência de um conceito único de família não descaracteriza a relevância do espaço que ela ocupa no contexto da sociedade. O conceito de uma família ideal não pode ser negado diante da força que imprime nas diversas abordagens sobre o tema. Sob o aspecto tradicional (e idealizado), pode-se considerar família como uma instituição social. Abordagens marxistas a consideram uma unidade de consumo e

reprodução da força de trabalho e valores econômicos. Para os fundamentalistas religiosos é considerada a base da sociedade, uma célula que acumula e reverbera valores culturais e simbólicos. Quanto aos funcionalistas, é apontada como unidade de socialização e propagação de valores sociais (Pereira & Schimanski, 2013; Portes, Portes & Orlowski, 2001).

As novas concepções de família, amor e casamento, resultam de uma verdadeira revolução sexual a partir do final da década de 1960. Revolução que desvincula a sexualidade da reprodução com o advento da pílula anticoncepcional, o que desencadeia aumento da contracepção em idade precoce, maternidade após os 30 anos e redução no número de filhos. Tudo isso contribuiu para que as mulheres fossem saindo da exclusividade da maternidade e cuidados no ambiente doméstico para ocupar o espaço público. Em 1980, ocorrem os avanços na reprodução assistida (inseminações artificiais e fertilizações *in vitro*) que dissocia ainda mais a relação sexual da finalidade reprodutiva. Em 1990, torna-se possível a identificação de paternidade através do exame de DNA que, por sua vez, dissocia a reprodução do casamento. Entre as mudanças sociais, econômicas e políticas, destacam-se a corresponsabilidade da comunidade na socialização dos filhos através de serviços públicos e privados; as novas demandas de consumo implicando em maior necessidade de renda; o aumento de uniões consensuais e diminuição das dificuldades legais para o divórcio que repercute em casamentos sucessivos com parceiros distintos trazendo filhos de diferentes uniões (famílias recompostas); a união de homossexuais; o aumento no número de pessoas que vivem só; o aumento do número de agregados nas famílias, resultado do aumento da população mais velha e da diminuição da fecundidade, fazendo com que aumente a convivência com avôs/avós/netos/netas (Pereira & Schimanski, 2013).

As transformações estruturais no conceito de família se inscrevem sob um viés idealista e individualista de felicidade. A família moderna, sob a ótica das relações contemporâneas, se consolida na possibilidade de escolhas do companheiro ou companheira, da monogamia, da priorização de afetos e sentimentos, extrapolando o conceito de matrimônio, relação entre pais e filhos ou laços de sangue. As novas configurações familiares centralizam a união (relação dinâmica de afeto de receber e retribuir contínuos) e não o contrato do casamento. É, portanto, uma relação simbólica estruturada nas obrigações morais. Sob essa perspectiva, a consolidação do casamento passa a ser considerada apenas um dispositivo de aliança normatizado,

enquanto que a aliança não institucionalizada considera o dispositivo da sexualidade (Pereira & Schimanski, 2013).

Apesar de a contemporaneidade abranger uma diversidade explícita na formação familiar, ainda é proeminente o conjunto de normas, padrões de comportamento e matrizes simbólicas que permeiam o significado de uma família ideal em torno da lógica heteronormativa. O equilíbrio entre o aspecto normativo e a flexibilidade expressa nas mudanças na instituição familiar, reivindica um novo modelo social que ora se adapta, ora busca superar a configuração tradicional. A variabilidade das novas configurações familiares alimenta a reconstrução do discurso a respeito das novas maneiras de se pensar a família. No entanto, aquelas que fogem das normas pré-estabelecidas para um modelo ideal de família, ainda são ditas desestruturadas (Pereira & Schimanski, 2013; Portes et al., 2001).

De acordo com o IBGE (2012), tem-se no Brasil: família unipessoal (jovens que deixaram a casa dos pais, pessoas que se divorciaram, viúvas, viúvos, pessoas que optaram por viverem sozinhas), família com duas ou mais pessoas com parentesco (famílias monoparentais, quando a pessoa considerada - homem ou mulher- encontra-se sem cônjuge ou companheiro e vive, coabitando, com uma ou várias crianças/familiares adultos), famílias com duas ou mais pessoas sem parentesco (famílias heterossexuais e homossexuais sem filhos, amigos que coabitam).

Outra configuração crescente na sociedade é o modelo denominado *dual-career family*, considerado por muitos autores como estilo de vida e para outros como uma prática. O termo casais de dupla carreira refere-se àqueles casais em que ambos conciliam participação no mercado de trabalho e na família. A partir das prioridades que cada um estabelecer em relação à família ou à carreira, e das forças individuais ou sociais presentes no contexto daquela família, surgirão conflitos e benefícios na dimensão coletiva (social e organizacional) e na dimensão pessoal (intrapessoais e interpessoais). Entre as vantagens dessa prática, a literatura destaca: incremento no ganho financeiro; melhora da autoestima; maior flexibilidade no trabalho, já que os compromissos de renda são compartilhados; liberdade para ambos atuarem além das normas sociais pré-estabelecidas na estrutura familiar tradicional; aumento do nível de interação social da mulher; partilha recíproca de problemas; maior respeito, admiração e orgulho das realizações entre o casal com fortalecimento do vínculo marital diante da solidariedade conjugal. Entre as desvantagens há o conflito de papéis devido à expectativa de cumprimento de múltiplas funções, reflexos na decisão do

momento de engravidar e no número de filhos, percepção de desigualdade (remuneração desigual frente à mesma dedicação), concorrência e, ocasionalmente, baixa de produtividade e problemas de saúde física (Cherpas, 1995; Santos, 2013; Santos e Casado, 2011).

À luz da literatura, podemos dizer que não existe um único modelo familiar já que na perspectiva histórica, esse conceito acomoda diversas composições e características. Dentro de um mesmo espaço histórico, podem coexistir diversos modelos familiares, ainda que haja um mais hegemônico, normatizado (Portes et al., 2001).

Assim como ocorre com o conceito de família, Lourenço, Ferreira e Brito (2013) afirmam que o significado do trabalho para a humanidade também se transforma ao longo do processo civilizatório sob o impacto do contexto histórico. Sob a dimensão positiva, o trabalho propicia possibilidade de construção de identidade e autorrealização, além de inserção social. Já sob a dimensão negativa, pode desencadear sofrimento, sobretudo nos dias atuais num contexto de tão significativas transformações sociais, econômicas e culturais, tais como as reestruturações, terceirizações, luta pela empregabilidade entre outras tantas questões a exigir respostas adaptativas do indivíduo.

Portanto, o processo de atribuição de significado ao trabalho é complexo, pois envolve inúmeras variáveis, tanto oriundas do contexto histórico, quanto das respostas adaptativas individuais.

Referindo-se ao contexto histórico, Serva e Ferreira (2006), ressaltam que desde a crise do fordismo na década de 1970, emergiu uma realidade de trabalho extremamente ambígua e instável, repleta de dualidades. A complexidade da empresa moderna diante das contradições, paradoxos e desordens, em contraponto às formas anteriores rígidas e precisas, passou a exigir flexibilidade e grande capacidade de ação por exceção. Nesse sentido, Paula (2013) aponta que a energia e a inteligência humanas são nossos recursos mais decisivos.

Soma-se a isso a alta taxa de inovação tecnológica visando à máxima eficiência, que redesenha os processos produtivos e acaba por acarretar aumento no ritmo de trabalho em correspondência a esse discurso de eficiência (Serva & Ferreira, 2006). Ademais, a inovação tecnológica impacta tanto nos meios produtivos, quanto na conectividade ao mundo do trabalho por meio de e-mails e computadores que estendem a jornada laboral (Carvalho Neto et al., 2010; Tanure et al., 2006).

Além disso, o espírito competitivo, apontado nos estudos como característica marcante dos dias atuais, contribui ainda mais para o aumento no ritmo de trabalho e o indivíduo sente-se condenado a vencer (Serva & Ferreira, 2006).

Esse contexto, regulado pelo padrão global de desempenho, reflete na conduta pessoal do trabalhador que passa a assumir um estilo de vida gerencialista, muitas vezes extrapolando para sua vida pessoal atitudes gerenciais, tais como autoexploração e mercantilização de si (Tonon & Grisci, 2015).

As respostas adaptativas são então, na verdade, estratégias empreendidas pelos trabalhadores na tentativa de se adaptarem de maneira saudável e superarem os desafios vivenciados no trabalho (Lourenço et al., 2013). Entre as variáveis relacionadas ao indivíduo que refletem na construção do significado do trabalho, podemos também citar: centralidade no trabalho, objetivos valorizados, resultados esperados, relação entre trabalho e lazer, relações entre trabalho e família, tempo, socialização e valores pessoais (Lourenço et al., 2013).

Alguns fatores sociodemográficos também têm contribuído para o aumento da interface entre as esferas do trabalho e da família: maior diversidade nas estruturas familiares (Byron, 2005; Pereira & Schimanski, 2013; Samsinar, Sambasivan & Ismail, 2010); maior inserção da mulher no mercado de trabalho; aumento do número de casais em que ambos investem em suas carreiras, aumentando a permeabilidade entre responsabilidades domésticas e profissionais para homens e mulheres (Gramacho, 2012; Pereira & Schimanski, 2013; Samsinar et al., 2010; Santos, 2015; Santos & Casado, 2011); maior expectativa de vida da população (Oliveira et al., 2013; Pereira & Schimanski, 2013; Samsinar et al., 2010; Santos & Gonçalves, 2014).

O conseqüente envelhecimento da população devido a maior expectativa de vida aumenta a demanda por cuidados com idosos ou, ao contrário, ocasiona idosos mais ativos envolvidos em seus projetos pessoais e menos disponíveis para dar suporte no cuidado com os netos (Oliveira et al., 2013; Santos & Gonçalves, 2014).

Diante de tudo isso, atualmente, muitas pessoas experimentam dificuldades para conciliar atividades profissionais e responsabilidades familiares, sendo cada vez mais frequente a interferência de uma esfera na outra (Samsinar et al., 2010; Santos, 2015; Santos & Gonçalves, 2014).

A inter-relação entre trabalho e família é tema multidisciplinar, de interesse da Psicologia, Sociologia, Comportamento Organizacional, Gestão, Saúde Ocupacional e Estudos de Família e Direito, por exemplo. Todavia, não há um modelo teórico que

integre as diferentes abordagens das diversas disciplinas, bem como não há definição consensual para trabalho e família (Aguilar & Bastos, 2013; Samsinar et al., 2010). As esferas do trabalho e da família anteriormente eram encaradas como esferas distintas até que, nos anos 1980/1990, nota-se uma preocupação frequente, por parte das organizações, com o equilíbrio entre essas duas esferas que se tocam, como forma de obter vantagem competitiva (Byron, 2010; Greenhaus, Callan & Godshalk, 2010 apud Goulão, 2013; Santos, 2015).

A literatura sobre a interface entre trabalho e família contempla três perspectivas: a facilitadora ou enriquecedora, a do esgotamento que tem o foco na questão do conflito de papéis, e a integradora (Gramacho, 2012; Oliveira et al., 2013).

Estudos postulados sob a perspectiva facilitadora ou enriquecedora consideram que experiências vividas pelo indivíduo no desempenho de papéis em um domínio reforçam recursos existentes ou fazem desenvolver novos recursos pessoais e habilidades, que melhoram o desempenho dos papéis no outro domínio. Alegam que o envolvimento do indivíduo com vários papéis simultâneos pode, potencialmente, contribuir para a autoestima e estimulação (Gramacho, 2012). Quando embasados na *Spillover Theory* ou Teoria do Transbordamento, que considera o transbordamento comportamental de uma esfera a outra, esses estudos são classificados como *Spillover* positivo (Samsinar et al., 2010). É um ponto de vista pouco explorado sendo que, de acordo com Oliveira et al. (2013), as duas publicações mais relevantes foram de Greenhaus e Powell (2006) e Powell e Greenhaus (2010). Gramacho (2012) cita ainda a publicação de Poelmans, Stepanova e Masuda (2008).

A perspectiva do esgotamento é embasada na Teoria dos Papéis. Grande parte da literatura sobre trabalho e família utiliza esse modelo teórico, provavelmente por ele ser bastante amplo (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek & Rosenthal, 1964; Katz & Kahn, 1978 apud Michel et al., 2010). “Essa teoria postula que os domínios da vida, tais como família e trabalho, implicam em múltiplos papéis que exercem demandas sobre os indivíduos muitas vezes resultando em conflito.” (Michel et al., 2010, p.92, tradução nossa). Após a 2ª Grande Guerra, Kahn et al.(1964, apud Michel et al., 2010) desenvolveram um estudo sobre estresse resultante da ambiguidade e da sobrecarga de papéis no trabalho e na vida privada, quando empregaram o conceito de conflito (Evans & Bartolomé, 1984).

Com base nessa teoria diversos postulados surgiram. Entre eles, que existe uma quantia limitada de tempo e energia, o que torna os domínios família e trabalho

incompatíveis por causa de diferentes normas e requisitos que competem pelos mesmos recursos. Portanto, sendo os recursos finitos, o aumento de desempenho de papéis em um dos domínios traz preocupação com aquele papel e, por conseguinte, diminui o desempenho no outro domínio (Gramacho, 2012, Michel et al., 2010). Proposição também conhecida como Hipótese de Escassez de Recursos (Goode, 1960 apud Tayfur & Arslan, 2013) ou, ainda, *Spillover* Negativo, conforme comenta Samsinar et al. (2010).

O fenômeno conflito trabalho-família foi definido por Greenhaus e Beutell (1985) como uma forma de conflito entre papéis em que as pressões do papel dos domínios do trabalho e da família são mutuamente incompatíveis em algum aspecto, de tal forma que ocorre prejuízo na participação em um dos domínios em decorrência das demandas no outro domínio. O indivíduo percebe dificuldades em atender simultaneamente todas as pressões e vivencia conflito.

Quando o desempenho do papel de trabalho dificulta a participação no papel de família, chamamos de conflito trabalho-família (*work-to-family conflict- WFC*) e no caso contrário, ou seja, quando o desempenho do papel de família dificulta a participação no papel de trabalho, chamamos de conflito família-trabalho (*family-to-work conflict- FWC*). Assim, a literatura das últimas duas décadas converge para considerar esse constructo como bidirecional (Michel et al., 2010; Van Daalen et al., 2006). Todavia, algumas pesquisas consideram que conflito trabalho-família e conflito família-trabalho possuem diferentes antecedentes e consequências (Oliveira et al., 2013).

Mesmo considerando a bidirecionalidade do conflito, é relevante ressaltar que estudos dignos de crédito demonstram maior probabilidade de as demandas do trabalho interferirem no desempenho das responsabilidades familiares, do que o oposto (Frone, Russel & Cooper, 1992; Samsinar et al., 2010; Santos & Gonçalves, 2014). Uma possível explicação para isso pauta-se no fato de que os papéis familiares são menos formais e, portanto, mais vulneráveis à intervenção das demandas de outros papéis. Como consequência, há um maior número de investigações fazendo alusão ao conflito trabalho-família do que ao conflito família-trabalho (Santos & Gonçalves, 2014).

A literatura contempla inúmeros trabalhos que foram desenvolvidos com diferentes abordagens e constructos envolvendo o tema WFC/FWC conforme apontam as meta-análises de Michel et al. (2010), Van Daalen et al. (2006), e o estudo

de Oliveira et al. (2013). Diversas pesquisas têm focado no papel que cada domínio exerce sobre o outro, outras focalizam a magnitude desse impacto (Gramacho, 2012; Michel et al., 2010; Van Daalen et al., 2006). Alguns trabalhos serão exemplificados adiante.

Ainda sob a perspectiva do conflito de papéis, Greenhaus e Beutell (1985) focalizaram como a centralidade ou saliência de papéis, relaciona-se ao fenômeno WFC/FWC. Em outras palavras, referem-se à importância atribuída a um ou outro papel (de trabalhador ou de cuidador da família) como tendência a interferir na forma como os conflitos são vividos.

Por sua vez, exemplificando pesquisas envolvendo diferentes constructos com o tema WFC/FWC, Oliveira et al. (2013) citam o estudo em que Carr, Boyar e Gregory (2008) postulam como a importância que o trabalho tenha para o indivíduo, o grau de comprometimento e satisfação desse indivíduo com seu trabalho poderiam atenuar o WFC/FWC. Os mesmos autores citam também o estudo em que Bagger, Li e Gutek (2008) sustentam hipóteses de que a proeminência da identidade com papel familiar intensifica o efeito do conflito família-trabalho sobre o sofrimento no trabalho. Samsinar et al. (2010), avaliaram a relação entre a qualidade de vida no trabalho e na família, a qualidade do apoio social nessas esferas e a ocorrência de WFC/FWC. Eles concluíram, entre outros aspectos, que a qualidade de vida no trabalho é muito importante para atenuar o WFC/FWC quando o indivíduo encontra em seu trabalho importante fonte de satisfação, compensação e completude imaterial. Nesse sentido, concordam com as conclusões de Lobel (1992) a respeito de que a percepção do WFC/FWC está relacionada ao sistema de valores individuais. A pesquisa deles também objetivou identificar o papel do gênero e da etnia na percepção do WFC/FWC tal qual o estudo de Parasuraman, Purohit, Godshalk e Beutell (1996).

Já o estudo de Santos e Gonçalves (2014) cita algumas pesquisas, tais como Rothausen (1999), Carlson, Kacmar e Williams (2000) e Premeaux, Adkins e Mossholder (2007), que correlacionam a percepção de conflito com características da personalidade do indivíduo e com o repertório de recursos individuais de enfrentamento. Elas abordam a hipótese de que pessoas com autoestima elevada e atitude otimista de enfrentamento, acreditam que conseguem superar as dificuldades e percebem menos o conflito. Em contrapartida, a pesquisa desenvolvida por Parasuraman e Simmers (2001), também citada por Santos e Gonçalves (2014), e o estudo de Allen et al. (2000) citado por Gramacho (2012), reportam-se à influência do

conflito trabalho-família no bem-estar físico e psíquico dos indivíduos, manifestado através de diversos comportamentos, tais como sedentarismo e adoção de atitudes de risco como o abuso de álcool. Entretanto, Santos e Gonçalves (2014) e Tayfur e Arslan (2013) pontuam que essa correlação ainda é fracamente abordada na literatura.

Investigações focadas nas consequências do conflito trabalho-família e nas políticas e práticas para melhor compatibilização da vida profissional e pessoal, têm sido cada vez mais frequentes conforme afirmam Oliveira et al.(2013), Santos, (2015) e Santos e Gonçalves (2014). Gramacho (2012) cita a publicação de Montgomery, Peeters, Schaufeli e Den Ouden (2003) que correlaciona WFC/FWC com *burnout*⁵ e *engagement*⁶. O estudo de Tayfur e Arslan (2013) também investigou essa correlação diretamente na carreira médica

A meta-análise empreendida por Michel et al. (2010) reuniu estudos diversos abordando variáveis demográficas, satisfação com o trabalho, satisfação com a família, satisfação com a vida, atitudes de trabalho, centralidade do indivíduo num determinado papel, estressores de papel, apoio social, entre outros constructos.

A terceira perspectiva presente na literatura sobre a interface entre o trabalho e a família é chamada de perspectiva integradora. Essa, abrange conceitos como o ajustamento e equilíbrio entre trabalho e família pautados na distribuição justa de recursos (concretos ou psicológicos) entre os papéis desempenhados pelo indivíduo nas duas esferas. O ajustamento é termo empregado para designar se o quanto o indivíduo dedica a cada papel, corresponde às suas expectativas. Não significa, portanto, uma distribuição equitativa e sim subjetiva em equacionar a dedicação a cada papel conforme a sua importância para o indivíduo. Todavia, extrapola a dimensão psicológica da centralidade do indivíduo num dado papel e adquire uma dimensão social quando dirige as negociações que o indivíduo promove com seu (s) parceiro(s) em busca do equilíbrio. Talvez por ser uma perspectiva pouco mensurável, seja tão pouco explorada na literatura, destacando-se a publicação de Carlson e Gryzwacz (2008) e Ford, Heinen, & Langkamer (2007) que analisou quantitativamente o modelo integrador da interface entre trabalho e família (Gramacho, 2012; Michel et al. ,2009).

⁵ Síndrome de *burnout* é um distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso, relacionado à vida profissional. (Montgomery et al., 2003)

⁶ *Engagement* entendido como comprometimento com o trabalho. (Montgomery et al., 2003)

A partir dessas questões, o presente estudo pretende contribuir para a literatura que foca na Teoria de Papéis, e alinha-se à abordagem da bidirecionalidade desse constructo.

2.3.2 Antecedentes

2.3.2.1 Estressores de função

A conciliação entre a vida profissional e familiar é permeada por diversos fatores de estresse originados em cada uma dessas esferas. Esses fatores chamados estressores, antecedem o conflito trabalho-família. O termo -estressores de função- é usado para designar as fontes de estresse dentro de cada domínio (trabalho e família) (Greenhaus & Beutell, 1985; Michel et al., 2010).

Tanto Greenhaus e Beutell (1985), quanto Frone, Russell & Cooper (1992), concordam que as condições antecedentes, ou seja, os estressores, são únicos para qualquer direção do conflito, seja WFC ou FWC.

Os estressores podem ser decompostos em três formas: estressores de tempo, estressores de tensão e estressores de papel (conflito e ambiguidade de papéis) (Greenhaus & Beutell, 1985; Michel et al., 2010).

A forma baseada no tempo refere-se à quando os múltiplos papéis competiriam pelo tempo da pessoa, ou seja, o tempo devotado no domínio de um papel faz restar pouco tempo para envolvimento no outro domínio. Alguns exemplos são: número de horas trabalhadas na escala regular ou fora dela, tais como finais de semana, à noite e em viagens a trabalho; escala flexível ou inflexível e/ou imprevisível; número de horas gastas em atividades familiares como, cuidados com filhos ou outros dependentes; tarefas de limpeza; aquisição e preparo de alimentos; compromissos de tempo com a família (Byron, 2005; Greenhaus & Beutell, 1985; Michel et al., 2010). A pesquisa de Tayfur e Arslan (2013) é bastante enfática sobre o efeito da agenda de trabalho sobrecarregada do médico na ocorrência de WFC/FWC. Segundo esses autores, a jornada de trabalho extensa ocasiona falta de tempo e energia para dedicação à vida pessoal, por isso contribui para o WFC/FWC.

A forma de conflito baseada em tensão ocorre quando as pressões vividas num domínio provocariam comportamentos como fadiga, ansiedade, apatia ou irritabilidade, afetando o desempenho do outro papel. São exemplos de estressores

de tensão: sobrecarga de papéis, papéis estressantes, supervisão abusiva, emprego estressante, tipos de vínculos com o trabalho, características da organização onde trabalha, demandas psicológicas, conflitos conjugais, conflitos parentais, tensão conjugal (Byron, 2005; Greenhaus & Beutell, 1985; Michel et al., 2010).

A forma baseada em comportamento, ou estressores de papel, ocorre quando as expectativas de conduta associadas a um papel seriam incompatíveis com o comportamento esperado no outro (Greenhaus & Beutell, 1985). Por exemplo, o indivíduo precisa ajustar estereótipos associados ao ambiente de trabalho quando está exercendo seu papel junto à família e essa ambiguidade pode desencadear apreensão e conflito. O ambiente de trabalho é geralmente um espaço competitivo que requer objetividade e impessoalidade, enquanto o ambiente familiar é local de intimidade e afetividade. Sendo assim, expressar comoção é um comportamento esperado na vida pessoal, mas que pode ser considerado inapropriado no ambiente de trabalho. Outra situação que se enquadra como estressor de papel foi abordada por Tayfur e Arslan (2013) que é o enfrentamento de dificuldades nas relações com os pacientes e seus familiares. A luta pelo bem-estar do paciente é considerada inerente ao papel do médico, mas como toda relação pauta-se no princípio da reciprocidade, as reações agressivas denotam desequilíbrio entre o esforço devotado ao paciente e a recompensa (reconhecimento). Esse aspecto fica ainda mais relevante se levado em consideração que, de acordo com os estudos, um dos motivos mais citados para a escolha da carreira médica é a intenção de se sentir útil a alguém com expectativa, consciente ou não, de ser reconhecido por isso (Ferreira, et al., 2000; Millan et. al., 2005; Silva, 2004; Soares et al., 2002). As publicações categorizam também como estressores de papel: perda de informações necessárias a respeito de obrigações e responsabilidades requeridas para um papel específico no trabalho, perda de clareza quanto à função no cargo de trabalho, multiempregos, segunda profissão, desajuste entre o desempenho e as expectativas pessoais ou de terceiros (na família ou no trabalho), ambiguidade de papéis na família (Byron, 2005; Michel et al., 2010).

Ainda quanto aos estressores de papel, Greenhaus e Beutell (1985) propõem que a identidade de papel ou envolvimento no papel, refere-se à centralidade ou saliência que o trabalho ou a família tem para o autoconceito do indivíduo em sua vida. Para eles, os estressores de papel são intensificados quando a centralidade do indivíduo está num determinado domínio e, portanto, o WFC/FWC é intensificado

também. Diversos outros autores estudaram a identidade de papel (envolvimento com o papel) de forma isolada dos estressores de papel como, por exemplo, os estudos de Michel et al. (2010) e Van Daalen et al. (2006). Alguns trabalhos sugerem evidências indiretas de que o número de horas devotadas a atividades familiares pode presumir envolvimento com papel familiar (Frone et al., 1992; Gramacho, 2012). Isso corrobora as afirmações de Greenhaus e Beutell (1985), de que as exigências de tempo associadas a um papel (trabalho ou família) determinam o envolvimento comportamental do indivíduo sendo, portanto, um dos melhores preditores de envolvimento num papel. No entanto, Wang e Sweetman (2013) ponderam que na carreira médica, a alocação de tempo na esfera familiar ou do trabalho sofre influência de diversos fatores, tais como razões puramente econômicas relacionadas ao mercado de trabalho, características conjugais e da especialidade exercida, preferências pessoais e normas sociais.

Para estudiosos de qualidade de vida no trabalho, as repercussões desses fatores estressores sobre os indivíduos variam conforme a intensidade e frequência com que ocorrem, a vulnerabilidade psíquica individual e traços de personalidade (Pereira & Zille, 2010; Samsinar et al., 2010).

Sob o ponto de vista heteronormativo tradicional, poder-se-ia supor diferenças entre homens e mulheres na vivência de conflito nos dois domínios. Por outra ótica, poder-se-ia pensar que ambos experimentam conflitos semelhantes já que compartilhar responsabilidades nas duas esferas tem sido cada vez mais comum nos dias atuais. No entanto, os resultados de diversos estudos são conflitantes e inconclusivos nesse quesito, pois reconhecem que ocorrem diferenças entre os gêneros, mas os resultados não conduzem a conclusões sólidas (Van Daalen et al., 2006).

Para Bruschini (2007), focalizar na articulação entre o espaço produtivo e o espaço reprodutivo (família) tem enriquecido muito as discussões teóricas sobre o trabalho feminino. Essas discussões trazem à tona diversos aspectos que também contribuem para o entendimento do conflito trabalho-família por abordar características presentes nas duas esferas.

Carvalho Neto et al. (2010) comentam, que apesar da maior participação nas responsabilidades financeiras dos lares, estudos apontam que muitas mulheres ainda submetem as decisões sobre o orçamento doméstico ao crivo do esposo. Isso pode ser resultado de todo um processo cultural e de tradição que orienta o comportamento

humano mesmo que a igualdade de direitos seja constitucionalmente garantida, conforme ponderam Fadigas et al. (1996). Em seu estudo, Santos (2015) também menciona a persistência da prerrogativa de que as demandas da casa e da família pertencem à mulher apesar do discurso em promover a equidade de gênero nas organizações e na sociedade. O fato descrito é um exemplo de ambiguidade de papéis.

Ainda nesse sentido, outro fator realçado por Carvalho Neto et al. (2010) e por Tanure et al. (2006) que merece reflexão, é o sentimento de culpa experimentada por muitas mulheres porque transferem para terceiros, tarefas domésticas socialmente atribuídas a elas e pela longa ausência física ou psicológica do espaço familiar. Os achados da pesquisa desses autores apontam que esses três fatores descritos são mais frequentemente associados ao sentimento de culpa nas mulheres, e os autores inferem justificativas para esses achados. Primeiro, o fato de que no Brasil ainda há grande disponibilidade de mão de obra barata para serviços domésticos (babás, empregadas domésticas, outros profissionais) possibilitando que as funções culturalmente atribuídas à mulher possam ser desempenhadas por pessoas contratadas. Segundo, a ausência física deve-se a uma extensa carga horária dedicada ao trabalho. E terceiro, empregam o termo ausência psicológica, sugerido por Evans e Bartolomé (1980), cuja definição relaciona-se ao fato de que a presença física em casa, não garante disponibilidade psicológica, visto que muitas vezes, mesmo fora do local de trabalho, elas permanecem conectadas a ele por e-mails, computadores e necessidade premente de investimento em estudos. Esses fatores ilustram estressores de tensão, de tempo e de papéis.

Por outro lado, aquelas mulheres que ainda não têm filhos sentem-se pressionadas pelo relógio biológico, como ressaltam Montagner e Montagner (2010, p. 386): “esse período é emblemático e foi estudado por diferentes autores: a coincidência dos anos de projeção profissional com os anos de fertilidade.” Isso reforça o conflito de papéis (Carvalho Neto et al., 2010; Mache et al., 2015; Tanure et al., 2006).

Além de todos esses desafios, Carvalho Neto et al. (2010) também ponderam que pode haver um preconceito de que a mulher use sua sexualidade de forma indevida para obter vantagens no mundo do trabalho e que o temor por sofrer esse preconceito pode acabar ocasionando um comportamento masculinizado e uma ambiguidade no comportamento da mulher, pois para ser respeitada no mundo do

trabalho deve pensar e agir de modo masculino, mas para ser amada tem que ser feminina, delicada e atenciosa. Outro exemplo claro de ambiguidade de papéis.

Ainda sob a perspectiva de gênero, e referindo-se às disparidades na medicina, o estudo de Nomura e Gohchi (2012) demonstra que mulheres médicas, muitas vezes, optam por escalas de trabalho de tempo parcial em busca de equacionar as demandas da vida pessoal e profissional, mas acabam percebendo preconceito quando se deparam com maiores obstáculos ao desenvolvimento na carreira. Esses obstáculos de carreira podem ser notados pela oferta de postos de trabalho menos remunerados, dificuldade para obter promoção para posições de liderança, oportunidades reduzidas para ingressarem em cursos de capacitação disponibilizados pelas organizações e percepção velada de serem membros não tão bem-vindos na equipe médica (Cabrera, 2007; Gjerberg, 2003; Nomura & Gohchi, 2012). Nesse caso, as escolhas de carreira com objetivo de reduzir o impacto dos estressores de tempo, acabam por desencadear estressores de tensão frente aos efeitos psicológicos adversos dos obstáculos e do preconceito percebidos, que refletem nos padrões de carreira, ou seja, contribuem para o WFC/FWC (Gjerberg, 2002; Nomura & Gohchi, 2012). É possível também alocar essa situação de preconceito como acentuação de estressor de papel, pois o preconceito decorre da expectativa de padrão masculino de trabalho ininterrupto e compromisso de tempo integral, conforme menciona Gjerberg (2003) e Cabrera (2007). Na pesquisa de Wang e Sweetman (2013) os dados revelam que as lacunas de gênero na carreira médica surgem a partir da presença de crianças especialmente abaixo dos cinco anos de idade por acarretar redistribuição entre o casal, nas horas dedicadas ao mercado de trabalho e às tarefas do lar.

Para Fadigas et al. (1996), a participação efetiva da mulher no mercado de trabalho traz modificações estruturais também para os homens, tanto na esfera do trabalho como na família, e somente o andar juntos é que poderá atingir o equilíbrio e o respeito almejados. Howell et al. (2012, p.726) comentam que o aumento do WFC/FWC entre homens em casais de dupla carreira, pode ser um sintoma dessas modificações, que chama de “nova mística masculina ou o novo pai”. Esse argumento aponta a possibilidade de que tanto homens quanto mulheres experimentam conflitos em decorrência de mudanças socioculturais.

Diversas publicações a respeito dos estressores de função sugerem que os relacionados ao trabalho e à família impactam diretamente em seus respectivos domínios (Frone et al., 1992), mas admitem possível relação no outro domínio.

Os antecedentes mais prevalentes em cada esfera, na literatura sobre WFC/FWC, são: na esfera familiar é presença de filhos (paternidade ou maternidade) e na esfera do trabalho, o número de horas trabalhadas (Santos e Gonçalves, 2014).

2.3.2.2 Apoio social

Apoio social é outro conceito presente nos modelos teóricos que se propõem a investigar o conflito trabalho-família. Considera-se apoio social a ajuda de pessoas, sejam membros da esfera da família ou do trabalho, que se destina a melhorar o bem-estar do beneficiário. Greenhaus e Beutell (1985) descrevem apoio social como “apoio significativo de outras pessoas” (p.85, tradução nossa) que seriam “membros de suporte de conjunto de funções de uma pessoa” (p.86, tradução nossa).

Existem quatro tipos distintos de apoio social: suporte emocional (empatia, cuidado, amor e confiança), apoio instrumental (ajuda em tempo real, em dinheiro, em energia), apoio de apreciação (informações relevantes para autoavaliação) e apoio informativo (conselhos, informações e sugestões) (Samsinar et al., 2010; Van Daalen et al., 2006).

Como já mencionado, o apoio social pode ser proveniente da esfera do trabalho através de supervisores, colegas e da organização, ou da família por meio do cônjuge, parentes, amigos ou funcionários. Apoio social no trabalho pode resultar da livre iniciativa dos pares ou, a partir da organização, derivar-se de práticas e políticas organizacionais orientadas para benefícios familiares, chamadas *family-friendly policies*, como: escalas e locais de trabalho flexíveis, creches nos locais de trabalho, encaminhamentos de carreira com transferência/jornada parcial/ compartilhamento de emprego quando necessário, semanas de trabalho comprimida e/ou dia de cuidados pessoais, extensão da licença maternidade/paternidade e programas de mentoria formal que estreitam a comunicação entre os trabalhadores e seus supervisores (Gjerberg, 2003; Samsinar et al., 2010). A pesquisa de Howell et al. (2012) com médicos na carreira docente em uma universidade americana revelou que os entrevistados, de diversas faixas etárias e ambos os sexos, consideraram muito relevante o apoio social através de práticas organizacionais. No referido estudo, a existência de políticas de apoio social foi fator de atração e retenção de talentos e, portanto, vantagem competitiva, aspecto esse também pontuado no estudo de Santos (2015). No estudo de Tayfur e Arslan (2013) o suporte social por parte do supervisor

pode incluir tanto aspectos funcionais (provimento de recursos necessários e amparo na solução de problemas relativos ao trabalho) e aspectos emocionais (demonstrando preocupação com problemas não relacionados ao trabalho). Esse apoio social no trabalho seria indispensável não só para resolver problemas relativos ao desempenho da função, mas porque também o simples reconhecimento das queixas consegue reduzir a percepção dos fatores estressantes, inclusive em relação às questões envolvendo relação médico-paciente (aliviar a pressão psíquica trazida pelas demandas dos pacientes e condições de trabalho adversas), além de aumentar os recursos para que os trabalhadores superem as adversidades. Segundo esses pesquisadores, a perda do apoio social do supervisor tem forte impacto no WFC/ FWC na carreira médica.

Quanto ao apoio social na família, inclui compartilhar o fardo das tarefas domésticas, colaborar na solução de problemas, apoiar decisões de carreira, troca de informações que possibilitem reavaliar situações, dar conselhos, fornecer apoio psíquico ou físico necessário para aliviar os efeitos do estresse vivenciado (Samsinar et al., 2010). Em seu estudo, Gjerberg (2003) discute algumas publicações que apontam possíveis benefícios para casais de dupla carreira dentro da medicina (*dual-doctor couple*). Para Cherpas (1995), essa situação conjugal em que ambos os cônjuges detêm papéis conjugais e parentais, além de papéis de trabalho e trabalham no mesmo ramo profissional, deve ser classificado como casais de dupla carreira na categoria integradores conforme a tipologia de Hunt e Hunt (1982). Os benefícios apresentados por Gjerberg (2003) são, praticamente todos, relacionados ao apoio social: costumam ter uma divisão mais igualitária das tarefas domésticas se comparados aos médicos casados com cônjuges de outras profissões (apoio instrumental), compreendem melhor as demandas do trabalho médico e conseqüentemente partilham mais solidariedade e empatia (apoio emocional), além de contribuírem mais efetivamente com críticas e sugestões (apoio de apreciação e informativo), também o casamento entre dois médicos pode expandir a rede de relacionamentos de ambos (apoio de informativo). Em contrapartida, em alguns casos em que predomina a competitividade entre o casal, pode ocorrer o efeito inverso, ou seja, potencialização dos estressores e perda de apoio.

Os resultados dos estudos são conflitantes a respeito de qual fonte ou tipo de apoio impacta mais em minimizar o WFC/FWC, inclusive relativo a diferenças entre homens e mulheres. Mas as evidências de inúmeros estudos reafirmam a relação

entre apoio social e WFC/FWC (Michel et al., 2010; Samsinar et al., 2010; Van Daalen et al., 2006).

Greenhaus e Beutell (1985) postulam que o suporte social pode reduzir o WFC/FWC de duas maneiras: reduzindo certas pressões de papel ou atuando como moderador na relação entre WFC/FWC e bem-estar psicológico.

A literatura reconhece, portanto, que o apoio social atenua um conflito trabalho-família subjacente e, a esse respeito, três modelos teóricos foram propostos. Esses modelos foram analisados na meta-análise de Michel et al. (2010) visando construir uma rede nomológica como contribuição a futuras pesquisas e estão representados esquematicamente na Figura 2 deste estudo, referente à Figura 1 da meta-análise de Michel et al. (2010). O primeiro é o Modelo de Independência em que o apoio social é apontado como um preditor do conflito trabalho-família que impacta de forma independente dos estressores de função. O segundo é o Modelo de Mediação no qual o apoio social é tido como uma variável mediadora na relação entre estressores e o WFC/FWC. Postula-se que na vigência dos estressores de função, seja a partir do domínio da família ou do trabalho, o suporte social é acionado e por sua vez diminui o conflito. Ou seja, o apoio social é capaz de reduzir o efeito desses estressores e consequentemente amortecer a percepção de WFC/FWC. O terceiro modelo é o Modelo Antecedente que considera o apoio social um antecedente aos estressores de função na predição de WFC/FWC. Em outras palavras, o apoio social tem um efeito direto nos estressores e indireto (através dos estressores) no conflito. Sob essa perspectiva, indivíduos com forte sistema de suporte social percebem menos os estressores e consequentemente o conflito. Samsinar et al.(2010) citam Shumaker e Brownell (1984) ao denominarem esse efeito antecedente como apoio na manutenção da saúde (*health-sustaining support*).

Figura 2 - Modelos teóricos relacionando apoio social, estressores de função e conflito trabalho-família.

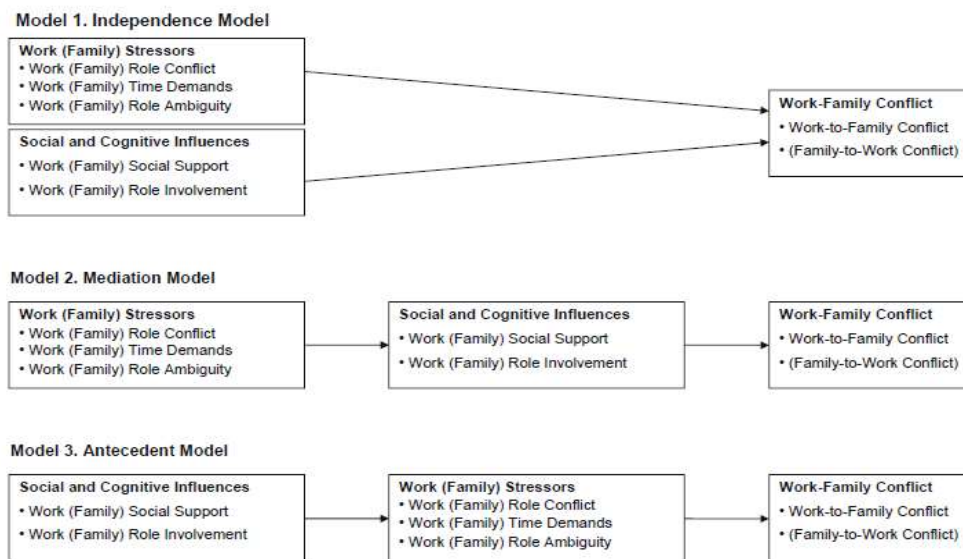


Fig. 1. Independence, mediation, and antecedent linkages to work-family conflict.

Fonte: Michel, Mitchelson, Pichler, Shaun & Cullen, 2010, p.93

Em seu estudo, Michel et al. (2010) usaram a ferramenta MASEM (modelagem meta-analítica de equações estruturais) para testar os modelos teóricos mencionados (Figura 2) e para elucidar os mecanismos pelos quais se desenrola o conflito trabalho-família, com intuito de construir uma rede nomológica e contribuir efetivamente com os estudos e na redução do conflito trabalho-família. A relação entre apoio social e WFC/FWC é um fenômeno complexo e multivariado apesar das pesquisas, em sua maioria, considerar uma relação simples de duas variáveis. A técnica MASEM foi escolhida por tais autores porque permite determinar estimativas mais precisas e estáveis de relações bivariadas e esclarecer resultados de pesquisas de natureza multivariada que acabam gerando resultados conflitantes quando se trata dessa relação.

As matrizes de correlação da meta-análise do referido estudo, apontam que o modelo antecedente se mostrou como uma configuração bem ajustada conforme os dados estatísticos. Portanto, o modelo antecedente de apoio social pode ser considerado a representação mais apropriada da rede nomológica em relação ao papel que o apoio social desempenha dentro do *framework* (modelo teórico) conflito trabalho-família e estressores de função.

Mais especificamente, o apoio social tem maior efeito sobre os estressores do mesmo domínio e depois um efeito no domínio cruzado dos constructos WFC/FWC. De acordo com Michel et al. (2010), essa conclusão corrobora resultados de outra importante meta-análise de Ford et al. (2007) e também é consistente com o modelo antecedente do relevante estudo de Carlson e Perrewé (1999) em que o apoio social é um antecedente distal do WFC/FWC e opera através dos estressores de papel (Michel et al., 2010).

Portanto, esse modelo estrutural, o modelo teórico antecedente de apoio social, foi a opção teórica eleita para sustentar os critérios e argumentos do presente estudo uma vez que aborda os antecedentes do WFC/FWC (estressores de função e apoio social) e considera a bidirecionalidade do fenômeno.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 Estratégia e método de pesquisa

Esta pesquisa adotou o levantamento como método privilegiado e a abordagem quantitativa para coleta e análise dos dados. Trata-se de estudo do tipo descritivo.

A pesquisa descritiva é útil quando se tem por objetivo descrever características de grupo ou de determinado fenômeno, e descobrir ou verificar a existência de relação entre variáveis (Olsen, 2015). Portanto, é uma pesquisa do tipo descritiva já que o propósito é descrever a ocorrência do fenômeno conflito trabalho-família na carreira médica, expondo as características do mesmo e seus antecedentes. Não se intenciona explicar ou mensurar o fenômeno, mas identificá-lo e descrevê-lo na carreira médica, bem como identificar se seus antecedentes corroboram a literatura sobre o tema.

O levantamento ou método *survey* foi o escolhido, pois, de acordo com Babbie (1999, p. 79), “*survey* é considerado um método científico de pesquisa empírica, adequado ao exame de fenômenos sociais”. Esse autor alega que, entre outras características, o método *survey* disponibiliza avaliar numerosos casos e variáveis em interação simultânea, o que permite ao analista documentar processos e correlações mais elaborados do fenômeno em estudo. Para Babbie (1999, p.83), “podemos ir além da observação inicial de uma correlação entre variável independente e dependente, para examinar o papel de diversas variáveis intervenientes.”.

Se por um lado esse método conduz a uma visão mais abrangente do fenômeno em estudo, por outro lado, não permite uma visão em profundidade. Quanto a isso, o mesmo autor pondera que a “superficialidade e as aproximações que fazem parte de toda pesquisa científica, são, simplesmente, mais aparentes num *survey*.” (Babbie, 1999, p.85).

Por sua vez, Olsen (2015) aponta que a vantagem do método de pesquisa de levantamento é a certeza de que uma determinada porcentagem de entrevistados respondeu algo em resposta a determinado estímulo. A desvantagem desse método, entretanto, é que não podemos ter certeza do que os respondentes querem comunicar escolhendo determinada resposta, sobretudo em perguntas fechadas com múltiplas escolhas.

Todavia, a aparente superficialidade de itens de um questionário e medidas de *survey*, pode ser superada se, em seu relatório, o pesquisador descrever qualitativamente qual o significado profundo que cada termo tem no uso da linguagem comum. Isso é possível “porque os analistas de *survey* descrevem precisamente como desenvolveram e fizeram suas medidas” (Babbie, 1999, p. 85), possibilitando ao leitor saber exatamente o que tais medidas representam.

Além disso, por ser um método bastante preciso e específico, é útil às ciências sociais, pois é empiricamente verificável. Primeiro, porque as características que envolvem a coleta e quantificação de dados nesse formato de pesquisa, fazem com que o corpo de dados se torne uma fonte permanente de informações. Esses podem ser analisados e apontarem para uma determinada teoria de comportamento social num dado momento, e caso a teoria sofra mudanças ao longo do tempo, o mesmo conjunto de dados poderá ser analisado novamente sob a nova perspectiva, conforme afirma Babbie (1999).

Segundo, porque o relato cuidadoso dos passos metodológicos, característico de um *survey*, facilita réplicas posteriores do estudo por parte de outros pesquisadores ou em outras amostras.

A opção pela abordagem quantitativa justifica-se uma vez que o formato *survey* permite obter muitas variáveis que podem ser quantificadas e processadas por programas estatísticos informatizados (Babbie, 1999). Neste estudo foram trabalhadas 28 variáveis para caracterização do entrevistado e 16 constructos sobre as questões de pesquisa.

Segundo Hair Jr., Black, Babin, Anderson e Tatham (2009), a pesquisa quantitativa é o tipo de pesquisa em que os dados são tratados por meio de técnicas quantitativas com o intuito de descobrir padrões. Essa abordagem proporciona ainda, isolar variáveis relevantes e excluir variáveis estranhas, tal como em um estudo controlado (Babbie, 1999).

Quanto ao corte temporal, trata-se de uma pesquisa seccional (*cross-sectional*) uma vez que a produção de dados foi realizada em um dado momento, de uma amostra selecionada para descrever parte de alguma população maior na mesma ocasião. Ou seja, atende ao objetivo proposto de descrição de tempo único. Ademais, conforme Babbie (1999), o *survey* de desenho seccional pode ser útil não apenas para descrever, mas também permite apontar relações entre variáveis na época do estudo.

Outro fator para escolha desse desenho básico foi o fator limitante do tempo para realização da pesquisa.

3.2 População e amostra

De acordo com Hair Jr. et al. (2009), amostra é qualquer parte do todo que é a população.

A população da qual foi extraída a amostra é composta pelos médicos em exercício no território brasileiro, sejam generalistas ou especialistas, com inscrição ativa no Conselho Regional de Medicina (CRM) das respectivas Unidades Federativas (UF) onde atuam.

De acordo com os dados divulgados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) através de seu portal eletrônico em junho de 2016, ocasião em que se iniciou a coleta de dados, o total de registros ativos de médicos no país era de 426.361, mas, 35.624 registros se referiam a registros secundários e 61 registros se referiam a estudantes estrangeiros, conforme ilustra a Tabela 1 (Conselho Federal de Medicina, 2016).

Considera-se inscrição ativa junto ao CRM, aquela que se encontra regular, ou seja, que permite ao médico o exercício da profissão naquele estado brasileiro (UF). A inscrição torna-se inativa se houver cancelamento a pedido, falecimento, aposentadoria, cassação, transferência e outras situações similares que ocasionam a suspensão do exercício profissional numa dada UF brasileira. O registro secundário, ou inscrição secundária, se refere a profissionais com registro em mais de um conselho regional. Isso geralmente ocorre quando o médico trabalha em áreas fronteiriças entre dois estados (UF) ou quando ele muda temporariamente para fazer cursos ou especializações. É considerado inscrito como estudante estrangeiro aquele médico formado no exterior que se encontra no país em dedicação a atividades de aprimoramento acadêmico (Conselho Federal de Medicina, 2016).

Deduzidos os registros secundários, o total de médicos no país em junho de 2016 somava 390.737 profissionais, o que constitui a população na data de início da coleta de dados, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Total de médicos em atividade no Brasil em junho de 2016

UF	Principal	Secundária	Estudante Estrangeiro	Total
AC	798	131	0	929
AL	4.253	365	0	4.618
AM	4.572	323	0	4.895
AP	622	227	0	849
BA	19.196	1.822	0	21.018
CE	11.960	762	2	12.724
DF	11.443	1.941	0	13.384
ES	8.781	876	0	9.657
GO	11.217	2.106	0	13.323
MA	4.784	1.466	0	6.250
MG	45.862	3.365	0	49.227
MS	4.668	773	0	5.441
MT	4.626	736	0	5.362
PA	7.245	921	0	8.166
PB	5.894	923	0	6.817
PE	14.943	1.880	0	16.823
PI	3.912	359	0	4.271
PR	22.193	1.726	0	23.919
RJ	62.208	2.345	0	64.553
RN	5.145	683	0	5.828
RO	2.247	385	0	2.632
RR	678	122	0	800
RS	28.890	928	59	29.877
SC	13.376	2.329	0	15.705
SE	3.308	443	0	3.751
SP	121.522	7.122	0	128.644
TO	2.018	565	0	2.583

Total de inscrições principais: 426.361

Total de inscrições secundárias: 35.624

Total de estudantes estrangeiros: 61

O total de médicos em atividade no país é o resultado da somatória das principais ativas em todas as Unidades da Federação: 426.361

Fonte: Conselho Federal de Medicina (CFM), 2016.

A seleção da amostra teve como principal critério a acessibilidade, sendo, portanto, não aleatória. A composição da amostra deu-se através das redes de

contatos da pesquisadora e da ampliação da rede externamente usando outros contatos indicados por aqueles que foram inicialmente abordados para formarem a amostra, o que caracteriza uma amostragem em bola de neve de acordo com Olsen (2015).

A rede de relacionamentos da pesquisadora inclui contatos pessoais firmados ao longo da sua trajetória profissional, mas também contatos cadastrados em um grupo fechado de médicos na rede social Facebook⁷, sendo um grupo voltado para discussões sobre valorização da categoria, com membros de diversas especialidades e partes do Brasil. A expansão da rede ocorreu por divulgação pelos próprios respondentes convidados que quiseram disponibilizar o *link* (endereço de conexão eletrônica) para participação na pesquisa às suas respectivas redes de contato.

A estratégia de seleção não aleatória de casos para compor a amostra intenciona também garantir variabilidade em algumas das características relevantes no fenômeno (Olsen, 2015). Sendo assim, a formação da amostra buscou incluir os mais diversos tipos de atuação, em diferentes faixas etárias e de tempo de exercício profissional, também diversidade na área geográfica de exercício e tipo de vínculo. Não foi realizada a técnica de amostragem estratificada (gradativa intencional), mas sim a amostragem em bola de neve que também é gradativa, mas não é intencional. Nesse tipo de amostragem, em bola de neve, as características e a localização da amostra não precisam ser sequer conhecidas (Olsen, 2015). O que se pretendeu não foi uma amostra representativa e sim diversificada.

Com a intenção de expandir a abrangência do estudo, foram enviadas solicitações ao Conselho Regional de Medicina (CRM) de cada estado brasileiro e a diversas associações regionais de especialidades e secretarias estaduais de saúde, no sentido de divulgar a participação na pesquisa. Todavia, embora o estudo tenha sido considerado relevante pela maioria dos que responderam às solicitações, as normas éticas vigentes nas instituições abordadas não permitiam compartilhamento de sua agenda de endereços eletrônicos ou o envio mensagem de caráter não oficial aos seus membros.

Um dos critérios de exclusão da amostra foi a característica de ser médico cursando Residência Médica. Tal critério foi considerado relevante porque esses não têm liberdade para escolher a sua jornada de trabalho, o que poderia causar viés no

⁷ O Facebook é um site e serviço de rede social que foi lançado em 4 de fevereiro de 2004, operado e de propriedade privada da Facebook Inc.

estudo já que o referencial teórico aponta a jornada de trabalho como um dos pontos que mais interfere sobre a ocorrência do conflito trabalho-família. A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação caracterizada por treinamento em serviço, com a finalidade de formar médicos especialistas numa determinada área. Não é uma modalidade obrigatória ao egresso da graduação em medicina. Funciona sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional e exige uma dedicação praticamente exclusiva do médico. O Programa de Residência Médica é considerado o padrão ouro na formação médica e, se cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista (Brasil, 2016).

Também foram excluídos da amostra aqueles médicos que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação.

Outro critério de exclusão considerou o fato de o médico atuar no território nacional sem o devido registro no CRM, independentemente da justificativa que o isentou do registro. Esse fato é muito expressivo à ocasião da realização da pesquisa já que, desde 2013, o Programa Mais Médicos, do Governo Federal, acrescentou à força de trabalho médico no Brasil um importante número de profissionais estrangeiros ou brasileiros graduados em outros países, mas que foram dispensados de revalidação do diploma pelos trâmites regulares. Logo, esses médicos obtiveram autorização para o exercício por força de ordem governamental federal desconsiderando critérios propostos pelo CFM e conseqüentemente, sem inscrição ativa nesse órgão (Brasil, 2013).

A técnica não aleatória de amostragem não proporciona a todo elemento da população, a mesma chance de compor a amostra. Sendo assim, torna a amostra não probabilística e, portanto, as conclusões do estudo não poderão ser estendidas a toda população (Hair Jr. et al., 2009). Todavia, o fato de tratar-se de uma amostra não probabilística não compromete a relevância do estudo proposto, uma vez que, de acordo com Babbie (1999, p.54), medir fenômenos sociais deve ser feito de forma relativa e não inequívoca já que “a ciência não busca a verdade definitiva, mas a utilidade”.

O número de médicos convidados a participarem do estudo é, então, desconhecido, uma vez que a amostragem em bola de neve foi uma das estratégias para compor a amostra.

Durante o período de coleta de dados, ocorreram 463 acessos primários ao questionário (1.18% da população) sendo 12 estudantes de medicina ou residentes. Acesso primário refere-se aos acessos iniciais, pois caso o respondente interrompesse o preenchimento do questionário, era possível retomar mais tarde sem necessitar novo acesso, sendo esta informação explicitamente apresentada ao respondente.

Ao final da fase de formação do banco de dados, totalizaram-se 336 questionários completos. Logo, essa é a amostra do presente estudo.

Percebe-se que a taxa de abandono foi de 26,93%. Essa taxa de desistência pode denotar situações diversas, desde a falta de disponibilidade para prosseguir o preenchimento do questionário, até a não identificação com as situações propostas nos itens. Apenas três respondentes justificaram por *e-mail* dirigido à pesquisadora, o motivo de interrupção da participação, sendo que todos os três alegaram não se reconhecerem em situação de conflito trabalho-família/ família-trabalho conforme foi abordado nas questões iniciais do instrumento de coleta de dados.

3.3 Instrumento e estratégia de coleta de dados

O instrumento da coleta de dados foi um questionário. A coleta de dados deu-se por autoaplicação do instrumento (questionário) em versão eletrônica (*online*).

O questionário foi elaborado especificamente para esta pesquisa, procurando abranger as variáveis pertinentes aos objetivos deste estudo. Na sua construção, buscou-se clareza e precisão nos itens de forma que o respondente pudesse saber exatamente o que estava sendo perguntado. Além disso, foram propostos itens que pudessem fazer sentido para os respondentes, bem como categorias de resposta que fizessem sentido tanto em si, quanto em relação à pergunta e com o cotidiano da profissão, conforme sugerido por Babbie (1999) e Olsen (2015).

Para caracterização do conflito trabalho-família foram utilizados os 10 itens do questionário da escala original de Netemeyer, Boles e McMurrian (1996), traduzida e adaptada para a língua portuguesa e ao contexto brasileiro por Aguiar e Bastos (2013).

A imparcialidade não está necessariamente assegurada nos questionários, mas, algumas qualidades os tornam menos pessoais: confiabilidade e validade. A confiabilidade “significa que os resultados de um estudo seriam os mesmos se ele tivesse sido executado por outra pessoa” (Olsen, 2015, p.27). Para maximizar a

confiabilidade dos dados no método de pesquisa de levantamento, deve-se estar atento a alguns procedimentos tais como: autopreenchimento do questionário pelos entrevistados e, caso haja entrevistador, o que não é fato nesta pesquisa, que não ocorram intervenções e/ou não sejam dadas opiniões durante a aplicação do questionário e que não haja variação das palavras das perguntas. Isso ajuda a garantir a harmonização e a homogeneidade dos dados (Babbie, 1999; Olsen, 2015).

O processo de validação inicia-se explicitando o sentido estipulado pela pesquisadora, embasada na literatura, a cada palavra-chave desse projeto de pesquisa para assegurar a validade interna. A estruturação dos itens do questionário procurou evitar uso de termos ambíguos nas perguntas de tal maneira que os termos tivessem significado consistente tanto para a pesquisadora quanto para os entrevistados, a fim de se obter validade externa (Olsen, 2015).

O questionário foi estruturado em 78 questões, contendo 28 variáveis para caracterização da amostra e as variáveis sobre o objeto de estudo divididas em 16 constructos, conforme será apresentado na seção que discrimina as variáveis. O questionário encontra-se na íntegra no Apêndice B. As 78 questões não foram apresentadas a todos os respondentes já que algumas derivavam de uma resposta prévia, como por exemplo, caso o respondente acusasse que tem filhos só então lhe eram apresentadas questões relativas ao número e idade dos filhos.

A página inicial além de convidar à participação, explicava os propósitos da pesquisa, tempo aproximado de resposta, endereço eletrônico da pesquisadora e também representava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegurando o estrito uso das informações solicitadas no questionário para fins científicos e o tratamento das mesmas de forma global, sem identificar quaisquer dos participantes. Somente a partir da concordância com os termos o respondente acessava o questionário. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no Apêndice A.

De acordo com Babbie (1999), a realização de pré-teste da estratégia de coleta de dados poderá ser capaz de acusar presença de diferenças significativas nos dados gerados e deve ser “um processo cumulativo em múltiplos estágios” (p.306), pois assim permitirá reconsiderar decisões mais cuidadosamente. Dessa forma, deve ser realizado pré-teste de cada etapa: do instrumento da pesquisa (questionário), dos procedimentos de coleta de dados, do processamento de dados e da análise. O pré-teste de coleta de dados é um ensaio físico que visa apontar riscos a serem

prevenidos. Quanto à principal finalidade do pré-teste de processamento de dados é treinar a codificação de dados em conformidade com a redação, formato e sequência de itens. Finalmente, o objetivo do pré-teste de análise é assegurar que se possa atingir o objetivo pretendido como, por exemplo, testar se o formato do questionário é adequado ao programa de computador (*software*) que se pretende usar para análise (Babbie, 1999).

Diante desses aspectos, foi realizado pré-teste de cada etapa: do instrumento da pesquisa (questionário), dos procedimentos de coleta de dados, do processamento de dados e da análise. O pré-teste foi aplicado em um grupo de médicos-residentes voluntários e que se comprometeram com o sigilo do projeto. Esse grupo foi formado por 40 médicos cursando Residência Médica em pediatria, clínica médica, cirurgia geral e ginecologia/obstetrícia, nas cidades de Belo Horizonte, Brasília, Campinas, Maceió e Foz do Iguaçu. O grupo foi formado por dois médicos-residentes de cada especialidade em cada cidade. A escolha das cidades, além de acessibilidade, teve o intuito de avaliar discrepâncias de linguagem devido a diferenças regionais no Brasil. A escolha das especialidades justifica-se por serem matrizes das quais se originam a maioria das demais existentes, a fim de revelar possíveis inconsistências no processo.

Uma vez que o questionário foi autoaplicado em versão eletrônica, a disponibilidade do participante ficou a critério do mesmo.

Uma questão preliminar, a seguir descrita, teve como objetivo atingir os principais critérios de exclusão:

“Em qual situação você se enquadra no momento?”

- Sou estudante de medicina
- Sou médico (a) cursando residência
- Sou médico (a) e não estou cursando residência.”

Aqueles respondentes que selecionaram a primeira opção de resposta receberam a mensagem: “Esta pesquisa destina-se àqueles que já estão atuando como médicos, o que será sua realidade em breve. Agradecemos sua intenção em participar.”. A partir daí, esses não obtiveram acesso ao questionário.

Para os que optaram pela segunda opção de resposta, a mensagem recebida foi: “Entendemos que o médico residente ainda não tem autonomia plena sobre sua agenda de trabalho. Com isso estão mais propensos a conflitos em equilibrar as demandas da vida pessoal e profissional, o que poderia causar desvios nos resultados

desta pesquisa. Agradecemos sua intenção em participar.”. A partir daí, esses não obtiveram acesso ao questionário.

Somente aqueles que marcaram a terceira opção de resposta à pergunta preliminar puderam prosseguir o preenchimento do instrumento.

Os questionários foram inicialmente enviados aos endereços eletrônicos (*e-mail*) dos contatos pessoais da rede de relacionamentos da pesquisadora. Também foram enviadas mensagens por telefone, contendo o endereço de conexão eletrônica (*link*) ao questionário, àqueles contatos cujo *e-mail* não era conhecido pela pesquisadora ou que demonstraram preferência por esse canal de comunicação. Esse procedimento intencionou superar a exclusão daqueles que têm dificuldade ou não têm o hábito de manusear correio eletrônico através de computadores, mas acessam o universo da internet por meio de telefones móveis. Em alguns casos, o computador pessoal da pesquisadora com tecnologia de internet foi levado até o convidado que assim o desejou para que pudesse participar da pesquisa. Mesmo nesses casos foi observado o critério de autopreenchimento do questionário. Essas ações são previstas na metodologia de coleta de dados em plataforma eletrônica (*online*) conforme Olsen (2015).

Posteriormente a essas ações, foi feita uma postagem em um grupo fechado de médicos numa rede social, convidando os interessados em participar da pesquisa a enviarem seu endereço eletrônico por meio público (em postagem no próprio grupo) ou privado (enviado diretamente e exclusivamente à pesquisadora). A seguir os questionários foram disparados aos *e-mails* disponibilizados.

Em ambas as formas de convite à participação, e-mail e mensagens telefônicas, solicitou-se aos convidados que divulgassem o *link* (endereço de acesso) às suas respectivas redes de contato, observando-se que a pesquisa se dirigia a médicos não residentes e com CRM ativo.

Todos os participantes da pesquisa tiveram a opção de receber os resultados da análise dos dados, sendo que 154 respondentes expressaram desejo de conhecer os resultados da pesquisa e deixaram seu *e-mail* para contato posterior.

As respostas foram registradas automaticamente numa base de dados em uma plataforma eletrônica criada pela empresa de estatística contratada para esse fim. Esse procedimento, além de garantir a integridade e a segurança dos dados recolhidos, elimina os potenciais erros associados à inserção manual das respostas.

Posteriormente, a base de dados foi exportada para o software R utilizado na análise dos mesmos.

A coleta de dados dessa pesquisa ocorreu no período compreendido entre 07/06/2016 e 01/08/2016. Após o envio de lembretes, reforçando a chamada para preenchimento do questionário, percebeu-se que poucas respostas eram obtidas, sendo expressiva a diminuição na taxa de respondentes ao longo do tempo. A partir dessa constatação, tomou-se a decisão por encerrar o período de coleta de dados.

3.4 Estratégia de análise de dados

3.4.1 Unidades de análise

Os dados gerados no estudo são de natureza descritiva. Foram levantados aspectos descritivos a respeito dos médicos respondentes tais como dados demográficos, jornada de trabalho, tempo de não trabalho, experiências vividas, atitudes e percepções. Portanto as unidades de análise foram os indivíduos: médicos respondentes.

3.4.2 Variáveis

Em sua meta-análise, Byron (2005) recomenda aos pesquisadores especial atenção quanto às variáveis para que se possa capturar mais amplamente a probabilidade da ocorrência do WFC/FWC e aspectos correlatos.

Byron (2005) revisou 61 estudos que cumpriram os seguintes critérios: pesquisas quantitativas, escritas em língua inglesa, que consideraram as duas direções do conflito e permitiram a análise dos antecedentes em termos de correlações. A partir da avaliação dos estudos selecionados, Byron (2005) sugere como principais variáveis aquelas que foram usadas nessa pesquisa. Outras meta-análises importantes, como a de Michel et al. (2010) e Van Daalen et al. (2006), também serviram de referência para imputar as variáveis do presente estudo conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Estudos que apontaram as principais variáveis do WFC/FWC

Autor	Variável proposta
Frone, Russel & Cooper (1992) Guttek, Searle & Klepa (1991) Kopelman, Greenhaus & Connolly (1983) Netemeyer, Boles & MacMurrian (1996)	WFC/FWC
Carlson, Kacmar & Williams (2000) Frone & Barnes (1996) Guttek, Searle & Klepa (1991) Kopelman, Greenhaus & Connolly (1983) Michel, Kotrba, Michelson, Clark & Bates (2011)	Demandas de tempo no trabalho (Estressores de função baseados no tempo)
Kopelman, Greenhaus & Connolly (1983) Michel, Kotrba, Michelson, Clark & Bates (2011) Wiley (1987)	Demandas de tensão emocional no trabalho (Estressores de função baseados na tensão)
Caplan, Cobb, French, Harrison & Pinneau (1980) Kahn, Wolfe, Quinn, Snock & Rosenthal (1964) Michel, Kotrba, Michelson, Clark & Bates (2011) Rizzo, House & Lirtzman (1970)	Ambiguidade/Conflito de papéis no trabalho (Estressores de função baseados em comportamento)
Beehr, King & King (1990) Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa (1986) Michel, Kotrba, Michelson, Clark & Bates (2011) Parasuraman, Greenhaus & Granrose (1992) Shinn, Wong, Simko & Ortiz-Torres (1989)	Apoio social no trabalho
Bedeian, Burke, e Moffett (1988) Carlson, Kacmar & Williams (2000) Frone, Russel & Cooper (1992) Guttek, Searle & Klepa (1991) Kopelman, Greenhaus & Connolly (1983) Michel, Kotrba, Michelson, Clark & Bates (2011)	Demandas de tempo na família (Estressores de função baseados no tempo)
Michel, Kotrba, Michelson, Clark & Bates (2011)	Demandas de tensão emocional na família (Estressores de função baseados na tensão)
Kopelman, Greenhaus & Connolly (1983) Michel, Kotrba, Michelson, Clark & Bates (2011) Nye & MacDougall (1959)	Ambiguidade/Conflito de papéis na família (Estressores de função baseados no comportamento)
Caplan, Cobb, French, Harrison & Pinneau (1975) Michel, Kotrba, Michelson, Clark & Bates (2011) Parasuraman, Greenhaus & Granrose (1992) Procidano & Heller (1983)	Apoio social na família

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Byron (2000); Michel, Mitchelson, Pichler, Shaun e Cullen (2010); Van Daalen, Willemsen e Sanders (2006).

O estudo foi composto, portanto, pelas variáveis sobre o objeto de estudo divididas em 16 constructos:

- Estressores de Função no Trabalho – Tempo
- Estressores de Função no Trabalho – Tensão
- Estressores de Função no Trabalho – Papel
- Apoio Social no Trabalho – Instrumental
- Apoio Social no Trabalho – Emocional
- Apoio Social no Trabalho – Informacional
- Apoio Social no Trabalho – Apreciação
- Estressores de Função na Família – Tempo
- Estressores de Função na Família – Tensão
- Estressores de Função na Família – Papel
- Apoio Social na Família – Instrumental
- Apoio Social na Família – Emocional
- Apoio Social na Família – Informacional
- Apoio Social na Família – Apreciação
- Conflito Trabalho- Família
- Conflito Família- Trabalho.

As variáveis relativas aos constructos estressores de função no trabalho (tempo/ tensão/ papel) estão discriminadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis dos constructos: Estressores de Função no Trabalho

Estressores de função no trabalho	Variáveis
Baseados no tempo (estressores de tempo)	Carga horária extensa, jornada de trabalho durante a semana e aos fins de semana; jornada de trabalho noturno; muitas tarefas burocráticas; pouco tempo disponibilizado para atender o paciente; falta de tempo para a família e para os amigos.
Baseados em tensão (estressores de tensão)	Dificuldades com o empregador; instabilidade das relações trabalhistas; baixa remuneração; aumento da informatização da prática médica; ambiente físico inadequado à tarefa de trabalho; pouca disponibilidade de recursos técnicos; tarefas estressantes no trabalho com alta intensidade de emoções tais como sensação de grande responsabilidade; lidar com pacientes graves e com evoluções negativas; superexposição ao risco de morte e violência; multiempregos; enfrentamento de processos judiciais.
Baseados em comportamento (estressores de papel)	Falta de autonomia no exercício da medicina; dificuldades com colegas da equipe médica e/ou da equipe multidisciplinar e/ou com funcionários; rotatividade de médicos e/ou outros membros da equipe; dificuldades na relação com pacientes (falta de respeito, fala agressiva, pressão por parte dos familiares, etc); dificuldade em lidar com sentimento de impotência (evoluções negativas ou frustrantes); questionamentos sobre conduta médica (tanto por parte dos pacientes e familiares deles, quanto por parte de outros membros da equipe); dificuldades em lidar com as expectativas da equipe multidisciplinar.

Fonte: Elaborado pela autora.

As variáveis relativas aos constructos estressores de função na família (tempo/ tensão/ papel) estão discriminadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Variáveis dos constructos: Estressores de Função na Família

Estressores de função na família	Variáveis
Baseados no tempo (estressores de tempo)	Tempo gasto para realização de tarefas domésticas tais como compras de suprimentos, limpeza e higienização, preparo de refeições; o tempo gasto diariamente nos cuidados ¹ com filhos biológicos e/ou adotivos e/ou enteados; tempo dedicado aos cuidados ¹ com os pais ou outros familiares tais como sogros, netos, tios, avós, irmãos, cunhados, noras ou genros, amigos próximos, etc, mesmo os que não residem no mesmo domicílio do respondente.
Baseados em tensão (estressores de tensão)	Ambiente familiar conflituoso seja no âmbito conjugal, com os filhos ou por causa de outros familiares; rendimentos insuficientes para cumprir os objetivos de vida atuais sem expectativa de melhora a médio/longo prazo, dadas as tendências vigentes.
Baseados em comportamento (estressores de papel)	Dificuldade em lidar com suas expectativas pessoais; desalinhamento com o próprio planejamento de carreira e de vida; impacto de uma possível separação conjugal na dedicação a atividades ligadas ao lar; dificuldade em lidar com as expectativas de seus familiares quanto ao seu sucesso profissional e/ou financeiro.

¹: No questionário ficou claro ao respondente que entendesse por 'cuidados', os compromissos de tempo necessários para transporte, higiene, alimentação, acompanhamento a compromissos, etc.

Fonte: Elaborado pela autora.

As variáveis relativas aos constructos apoio social no trabalho (instrumental/ emocional/ informacional/ de apreciação) estão discriminadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis dos constructos: Apoio Social no Trabalho

Apoio Social no Trabalho	Variáveis
Instrumental	Percepção de apoio organizacional tais como existência ou ausência de: licenças remuneradas ou não para cuidar da vida pessoal; flexibilidade/inflexibilidade para remanejamento de escala de trabalho/férias; remuneração condizente com a função exercida; apoio técnico em tempo real por parte de colegas para execução de procedimentos ou discussão de casos clínicos; nível de apoio do grupo de trabalho e/ou do líder.
Emocional	Percepção ou não de incentivo emocional dos colegas de equipe nas iniciativas e projetos profissionais; solidariedade nos momentos de dificuldade; nível de apoio psicossocial do grupo de trabalho e/ou dos supervisores.
Informacional	Oportunidade de participar de cursos de capacitação e treinamento com apoio da organização (convertendo o turno de trabalho em participação nos cursos, por exemplo); necessidade imposta por parte da organização ou do grupo de trabalho em aprimoramento técnico e incentivo/obstáculo para tal; nível de apoio dos colegas de trabalho e da organização diante de momentos de dificuldade e/ou inabilidade em adotar condutas técnicas em conformidade com as recomendações atuais (<i>guidelines</i> /protocolos/etc); troca de informações técnicas relevantes para melhorar o desempenho profissional.
Apreciação	Transmitir/omitir informações ou conselhos relevantes por parte dos colegas de trabalho e/ou da organização através dos supervisores, para autoavaliação do comportamento no ambiente de trabalho/postura profissional; credibilidade ou má avaliação do desempenho por parte da equipe de trabalho e organização; <i>feedback</i> positivo ou críticas negativas da parte deles.

Fonte: Elaborado pela autora.

As variáveis relativas aos constructos apoio social na família (instrumental/emocional/ informacional/ de apreciação) estão discriminadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Variáveis dos constructos: Apoio Social na Família

Apoio Social na Família	Variáveis³
Instrumental	Apoio cotidiano através de compromissos de tempo do par amoroso ¹ ou outros familiares (filhos, pais, sogros, tios, avós, netos ou cunhados), seja na participação direta em executar atividades do lar ² ou coordenando essas atividades com a ajuda de empregados; percepção do respondente que o par amoroso ou familiares evitaram sobrecarregá-lo com novas demandas e procuram ajudá-lo em tempo real dividindo tarefas e/ou despesas, inicialmente assumidas pelo respondente, quando esse esteve envolvido em um novo projeto profissional ou enfrentando situações delicadas no trabalho.
Emocional	Busca por apoio em religião ou crença e percepção por parte do respondente que seus familiares e amigos participam demonstrando interesse nos desdobramentos e dando apoio psicossocial e incentivo, diante de novos projetos profissionais do respondente ou enfrentamento de situações delicadas no trabalho.
Informacional	Percepção por parte do respondente, diante de novos projetos profissionais ou enfrentamento de situações delicadas no trabalho, que seus familiares e amigos próximos ficam atentos aos acontecimentos que porventura possam contribuir para o fato em questão e procuram dar conselhos e sugestões a respeito.
Apreciação	Percepção por parte do respondente, diante de novos projetos profissionais ou enfrentamento de situações delicadas no trabalho, que seus familiares e amigos próximos se posicionem observando as atitudes do respondente e contribuindo para a autoavaliação de seu comportamento.

¹: Ficou explícito no questionário, que o termo 'par amoroso' devia ser considerado como sendo a pessoa com quem o respondente tenha estabelecido uma relação amorosa duradoura podendo referir-se a cônjuge, noivo(a), namorado(a), etc.

²: Explicitou-se ainda que o termo 'atividades do lar' refere-se a cuidados com filhos biológicos e/ou adotivos e/ou enteados e/ou outros dependentes, além de compra de suprimentos, manutenção de higiene e limpeza, preparo de alimentos.

³: Sempre que o respondente percebeu que seus familiares consideravam que seus problemas profissionais não lhes diziam respeito, foi considerado como ausência de qualquer tipo de apoio social na família.

Fonte: Elaborado pela autora.

As variáveis relativas aos constructos Conflito Trabalho-Família/ Família-Trabalho estão discriminadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Variáveis dos constructos: Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho

Constructo	Variáveis
Conflito Trabalho-Família	As demandas do meu trabalho interferem na minha vida familiar ¹ ; devido à quantidade de tempo que dedico ao trabalho, tenho dificuldade em cumprir minhas responsabilidades familiares ¹ ; por causa das demandas do meu trabalho, não consigo fazer coisas que quero em casa ¹ ; as pressões geradas pelo meu trabalho tornam difícil fazer mudanças nos meus planos para atividades familiares ¹ ; em função do meu trabalho, eu tenho que fazer mudanças nos meus planos familiares ¹ ; influência da dedicação ao trabalho em uma suposta separação conjugal ² e na decisão de ter filhos.
Conflito Família-Trabalho	As demandas da minha família interferem nas minhas atividades de trabalho ¹ ; eu preciso adiar atividades de trabalho por causa das demandas que surgem no meu tempo em casa ¹ ; por causa das demandas de minha família, não consigo fazer as coisas que preciso no trabalho ¹ ; minha vida doméstica interfere nas minhas responsabilidades no trabalho (como chegar no horário, cumprir as tarefas e a jornada de trabalho) ¹ ; as pressões geradas pela minha família interferem no meu desempenho no trabalho ¹ ; influência de uma possível separação conjugal ² nas decisões de carreira do respondente e a influência da chegada dos filhos nas decisões de carreira.

¹: Itens do questionário da escala original de Netemeyer et al. (1996), traduzida e adaptada para a língua portuguesa e o contexto brasileiro por Aguiar e Bastos (2013).

²: O questionário deixava claro que o termo 'separação conjugal' refere-se a desfazer estado marital prévio e que para o termo 'estado marital' entenda-se coabitar com seu par amoroso por mais de seis meses.

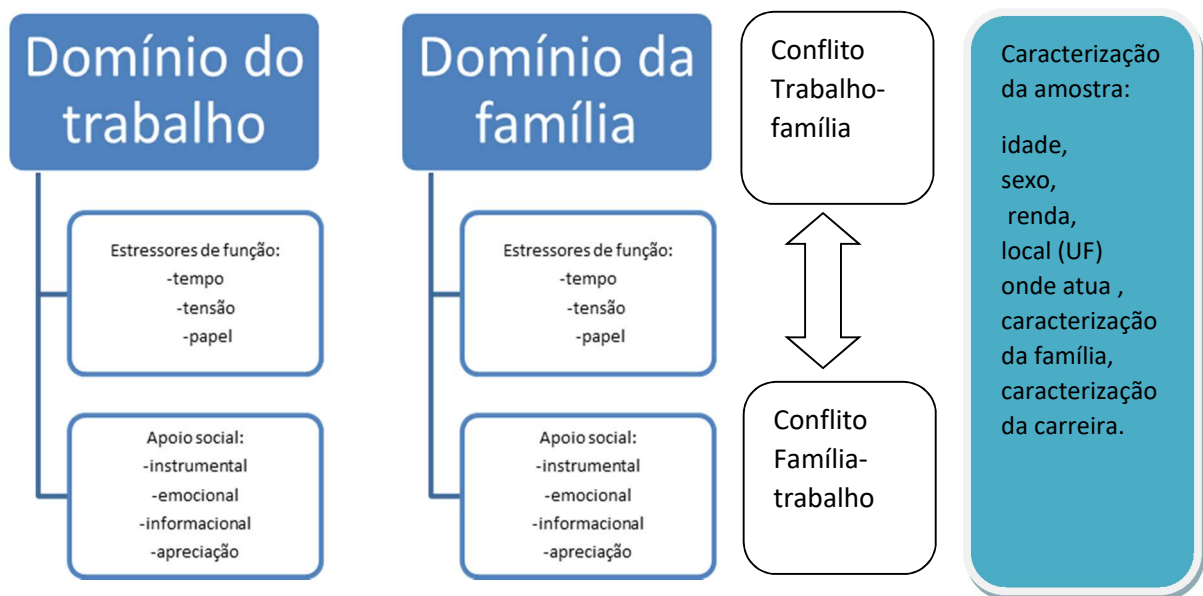
Fonte: Elaborado pela autora.

Além das variáveis relativas aos constructos para atenderem à pergunta de pesquisa, foram imputadas 28 variáveis para caracterização da amostra: idade, sexo, ano da graduação, UF onde atua a maior parte do tempo e se no interior ou na capital, nível de escolaridade após a graduação, especialidade médica, renda considerada satisfatória ou não, composição da renda familiar, outras atividades econômicas além

da medicina e qual, atuação em ambulatório e respectivo tipo de ambulatório além de caracterização do vínculo de atendimento, atendimento hospitalar e tipo de vínculo com o hospital, atuação em cargos administrativos e tipo de cargo, atividade docente e qual, situação conjugal, jornada de trabalho do par amoroso, profissão do par amoroso, existência de filhos biológicos e/ou adotivos bem como o número e idade destes, existência e número de enteados.

A Figura 3 representa esquematicamente a distribuição das variáveis.

Figura 3 - Variáveis do estudo



Fonte: Elaborado pela autora.

A definição de escalas de mensuração das variáveis também é muito importante na pesquisa quantitativa. Hair Jr. et al. (2009) ressaltam que o pesquisador precisa saber antecipadamente qual a técnica é mais adequada para seu objetivo de pesquisa, a fim de usar instrumentos de coleta de dados com escalas corretas, pois muitas técnicas de análise só podem ser utilizadas com determinados tipos de escala, em detrimento de outros. Para Babbie (1999) desde a construção do questionário é necessário considerar o tipo de análise que fará após a coleta dos dados para adequar como medir cada variável. As variáveis descritivas que serão levantadas pelo questionário serão de caráter nominal e medição intervalar.

O Apêndice D contém a representação esquemática sucinta dos itens do questionário correlacionados às variáveis.

3.4.3 Técnicas de análise dos dados

Para descrever as variáveis qualitativas de caracterização do indivíduo e também comparar os itens de cada constructo, neste estudo, foram utilizadas frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas de caracterização do indivíduo, por sua vez, foram descritas com a média, o desvio-padrão mínimo, máximo e os quartis. O desvio-padrão é uma das principais medidas de dispersão dos dados, ou seja, representa o quanto os dados se afastam da média. Pode ser definido como a raiz quadrada da variância. A partir do desvio-padrão, obtém-se também o erro padrão que é uma medida de precisão da média amostral. Os quartis são medidas de posição das respostas. O 1º quartil representa que pelo menos 25% das respostas são menores que ele, o 2º quartil pelo menos 50% e o 3º quartil pelo menos 75% menores que ele.

Para atender à pergunta de pesquisa deste estudo, foram eleitas técnicas multivariadas avançadas já que são métodos estatísticos analíticos que permitem descobrir dimensões gerais representados por um conjunto de variáveis reais (Babbie, 1999).

Entre essas técnicas, Hair Jr. et al.(2009) apontam que a chamada análise fatorial é especialmente adequada quando os pesquisadores encontram relações multidimensionais ou complexas e buscam analisar padrões predominantes. Nesse sentido, é um método analítico bastante apropriado à metodologia *survey* (Babbie, 1999).

Na verdade, o termo análise fatorial refere-se a uma categoria de métodos estatísticos multivariados cujo propósito principal é definir a estrutura subjacente em uma matriz de dados. De um modo geral, a análise fatorial pretende analisar a estrutura das inter-relações (correlações) entre grande número de variáveis, definindo um conjunto de variáveis latentes comuns chamadas de fatores ou variáveis estatísticas (Hair Jr. et al., 2009). Essa é, portanto, uma técnica de interdependência já que todas as variáveis são consideradas simultaneamente, cada uma relacionada com todas as outras. As técnicas estatísticas fatoriais podem atingir seus objetivos em duas perspectivas: exploratória ou confirmatória.

A perspectiva Exploratória considera aquilo que os dados oferecem, ou seja, mostra a estrutura de dados. Portanto busca identificar a estrutura de um conjunto de variáveis através do resumo de dados, que consiste em identificar quais e quantas

variáveis realmente têm impacto na análise. Sendo assim, promove a redução do excesso de variáveis irrelevantes no estudo e verifica se verdadeiramente os itens estão fortemente associados uns com os outros e representam um só constructo (unidimensionalidade). Dessa forma, pode também revelar um novo conjunto de variáveis que poderá vir a substituir parcialmente ou completamente o conjunto original (Hair Jr. et al., 2009). O propósito é manter a natureza e o caráter das variáveis originais, mas reduzir o seu número, em outras palavras, formar um conjunto mais enxuto de variáveis com perda mínima de informação. O resumo de dados pode ser uma finalidade em si própria enquanto análise, pois identifica as dimensões ou variáveis latentes, estima os fatores e a contribuição de cada variável ao fator (carga). A redução é útil para simplificar a análise multivariada a ser empregada no passo consecutivo. Esse processo, Análise Fatorial Exploratória, “beneficia o pesquisador por estimar empiricamente as relações, a visão do fundamento conceitual e a interpretação dos resultados” (Hair Jr. et al., 2009, p.96).

A segunda perspectiva das técnicas analíticas fatoriais é a Confirmatória, justamente porque objetiva confirmar ideias preconcebidas pelo pesquisador a respeito da real estrutura de dados. Portanto, efetivamente mede a validade, ou seja, promove validação. Nessa perspectiva, avalia o grau em que os dados satisfazem a estrutura esperada embasada na literatura (Hair Jr. et al., 2009). É a chamada Análise Fatorial Confirmatória que está incluída na Modelagem de Equações Estruturais. Esse modelo consiste essencialmente de um sistema de equações lineares dividido em submodelos: o modelo de mensuração (que especifica as relações entre as variáveis observadas/mensuradas e as variáveis latentes) e o modelo estrutural (que trata a relação entre as variáveis latentes). Matematicamente esses modelos utilizam vetores aleatórios que são compostos pelas variáveis latentes (aquelas que não são medidas diretamente), pelas variáveis mensuradas (observadas) e pelos erros de mensuração, dispostos numa matriz de covariância. A matriz contém parâmetros que descrevem o relacionamento das variáveis do modelo. Algum método estatístico de estimação deve ser aplicado na matriz para obtermos os coeficientes de relacionamento entre as variáveis do modelo. Tais coeficientes operam como as cargas fatoriais da Análise Fatorial Exploratória, representando a correlação entre o item medido no questionário e o construto (modelo de mensuração) ou entre construtos (modelo estrutural). Esses coeficientes são números que variam de -1 a 1 e quanto maior em magnitude, maior o relacionamento entre o item e seu respectivo construto (Hair Jr. et al., 2009). Dentre

os métodos de estimação existentes foi escolhido empregar a abordagem PLS (*Partial Least Square*) ou de mínimos quadrados parciais porque têm a vantagem de não dependerem de suposição de normalidade (Mingoti, 2005), em outras palavras, exige uma demanda mínima quanto às escalas de medidas, tamanho amostral e distribuições residuais (Monecke & Leisch, 2012).

Outra vantagem da análise fatorial é a forma em que os dados são apresentados, o que facilita a interpretação tanto do pesquisador quanto do leitor (Babbie, 1999).

Feitas essas considerações, na sequência serão apresentados os passos da análise de dados desta pesquisa.

O primeiro passo na análise foi proceder ao ajuste do banco de dados na busca por dados faltantes (*missing data*), sendo o valor de referência para aplicação de testes de análise de aleatoriedade acima de 5% segundo Hair Jr. et al. (2009).

O emprego da Análise Fatorial Exploratória, neste estudo, teve como objetivo a verificação da necessidade de exclusão de algum item (pergunta) dos constructos que não estivesse contribuindo com a formação do mesmo, uma vez que de acordo com Hair Jr. et al. (2009), itens com cargas fatoriais⁸ menores que 0,50 devem ser eliminados dos constructos, pois ao não contribuírem de forma relevante para formação da variável latente, prejudicam o alcance das suposições básicas para validade e qualidade dos indicadores criados para representar o conceito de interesse.

O método de extração dos fatores eleito foi: Análise de Fatores Comuns. Nesse sentido, a adequação da amostra para utilização da análise fatorial foi medida através do indicador KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. É uma medida que varia de 0,0 a 1,0, sendo que quanto mais próximo de 1,0 (unidade), mais apropriada será a amostra à aplicação da análise fatorial. É adequado aplicar a Análise Fatorial Exploratória ao conjunto de variáveis quando o KMO for maior que 0,50 (Mingoti, 2005).

Os próximos passos foram: especificação da matriz fatorial – para determinar o número de fatores a serem mantidos; seleção do método rotacional – foi utilizado o método ortogonal *varimax*.

⁸ Cargas fatoriais significam a correlação entre as variáveis originais e os fatores (variáveis latentes). Estima a importância cada variável tem na definição de cada fator.

A interpretação da matriz fatorial rotacionada considerou três parâmetros de cada variável estatística (fator) com a intenção de maximizar o poder explicativo do conjunto inteiro de variáveis: carga fatorial, comunalidade e peso. A carga fatorial é o meio de interpretar o papel que cada variável tem na definição de cada fator sendo que, quanto maior sua carga, mais representativo é o fator. Como ela sofre influência do tamanho da amostra e do número de variáveis, seu valor de referência pode variar. Para Hair Jr. et al. (2009), cargas fatorais abaixo de 0,5 são utilizadas como critério de eliminação da variável por considerar que a mesma não está contribuindo com a medição do constructo. A comunalidade é a quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis. Hair Jr. et al. (2009) sugerem que valores acima de 0,6 revelam que a variável apresenta um nível de explicação aceitável e, conseqüentemente, não deve ser retirada. Os pesos são coeficientes que ponderam se determinado item (pergunta) está contribuindo para formar indicadores que representam o constructo. Frequentemente o peso é aferido em escalas de 0 a 100.

A validação da Análise Fatorial Exploratória acontece por meio da Modelagem de Equações Estruturais que é uma Análise Fatorial Confirmatória.

A Modelagem de Equações Estruturais foi realizada utilizando a abordagem PLS (*Partial Least Square*). Essa abordagem oferece uma alternativa à abordagem tradicional baseada na estrutura de covariância (CBSEM: *Covariance-based Structural Equation Modeling techniques*).

Como já mencionado, o modelo de equações estruturais divide-se em duas etapas Modelo de Mensuração (*Outer Model*) e Modelo Estrutural (*Inner Model*).

O Modelo de Mensuração (*Outer Model*) valida as variáveis mensuráveis como indicadores dos constructos, ou seja, verifica a capacidade do conjunto de indicadores de cada constructo representar com precisão seu respectivo conceito. Inicialmente, é verificada a confiabilidade; em seguida, a validade (convergente e discriminante); por fim, verifica-se a dimensionalidade.

A confiabilidade é a extensão em que uma variável ou conjunto de variáveis, é consistente com o que se pretende medir ou consistência interna (Hair Jr. et al., 2009). Para mensurar a confiabilidade foi utilizado o Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC) (Chin, 2010). De acordo com Tenenhaus, Vinzi, Chatelin e Lauro (2005), os indicadores AC e CC devem ser maiores que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo, sendo que valores acima de 0,60 também são aceitos

(Hair Jr. et al., 2009). Conforme DeVellis (1991), em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um AC de 0,60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução e tenham em conta o contexto de computação do índice.

A validade pretende obter a qualidade dos itens. O critério da avaliação convergente avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas, enquanto que a avaliação discriminante mede o grau em que um constructo é verdadeiramente diferente dos demais (Hair Jr. et al., 2009).

Para verificar a validade convergente foi utilizado o critério proposto por Fornell e Larcker (1981), que indica validação convergente quando a Variância Média Extraída (AVE) for superior a 50% (Henseler, Ringle & Sinkovics, 2009) ou 40% conforme Nunnally e Bernstein (1994). Isso significa que a variável está apta a explicar, respectivamente, mais do que 50% ou 40% da variabilidade de seus indicadores.

Para verificar a validade discriminante foi utilizado novamente o método proposto por Fornell e Larcker (1981), em que o alcance da validade discriminante dá-se quando a variância compartilhada máxima não for maior que as respectivas AVE. A validade discriminante é a raiz quadrada da AVE comparada às correlações entre os constructos.

Para verificar a dimensionalidade dos constructos, foi utilizado o critério da Análise Paralela (*Parallel Analysis*) elaborado por Horn (1965), que retorna o número de fatores que devem ser retidos na Análise Fatorial Exploratória, ou seja, a quantidade de dimensões do constructo.

O método Bootstrap foi utilizado para calcular os intervalos de confiança (IC) para os pesos do Modelo de Mensuração, fornecendo informações sobre a variabilidade dos parâmetros estimados, provendo assim uma importante validação dos resultados. Esse processo de estimação é útil quando são detectadas características de não normalidade multivariada (quando não se conhece a distribuição de probabilidade da variável de interesse).

Os constructos Apoio Social no Trabalho, Apoio Social na Família, Estressores de Função no Trabalho e Estressores de Função na Família são constructos de segunda ordem, ou seja, não são formados diretamente pelos itens (perguntas), mas por outras variáveis latentes (indicadores). Para tratar essa característica da estrutura de mensuração foi utilizada a abordagem *Two-Step* (Sanchez, 2013). Dessa forma, primeiramente foram computados os escores das variáveis latentes de primeira

ordem, utilizando a Análise Fatorial com o método de extração dos componentes principais (Mingoti, 2005).

O Modelo Estrutural (*Inner Model*) valida o modelo teórico proposto. No caso desta pesquisa, não há um modelo teórico proposto, mas sim um modelo, já validado, eleito como opção teórica para embasar critérios e argumentos. Dessa maneira, o modelo estrutural (*Inner Model*) serve para avaliar o quanto os achados da pesquisa aproximam-se da estrutura esperada, fundamentada na literatura. Para verificar a qualidade dos ajustes foram utilizados o R^2 e o GoF (Tenenhaus et al., 2005). O R^2 representa, em uma escala de 0% a 100%, o quanto os constructos independentes explicam os dependentes, isto é, representa a porção de variabilidade da variável latente, sendo que quanto mais próximo de 100% melhor. No geral, valores menores que 25% representam capacidade explicativa fraca, valores entre 25% e 50% indicam capacidade explicativa moderada e valores acima de 50% evidenciam uma capacidade explicativa substancial (Hair Jr., Hult, Ringle & Sarstedt, 2014). Já GoF é uma média geométrica da média das AVE dos construtos e a média dos R^2 do modelo e também varia de 0% a 100%. O GoF em PLS, não tem a capacidade de discriminar modelos válidos de inválidos, além de não se aplicar para modelos com constructos formativos (Henseler & Sarstedt, 2012), apenas permite uma síntese das AVE e dos R^2 do modelo em uma única estatística, podendo ser útil para futuras comparações de aderência de diferentes amostras ao modelo.

Os indicadores para Apoio Social no Trabalho, Apoio Social na Família, Estressores de Função no Trabalho, Estressores de Função na Família, Conflito Trabalho-Família e Conflito Família-Trabalho foram criados pela média ponderada através dos pesos dos itens (perguntas) padronizando-se em uma escala variando de 0 a 100.

Para comparar os indicadores com as variáveis demográficas (categóricas) foram utilizados os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, que são testes de hipóteses não-paramétricos (não centrado na média e sim na mediana) indicados quando se trata de duas ou mais amostras independentes, tanto em escalas qualitativas quanto em escalas quantitativas. O emprego de um ou do outro teste depende da quantidade de níveis de resposta que a variável categórica contenha (Hair Jr. et al., 2009; Hollander & Wolfe, 1999).

O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.2.4).

4 RESULTADOS DA PESQUISA

O Quadro 7 apresenta o trajeto metodológico de análise de dados através de uma síntese das técnicas e métodos utilizados para que o processo de análise pudesse responder aos objetivos dessa pesquisa.

Quadro 7 - Técnicas de análise de dados X objetivos da pesquisa

Objetivo	Descrição	Técnica de análise de dados
Objetivo específico 1	Identificar a ocorrência do WFC/ FWC na carreira médica de profissionais atuando no Brasil.	Análise descritiva
Objetivo específico 2	Identificar e descrever os antecedentes do WFC/ FWC na carreira médica de médicos em exercício no Brasil.	Análise descritiva Análise fatorial exploratória
Objetivo específico 3	Compreender quais antecedentes contribuem para a ocorrência e para a moderação do WFC/ FWC na carreira médica de profissionais atuando no Brasil, tanto na esfera do trabalho quanto na familiar.	Análise fatorial exploratória Modelagem de equações estruturais (PLS)

Fonte: Elaborado pela autora

4.1 Análise do banco de dados

A pesquisa foi realizada com um total de 336 respondentes a partir de um questionário com 28 variáveis para caracterização do entrevistado e mais 78 questões sobre o objeto de estudo, divididas em 16 constructos.

Em referência aos aspectos mencionados na seção de metodologia, a análise do banco de dados é indispensável antes da aplicação de qualquer técnica mais complexa de análise quantitativa, porque permite ao pesquisador identificar possíveis falhas de tabulação de dados e minimizar erros de análise (Hair et al., 2009). Dessa forma, destaca-se que:

- Nenhuma pergunta ou indivíduo foi descartado dos questionários que foram respondidos por completo;

- As variáveis – Você costuma buscar apoio em alguma religião ou crença; Seus rendimentos são suficientes para permitir que você cumpra seus objetivos de vida atuais; Quantas horas por semana você trabalha de segunda a sexta-feira; Sua jornada de segunda a sexta-feira inclui trabalho noturno e Com qual frequência você trabalha aos fins de semana – apresentaram dois dados perdidos cada, sendo imputados os valores mais frequentes para cada variável (Hair Jr. et al., 2009);
- A variável – Quantas horas você trabalha aos fins de semana – apresentou 68 dados perdidos ou não se aplica, sendo considerado como opção 1 (menos de 4 horas);
- A variável – Você exerce sua profissão em quantos locais ou formas de atuação diferentes – apresentou 5 dados perdidos, sendo imputados os valores mais frequentes (Hair Jr. et al., 2009).
- Para as variáveis – A separação conjugal afetou suas decisões de carreira e A separação conjugal afetou sua dedicação a atividades ligadas ao lar – a opção – sim, negativamente (passei a ter menos tempo e energia disponíveis para minha carreira/ passei a ter que dispor de mais tempo e energia para assumir tarefas ligadas ao lar) – foi considerada como Sim. As demais opções – sim, positivamente (pude me dedicar melhor à carreira/ passei a ter menos demanda a partir do meu ambiente doméstico); não; não se aplica – foram consideradas como -Não;
- Para as variáveis – Quanto tempo por dia você se dedica aos cuidados com seus filhos biológicos e/ou adotivos, quando eles estão acordados; Quantos dias por semana seus enteados moram com você; Quanto tempo você dedica aos cuidados com eles (enteados); Quanto tempo por dia o seu par amoroso se dedica aos cuidados com os seus filhos ou enteados, enquanto eles estão acordados e Quanto tempo você dedica aos cuidados com seus pais ou outros familiares –, quando os itens não foram respondidos ou a resposta foi –Não se aplica – foram consideradas como se dedicassem zero hora ou nenhum dia;
- As variáveis – Quanto tempo por dia você se dedica aos cuidados com seus filhos biológicos e/ou adotivos, quando eles estão acordados e Quanto tempo você dedica aos cuidados com eles (enteados) – foram unidas permanecendo o maior tempo dentre as duas variáveis, sendo renomeada para – Quanto

tempo por dia você se dedica aos cuidados com seus filhos biológicos e/ou adotivos e/ou enteados, quando eles estão acordados.

4.1.1 Perfil da amostra

Descrever e detalhar o perfil da amostra estudada é uma maneira de conhecer os dados levantados. De acordo com as informações coletadas foram elaboradas tabelas com as medidas descritivas das variáveis categóricas, apresentadas a seguir, sendo a Tabela 2 com variáveis quantitativas e as tabelas 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 com variáveis qualitativas para caracterização do indivíduo.

A Tabela 2 apresenta as variáveis quantitativas de caracterização do indivíduo descritas com a média, o desvio padrão (DP), mínimo (Mín.), máximo (Máx.) e os quartis (Q).

Tabela 2 - Variáveis categóricas quantitativas

Variáveis	N	Média	DP	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Idade	336	43,2	11,2	22	34	42	51	81
Nº filhos biológicos e/ou adotivos	336	1,2	1,1	0	0	1	2	7
Nº Enteados	35	1,4	0,6	1	1	1	2	3
Idade do 1º Filho	215	15,4	10,5	0	7	15	22	45
Idade do 2º Filho	144	15,6	10,0	0	8	15	24	41
Idade do 3º Filho	30	17,9	9,5	3	10	17	27	35
Idade dos demais Filhos	9	13,8	10,2	1	8	9	22	30

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise desses resultados, a intenção de obter uma amostra diversificada em termos de idade foi atingida, uma vez que o respondente o mais jovem tinha 22 anos e o mais velho 81 anos. Além disso, pelo estudo Demografia Médica do Brasil (Scheffer et al., 2015), a idade média do médico brasileiro era, no ano 2015, de 45,7 anos, muito semelhante à idade média dos indivíduos desta amostra que foi de 43,2 anos.

Os resultados apontam que 64% dos indivíduos da amostra têm pelo menos um filho; dentre esses indivíduos, 66,97% têm 2 filhos e apenas 4,1% têm 3 ou mais

filhos (o máximo observado para um indivíduo foi de 7 filhos). O número médio de filhos/respondente foi de 1,2. Esses dados corroboram aqueles apontados pelo Censo 2010 quanto à baixa taxa de natalidade total (1,2 filhos/indivíduo) e aumento do número de famílias recompostas, já que 35 respondentes (10%) desta pesquisa possuem enteados. Os dados corroboram também informações do IBGE (2012), que acusam que um sexto (16,3%) da população vive com enteados, além dos filhos ou só com enteados. Nesse estudo, a média de enteados foi de 1,4 por indivíduo, sendo que o máximo observado para um indivíduo foi de 3 enteados.

As variáveis categóricas qualitativas de caracterização do indivíduo foram avaliadas através das frequências absolutas (N) e relativas (%).

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos a respeito do perfil familiar.

Tabela 3 - Perfil familiar

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	227	68%
	Masculino	109	32%
Reside com o par amoroso	Sim.	243	72%
	Não, mas já residi com um par amoroso por mais de 6 meses.	46	14%
	Não, até o momento não residi com nenhum par amoroso.	47	14%
Jornada de trabalho do par amoroso	Integral (com jornada de trabalho de 8 ou mais horas por dia).	136	63%
	Parcial (com jornadas de 4 a 6 horas por dia).	44	20%
	Por turnos alternados de 4,6,8 ou 12 horas de trabalho.	17	8%
	Outros.	20	9%
Seu par amoroso tem a mesma profissão que você	Não	168	69%
	Sim	75	31%
Possui filhos biológicos e/ou adotivos	Não	121	36%
	Sim	215	64%
Possui enteados	Não	301	90%
	Sim	35	10%

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados da Tabela 3 revelam que 68% dos indivíduos são do sexo feminino. Isso reforça a relevância da amostra por estar em consonância com o estudo Demografia Médica no Brasil 2015 de Scheffer et al.(2015), em que 54,8% são mulheres na carreira médica.

Destaca-se ainda, que 72% dos indivíduos residem com seu par amoroso e 14% já residiu com um par amoroso por mais de 6 meses. Essas estatísticas quanto à situação conjugal não se referem ao modelo normativo de casamento, mas sim àquele baseado na união afetiva. Talvez isso possa explicar o fato da taxa de respondentes que reside com seu par amoroso ser notavelmente superior aos registros do IBGE (34,8% casados). Contudo, o percentual de famílias com filhos nesse estudo (64%) está bem próximo daquele apurado no Censo 2010 que é de 63,5% das famílias (IBGE, 2010).

De acordo com a literatura, como os divórcios aumentaram, há também um crescimento significativo das famílias reconstituídas, onde os filhos podem ser apenas de um dos cônjuges, sendo que nesta pesquisa 10% dos indivíduos possuem enteados. Do mesmo modo, revela-se o quanto os arranjos menos tradicionais de família vêm superando o modelo tradicional (Byron, 2005; Goldani, 1998, 2002; Pereira & Schimanski, 2013; Samsinar et al., 2010; Villa, 2012).

Um dos fatores observados na Tabela 3 é que para 63% dos indivíduos a jornada de seu par amoroso é integral e que apenas 9% dos cônjuges não trabalham ou têm jornadas informais. Portanto, 91% dos respondentes vivem em situação de casais de dupla-carreira uma vez que ambos conciliam participação no mercado de trabalho e na família (Cherpas, 1995; Santos, 2013; Santos & Casado, 2011). Além disso, 31% dos indivíduos tem a mesma profissão do par amoroso, o que caracteriza, na amostra estudada, elevado número de casais na configuração *dual-doctor couple*, de acordo com Gjerberg (2003) ou categoria – integradores – para casais de dupla carreira, de acordo com a tipologia de Hunt e Hunt (1982) citada por Cherpas (1995). Conforme Santos, (2013) e também Gjerberg (2003), esse aspecto, casais de dupla-carreira, pode acarretar em ganhos intra e interpessoais como melhora da autoestima e da renda, mas também pode resultar em conflitos e dilemas, sobretudo se levadas em consideração as diversas fontes de pressão que a carreira médica traz implícita, conforme realçado por Kilimnik et al. (2012).

A Tabela 4 apresenta as frequências obtidas para caracterização dos respondentes com relação à composição da renda familiar e satisfação com seus rendimentos.

Tabela 4 – Aspectos da Renda

Variáveis		N	%
Seus rendimentos são suficientes para permitir que você cumpra seus objetivos de vida atuais	Sim	217	65%
	Não no momento, mas eu espero que sejam suficientes no futuro.	97	29%
	Não, dadas às tendências atuais, eu não espero que sejam suficientes a médio/ longo prazo.	22	7%
Realidade do rendimento da sua família	Meu rendimento é o único da família.	72	22%
	Meu rendimento é o principal, mas meu par amoroso e/ou outros familiares também possuem rendimento.	132	40%
	O rendimento de meu par amoroso e/ou outros familiares é o principal.	42	13%
	O meu rendimento e do meu par amoroso são aproximadamente iguais.	74	22%
	Além do rendimento de meu trabalho remunerado, também recebo proventos decorrentes de pensões, heranças, aluguéis, benefícios do governo, entre outras fontes diferentes de trabalho remunerado.	14	4%
Desempenha outra atividade econômica além da medicina	Não	314	95%
	Sim	17	5%
Qual atividade econômica desempenha além da medicina	Agropecuária	8	47%
	Comércio	1	6%
	Serviços	7	41%
	Indústria	1	6%

Fonte: Dados da pesquisa.

Embora não tenha sido perguntado sobre a faixa de renda, os resultados relativos à renda dos respondentes e expostos na Tabela 4 revelam que 65% dos indivíduos consideram sua renda suficiente para permitir que cumpra com os objetivos de vida atuais, enquanto não o é para 29% dos indivíduos no momento, mas que têm expectativa que seja suficiente no futuro. Somente 7% consideram que dadas às tendências atuais, sua renda não será suficiente a médio/longo prazo. Esses índices

corroboram o estudo de Scheffer et al. (2015) que constata que o rendimento da categoria é elevado.

Quanto à composição da renda familiar, 62% dos respondentes representam o único ou o principal provedor de renda naquela família. Mas já se nota a faixa de 22% com participação igualitária, também indicativa de uma das vantagens de casais de dupla carreira (Santos, 2013).

Apenas 5% dos indivíduos entrevistados desempenham outra atividade econômica além da medicina. Desses, 47% desempenham uma atividade agropecuária e outros 41%, atividades do segmento de serviços. Essa informação fortalece a pesquisa de Scheffer et al. (2015) no que tange à grande adesão à profissão. Esse aspecto de forte envolvimento com a carreira também foi mencionado por Kilimnik et al. (2012).

A Tabela 5 apresenta as frequências para as variáveis categóricas de caracterização do indivíduo quanto ao exercício profissional.

Tabela 5 - Exercício profissional: modalidades/vínculos/características

(continua)

Variáveis		N	%
Presta atendimentos ambulatoriais.	Não	44	13%
	Sim	287	87%
Consultório próprio	Não	152	46%
	Sim	179	54%
Ambulatório de clínicas de convênios ou clínicas populares	Não	241	73%
	Sim	90	27%
Ambulatório em serviço público	Não	175	53%
	Sim	156	47%
No seu consultório próprio, você atende	Particulares e convênios	156	87%
	Só atendimentos particulares	23	13%
Em relação aos atendimentos ambulatoriais em serviço público, qual é seu vínculo.	Autônomo	7	4%
	Contrato via pessoa jurídica	11	7%
	Contratado sem vínculos trabalhistas (contrato temporário)	38	24%
	Contratado com vínculos trabalhistas	18	12%
	Concursado	82	53%

Variáveis	(conclusão)		
	N	%	
Seus atendimentos em hospitais ocorrem	Não presto atendimento em hospitais	78	24%
	Em forma de plantões	150	45%
	Prestando serviços eventuais em assistência a determinados pacientes	70	21%
	Visitas hospitalares em escala pré-definida	33	10%
Qual seu vínculo com o hospital	Autônomo	99	39%
	Contrato via pessoa jurídica	54	21%
	Contratado sem vínculos trabalhistas (contrato temporário)	24	9%
	Contratado com vínculos trabalhistas	26	10%
Você desempenha alguma atividade docente	Não	240	73%
	Sim	91	27%
	Leciono em curso de graduação/pós-graduação	21	23%
	Coordeno curso de graduação/pós-graduação/residência médica	13	14%
Qual atividade docente	Oriento alunos e/ou residentes em atendimentos ambulatoriais	15	16%
	Oriento alunos e/ou residentes em atendimentos hospitalares	41	45%
	Oriento alunos e/ou residentes em projetos de pesquisa	1	1%
Você exerce alguma função remunerada em nível administrativo/associativo	Não	288	87%
	Sim	43	13%
Você exerce alguma função remunerada em nível administrativo/associativo	Sim - (Serviço público)	9	21%
	Sim - (Cargo público)	0	0%
	Sim - (Cargo hospitalar)	17	40%
	Sim - (Conselheiro ou gestor...)	17	40%

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota-se, a partir da interpretação da Tabela 5, que a multiplicidade e sobreposição de vínculos é evidente na amostra, tal qual no estudo de Scheffer et al. (2015), uma vez que: 87% dos indivíduos desempenham atividades clínicas assistenciais em nível ambulatorial tanto atendendo pacientes particulares como usuários de empresas de saúde suplementar (convênios), quanto no setor público;

76% prestam assistência a pacientes hospitalizados; 27% dedicam-se à docência; e 13% desempenham atividades remuneradas de nível administrativo/associativo.

Fazendo um paralelo desse aspecto do exercício profissional desdobrado em diversos vínculos, com algumas referências apresentadas na revisão de literatura por autores como Briscoe et al. (2006), Duarte e Silva (2015), Kilimnik et al. (2012) e Silva et al. (2011), pressupõe-se atitude de carreira sem fronteiras, pois esse modelo de carreira também pode ser representado pelas carreiras que se estendem para além de um único emprego. O termo carreiras sem fronteiras propõe, portanto, que a carreira não esteja confinada às fronteiras de uma única organização, emprego, ocupação, região, área de conhecimento ou, até mesmo, ausência de fronteiras psicológicas (mentalidade sem fronteiras). Sullivan e Arthur (2006) discutem que uma carreira sem fronteiras pode ser definida de acordo com diferentes graus de movimentações físicas e psicológicas em sucessivas situações de emprego. Uma orientação voltada para a carreira sem fronteira implica nestas duas principais dimensões: mobilidade física e mobilidade psicológica. Para Evans (1996), o desafio é direcionar potencialidades (forças e oportunidades) de forma a superar os obstáculos e tensões desencadeados por tantas demandas simultâneas.

A atuação em consultório próprio ainda tem um papel relevante na configuração do exercício da medicina (54% dos indivíduos), talvez pela busca em manter o caráter liberal e autônomo da profissão médica ou por tradição. Entretanto, há maior diversificação nos padrões de clientes uma vez que 87% atendem pacientes particulares e conveniados aos planos de assistência médica ou seguros-saúde. Essa tendência foi ressaltada no estudo de Scheffer et al. (2015). Ademais, esses dados refletem ainda o avanço dos provedores de assistência à saúde como intermediários no mercado entre os profissionais e os usuários, o que dá a entender o fortalecimento da medicina de grupo e conseqüente redução da autonomia no exercício profissional (Kilimnik et al., 2012; Lacerda et al., 2012; Oliveira & Egry, 2000; Santos, 2010; Scheffer et al., 2015).

A atuação em hospital é notória, pois é onde se desdobram as atividades clínicas assistenciais, mas também as atividades docentes, já que 45% dos que exercem a docência, o fazem como preceptores (instrutores de conduta clínica e pessoal) de alunos/residentes em atendimentos hospitalares.

Andrade et al. (2012) destacaram a possibilidade de coexistência, para um mesmo indivíduo, setor, país ou organização, de carreira consonante com o modelo

contemporâneo e com o modelo tradicional. Destacaram, ainda, que no setor público o modelo tradicional ainda é predominante. Nos resultados desta pesquisa, em relação aos atendimentos ambulatoriais em serviço público, o vínculo da maioria dos indivíduos (53%) é através de concurso. Já o vínculo de 39% dos indivíduos que atendem em hospitais é como autônomo. Por sua vez, o exercício médico assalariado baseado em vínculos frágeis é digno de nota, conforme discutido por Kilimnik et al. (2012): 24% daqueles que prestam assistência ambulatorial em serviço público têm contratos temporários sem vínculos trabalhistas.

O dado estatístico de que 21% dos médicos prestadores de serviços hospitalares o fazem através de contratos via pessoa jurídica, sinaliza para uma tendência à flexibilização das relações de trabalho no setor. Todos esses dados corroboram os apontamentos de Kilimnik et al. (2012) a respeito de que as organizações de saúde no Brasil são complexas, não priorizam questões relacionadas à gestão de pessoas e que, frequentemente, as relações de trabalho são pouco sólidas.

Os resultados dispostos na Tabela 6 se referem à categorização dos respondentes quanto à década em que se graduaram em medicina.

Tabela 6 - Década da graduação

Década em que se graduou	N	%
Década de 2010	60	18%
Década de 2000	100	30%
Década de 1990	91	27%
Década de 1980	64	19%
Década de 1970	21	6%

Fonte: Dados da pesquisa.

Adicionalmente às implicações sobre possibilidade de conflitos referentes à diversidade de vínculos, também foi evidenciada diversidade na época de conclusão da graduação, conforme Tabela 6. Esses dados igualmente reforçam os resultados do estudo de Scheffer et al. (2015) sobre o fato de o mercado de trabalho médico mesclar profissionais graduados em épocas distintas e que faz pressupor que pertençam a diferentes gerações com diferentes estilos de vida, conforme citam Howell et al. (2012) e Riska (2001, 2011), e isso implica pensar em maior possibilidade de conflitos interpessoais.

A Tabela 7 apresenta os resultados obtidos da categorização dos indivíduos com relação às frequências das diversas opções de complementação à formação médica após término da graduação.

Tabela 7 - Escolaridade após a graduação em medicina

Variáveis		N	%
Residência Médica	Não	100	31%
	Sim	222	69%
Especialização <i>lato sensu</i>	Não	172	53%
	Sim	150	47%
MBA	Não	306	95%
	Sim	16	5%
Mestrado	Não	278	86%
	Sim	44	14%
Doutorado	Não	303	94%
	Sim	19	6%
Pós-Doutorado	Não	321	100%
	Sim	1	0%

Fonte: Dados da pesquisa.

A necessidade de conciliar estudos, seja para aperfeiçoamento técnico continuado ou para fins de progressão na carreira, é uma das fontes de pressão características da profissão médica, apontadas por Kilimnik et al. (2012). Para Duarte e Silva (2015) e Silva et al. (2011) essa atitude está em consonância com a competência *knowing-how* (desenvolvimento da habilidade técnica requerida para aquele trabalho) da configuração de carreiras inteligentes. Entretanto, também reforça a competência *knowing-whom* (rede de relacionamentos que levou a conseguir e a se manter naquele trabalho) uma vez que a participação em cursos de aperfeiçoamento técnico oportuniza a consolidação e formação de novos laços interpessoais (*network*) e dedicação a novos projetos. Conforme Arthur, Claman e DeFillippi (1995), essas competências são necessárias para a pessoa gerir sua carreira e obter sucesso, uma vez que, sob a perspectiva da carreira focada no indivíduo, o termo – carreiras inteligentes – se refere ao fato de que o indivíduo assume desenvolver a capacidade de autoconhecimento para buscar aprendizado e elevar suas competências (Arthur, Claman & DeFillippi, 1995; Tieppo, Gomes, Sala & Trevisan, 2010).

Nos resultados expostos na Tabela 7, destaca-se claramente o investimento na residência médica que é bastante significativo (69% da amostra). Esse fato pode resultar dos avanços na ciência e tecnologia, que somam crescente complexidade ao conhecimento médico e promovem a divisão técnica do trabalho e o surgimento de novas especialidades e sub especialidades, conforme Kilimnik et al. (2012), Oliveira (2015) e Santos (2010). Além disso, é inegável a forte tendência à especialização apesar do esforço das ações governamentais na tentativa de alinhar a formação médica às necessidades de saúde da população, que aponta para maior necessidade de médicos generalistas. Possivelmente os fatores de mercado tais como subfinanciamento perpetuado do setor público e o crescimento do mercado de planos e seguros de saúde, além do alto poder simbólico de prestígio do médico especialista, expliquem essa tendência, assim como demonstrado na literatura (Cavalcante Neto et al., 2009; Ferreira et al., 2000; Fiorotti et al., 2010; Scheffer et al., 2015).

Os dados dispostos na Tabela 8 representam um compilado a respeito da localização geográfica onde os respondentes atuam na maior parte de seu exercício profissional. A relação detalhada do número de respondentes em cada UF encontra-se no Apêndice C.

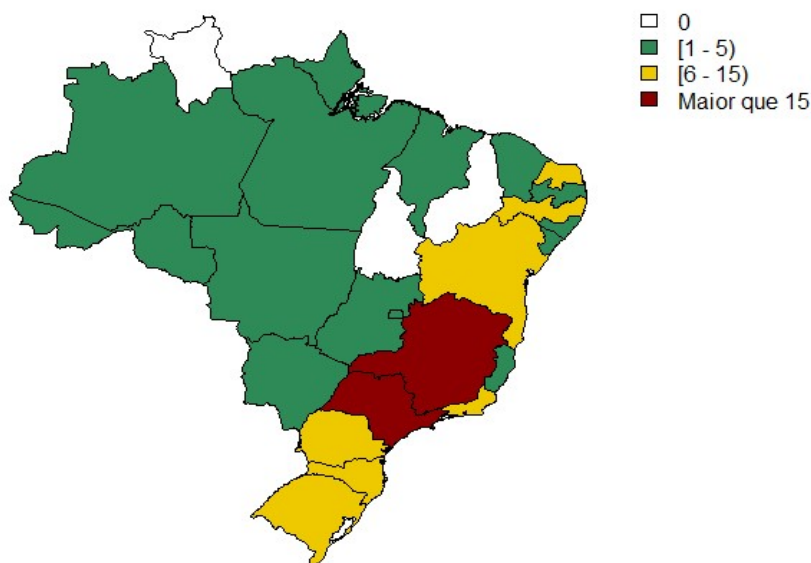
Tabela 8 - Distribuição geográfica

Variáveis	N	%
Estado		
MG	172	53%
SP	42	13%
PE	15	5%
RJ	15	5%
BA	14	4%
Outros	66	20%
Onde trabalha a maior parte do tempo		
Capital do estado	155	48%
Interior do estado	168	52%

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com os resultados expostos na Tabela 8, a maioria dos indivíduos entrevistados (53%) trabalha em Minas Gerais, seguido de 13% que trabalham em São Paulo. Apenas 3 estados não foram citados como localidade dos respondentes, sendo eles Piauí, Roraima e Tocantins, conforme ilustra a Figura 4.

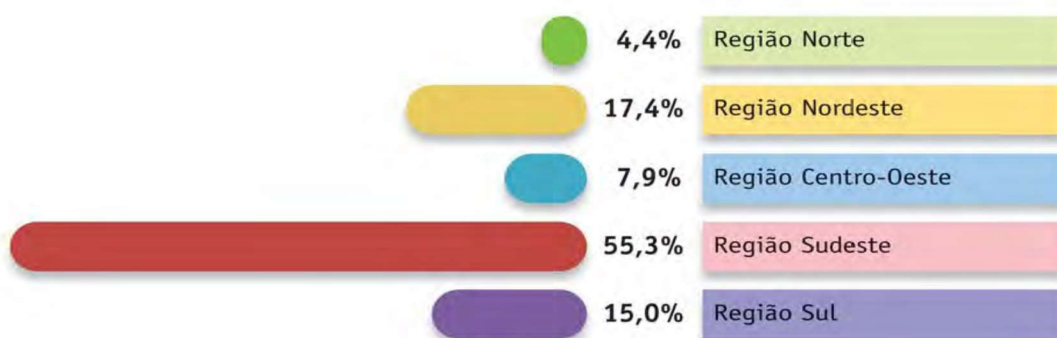
Figura 4 - Mapa de Respondentes por Estado



Fonte: Dados da pesquisa.

Essa constatação reforça a abrangência desta pesquisa, diante de que, neste estudo, 72% dos respondentes encontram-se no sudeste (MG/SP/RJ/ES) e 15% no nordeste do país, em conformidade com os dados estatísticos (ilustrados na Figura 5) da pesquisa de Scheffer et al. (2015), a respeito da distribuição de médicos no território nacional.

Figura 5 - Proporção de médicos e da população em relação ao total do país, segundo grandes regiões – Brasil, 2014



Nota: nesta análise foi usado o número de registros de médicos.

Fonte: Scheffer, Biancarelli e Cassenote, Demografia Médica no Brasil 2015(p.49)

Outro ponto de destaque é que, nesta amostra, 52% dos indivíduos trabalham a maior parte do tempo no interior do estado.

A Tabela 9 apresenta a frequência absoluta (N) e relativa (%) para especialidade médica exercida pelos componentes da amostra deste estudo.

Tabela 9 - Especialidade médica**(continua)**

Especialidade	N = 322	%
Ginecologia e Obstetrícia	152	47,2%
Medicina do Trabalho	33	10,2%
Pediatria	21	6,5%
Clínica Médica	19	5,9%
Não tenho especialidade, sou médico (a) generalista	15	4,7%
Cirurgia Geral	12	3,7%
Medicina da Família e Comunidade	12	3,7%
Neurologia	12	3,7%
Anestesiologia	11	3,4%
Endocrinologia e Metabologia	11	3,4%
Radiologia e Diagnóstico por imagem	10	3,1%
Cardiologia	8	2,5%
Mastologia	8	2,5%
Otorrinolaringologia	8	2,5%
Dermatologia	6	1,9%
Medicina Intensiva	6	1,9%
Medicina Legal e Perícia Médica	6	1,9%
Neurocirurgia	6	1,9%
Psiquiatria	6	1,9%
Nefrologia	5	1,6%
Ortopedia e Traumatologia	5	1,6%
Geriatría	4	1,2%
Medicina do Tráfego	4	1,2%
Hematologia e Hemoterapia	3	0,9%
Homeopatia	3	0,9%
Medicina Preventiva e Social	3	0,9%
Urologia	3	0,9%
Acupuntura	2	0,6%
Cancerologia (Cirúrgica; Clínica; Pediátrica)	2	0,6%
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2	0,6%
Cirurgia Plástica	2	0,6%
Cirurgia Vasculár	2	0,6%
Endoscopia	2	0,6%
Nutrologia	2	0,6%
Pneumologia	2	0,6%
Alergia e Imunologia	1	0,3%
Angiologia	1	0,3%
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	1	0,3%
Cirurgia Pediátrica	1	0,3%
Cirurgia Torácica	1	0,3%
Coloproctologia	1	0,3%
Gastroenterologia	1	0,3%
Genética Médica	1	0,3%
Oftalmologia	1	0,3%
Patologia	1	0,3%
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	1	0,3%
Reumatologia	1	0,3%
Cirurgia Cardiovascular	0	0,0%
Cirurgia da Mão	0	0,0%
Infectologia	0	0,0%
Medicina Esportiva	0	0,0%

Especialidade	(conclusão)	
	N = 322	%
Medicina Física e Reabilitação	0	0,0%
Medicina Nuclear	0	0,0%
Radioterapia	0	0,0%

Fonte: Dados da pesquisa.

Atualmente são reconhecidas 53 especialidades médicas pelo CFM e, de acordo com esse órgão, médico generalista é o médico com formação geral em medicina, sem especialidade. Neste estudo, portanto, o termo generalista não se refere ao chamado clínico geral que é um especialista em Clínica Médica, uma especialidade reconhecida. O termo, aqui, também não se refere ao especialista em Medicina da Família e Comunidade. Não há consenso na utilização do termo médico generalista, seja, na literatura nacional, em programas governamentais, em editais de emprego ou mesmo na literatura estrangeira. A definição varia conforme a elaboração dos cursos de medicina, a estrutura dos sistemas de saúde dos países e a prática da profissão médica (Gjerberg, 2002; Scheffer et al., 2015). Em alguns países, generalista é o especialista em especialidades consideradas básicas como Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia; em outros países, refere-se unicamente ao médico de família; e ainda, há países, como o Brasil, onde o generalista equivale ao médico com formação geral em medicina, sem especialidade (sem ter cursado Residência Médica), que é o sentido empregado neste estudo (Scheffer et al., 2015).

Entre as especialidades médicas exercidas pelos respondentes, destaca-se Ginecologia e Obstetrícia, realizada por 47,2% dos indivíduos, seguida de Medicina do Trabalho, realizada por 10,2% dos indivíduos. Outras especialidades que também foram frequentes são Pediatria (6,5%) e Clínica Médica (5,9%). Apenas 4,7% dos indivíduos pesquisados não têm alguma especialidade, atuando como médico generalista. Também esses dados contribuem para realçar a diversidade da amostra.

4.1.2 Análise descritiva das variáveis dos constructos

Nesta seção, será analisada e discutida a frequência de cada item referente a cada uma das variáveis que compõem o modelo teórico que embasou esta pesquisa. Vale ressaltar que os aspectos referentes às interfaces de relacionamento das variáveis entre si e com o modelo, serão discutidos e ponderados nas etapas subsequentes de análises estatísticas avançadas (análise fatorial).

A análise descritiva também foi utilizada como uma técnica para se atingir o objetivo específico 1 o qual prevê identificar a ocorrência do conflito trabalho-família e conflito família-trabalho na carreira médica, cujas frequências absolutas (N) e relativas (%) dos itens estão dispostas na Tabela 10.

Tabela 10 - Conflito Trabalho-Família e Conflito Família-Trabalho

Constructo	Item		N	%
Conflito Trabalho - Família	As demandas do meu trabalho interferem na minha vida familiar.	Não	90	27%
		Sim	246	73%
	Devido à quantidade de tempo que dedico ao trabalho, tenho dificuldade em cumprir as responsabilidades familiares.	Não	173	51%
		Sim	163	49%
	Por causa das demandas do meu trabalho, não consigo fazer coisas que quero em casa.	Não	133	40%
		Sim	203	60%
	As pressões geradas pelo meu trabalho tornam difícil fazer mudanças nos planos para atividades familiares.	Não	193	57%
		Sim	143	43%
	Em função do meu trabalho, eu tenho que fazer mudanças nos meus planos familiares.	Não	109	32%
		Sim	227	68%
	Sua dedicação às atividades profissionais influenciou a separação conjugal.	Não	305	91%
		Sim	31	9%
	Por causa de sua dedicação à carreira, você protelou a decisão de ter filhos.	Não	163	49%
		Sim	173	51%
Conflito Família - Trabalho	As demandas da minha família interferem nas minhas atividades de trabalho.	Não	256	76%
		Sim	80	24%
	Eu preciso adiar atividades de trabalho por causa das demandas que surgem no tempo em casa.	Não	283	84%
		Sim	53	16%
	Por causa das demandas de minha família, não consigo fazer as coisas que preciso no trabalho.	Não	315	94%
		Sim	21	6%
	Minha vida doméstica interfere nas minhas responsabilidades no trabalho.	Não	291	87%
		Sim	45	13%
	As pressões geradas pela minha família interferem no meu desempenho no trabalho.	Não	298	89%
		Sim	38	11%
	A separação conjugal afetou suas decisões de carreira.	Não	329	98%
		Sim	7	2%
A chegada dos filhos afetou as suas decisões de carreira.	Não	270	80%	
	Sim	66	20%	

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados dispostos na Tabela 10 fortalecem as afirmações de Frone et al. (1992), Samsinar et al. (2010) e Santos e Gonçalves (2014) a respeito dos achados de diversos estudos que demonstram maior chance de que as demandas do trabalho possam interferir no desempenho das atividades familiares do que o contrário, já que, nesta pesquisa, 73% dos indivíduos relataram que as demandas do trabalho interferem na vida familiar, enquanto 24% dos indivíduos relataram que as demandas da família interferem nas atividades de trabalho. As taxas alocadas em cada direção, trabalho interferindo na família e família interferindo no trabalho, mostram que a maioria dos indivíduos em algum momento percebe dificuldades em atender simultaneamente todas as pressões e, nesse momento em que são incompatíveis, o indivíduo e vivencia o conflito descrito por Greenhaus e Beutell (1985).

Mesmo considerando a bidirecionalidade do constructo WFC/FWC, os estressores de tempo destacam-se nas duas esferas, conforme os dados, uma vez que 49% dos indivíduos relataram que devido à quantidade de tempo que dedica ao trabalho, tem dificuldade em cumprir as responsabilidades familiares e 60% não consegue fazer as coisas que quer em casa. Esse achado também está de acordo com a maioria das publicações como mencionado por Frone et al.(1992).

O postulado de que, além do tempo, também a energia concorre pelos mesmos recursos do indivíduo (Gramacho, 2012; Michel et al., 2010; Tayfur & Arslan, 2013) e isso gera conflito entre os domínios do trabalho e da família pode ser corroborado ao notar-se 68% dos indivíduos relataram que em função do trabalho, têm que fazer mudanças nos planos familiares.

O difícil equilíbrio entre o tempo de trabalho e não-trabalho (Carvalho Neto et al., 2010; Tanure et al., 2006) é claramente identificado nos resultados deste estudo pois 60% dos indivíduos relataram que por causa das demandas do trabalho, não conseguem fazer coisas que querem em casa e 43% dos indivíduos relataram que as pressões geradas pelo trabalho tornam difícil fazer mudanças nos planos para atividades familiares. O discurso de máxima eficiência, aliado ao expressivo avanço tecnológico, acaba acarretando aumento no ritmo de trabalho (Carvalho Neto et al., 2010; Serva & Ferreira; 2006; Tanure et al., 2006), pois muitas vezes o indivíduo estende sua dedicação à profissão através de ferramentas de conectividade que invadem cada dia mais o espaço familiar e mantêm os indivíduos conectados ao trabalho e ausentes do lar, mesmo estando em casa (Carvalho Neto et al., 2010; Tanure et al., 2006).

Apenas 9% dos indivíduos relataram que sua dedicação às atividades profissionais influenciou a separação conjugal e apenas 2% dos indivíduos relataram que a separação conjugal afetou suas decisões de carreira. Essas observações estão compatíveis aquelas feitas por Tanure et al. (2006) e Carvalho Neto et al. (2010), que discutem que diversas questões influenciam o ciclo de casamento e formação de família, tais como gênero, país, faixa etária, entre outras.

Para 51% dos indivíduos, a decisão de ter filhos foi protelada por causa de sua dedicação à carreira. Esse aspecto foi pontuado nos trabalhos de diferentes autores tais como Carvalho Neto et al. (2010), Gjerberg (2002), Mache et al. (2015), Montagner e Montagner (2010), Santos (2013) e Tanure et al. (2006). Um dos pontos ressaltados por alguns desses autores é a coincidência frequente entre os anos de maiores oportunidades de ascensão na carreira profissional e melhor idade reprodutiva (fertilidade), do ponto de vista biológico, para as mulheres. A decisão de postergar o momento de ter filhos pode ser fonte de sofrimento já que, não raramente, as mulheres poderão se deparar com dificuldades pela drástica redução da fertilidade (a partir dos 35 anos de idade) e buscarem por tratamentos com elevado custo psicológico e financeiro (Carvalho Neto et al., 2010; Gjerberg, 2002; Mache et al., 2015; Tanure et al., 2006).

Na amostra deste estudo, embora apenas 20% dos indivíduos relataram que a chegada dos filhos afetou as suas decisões de carreira, nota-se que o impacto da chegada de filhos foi bem maior que o da separação conjugal. Esse dado possivelmente resulta de três importantes aspectos mencionados na literatura: o reconhecimento de que a presença de crianças acarreta redistribuição de tarefas e da alocação do tempo entre os casais e pode descortinar lacunas de gênero (Wang & Sweetman, 2013); o temor pelos preconceitos devido a desacelerar a dedicação à carreira em virtude do surgimento de novas demandas na esfera familiar (Cabrera, 2007; Nomura & Gohchi, 2012); a possibilidade de agravamento do sentimento de culpa por designar funcionários domésticos para cumprirem funções socialmente atribuídas aos pais (Carvalho Neto et al., 2010; Tanure et al., 2006).

Para fins de análise específica dos dados coletados visando satisfazer o objetivo específico 2, identificar e descrever os antecedentes do WFC/FWC na carreira médica de profissionais atuando no Brasil, foram utilizadas análises descritivas aplicadas ao conjunto de informações, como uma das técnicas.

Nas tabelas 11, 12, 13 e 14 estão demonstradas as frequências absolutas (N) e relativas (%) dos itens das variáveis relativas ao constructo Apoio Social no Trabalho em suas diversas formas.

A Tabela 11, em específico, apresenta resultados referentes ao Apoio Instrumental no Trabalho.

Tabela 11 - Apoio Instrumental no Trabalho

Constructo	Item	N	%	
Apoio Social Instrumental no Trabalho	Ausência de licenças remuneradas e não remuneradas para cuidar da vida pessoal (ex.: maternidade, levar familiares próximos ao médico, aprimoramento acadêmico).	Muito transtorno	119	35%
		Pouco transtorno	82	24%
		Não me causam transtorno	135	40%
	Falta de flexibilidade para remanejar escala de trabalho/férias.	Muito transtorno	97	29%
		Pouco transtorno	115	34%
		Não me causam transtorno	124	37%
	Baixa remuneração.	Muito transtorno	173	51%
		Pouco transtorno	110	33%
		Não me causam transtorno	53	16%
	Conto com o apoio técnico em tempo real por parte de meus colegas em momentos de dificuldades na prática médica (auxílio na execução de procedimentos, remanejamento de escala de trabalho, etc).	Não	121	36%
		Sim	215	64%
	Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho.	Não	37	11%
		Sim	299	89%

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise das informações que compõem a Tabela 11 a respeito do apoio instrumental na esfera do trabalho, foi possível observar que a baixa remuneração é o que causa mais transtorno aos indivíduos, sendo relatada como fator de muito transtorno para 51% dos indivíduos, seguido da ausência de licenças remuneradas e não remuneradas para cuidar da vida pessoal (35% dos indivíduos) e falta de flexibilidade para remanejar escala de trabalho/férias (29% dos indivíduos). Isto reforça o entendimento de que a ausência de ferramentas de gestão organizacionais que disponibilizem apoio instrumental causa impacto na vida dos

indivíduos, conforme já citado por Kilimnik et al. (2012) e Scheffer et al. (2015). Possivelmente essa circunstância resulta da progressiva redução da autonomia dos médicos e tendência ao assalariamento da profissão, além do despreparo dos médicos para planejar suas próprias carreiras, aspectos abordados nos estudos de Kilimnik et al., (2012), Lacerda et al. (2012), Oliveira e Egry (2000), Santos (2010) e Scheffer et al. (2015). Conforme Duarte e Silva (2013, 2015), o processo de sucessivas e rápidas transformações ocupacionais no campo da saúde exige uma frequente readequação ao mercado de trabalho, pautada num relacionamento transacional entre o médico e os provedores de assistência em saúde, que têm o domínio institucional por subsidiarem o capital financeiro necessário para incorporação de novas tecnologias, segundo Merhy (2000). Isso concorre para relações de trabalho insatisfatórias (Kilimnik et al., 2012; Scheffer et al., 2015). Essa conjuntura, e seguindo a lógica descrita, reafirmam o enraizamento social das carreiras mencionado por Chanlat (1995), uma vez que as transformações socioeconômicas impactam nas atitudes de carreira.

O cenário é, contudo, contraditório, já que a ausência de licenças remuneradas/não remuneradas não causa transtorno para 40% dos respondentes e a falta de flexibilidade para remanejar escala de trabalho/férias não causam transtorno para 37% dos respondentes. A formatação da carreira que se desdobra para além das fronteiras de uma organização (Briscoe et al., 2006; Duarte & Silva, 2015; Kilimnik et al., 2012; Silva et al., 2011; Sullivan & Arthur, 2006) pode contribuir para o entendimento dessas contradições, uma vez que, sucessivas ou simultâneas movimentações físicas em situação de emprego, podem proporcionar ao indivíduo vislumbrar em um local de trabalho, pontos compensatórios de um descontentamento com outra função noutro local de trabalho, em decorrência da mobilidade psicológica.

Mesmo diante do elevado rendimento da categoria médica, já mencionado anteriormente, a baixa renda destaca-se como fonte de transtorno, pois aqui não se refere à faixa de renda mas sim à percepção de remuneração ajustada à tarefa executada. Sendo assim, a baixa renda pode ser alocada como falta de apoio social no trabalho uma vez que remuneração condizente com a função exercida é uma das premissas das relações de trabalho de acordo com os argumentos de Tayfur e Arslan (2013).

Adicionalmente, a Tabela 11 evidencia ainda que, 89% dos indivíduos percebem o apoio por parte de seus colegas de trabalho sendo que 64% dos

indivíduos contam com o apoio técnico em tempo real por parte de seus colegas em momentos de dificuldades na prática médica. Isso remete ao conceito de que o suporte social é acionado para fazer frente aos estressores (Greenhaus & Beutell, 1985; Michel et al., 2010), além de aliviar a pressão psíquica trazida pelos estressores e aumentar os recursos de enfrentamento das adversidades (Tayfur e Arslan (2013).

A Tabela 12 apresenta a frequência absoluta (N) e relativa (%) dos itens que se referem ao Apoio Emocional na esfera do trabalho.

Tabela 12 - Apoio Emocional no Trabalho

Constructo	Item		N	%
Apoio Social Emocional no Trabalho	Conto com o incentivo emocional por parte de meus colegas em minhas iniciativas e projetos profissionais.	Não	198	59%
		Sim	138	41%
	Percebo solidariedade por parte de meus colegas em momentos de dificuldades em meu exercício profissional.	Não	130	39%
		Sim	206	61%
	Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho.	Não	37	11%
		Sim	299	89%

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, como assinalado na Tabela 12 sobre a análise do apoio emocional na esfera do trabalho, 61% dos indivíduos percebem solidariedade por parte de seus colegas em momentos de dificuldades em seu exercício profissional. Esse dado reforça a magnitude das relações interpessoais e suporte no âmbito do trabalho, conforme postulado por Greenhaus e Beutell (1985), Tayfur e Arslan (2013) e nas meta-análises de Carlson e Perrewé (1999), Ford et al. (2007) e Michel et al. (2010).

A Tabela 13 apresenta a frequência para os itens do constructo Apoio Social Informacional no Trabalho.

Tabela 13 - Apoio Informacional no Trabalho

Constructo	Item		N	%
Apoio Social Informacional no Trabalho	Pouca oportunidade de capacitação e treinamento.	Muito transtorno	102	30%
		Pouco transtorno	117	35%
		Não me causam transtorno	117	35%
	Necessidade de aprimoramento técnico (manutenção da certificação requerida).	Muito transtorno	64	19%
		Pouco transtorno	119	35%
		Não me causam transtorno	153	46%
	Dificuldade e/ou inabilidade em adotar condutas técnicas em conformidade com recomendações atuais (<i>guidelines</i> /protocolos/etc).	Muito transtorno	63	19%
		Pouco transtorno	116	35%
		Não me causam transtorno	157	47%
	Meus colegas de trabalho me fornecem informações técnicas relevantes para melhorar meu desempenho profissional.	Não	127	38%
		Sim	209	62%
	Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho.	Não	37	11%
Sim		299	89%	

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da interpretação da Tabela 13 observa-se que, assim como no apoio instrumental, as questões relativas ao suporte informacional proveniente da organização deixam a desejar uma vez que 65% dos indivíduos experimenta algum transtorno (pouco ou muito) relativo à pouca oportunidade de capacitação e treinamento, bem como 54% relativo à necessidade de aprimoramento técnico para manutenção da certificação requerida e também 54% referem transtorno por dificuldade e/ou inabilidade em adotar condutas técnicas em conformidade com recomendações atuais (*guidelines*/ protocolos). Em outras palavras, a organização espera do indivíduo aprendizado e capacitação contínuas (Andrade et al., 2011; Duarte & Silva, 2013,2015), mas não possui políticas de gestão que possibilitem a conciliação entre a demanda de desenvolvimento e a dedicação ao turno de trabalho através de, por exemplo, permuta de horas trabalhadas por igual período de capacitação técnica (Kilimnik et al., 2012; Scheffer et al., 2015). As organizações exigem a competência *knowing-how* (Arthur, Claman & DeFillipi, 1995), mas sem oferecer práticas de gestão que a viabilizem. De acordo com Santos (2010), a busca por padronização de condutas através de protocolos e *guidelines* tornou-se imperativa

frente ao progressivo conhecimento científico e avanço tecnológico. O contexto do mercado, regulado pelo padrão global de desempenho, exige postura competitiva e atualização permanente (Oliveira et al., 2013). Sendo assim, esse é um tópico essencial na gestão do capital humano.

Por outro lado, o apoio informacional a partir dos pares na esfera do trabalho, revela-se significativo, considerando que 62% dos indivíduos afirmam que seus colegas de trabalho lhes fornecem informações técnicas relevantes para melhorar seu desempenho profissional. Isso corrobora a competência *knowing-whom* das carreiras inteligentes (Arthur, Claman & DeFillipi, 1995).

Os dados expostos na Tabela 14 são referentes ao Apoio Social de Apreciação no domínio do trabalho.

Tabela 14 - Apoio de Apreciação no Trabalho

Constructo	Item		N	%
Apoio Social de Apreciação no Trabalho	Meus colegas de trabalho me dão informações ou conselhos relevantes para a autoavaliação de meu comportamento no ambiente de trabalho/ minha postura profissional.	Não	242	72%
		Sim	94	28%
	Posso dizer que alguns colegas são verdadeiros tutores de minha vida profissional, pois contribuem com conselhos, informações e sugestões.	Não	228	68%
		Sim	108	32%
	Percebo que tenho credibilidade junto aos meus colegas de trabalho.	Não	83	25%
		Sim	253	75%
	O tipo de <i>feedback</i> que mais recebo de meus colegas são críticas positivas.	Não	15	4%
		Sim	321	96%
	Percebo que meus colegas avaliam bem meu desempenho profissional.	Não	7	2%
		Sim	329	98%
	Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho.	Não	37	11%
		Sim	299	89%

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise da Tabela 14 quanto ao apoio social de apreciação na esfera do trabalho, 75% dos indivíduos afirmaram que percebem que têm credibilidade junto aos seus colegas de trabalho, 96% dos indivíduos afirmaram que o tipo de *feedback* que mais recebe de seus colegas são críticas positivas e 98% dos indivíduos

afirmaram que percebem que seus colegas avaliam bem seu desempenho profissional. Entretanto, apenas 28% dos indivíduos afirmam que seus colegas de trabalho lhes dão informações ou conselhos relevantes para a auto avaliação de seu comportamento no ambiente de trabalho ou sua postura profissional e 32% dos indivíduos afirmaram que alguns colegas são verdadeiros tutores de sua vida profissional, pois contribuem com conselhos, informações e sugestões, o que deixa implícito o pouco hábito de avaliação quanto a aspectos negativos, sobretudo a partir da organização, que reflete a falta de profissionalização da gestão conforme já fora apontado por Kilimnik et al. (2012) e Scheffer et al. (2015). Na mesma perspectiva, outros estudos, feitos por Gjerberg (2003) e Samsinar et al. (2010), citam a importância de programas de mentoria formal em estreitar laços entre os trabalhadores e seus supervisores.

Nas tabelas 15, 16 e 17 foram descritos com as frequências absolutas (N) e relativas (%) dos itens das variáveis relativas ao constructo Apoio Social na Família, em suas formas mencionadas no referencial teórico. A Tabela 15, especificamente, apresenta os resultados relacionados ao Apoio Instrumental na Família.

Tabela 15 - Apoio Instrumental na Família

Constructo	Item		N	%
Apoio Social Instrumental na Família	Diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, percebo apoio por parte deles, pois eles consideram que meus problemas de trabalho lhes dizem respeito.	Não	23	7%
		Com apoio	313	93%
	No que se refere aos cuidados com meu lar tenho ajuda significativa de alguém seja do par amoroso, de familiares ou até mesmo de empregados domésticos.	Sem apoio	16	5%
		Com apoio	320	95%
	Diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, tentam não me sobrecarregar com novas demandas e procuram me ajudar em tempo real, dividindo comigo tarefas e/ou despesas.	Não	245	73%
		Sim	91	27%

Fonte: Dados da pesquisa.

Pode-se observar a partir da análise dos dados dispostos na Tabela 15, que 95% dos indivíduos relataram ter apoio de alguém no que se refere às atividades do lar, seja do par amoroso, de familiares ou até mesmo de empregados domésticos e que 93% dos indivíduos relataram que quando estão envolvidos em um novo projeto profissional ou enfrentando situações delicadas no trabalho, percebem o apoio do par

amoroso e/ou familiares, pois eles consideram que seus problemas profissionais lhes dizem respeito. Portanto, o apoio instrumental na esfera familiar é significativo para os participantes desta pesquisa (Greenhaus & Beutell, 1985; Samsinar et al., 2010; Van Daalen et al., 2006).

Comparando-se a magnitude do apoio percebido (95%) nas atividades cotidianas com o índice de 27% dos indivíduos que relataram que quando estão enfrentando desafios no trabalho (novo projeto profissional ou enfrentando situações delicadas) o par amoroso e/ou familiares tentam não sobrecarregá-lo com novas demandas e procuram ajudá-lo em tempo real (dividindo as tarefas e/ou despesas), conclui-se que, nesta amostra, o apoio instrumental manifesta-se mais cotidianamente do que frente a novos desafios. Ou seja, o suporte social antecede a presença de estressores (situações desafiadoras no trabalho). Esse processo equivale ao mecanismo de reduzir as pressões de papel proposto por Greenhaus e Beutell (1985).

O item – Diante de um novo projeto profissional ou enfrentando situações delicadas no trabalho percebo apoio por parte deles (par amoroso e/ou familiares), pois eles consideram que meus problemas de trabalho lhes dizem respeito – fez parte da análise global do Apoio Social percebido na família, sem referir-se especificamente a nenhum tipo de apoio. Sendo assim, esse item está presente em todas as tabelas relacionadas a Apoio Social na Família (tabelas 15, 16 e 17) e os indivíduos desta amostra têm um bom suporte social na esfera familiar, uma vez que 93% dos respondentes relataram que o percebem.

A Tabela 16, especificamente, aponta os resultados quanto ao Apoio Emocional na esfera familiar.

Tabela 16- Apoio Emocional na Família

Constructo	Item		N	%
Apoio Social Emocional na Família	Diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, percebo apoio por parte deles, pois eles consideram que meus problemas de trabalho lhes dizem respeito.	Não	23	7%
		Sim	313	93%
	Diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, participam demonstrando interesse nos desdobramentos e acontecimentos e me dando apoio emocional e incentivo.	Não	120	36%
		Sim	216	64%
	Costuma buscar apoio em alguma religião ou crença	Não	97	29%
		Sim	239	71%

Fonte: Dados da pesquisa.

Adicionalmente foi possível observar, conforme dados da Tabela 16, que o apoio emocional no domínio da família também é expressivo, pois 64% dos indivíduos relataram que, quando estão envolvidos em um novo projeto profissional ou enfrentando situações delicadas no trabalho, o par amoroso e/ou familiares participam demonstrando interesse nos desdobramentos e acontecimentos e dando apoio emocional e incentivo, além do que 71% dos indivíduos costumam buscar apoio em alguma religião ou crença. Esse forte sistema de suporte social pode contribuir com a manutenção da saúde do indivíduo sob a perspectiva de Samsinar et al.(2010). No estudo de Gjerberg (2003), a solidariedade e a empatia são elencadas como uma das vantagens para casais de dupla-carreira dentro da medicina, os quais correspondem a 31% da amostra desta pesquisa.

A Tabela 17, em específico, apresenta resultados que abrangem o Apoio Informacional e o Apoio de Apreciação na Família.

Tabela 17 - Apoio Informacional e de Apreciação na Família

Constructo	Item		N	%
Apoio Social na Família (Informacional)	Diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, percebo apoio por parte deles, pois eles consideram que meus problemas de trabalho lhes dizem respeito.	Não	23	7%
		Sim	313	93%
	Diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, ficam atentos aos acontecimentos que porventura possam contribuir para o fato em questão e procuram dar conselhos e sugestões a respeito.	Não	198	59%
		Sim	138	41%
Apoio Social na Família (Apreciação)	Diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, percebo apoio por parte deles, pois eles consideram meus problemas de trabalho lhes dizem respeito.	Não	23	7%
		Sim	313	93%
	Diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, observam minhas atitudes e contribuem para a autoavaliação de meu comportamento.	Não	232	69%
		Sim	104	31%

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar os dados evidenciados na Tabela 17, constata-se que 59% dos indivíduos relataram que diante de um novo projeto ou situações delicadas no trabalho, não percebem que o par amoroso e/ou familiares ficam atentos aos acontecimentos que porventura possam contribuir para o fato em questão, e que 69%

dos indivíduos relataram que não percebem que o par amoroso e/ou familiares, observam suas atitudes a fim de contribuírem para a sua autoavaliação.

Inicialmente é importante ressaltar que o apoio informacional e de apreciação, no âmbito da família, não são desprezíveis, mas que provavelmente são limitados pelo fato de que os familiares esbarram na incapacidade técnica para identificar o que realmente pode contribuir para o novo projeto ou dificuldade (Gjerberg, 2003).

Outro ponto que merece destaque diante do fato de que 69% dos respondentes não percebem apoio de apreciação a partir da esfera familiar, é que isso provavelmente contribui para reforçar o medo de fracassar frente às grandes expectativas da família em relação ao desempenho na carreira, citado por Kilimnik et al. (2012).

As tabelas 18, 19 e 20 exibem as frequências absolutas (N) e relativas (%) dos itens das variáveis do constructo Estressores de Função no Trabalho, nas três formas assinaladas no referencial teórico. A Tabela 18, especificamente, apresenta os dados relativos a estressores baseados no tempo.

Tabela 18 - Estressores de Tempo no Trabalho

		(continua)	
Constructo	Item	N	%
Estressores de Tempo no Trabalho	Carga horária extensa.	Muito transtorno	68 20%
		Pouco transtorno	104 31%
		Não me causam transtorno	164 49%
	Muitas tarefas burocráticas.	Muito transtorno	80 24%
		Pouco transtorno	154 46%
		Não me causam transtorno	102 30%
	Pouco tempo disponibilizado para atender o paciente.	Muito transtorno	106 32%
		Pouco transtorno	115 34%
		Não me causam transtorno	115 34%
	Falta de tempo para a família e amigos.	Muito transtorno	49 15%
		Pouco transtorno	120 36%
		Não me causam transtorno	167 49%
	Aproximadamente quantas horas por semana você trabalha de segunda a sexta-feira.	30 horas ou menos	28 8%
		31 - 40 Horas	84 25%
		41 - 50 Horas	90 27%
51 - 60 Horas		79 24%	
Mais de 61 horas		55 16%	

		(conclusão)	
Constructo	Item	N	%
Sua jornada de segunda a sexta-feira inclui trabalho noturno.	Não	189	56%
	Sim	147	44%
Com qual frequência você trabalha aos fins de semana.	Nenhuma	68	20%
	Eventualmente	90	27%
	1 - 2 Fins de semana ao mês	107	32%
	3 - 4 Fins de semana ao mês	71	21%
	Quantas horas você trabalha aos fins de semana.	Menos de 4 horas	127
	4 - 6 Horas	71	21%
	7 - 11 Horas	18	5%
	12 - 24 Horas	95	28%
	Mais de 24 horas	25	7%
Sua jornada de trabalho aos fins de semana inclui trabalho noturno.	Não	222	66%
	Sim	114	34%

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme mencionado por Santos e Gonçalves (2014), os estressores de tempo são apontados como o tipo mais prevalente de estressores na esfera do trabalho. Neste estudo, os achados são coerentes com isso, pois 70% dos indivíduos relataram perceber algum transtorno (pouco ou muito) devido a muitas tarefas burocráticas que impactam no tempo de trabalho, seguido de pouco tempo disponibilizado para atender o paciente (66% relataram transtorno sendo percebido muito transtorno para 32% dos indivíduos) enquanto 51% relataram transtorno com falta de tempo para família e amigos e outros 51% devido à carga horária extensa.

A esse respeito, neste estudo, 67% dos indivíduos trabalham mais de 40 horas entre segunda e sexta-feira, sendo que 44% dos indivíduos relataram que sua jornada nesse período inclui trabalho noturno, tal qual estudo de Scheffer et al. (2015) em que 75,5% dos médicos trabalham acima de quarenta horas semanais incluindo os sete dias da semana. Quanto aos indivíduos que trabalham aos finais de semana, 32% dos indivíduos trabalham de 1 a 2 finais de semana por mês enquanto outros 21% trabalham 3 ou 4 finais de semana por mês, totalizando que 53% dos respondentes trabalham regularmente aos finais de semana. Dos indivíduos que trabalham aos finais de semana, 28% relataram trabalhar de 12 a 24 horas, enquanto 7% trabalham mais de 24 horas e para 34% dos indivíduos a jornada de trabalho inclui o horário noturno. A jornada de trabalho aos finais de semana pode contribuir para dificultar ainda mais a convivência com a família e amigos, pois, é quando a maioria das

peças tem disponibilidade para o lazer, consonante com o estudo de Kilimnik et al. (2012). Ou seja, o tempo devotado ao trabalho faz restar pouco tempo e energia para envolvimento no domínio da família, conforme Greenhaus e Beutell (1985) e Tayfur e Arslan (2013). Fica claro o forte impacto da agenda como estressor baseado no tempo (Byron, 2005; Michel et al., 2010).

Na Tabela 19 estão dispostas as frequências dos itens que compõem o constructo Estressor de Função no Trabalho, especificamente baseados na tensão.

Tabela 19 - Estressores de Tensão no Trabalho

Constructo	Item		N	%
Estressores de Tensão no Trabalho	Dificuldades com empregador.	Muito transtorno	157	47%
		Pouco transtorno	107	32%
		Não me causam transtorno	72	21%
	Instabilidade das relações trabalhistas.	Muito transtorno	170	51%
		Pouco transtorno	82	24%
		Não me causam transtorno	84	25%
	Ambiente físico inadequado à tarefa de trabalho.	Muito transtorno	122	36%
		Pouco transtorno	103	31%
		Não me causam transtorno	111	33%
	Pouca disponibilidade de recursos técnicos.	Muito transtorno	96	29%
		Pouco transtorno	108	32%
		Não me causam transtorno	132	39%
	Tarefas estressantes no trabalho com alta intensidade de emoções tais como sensação de grande responsabilidade, lidar com pacientes graves e com evoluções negativas, superexposição ao risco de morte, violência.	Muito transtorno	93	28%
		Pouco transtorno	111	33%
		Não me causam transtorno	132	39%
	Aumento da informatização da prática médica.	Muito transtorno	195	58%
		Pouco transtorno	116	35%
		Não me causam transtorno	25	7%
	Enfrentamento de processos judiciais.	Muito transtorno	195	58%
		Pouco transtorno	51	15%
		Não me causam transtorno	90	27%
Você exerce sua profissão em quantos locais ou formas de atuação diferentes.	1	38	11%	
	2	100	30%	
	3 ou mais	198	59%	

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir das análises realizadas neste estudo quanto aos estressores de função no trabalho baseados na tensão, e referente aos dados apresentados pela Tabela 19, destaca-se o forte impacto da tecnologia, já apontado por Silva et al. (2011) tendo em vista que 93% dos respondentes apontam algum transtorno (muito ou pouco) devido ao aumento da informatização da prática médica. O efeito modelador de comportamentos exercido pela tecnologia (Merhy, 2000) e nomeado por Merhy e Onocko (1997) como modo contemporâneo de agir em saúde, se refere, entre outros apontamentos, à prática clínica fragmentada e mecanizada que contribui para o distanciamento interpessoal entre o médico e o paciente devido à postura técnica e impessoal (Assad, 2011; Oliveira, 2015; Santos, 2010). Esse distanciamento contrasta com a falsa impressão de proximidade e disponibilidade permanente do médico o que, por sua vez, pode facilitar a ocorrência de mal entendidos e insatisfações por expectativas não correspondidas, minando mais ainda a relação médico-paciente, o que não raramente culmina em processos jurídicos (Santos, 2010). Para ilustrar tais impactos, os dados desta pesquisa revelam que 73% dos indivíduos declaram algum transtorno (muito ou pouco) relativo ao enfrentamento de processos judiciais.

Destacam-se também os estressores de função no trabalho baseados em tensão relativos a aspectos organizacionais, tais como, dificuldades com o empregador (apontadas por 79% dos indivíduos), instabilidade das relações trabalhistas (causam transtorno para 75% dos indivíduos), ambiente físico inadequado à tarefa de trabalho (relatado por 67% dos indivíduos) e pouca disponibilidade de recursos técnicos (presente em 61% das respostas). Portanto, tal qual o impacto do desenvolvimento tecnológico na carreira médica, também impacta a gestão ineficiente de grande parte das organizações de saúde no Brasil que não prioriza questões relacionadas à gestão de pessoas, por isso expõe os profissionais ao enfrentamento de limitações técnicas para prestarem a devida assistência e a relações de trabalho empobrecidas, conforme afirmam Kilimnik et al. (2012). Ademais, esses aspectos reverberam a instabilidade, descontinuidade da carreira moderna, conforme sugerido por Chanlat (1995, 1996) e denunciam que o modelo moderno de carreira não é sinônimo de progresso e bem estar, conforme apontado por Duarte e Silva (2015) e Silva et al.(2011). O contexto de infraestrutura insuficiente para a rede de atendimento pelo SUS decorrente do subfinanciamento público perpetuado, foi também comentado por Ferreira et al.(2000) e Scheffer et al. (2015).

Tarefas árduas e desgastantes, com alta intensidade de emoções tais como sensação de grande responsabilidade, lidar com pacientes graves e com evoluções negativas, superexposição ao risco de morte, violência, foram destacadas no estudo de Kilimnik et al. (2012) como importantes fontes de pressão na carreira médica, e confirmam-se através dos dados desta pesquisa, que revela 61% dos respondentes percebem algum grau de transtorno devido a isso.

Uma vez que 59% dos indivíduos exercem sua profissão em três ou mais locais diferentes, de acordo com o observado na Tabela 19, os multiempregos com múltiplas demandas também se constituem importantes estressores de tensão no domínio do trabalho, já que em cada função existem regras, exigências e metas diferentes e que isso pode gerar desgaste e até estresse, conforme Kilimnik et al. (2012) e Pereira e Zille (2010). Além disso, como os mesmos médicos movimentam-se entre diversas modalidades de atuação profissional, esse dado mostra como a carreira médica aproxima-se da configuração descrita por Evans (1996) como carreira em ziguezague.

A Tabela 20 apresenta, especificamente, a frequência dos itens que contêm as variáveis classificadas como Estressores de Função no Trabalho baseados em comportamento (conflito e ambiguidade de papéis), também chamados de estressores de papel.

Tabela 20 - Estressores de Papel no Trabalho

Constructo	Item	N	%	
Estressores de Papel no Trabalho	Falta de autonomia no exercício da medicina.	Muito transtorno	131	39%
		Pouco transtorno	127	38%
		Não me causam transtorno	78	23%
	Dificuldades com colegas da equipe médica.	Muito transtorno	150	45%
		Pouco transtorno	144	43%
		Não me causam transtorno	42	13%
	Dificuldades com a equipe multidisciplinar.	Muito transtorno	149	44%
		Pouco transtorno	154	46%
		Não me causam transtorno	33	10%
	Dificuldades com funcionários.	Muito transtorno	141	42%
		Pouco transtorno	162	48%
		Não me causam transtorno	33	10%
	Rotatividade de médicos e/ou outros membros da equipe.	Muito transtorno	182	54%
		Pouco transtorno	125	37%
		Não me causam transtorno	29	9%
	Dificuldades na relação com pacientes.	Muito transtorno	100	30%
		Pouco transtorno	122	36%
		Não me causam transtorno	114	34%
Questionamentos sobre sua conduta (tanto por parte dos pacientes e familiares deles quanto por parte de outros membros da equipe).	Muito transtorno	114	34%	
	Pouco transtorno	147	44%	
	Não me causam transtorno	75	22%	
Dificuldade em lidar com sentimento de impotência (evoluções negativas ou frustrantes).	Muito transtorno	97	29%	
	Pouco transtorno	127	38%	
	Não me causam transtorno	112	33%	
Dificuldades em lidar com as expectativas da equipe multidisciplinar.	Muito transtorno	154	46%	
	Pouco transtorno	153	46%	
	Não me causam transtorno	29	9%	

Fonte: Dados da pesquisa.

Em referência aos dados da Tabela 20, as três causas mais relatadas como causadoras de maior transtorno para os indivíduos foram: a rotatividade de médicos e/ou outros membros da equipe, sendo relatada por 54% dos indivíduos, seguido das dificuldades em lidar com as expectativas da equipe multidisciplinar (46% dos indivíduos) e dificuldades com colegas da equipe médica (45% dos indivíduos).

Conforme os argumentos de Merhy (2000), o desenvolvimento da ciência e tecnologia também tem reflexos na relação interpessoal entre profissionais uma vez que a superespecialização acaba por fragmentar não só a assistência ao paciente, como também a responsabilização pelo paciente. Esse esvaziamento das relações de compromisso mútuo pode gerar conflitos. Além disso, a intensificação do uso de redes sociais e tecnologias da informação e comunicação prejudicam as oportunidades de convívio pessoal como já mencionado Merhy (2000), afetando negativamente a formação de vínculo de coletividade (Santos, 2010) o que também favorece a ocorrência de tensões entre os pares no ambiente de trabalho (Kilimnik et al., 2012).

Para 78% dos respondentes os questionamentos sobre sua conduta (tanto por parte dos pacientes e familiares deles, quanto por parte de outros membros da equipe) causam algum transtorno sendo relatado como muito transtorno para 34% desses. O enfrentamento de dificuldades relacionais com pacientes e respectivos familiares também foi importante estressor de papel encontrado na pesquisa de Tayfur e Arslan (2013). Assad (2011) comentou como a difusão robusta de informações de caráter clínico, frequentemente de forma não técnica, exige uma nova postura do médico e novas formas de diálogo com os pacientes e seus familiares, pois cada vez mais suas condutas clínicas são questionadas frente a essa facilidade de acesso às informações nem sempre fundamentadas. Também Kilimnik et al. (2012) pontuaram uma tendência dos pacientes em imputar somente aos médicos as deficiências do sistema de prestação de serviços no processo saúde-doença. As dificuldades na relação com os pacientes são causa de algum transtorno para 66% dos respondentes, assim como descrito por Tayfur e Arslan (2013).

A causa menos relatada como sendo de maior transtorno para os indivíduos foi a dificuldade em lidar com sentimento de impotência (evoluções negativas ou frustrantes), sendo observada em 29% dos indivíduos. Uma provável explicação para isso, pauta-se no sugerido pelos estudos de Ferreira et al. (2000), Fiorotti et al.(2010), Kilimnik et al.(2012) e Millan et al.(2005) a respeito da identificação com a profissão e com a percepção de estar sendo útil para alguém.

Quanto às variáveis que se referem ao constructo Estressores de Função na Família em suas três formas indicadas no referencial teórico, as frequências absolutas (N) e relativas (%) dos itens das variáveis estão submetidas à apreciação nas tabelas 21, 22 e 23. A Tabela 21 apresenta o resultado da análise dos estressores baseados no tempo.

Tabela 21- Estressores de Tempo na Família

Constructo	Item	N	%	
Estressores de Tempo na Família	Quanto tempo por dia se dedica aos cuidados com seus filhos biológicos e/ou adotivos e/ou enteados, quando eles estão acordados. (218 respondentes têm filhos e/ou enteados)	Não se dedica	1	1%
		Até 1 hora	38	17%
		1 a 2 horas	53	24%
		2 a 4 horas	93	43%
		5 horas ou mais	33	15%
	Quantos dias por semana seus enteados moram com você. (35 respondentes têm enteados)	Nenhum dia	21	60%
		Somente nos fins de semana	4	11,5%
		1 a 2 dias	4	11,5%
		Todos os dias da semana	6	17%
	Quantos dias por semana você se dedica aos cuidados com seus pais ou outros familiares.	Nenhum dia	170	51%
		1 a 2 dias	52	15%
		3 a 5 dias	72	21%
		Todos os dias da semana	18	5%
		Somente nos fins de semana	24	7%
	Quanto tempo por dia você se dedica aos cuidados com seus pais ou outros familiares. (166 respondentes dedicam algum tempo)	Não se dedica	170	-
		Até 1 hora/dia	76	46%
		1 a 2 horas/dia	42	25%
		2 a 4 horas/dia	40	24%
		5 horas/dia ou mais	8	5%
	Realidade no que se refere aos cuidados com seu lar.	Com apoio	320	95%
Sem apoio		16	5%	

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir das análises apresentadas na Tabela 21, é possível observar que 43% dos indivíduos dedicam entre 2 a 4 horas por dia aos cuidados com seus filhos biológicos e/ou adotivos e/ou enteados, quando eles estão acordados e que apenas 15% dedicam mais de 5 horas por dia. Destaca-se ainda, que 21% dos indivíduos se dedicam aos cuidados com seus pais ou outros familiares, entre 3 e 5 dias por semana. Dos que se dedicam aos cuidados com seus pais ou outros familiares, apenas 29% despendem mais de 2 horas por dia com eles. Os enteados não moram nenhum dia na semana com 60% dos indivíduos entrevistados que possuem

enteados. Frone et al.(1992) e Gramacho (2012) comentam que alguns trabalhos sugerem evidências indiretas de que o número de horas devotadas a atividades familiares pode presumir envolvimento com papel familiar (centralidade no papel familiar), e, para Greenhaus e Beutell (1985), os estressores de papel são intensificados quando a centralidade do indivíduo encontra-se em determinado domínio. Confrontando esses argumentos com os dados desta pesquisa, podemos inferir que grande parte da amostra teria centralidade no trabalho e, portanto, estressores de papel familiares menos intensificados.

Alternativa plausível para explicar a baixa frequência apresentada desses estressores, é o fato de que apenas 5% dos indivíduos relataram não ter apoio com relação às atividades do lar, realçando dessa forma, a relevância do apoio nos compromissos de tempo na esfera da família. Mas é importante considerar ainda, que estudos aplicados na carreira médica por Wang e Sweetman (2013), encontraram diversos outros fatores que influenciam a distribuição de tempo na esfera familiar ou do trabalho, como por exemplo, razões intrínsecas ao mercado de trabalho e características conjugais.

A literatura sobre WFC/FWC apresenta a presença de filhos (paternidade ou maternidade) com um dos estressores de tempo mais prevalentes na esfera familiar, o que é evidente também nos resultados desta pesquisa. Entretanto, um ponto de destaque demonstrado pela análise dos dados coletados (exposto na Tabela 21) é que 49% dos respondentes dedicam algum tempo aos cuidados com outros familiares, remetendo à possibilidade de que isso espelhe o impacto dos novos arranjos familiares na contemporaneidade, como citado por Goldani (1998), Pereira e Schimanski (2013) e Villa (2012). Ademais, Oliveira et al. (2013) e Santos e Gonçalves (2014) citaram que a maior expectativa de vida contribui para o envelhecimento da população e aumenta a demanda de cuidados com idosos.

A Tabela 22 trata especificamente dos Estressores de Função na Família baseados na tensão.

Tabela 22- Estressores de Tensão na Família

Constructo	Item		N	%
Estressores de Tensão na Família	Ambiente conjugal conflituoso.	Não	315	94%
		Sim	21	6%
	Ambiente conflituoso com os filhos.	Não	323	96%
		Sim	13	4%
	Ambiente conflituoso por causa de outros familiares.	Não	316	94%
		Sim	20	6%
	Considero que meu ambiente familiar é conflituoso.	Não	287	85%
		Sim	49	15%
	Rendimentos satisfatórios/ insatisfatórios frente aos objetivos de vida atuais.	Renda satisfatória	217	65%
		Renda insatisfatória, mas com perspectiva de melhora.	97	29%
Renda insatisfatória e sem perspectiva de melhora.		22	7%	

Fonte: Dados da pesquisa.

Pelos dados dispostos na Tabela 22, ao considerarmos a renda insatisfatória como um estressor de tensão no domínio da família conforme sugerido pela literatura (Byron, 2005; Michel et al., 2010), como na amostra analisada por esta pesquisa, 65% dos indivíduos consideram sua renda satisfatória, esse tópico pode estar compensando os demais estressores de tensão.

Entre os estressores de tensão na família, Byron (2005), Greenhaus e Beutell (1985) e Michel et al. (2010), elencam os conflitos conjugais e parentais. Neste estudo, 6% dos respondentes relatam ambiente familiar conflituoso devido a conflitos conjugais, 6% por causa de outros familiares e 4% declaram conflitos parentais. Não obstante, a maioria (85%) não considera conflituoso o seu ambiente familiar.

A Tabela 23 apresenta frequência dos estressores de papel na família ou estressores de função na família baseados no comportamento.

Tabela 23 - Estressores de Papel na Família

Constructo	Item		N	%
Estressores de Papel na Família	Dificuldade em lidar com suas expectativas pessoais.	Muito transtorno	95	28%
		Pouco transtorno	144	43%
		Não me causam transtorno	97	29%
	Desalinhamento com o próprio planejamento de carreira e de vida.	Muito transtorno	95	28%
		Pouco transtorno	115	34%
		Não me causam transtorno	126	38%
	A separação conjugal afetou sua dedicação a atividades ligadas ao lar.	Não	328	98%
		Sim	8	2%
	Diante de situações desafiadoras no trabalho,...na maioria das vezes tenho dificuldades em lidar com as expectativas do meu par amoroso e/ou familiares quanto ao meu sucesso profissional e/ou financeiro.	Não	315	94%
		Sim	21	6%

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da interpretação da Tabela 23, nota-se que a dificuldade em lidar com suas expectativas pessoais e o desalinhamento com o próprio planejamento de carreira e de vida são os fatos que causam mais transtorno aos indivíduos, sendo relatado como fator de muito transtorno para 28% dos indivíduos, e causam algum transtorno para mais de 60% dos respondentes, em ambos os casos. Ao considerarmos que a formação em medicina é longa, dura pelo menos seis anos excluindo-se a residência médica, as rápidas transformações na sociedade podem contribuir para gerar desalinhamento entre o projeto profissional original do indivíduo e a realidade confrontada (Duarte & Silva, 2015; Evans, 1996). A esse respeito, Merhy (2000) exemplificou a transição na posição do médico cuja atuação, antes focada na ação (atendimentos e procedimentos), passa a incluir aspectos de gestão do capital sob a perspectiva do custo benefício dos recursos diagnósticos e terapêuticos (Kilimnik et al., 2012; Oliveira, 2015; Santos, 2010). Destacam-se também as mudanças que ocorrem nas relações interpessoais e de trabalho (Kilimnik et al., 2012; Lacerda et al., 2012; Scheffer et al., 2015); na representação social do médico (Oliveira & Egry, 2000; Santos, 2010); no distanciamento do exercício como profissional liberal e autônomo e achatamento da remuneração (Kilimnik et al., 2012;

Lacerda et al., 2012; Oliveira & Egry, 2000; Santos, 2010; Scheffer et al., 2015). Ademais, estudiosos sobre a escolha da carreira médica (Ferreira et al., 2000; Millan et. al., 2005; Silva, 2004; Soares et al., 2002) mencionam a contraposição entre o imaginário de carreira, muitas vezes construído a partir de personagens da mídia, e a realidade ocupacional.

Todos esses aspectos citados podem contribuir para o desalinhamento entre o planejamento de carreira e de vida e, sobretudo, elevar consideravelmente as expectativas pessoais, aumentando, por conseguinte, o conflito e a ambiguidade de papéis e a possibilidade de decepção.

Arthur, Claman e DeFillipi (1995) afirmam que uma das competências fundamentais que o indivíduo deve ampliar para o desenvolvimento de carreiras inteligentes, é exatamente o *knowing-why*, ou seja, promover a identificação de suas forças e fraquezas, motivações e necessidades, a fim de solidificar e direcionar as atitudes e escolhas na carreira. Diante desse argumento é possível pensar que, para promover melhor alinhamento do projeto pessoal e profissional, o autoconhecimento é indispensável e poderia reduzir o conflito de papéis.

Para alguns indivíduos, não só suas expectativas pessoais são grandes, mas também as expectativas de sua família em relação à carreira deles (Kilimnik et al., 2012), conforme revela o dado que 6% dos indivíduos afirmaram que, diante de situações desafiadoras na carreira (quando estão envolvidos em um novo projeto profissional ou enfrentando situações delicadas no trabalho), na maioria das vezes têm dificuldades em lidar com as expectativas do par amoroso ou de familiares quanto ao seu sucesso profissional e/ou financeiro. Esse fato pode ainda acentuar a mercantilização de si e autoexploração previstos por Tonon e Grisci (2015) como atitudes do que denominam modo de vida gerencialista, acarretando maior conflito de papéis.

Para os componentes desta amostra, a separação conjugal não se configura como frequente estressor de papel no domínio da família, uma vez que apenas 2% dos indivíduos afirmaram que a separação conjugal afetou sua dedicação a atividades ligadas ao lar.

4.2 Resultados das análises estatísticas avançadas

Como etapa subsequente a essa visão inicial dos resultados observados durante a condução deste estudo, são demonstrados a seguir cada um dos passos que contemplam este processo de busca por satisfazer ao objetivo geral dessa pesquisa que é compreender quais antecedentes contribuem para a ocorrência e para a moderação do WFC/FWC na carreira médica de profissionais no Brasil.

4.2.1 Estrutura dos dados (Resultados da Análise Fatorial Exploratória)

O emprego da Análise Fatorial Exploratória teve como objetivo identificar a estrutura de um conjunto de variáveis através do resumo de dados, ou seja, identificar quais e quantas variáveis realmente tiveram impacto na análise. Esse passo tornou possível também identificar as dimensões ou variáveis latentes e estimar os fatores e a contribuição de cada variável ao fator (carga). Em outras palavras, esse método foi eleito como um dos passos para atender ao objetivo específico 2 dessa pesquisa, de identificar e descrever os antecedentes do WFC/FWC, já que valida os constructos, mas também foi etapa estatística preliminar para contemplar o objetivo 3 (compreender quais antecedentes contribuem para a ocorrência e quais contribuem para a moderação do WFC/ FWC na carreira médica de profissionais atuando no Brasil, tanto na esfera do trabalho quanto na familiar).

A interpretação da matriz fatorial rotacionada buscou maximizar o poder explicativo do conjunto inteiro de variáveis e considerou três parâmetros de cada variável estatística (fator): carga fatorial (CF), comunalidade (Com) e peso. Conforme mencionado previamente na seção referente à metodologia, foram excluídos os itens (perguntas) com cargas fatorais abaixo de 0,50 e comunalidades menores ou iguais a 0,6 porque não contribuem, de forma relevante com a formação da variável latente de acordo com Hair Jr. et al. (2009). Os resultados estão representados nas tabelas 24, 25, 26, 27 e 28.

A Tabela 24 apresenta os resultados da Análise Fatorial Exploratória dos constructos relacionados ao Apoio Social no Trabalho.

Tabela 24 - Análise Fatorial Exploratória: Apoio Social no Trabalho
(continua)

Constructo	Item	Completo			Final		
		CF	Com	Peso	CF	Com	Peso
Apoio Social Instrumental no Trabalho	Falta de flexibilidade para remanejar escala de trabalho/férias.	0,69	0,47	0,42	0,75	0,57	0,49
	Ausência de licenças remuneradas e não remuneradas para cuidar da vida pessoal.	0,67	0,44	0,41	0,73	0,54	0,48
	Baixa remuneração.	0,57	0,33	0,35	0,66	0,44	0,43
	Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho.	0,45	0,20	0,28	-	-	-
	Conto com o apoio técnico em tempo real por parte de meus colegas em momentos de dificuldades na prática médica.	0,43	0,19	0,27	-	-	-
Apoio Social Emocional no Trabalho	Percebo solidariedade por parte de meus colegas em momentos de dificuldades em meu exercício profissional.	0,81	0,66	0,47	0,81	0,66	0,47
	Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho.	0,74	0,55	0,43	0,74	0,55	0,43
	Conto com o incentivo emocional por parte de meus colegas em minhas iniciativas e projetos profissionais.	0,72	0,51	0,41	0,72	0,51	0,41
Apoio Social Informacional no Trabalho	Necessidade de aprimoramento técnico.	0,80	0,64	0,38	0,84	0,70	0,41
	Pouca oportunidade de capacitação e treinamento.	0,80	0,64	0,37	0,83	0,69	0,40
	Dificuldade e/ou inabilidade em adotar condutas técnicas em conformidade com recomendações atuais.	0,71	0,51	0,33	0,73	0,54	0,36
	Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho.	0,46	0,21	0,21	0,37	0,14	0,18
	Meus colegas de trabalho me fornecem informações técnicas relevantes para melhorar meu desempenho profissional.	0,37	0,14	0,17	-	-	-
Apoio Social de Apreciação no Trabalho	Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho.	0,76	0,58	0,38	0,77	0,59	0,42
	Percebo que tenho credibilidade junto aos meus colegas de trabalho.	0,71	0,50	0,36	0,72	0,52	0,39
	O tipo mais provável de <i>feedback</i> que recebo são críticas negativas.	0,60	0,36	0,30	0,69	0,47	0,38
	Meus colegas de trabalho me dão informações ou conselhos relevantes para a minha autoavaliação no trabalho.	0,46	0,21	0,23	-	-	-

		(conclusão)					
Constructo	Item	Completo			Final		
		CF	Com	Peso	CF	Com	Peso
	Percebo que meus colegas avaliam bem meu desempenho profissional.	0,44	0,20	0,22	0,50	0,25	0,27
	Posso dizer que alguns colegas são verdadeiros tutores de minha vida profissional...	0,36	0,13	0,18	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com as análises estáticas expostas na Tabela 24, destacam-se as seguintes variáveis que foram retiradas do apoio social no trabalho:

- As variáveis – Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho e Conto com o apoio técnico em tempo real por parte de meus colegas em momentos de dificuldades na prática médica – foram retiradas do constructo Apoio Social no Trabalho (Instrumental);
- A variável – Meus colegas de trabalho me fornecem informações técnicas relevantes para melhorar meu desempenho profissional – foi retirada do constructo Apoio Social no Trabalho (Informacional). A variável – Percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho – foi mantida no constructo apesar de sua carga fatorial ser menor que 0,50, pois o constructo foi validado pelos demais critérios conforme a Tabela 24;
- As variáveis – Meus colegas de trabalho me dão informações ou conselhos relevantes para a autoavaliação de meu comportamento no ambiente de trabalho/ minha postura profissional e Posso dizer que alguns colegas são verdadeiros tutores de minha vida profissional, pois contribuem com conselhos, informações e sugestões – foram retiradas do constructo Apoio Social no Trabalho (Apreciação).

Sendo assim, na esfera do trabalho, neste estudo, as variáveis que mais impactam na análise referente ao apoio social estão relacionadas às práticas e políticas organizacionais tanto de suporte instrumental (flexibilidade de escalas, licenças, remuneração condizente com tarefa), quanto de suporte informacional (oportunidade de capacitação e treinamento, necessidade de aprimoramento técnico e apoio para seguir protocolos) e de suporte de apreciação (*feedback* e percepção de credibilidade e bom desempenho). No que tange ao suporte emocional, as variáveis

relativas ao apoio proveniente da organização, bem como aquelas relativas ao apoio proveniente dos pares, foram variáveis impactantes.

A Tabela 25 apresenta os resultados estatísticos da Análise Fatorial Exploratória dos constructos relacionados ao Apoio Social na Família.

Tabela 25 - Análise Fatorial Exploratória: Apoio Social na Família

Constructo	Item	Completo			Final		
		CF	Com	Peso	CF	Com	Peso
Apoio Social Instrumental na Família	Tentam não me sobrecarregar com novas demandas e procuram ajudar em tempo real, dividindo comigo tarefas e/ou despesas.	0,76	0,58	0,65	0,76	0,58	0,66
	Percebo apoio por parte deles, pois eles consideram que meus problemas profissionais lhes dizem respeito.	0,76	0,57	0,65	0,76	0,58	0,66
	Apoio no que se refere aos cuidados com seu lar.	-0,12	0,01	-0,10	-	-	-
Apoio Social Emocional na Família	Percebo apoio por parte deles, pois eles consideram que meus problemas profissionais lhes dizem respeito.	0,82	0,67	0,61	0,82	0,67	0,61
	Participam demonstrando interesse nos desdobramentos e acontecimentos e me dando apoio emocional e incentivo.	0,81	0,65	0,60	0,82	0,67	0,61
	Costuma buscar apoio em alguma religião ou crença.	0,16	0,02	0,12	-	-	-
Apoio Social Informacional na Família	Percebo apoio por parte deles, pois eles consideram que meus problemas profissionais lhes dizem respeito.	0,78	0,61	0,64	0,78	0,61	0,64
	Ficam atentos aos acontecimentos que porventura possam contribuir para o fato em questão e procuram dar conselhos e sugestões a respeito.	0,78	0,61	0,64	0,78	0,61	0,64
Apoio Social de Apreciação na Família	Percebo apoio por parte deles, pois eles consideram que meus problemas profissionais lhes dizem respeito.	0,77	0,59	0,65	0,77	0,59	0,65
	Observam minhas atitudes e contribuem para minha autoavaliação.	0,77	0,59	0,65	0,77	0,59	0,65

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados estatísticos expostos na Tabela 25 justificam a retirada das seguintes variáveis:

- A variável – Apoio no que se refere aos cuidados com seu lar – foi retirada do constructo Apoio Social na Família (Instrumental);
- A variável – Você costuma buscar apoio em alguma religião ou crença – foi retirada do constructo Apoio Social na Família (Emocional).

Diante disso, na esfera da família, as variáveis que efetivamente refletem o apoio emocional, informacional e de apreciação, são as que se dão através da ação do cônjuge, parentes, amigos e funcionários em considerarem que os problemas da carreira do indivíduo lhe dizem respeito e contribuírem com solidariedade, interesse e conselhos. Além disso, a variável estatisticamente mais impactante do apoio instrumental é a que se refere ao apoio proveniente de membros da esfera familiar frente a momentos de crise (quando estão envolvidos num novo projeto ou enfrentando situações delicadas), ocasião em que tentam não sobrecarregar o indivíduo com novas demandas. Outro ponto é a constatação estatística de que as variáveis de apoio pessoal foram mais relevantes do que a variável de apoio espiritual.

A Tabela 26 expõe os resultados da Análise Fatorial Exploratória dos constructos relacionados aos Estressores de Função no Trabalho.

Tabela 26 - Análise Fatorial Exploratória: Estressores de Função no Trabalho
(continua)

Constructo	Item	Completo			Final		
		CF	Com	Peso	CF	Com	Peso
Estressores de Tempo no Trabalho	Quantas horas você trabalha nos fins de semana.	0,80	0,64	0,23	0,85	0,73	0,27
	Jornada de trabalho noturno aos fins de semana.	0,76	0,57	0,22	0,80	0,64	0,25
	Jornada de trabalho noturno entre segunda e sexta- feira.	0,72	0,51	0,21	0,75	0,56	0,24
	Quantas horas você trabalha por semana de segunda a sexta- feira.	0,69	0,48	0,20	0,72	0,51	0,23
	Com qual frequência você trabalha aos fins de semana.	0,69	0,47	0,20	0,74	0,54	0,23
	Carga horária extensa.	0,54	0,29	0,15	0,43	0,18	0,14
	Falta de tempo para a família e amigos.	0,53	0,28	0,15	-	-	-
	Muitas tarefas burocráticas.	0,34	0,12	0,10	-	-	-
	Pouco tempo para atender o paciente.	0,34	0,12	0,10	-	-	-
Ambiente físico inadequado à tarefa de trabalho.	0,80	0,64	0,32	0,82	0,67	0,34	

(conclusão)

Constructo	Item	Completo			Final		
		CF	Com	Peso	CF	Com	Peso
Estressores de Tensão no Trabalho	Pouca disponibilidade de recursos técnicos.	0,79	0,62	0,32	0,81	0,65	0,34
	Instabilidade das relações trabalhistas.	0,63	0,40	0,26	0,66	0,43	0,28
	Dificuldades com empregador.	0,62	0,38	0,25	0,63	0,40	0,27
	Tarefas estressantes no trabalho com alta intensidade de emoções.	0,49	0,24	0,20	0,47	0,22	0,20
	Enfrentamento de processos judiciais.	0,34	0,11	0,14	-	-	-
	Exerce sua profissão em quantos locais ou formas de atuação diferentes.	0,25	0,06	0,10	-	-	-
	Aumento da informatização da prática médica.	0,10	0,01	0,04	-	-	-
	Dificuldades com a equipe multidisciplinar.	0,72	0,51	0,21	0,67	0,45	0,31
	Dificuldades na relação com pacientes.	0,65	0,42	0,19	0,79	0,62	0,36
	Questionamentos sobre sua conduta	0,65	0,42	0,19	0,79	0,62	0,36
Estressores de Papel no Trabalho	Dificuldades com funcionários	0,64	0,41	0,19	0,69	0,48	0,32
	Dificuldades em lidar com as expectativas da equipe multidisciplinar.	0,64	0,41	0,19	-	-	-
	Dificuldades com colegas da equipe médica.	0,62	0,38	0,18	-	-	-
	Rotatividade de médicos e/ou outros membros da equipe.	0,56	0,32	0,17	-	-	-
	Falta de autonomia no exercício da medicina.	0,54	0,30	0,16	-	-	-
Dificuldade em lidar com sentimento de impotência.	0,48	0,23	0,14	-	-	-	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à análise estatística das variáveis relativas aos estressores de função no trabalho, conforme resultados dispostos na Tabela 26, observa-se que:

- As variáveis – Falta de tempo para a família e amigos; Muitas tarefas burocráticas e Pouco tempo disponibilizado para atender o paciente – foram retiradas do constructo Estressores de Função no Trabalho (Tempo). A variável – Carga horária extensa – foi mantida no constructo apesar de sua carga fatorial ser menor que 0,50, pois o constructo foi validado pelos demais critérios conforme a Tabela 26;

- As variáveis – Enfrentamento de processos judiciais; Você exerce sua profissão em quantos locais ou formas de atuação diferentes e Aumento da informatização da prática médica – foram retiradas do constructo Estressores de Função no Trabalho (Tensão);
- As variáveis – Dificuldade em lidar com sentimento de impotência; Dificuldades em lidar com as expectativas da equipe multidisciplinar; Dificuldades com colegas da equipe médica; Rotatividade de médicos e/ou outros membros da equipe; Falta de autonomia no exercício da medicina – foram retiradas do constructo Estressores de Função no Trabalho (Papel). Algumas das variáveis foram retiradas apesar das cargas fatoriais serem maiores que 0,50, pois o constructo estava apresentando duas dimensões, ou seja, estava medindo dois conceitos distintos. Dessa forma, as variáveis de menor carga fatorial eram retiradas até que o constructo apresentasse somente uma dimensão, conforme apresentado na Tabela 26.

À luz da análise estatística dos dados deste estudo, a carga horária extensa é a variável que mais representa os estressores de função baseados no tempo na esfera do trabalho. Quanto aos estressores baseados em tensão, são melhor aferidos pelas variáveis relativas às relações trabalhistas (dificuldades com empregador/ instabilidade das relações de trabalho) e às condições e ao tipo de trabalho (ambiente físico e recursos e tarefas estressantes). Já entre os estressores baseados no comportamento (estressores de papel), as variáveis relativas às dificuldades relacionais, seja com equipe multidisciplinar, funcionários ou com pacientes incluindo o questionamento de condutas, são aquelas que melhor aferem o constructo.

Na Tabela 27 têm-se os resultados da Análise Fatorial Exploratória dos constructos relacionados aos Estressores de Função na Família.

Tabela 27 - Análise Fatorial Exploratória: Estressores de Função na Família

Constructo	Item	Completo			Final		
		CF	Com	Peso	CF	Com	Peso
Estressores de Tempo na Família	Quantos dias por semana seus enteados moram com você.	0,99	0,98	0,50	0,99	0,98	0,50
	Quantos dias por semana se dedica aos cuidados com seus pais ou outros familiares.	0,10	0,01	0,05	-	-	-
	Quanto tempo você dedica aos cuidados com seus pais ou outros familiares.	0,99	0,98	0,50	0,99	0,98	0,50
	Realidade no que se refere aos cuidados com seu lar (com/ sem apoio).	-0,09	0,01	-0,04	-	-	-
	Quanto tempo se dedica aos cuidados com seus pais ou outros familiares.	0,05	0,00	0,03	-	-	-
	Quanto tempo por dia se dedica aos cuidados com seus filhos biológicos e/ou adotivos e/ou enteados	0,04	0,00	0,02	-	-	-
Estressores de Tensão na Família	Considero que meu ambiente familiar não é conflituoso.	0,97	0,94	0,46	0,92	0,85	0,50
	Ambiente conjugal conflituoso.	0,62	0,39	0,29	0,77	0,60	0,41
	Ambiente conflituoso com os filhos.	0,59	0,35	0,28	0,64	0,41	0,35
	Ambiente conflituoso por causa de outros familiares.	0,56	0,32	0,27	-	-	-
	Rendimentos satisfatórios/ insatisfatórios.	0,36	0,13	0,17	-	-	-
Estressores de Papel na Família	Desalinhamento com o próprio planejamento de carreira e de vida.	0,86	0,73	0,57	0,86	0,74	0,57
	Dificuldade em lidar com suas expectativas pessoais.	0,81	0,65	0,54	0,82	0,67	0,54
	Diante de situações desafiadoras no trabalho, na maioria das vezes tenho dificuldade em lidar com as expectativas do par amoroso e/ou outros familiares quanto a meu sucesso (profissional /financeiro).	0,33	0,11	0,22	0,31	0,10	0,21
	A separação conjugal afetou sua dedicação a atividades ligadas ao lar.	0,08	0,01	0,05	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 27 apresenta os resultados da análise fatorial exploratória dos constructos referentes aos estressores de função na família, logo destacam-se as variáveis que foram retiradas:

- As variáveis – Quanto tempo por dia você se dedica aos cuidados com seus filhos biológicos e/ou adotivos e/ou enteados, quando eles estão acordados; Quantos dias por semana seus enteados moram com você; e Realidade no que se refere aos cuidados com seu lar – foram retiradas do constructo Estressores de Função na Família (Tempo);
- As variáveis – Ambiente conflituoso por causa de outros familiares e Seus rendimentos são suficientes para permitir que você cumpra seus objetivos de vida atuais – foram retiradas do constructo Estressores de Função na Família (Tensão);
- A variável – A separação conjugal afetou sua dedicação a atividades ligadas ao lar– foi retirada do constructo Estressores de Função na Família (Papel).

No âmbito da família, quanto ao constructo estressor de tempo, a variável que mais impactou na análise foi a que se refere aos cuidados com outros familiares que não filhos/enteados, ao passo que aquela que mais teve impacto na análise do constructo estressor de tensão na família foi a variável ambiente conflituoso com filhos. Para o constructo estressor de papel na família, as variáveis mais impactantes na análise foram: dificuldades em lidar com as expectativas pessoais e da família e o desalinhamento entre o planejamento de carreira e vida.

Na Tabela 28 encontram-se os resultados da Análise Fatorial Exploratória dos Constructos relacionados ao Conflito Trabalho-Família/ Família-Trabalho.

Tabela 28 - Análise Fatorial Exploratória: Conflito Trabalho-Família/Família-Trabalho

Constructo	Item	Completo			Final		
		CF	Com	Peso	CF	Com	Peso
Conflito Trabalho-Família	Devido à quantidade de tempo que dedico ao trabalho, tenho dificuldade em cumprir minhas responsabilidades familiares.	0,71	0,50	0,34	0,72	0,51	0,35
	Por causa das demandas do meu trabalho, não consigo fazer as coisas que quero em casa.	0,68	0,47	0,33	0,68	0,46	0,33
	As pressões geradas pelo meu trabalho tornam difícil fazer mudanças nos meus planos para atividades familiares.	0,68	0,46	0,32	0,69	0,47	0,33
	As demandas do meu trabalho interferem na minha vida familiar.	0,64	0,41	0,31	0,65	0,42	0,31
	Em função do meu trabalho, eu tenho que fazer mudanças nos meus planos familiares.	0,45	0,20	0,22	0,45	0,20	0,22
	Por causa de sua dedicação à carreira, protelou a decisão de ter filhos.	0,18	0,03	0,09	-	-	-
	Sua dedicação às atividades profissionais influenciou a separação conjugal.	0,09	0,01	0,04	-	-	-
Conflito Família-Trabalho	As demandas da minha família interferem nas minhas atividades de trabalho.	0,68	0,46	0,32	0,76	0,58	0,42
	Por causa das demandas de minha família, não consigo fazer as coisas que preciso no trabalho.	0,66	0,44	0,31	0,70	0,49	0,39
	Eu preciso adiar atividades de trabalho por causa das demandas que surgem no meu tempo em casa.	0,57	0,33	0,27	0,66	0,44	0,37
	Minha vida doméstica interfere nas minhas responsabilidades no trabalho.	0,57	0,32	0,26	-	-	-
	A chegada dos filhos afetou as suas decisões de carreira.	0,52	0,27	0,24	0,54	0,29	0,30
	As pressões geradas pela minha família interferem no meu desempenho no trabalho.	0,51	0,26	0,24	-	-	-
	A separação conjugal afetou suas decisões de carreira.	0,26	0,07	0,12	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com os resultados dispostos na Tabela 28, observa-se que:

- As variáveis – Caso você tenha desfeito casamento ou estado marital prévio, sua dedicação às atividades profissionais influenciou a separação conjugal e

Por causa de sua dedicação à carreira, você protelou a decisão de ter filhos – foram retiradas do constructo Conflito Trabalho-Família. A variável – Em função do meu trabalho, eu tenho que fazer mudanças nos meus planos familiares – foi mantida no constructo apesar de sua carga fatorial ser menor que 0,50, pois o constructo foi validado pelos demais critérios conforme a Tabela 28;

- As variáveis – Minha vida doméstica interfere nas minhas responsabilidades no trabalho; As pressões geradas pela minha família interferem no meu desempenho no trabalho; e A separação conjugal afetou suas decisões de carreira – foram retiradas do constructo Conflito Família-Trabalho.

A separação conjugal não tem impacto estatístico importante em nenhuma das direções do conflito, bem como protelar a decisão de ter filhos também não é fortemente impactante, embora a chegada dos filhos contribua para o FWC. Observando-se as cargas fatoriais, do ponto de vista estatístico nota-se que as pressões geradas pelo trabalho interferem mais no WFC do que as pressões geradas na família interferem no FWC.

Após a redução do excesso de variáveis irrelevantes no estudo, foi verificado se verdadeiramente os itens estão fortemente associados uns com os outros e representam um só constructo (unidimensionalidade), a qualidade e a validade dos constructos (Hair Jr. et al., 2009). Como visto anteriormente, para analisar a qualidade e validade dos constructos foi então verificada a dimensionalidade (pelo critério da Análise Paralela), confiabilidade (utilizados o Alfa de Cronbach e a Confiabilidade Composta) e validade convergente (pelo critério Variância Média Extraída – AVE).

A adequação da amostra para utilização da análise fatorial foi medida através do indicador KMO (medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin). Seguindo a lógica descrita na metodologia, é adequado aplicar a Análise Fatorial Exploratória ao conjunto de variáveis quando o KMO for maior que 0,50 (Mingoti, 2005).

A Tabela 29 apresenta os resultados para a validade e qualidade dos constructos da Análise Fatorial Exploratória. Logo, pode-se destacar que:

- Em todos os constructos o ajuste da Análise Fatorial foi adequado, uma vez que todos os KMO foram maiores ou iguais a 0,50;
- Todos os construtos foram unidimensionais (Dim);
- Todos os constructos apresentaram validação convergente (AVE > 0,40);

- Todos os constructos apresentaram Alfa de Cronbach (AC) ou Confiabilidade Composta (CC) acima de 0,60. Ou seja, todos apresentaram os níveis exigidos de confiabilidade.

Tabela 29 - Validação dos constructos

Constructo	AVE ¹	AC ²	CC ³	KMO ⁴	Dim ⁵
Apoio Social no Trabalho (Instrumental)	0,51	0,53	0,68	0,61	1
Apoio Social no Trabalho (Emocional)	0,58	0,61	0,76	0,63	1
Apoio Social no Trabalho (Informacional)	0,52	0,68	0,67	0,65	1
Apoio Social no Trabalho (Apreciação)	0,46	0,57	0,60	0,63	1
Apoio Social na Família (Instrumental)	0,58	0,25	0,77	0,50	1
Apoio Social na Família (Emocional)	0,67	0,44	0,86	0,50	1
Apoio Social na Família (Informacional)	0,61	0,31	0,80	0,50	1
Apoio Social na Família (Apreciação)	0,59	0,26	0,78	0,50	1
Estressores na Função no Trabalho (Tempo)	0,53	0,64	0,69	0,77	1
Estressores na Função no Trabalho (Tensão)	0,47	0,71	0,62	0,66	1
Estressores na Função no Trabalho (Papel)	0,54	0,72	0,72	0,62	1
Estressores na Função na Família (Tempo)	0,94	0,83	0,99	0,50	1
Estressores na Função na Família (Tensão)	0,62	0,69	0,81	0,51	1
Estressores na Função na Família (Papel)	0,50	0,49	0,64	0,50	1
Conflito Trabalho-Família	0,41	0,64	0,54	0,71	1
Conflito Família-Trabalho	0,45	0,51	0,59	0,65	1

¹ Variância Extraída; ² Alfa de Cronbach; ³ Confiabilidade Composta; ⁴ Medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin; ⁵ Dimensionalidade.

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a apresentação das estatísticas referentes à quais variáveis melhor representam cada construto e à validação dos constructos envolvidos no estudo, parte-se para a seção em que se buscou responder à questão da pesquisa.

4.2.2 Validação do modelo (Modelagem de equações estruturais)

A partir do conteúdo previsto na metodologia, o resumo das variáveis com perda mínima de informação, obtido através da Análise Fatorial Exploratória, foi passo indispensável para simplificar a análise multivariada a ser empregada no passo consecutivo que foi a Análise Fatorial Confirmatória (Hair Jr. et al., 2009).

Conforme mencionado previamente, a perspectiva confirmatória avalia o grau em que os dados satisfazem a estrutura esperada embasada na literatura, ou seja, efetivamente mede a validade (Hair Jr. et al., 2009). Essa análise corresponde ao objetivo específico 3 deste estudo que é compreender quais antecedentes contribuem para a ocorrência e para a moderação do WFC/ FWC na carreira médica de profissionais atuando no Brasil, tanto na esfera do trabalho quanto na familiar.

Esse processo se deu por meio da Modelagem de Equações Estruturais pela abordagem PLS (*Partial Least Square*), e divide-se em 2 submodelos: o modelo de mensuração (que verifica as relações entre as variáveis observadas/item medido no questionário e as variáveis latentes/ constructos) e o modelo estrutural (que trata a relação entre as variáveis latentes e constructos, ou seja, verifica o conjunto de efeitos – diretos e indiretos – entre eles).

Após o processo de análise dos dados coletados, foi possível observar que os constructos Apoio Social no Trabalho, Apoio Social na Família, Estressores de Função no Trabalho e Estressores de Função na Família são constructos de segunda ordem, ou seja, não são formados diretamente pelos itens (perguntas), mas por outras variáveis latentes (indicadores). Para tratar essa característica da estrutura de mensuração foi utilizada a abordagem *Two-Step* (Sanchez, 2013). Dessa forma, primeiramente foram computados os escores das variáveis latentes de primeira ordem (primeiro modelo estrutural) e posteriormente o mesmo processo com o segundo modelo estrutural resultante.

4.2.2.1 Modelo de Mensuração (*Outer Model*)

O Modelo de Mensuração (*Outer Model*) valida as variáveis mensuráveis como indicadores dos constructos.

Na Tabela 30 podem ser verificados os pesos, as cargas fatoriais (CF) e as comunalidades (Com) do primeiro modelo de mensuração. O método Bootstrap foi adicionalmente utilizado para calcular os intervalos de confiança (IC) para os pesos do modelo de mensuração, conforme previsto no capítulo de metodologia.

Tabela 30 - Variáveis do Primeiro Modelo de Mensuração

Constructo	Itens	CF ¹	Com ²	Peso	IC - 95% ³
Apoio Social no Trabalho	Instrumental	0,76	0,58	0,54	[0,46; 0,64]
	Emocional	0,51	0,24	0,16	[0,06; 0,24]
	Informacional	0,76	0,59	0,47	[0,40; 0,55]
	Apreciação	0,59	0,33	0,25	[0,15; 0,32]
Apoio Social na Família	Instrumental	0,68	0,43	0,16	[-0,09; 0,38]
	Emocional	0,84	0,72	0,52	[0,32; 0,81]
	Informacional	0,73	0,54	0,27	[0,00; 0,45]
	Apreciação	0,78	0,61	0,34	[0,06; 0,53]
Estressores de Função no Trabalho	Tempo	0,64	0,41	0,40	[0,29; 0,53]
	Tensão	0,80	0,63	0,48	[0,39; 0,58]
	Papel	0,78	0,61	0,47	[0,35; 0,55]
Estressores de Função na Família	Tempo	0,96	0,92	0,45	[0,42; 0,48]
	Tensão	0,68	0,24	0,50	[0,36; 0,61]
	Papel	0,87	0,92	0,75	[0,62; 0,86]
Conflito Trabalho-Família	As demandas do meu trabalho interferem na minha vida familiar.	0,63	0,40	0,28	[0,17; 0,40]
	Devido à quantidade de tempo que dedico ao trabalho, tenho dificuldade em cumprir minhas responsabilidades familiares.	0,69	0,48	0,33	[0,23; 0,43]
	Por causa das demandas do meu trabalho, não consigo fazer coisas que quero em casa.	0,61	0,37	0,24	[0,12; 0,34]
	As pressões geradas pelo meu trabalho tornam difícil fazer mudanças nos meus planos para atividades familiares.	0,74	0,54	0,41	[0,31; 0,51]
	Em função do meu trabalho, eu tenho que fazer mudanças nos meus planos familiares.	0,51	0,26	0,29	[0,15; 0,42]
Conflito Família-Trabalho	As demandas da minha família interferem nas minhas atividades de trabalho.	0,73	0,49	0,39	[0,18; 0,59]
	Eu preciso adiar atividades de trabalho por causa das demandas que surgem no meu tempo em casa.	0,57	0,34	0,30	[0,00; 0,51]
	Por causa das demandas de minha família, não consigo fazer as coisas que preciso no trabalho.	0,56	0,37	0,26	[0,06; 0,42]
	A chegada dos filhos afetou as suas decisões de carreira.	0,74	0,54	0,55	[0,33; 0,78]

¹ Carga Fatorial; ² Comunalidade; ³ Intervalo de confiança Bootstrap

Fonte: Dados da pesquisa.

Avaliando-se os dados expostos na Tabela 30 pode-se destacar que:

- Todos os constructos apresentaram itens com cargas fatoriais > 0,50;
- Todos os pesos foram significativos, com exceção dos peso para o tópico Instrumental, do constructo Apoio Social na Família, com um intervalo variando de [-0,09 a 0,38], porém optou-se por mantê-lo no constructo sob a precaução de interpretarmos com a devida cautela de que se trata de peso não significativo o que implica em pouca relevância dessa variável sobre a formação do indicador que representa o respectivo constructo.

Para validação do Primeiro Modelo de Mensuração, novamente foram utilizados o critério da Análise Paralela, do Alfa de Cronbach (AC), da Confiabilidade Composta (CC), da validade convergente (pelo critério Variância Média Extraída – AVE) e a validação discriminante mínima (VCM), cujos resultados encontram-se na Tabela 31.

Tabela 31 - Validação do Primeiro Modelo de Mensuração

Constructos	Itens	AC¹	CC²	Dim³	AVE⁴	VCM⁵
Apoio Social no Trabalho	4	0,63	0,78	1	0,44	0,34
Apoio Social na Família	4	0,77	0,85	1	0,58	0,05
Estressores de Função no Trabalho	3	0,59	0,78	1	0,55	0,24
Estressores de Função na Família	3	0,74	0,86	1	0,70	0,34
Conflito Trabalho-Família	5	0,64	0,78	1	0,41	0,14
Conflito Família-Trabalho	4	0,59	0,76	1	0,43	0,06

¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância extraída; ⁵ Validação Discriminante Mínima.

Fonte: Dados da pesquisa.

Diante da interpretação dos resultados dispostos na Tabela 31, observa-se que:

- Todos os constructos apresentaram os índices de confiabilidade AC ou CC acima de 0,60, evidenciando assim a confiabilidade dos constructos;
- Todos os constructos foram unidimensionais segundo o critério das retas paralelas;
- Todos os constructos apresentaram AVE superior a 0,40, indicando validação convergente;

- De acordo com o critério proposto por Fornell et al. (1981) houve validação discriminante para os constructos analisados, uma vez que as variâncias compartilhadas foram menores que a AVE.

Na sequência, o mesmo processo foi realizado com o modelo resultante (Segundo Modelo de Mensuração).

Na Tabela 32 podem ser verificados os pesos, as cargas fatoriais (CF) e as comunalidades (Com) e os intervalos de confiança (IC) do Segundo Modelo de Mensuração (*Outer Model*).

Tabela 32 - Variáveis do Segundo Modelo de Mensuração

Constructo	Itens	CF ¹	Com ²	Peso	IC - 95% ³
Apoio Social no Trabalho	Instrumental	0,76	0,57	0,54	[0,46; 0,63]
	Emocional	0,50	0,25	0,16	[0,06; 0,24]
	Informacional	0,76	0,58	0,46	[0,38; 0,53]
	Apreciação	0,59	0,34	0,26	[0,18; 0,34]
Apoio Social na Família	Instrumental	0,68	0,46	0,19	[0,00; 0,38]
	Emocional	0,84	0,71	0,50	[0,33; 0,75]
	Informacional	0,73	0,54	0,26	[0,05; 0,41]
	Apreciação	0,78	0,61	0,33	[0,10; 0,48]
Estressores de Função no Trabalho	Tempo	0,61	0,38	0,36	[0,23; 0,53]
	Tensão	0,81	0,65	0,50	[0,40; 0,60]
	Papel	0,79	0,62	0,47	[0,34; 0,56]
Estressores de Função na Família	Tempo	0,15	0,02	0,09	[-0,07; 0,24]
	Tensão	0,63	0,39	0,44	[0,31; 0,54]
	Papel	0,90	0,80	0,79	[0,68; 0,89]
Conflito	Trabalho-Família	0,97	0,94	0,96	[0,84; 1,00]
	Família-Trabalho	0,29	0,09	0,24	[-0,03; 0,47]

¹ Carga Fatorial; ² Comunalidade; ³ Intervalo de confiança Bootstrap

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 32, pode-se destacar que:

- Todos os constructos apresentaram itens com cargas fatoriais de pelo menos 0,50, com exceção dos tópicos Tempo para o constructo Estressores de Função na Família e Família-Trabalho para o constructo Conflito, porém ambos foram mantidos nos constructos porque os constructos foram validados por todos os demais critérios de validação (validação convergente e discriminante, confiabilidade e unidimensionalidade), conforme apresentado na Tabela 33 (Hair Jr., et al. 2014; Henseler & Sarstedt, 2012)
- Todos os pesos foram significativos, com exceção dos pesos para os tópicos Tempo, do constructo Estressores de Função na Família com um intervalo variando de [-0,07; 0,24], e Família-Trabalho para o constructo Conflito, com

um intervalo variando de [-0,03; 0,47], porém optou-se por mantê-los nos constructos devidamente considerando que se trata de peso não significativo o que implica em pouca relevância dessas variáveis em medir ou representar o respectivo constructo.

Novamente, o mesmo processo de análise foi empregado para validação do Segundo Modelo de Mensuração, ou seja, foram aqui também empregados o critério da Análise Paralela, do Alfa de Cronbach (AC), da Confiabilidade Composta (CC), da validade convergente (através da Variância Média Extraída – AVE) e a validação discriminante mínima (VCM), cujos resultados encontram-se na Tabela 33.

Tabela 33 - Validação do Segundo Modelo de Mensuração

Constructos	Itens	AC ¹	CC ²	Dim ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Apoio Social no Trabalho	4	0,63	0,78	1	0,44	0,32
Apoio Social na Família	4	0,77	0,85	1	0,58	0,06
Estressores de Função no Trabalho	3	0,59	0,78	1	0,55	0,24
Estressores de Função na Família	3	0,28	0,66	1	0,41	0,32
Conflito	2	0,10	0,69	1	0,51	0,11

. ¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância extraída; ⁵ Validação Discriminante Mínima

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota-se, a partir da análise dos dados da Tabela 33, que:

- Todos os constructos apresentaram os índices de confiabilidade AC ou CC acima de 0,60, evidenciando assim a confiabilidade dos mesmos.
- Todos os constructos foram unidimensionais segundo o critério das retas paralelas;
- Todos os constructos apresentaram AVE superior a 0,40, indicando validação convergente;
- De acordo com o critério proposto por Fornell et al. (1981) houve validação discriminante para os constructos analisados, uma vez que as variâncias compartilhadas foram menores que a AVE.

4.2.2.2 Modelo Estrutural (Inner Model)

Uma vez validadas as variáveis através da validação do Primeiro e do Segundo Modelos de Mensuração, procedeu-se à validação dos respectivos modelos estruturais, resultantes daquele que embasou a pesquisa. Esse processo permite avaliar o relacionamento entre os constructos e sendo assim, avaliar a influência potencial desses sobre os resultados gerais e atender ao objetivo geral desse estudo.

Para cada construto são apresentadas as seguintes medidas para verificar a qualidade de ajuste dos modelos de equações estruturais: R² (capacidade explicativa fraca se até 25%, moderada se entre 25-50% ou substancial se acima de 50%), GoF (não discrimina modelos válidos de inválidos, apenas permite uma síntese das AVE e dos R² do modelo em uma única estatística, podendo ser útil para futuras comparações de aderência de diferentes amostras ao modelo), β (coeficiente que quantifica a força e o sentido das relações entre os constructos), erro padrão de β (medida da precisão da média amostral) e valor-p (estatística utilizada para sintetizar o resultado de um teste de hipóteses e sendo menor que 0,05 gera evidências para rejeição da hipótese nula do teste).

A Tabela 34 expõe os resultados das análises estatísticas do Primeiro Modelo Estrutural.

Tabela 34 - Primeiro Modelo Estrutural

Endógena	Exógena	β	EP ² (β)	Valor-p ¹	R ²
Estressores de Função no Trabalho	Apoio Social no Trabalho	-0,492	0,049	0,000 ***	23,9%
	Apoio Social na Família	0,022	0,049	0,647	
Estressores de Função na Família	Apoio Social no Trabalho	-0,522	0,045	0,000 ***	33,5%
	Apoio Social na Família	-0,177	0,045	0,000 ***	
Conflito Trabalho-Família	Estressores de Função no Trabalho	0,371	0,051	0,000 ***	13,7%
Conflito Família-Trabalho	Estressores de Função na Família	0,231	0,053	0,000 ***	5,4%

¹ Validação bootstrap; ² Erro Padrão; (***) Significativo ao nível de 1%; (**) Significativo ao nível de 5%; (*) Significativo ao nível de 10%; GoF = 29,8%.

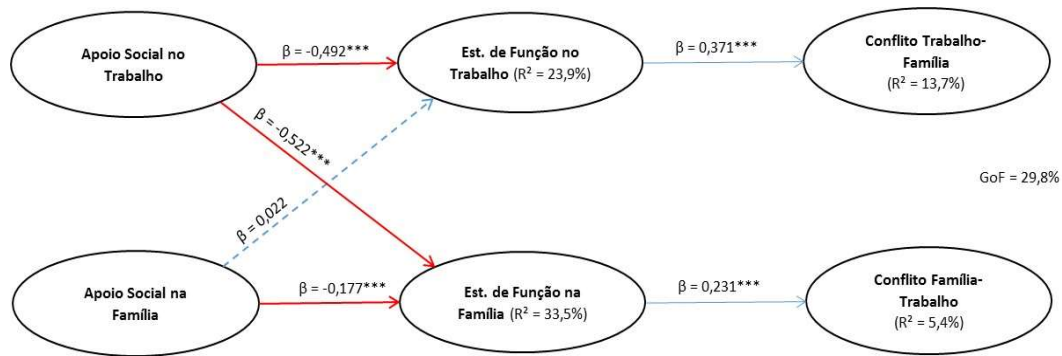
Fonte: Dados da pesquisa.

A partir dos dados expostos na Tabela 34, o Primeiro Modelo Estrutural considera como variáveis endógenas (dependentes) os constructos Estressores de Função no Trabalho, Estressores de Função na Família, Conflito Trabalho-Família e Conflito Família-Trabalho. Além disso, os intervalos de confiança via Bootstrap estão

de acordo com os resultados encontrados pelo valor-p, indicando uma maior validade aos resultados apresentados.

Esse Primeiro Modelo Estrutural está ilustrado na Figura 6.

Figura 6 - Ilustração do Primeiro Modelo Estrutural



(***) Significativo ao nível de 1%; (**) Significativo ao nível de 5%; (*) Significativo ao nível de 10%.

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir do conteúdo previsto pela abordagem *Two-Step* (Sanchez, 2013), um modelo de segunda ordem envolve dois extratos de construtos latentes, em que os itens pesquisados são definidos a partir dos construtos. Ou seja, para Hair Jr. et al. (2009), o fator de segunda ordem é a causa dos fatores de primeira ordem.

A Tabela 35 apresenta os resultados das análises estatísticas do Segundo Modelo Estrutural.

Tabela 35 - Segundo Modelo Estrutural

Endógena	Exógena	β	EP ² (β)	Valor-p ¹	R ²
Estressores de Função no Trabalho	Apoio Social no Trabalho	-0,496	0,048	0,000	24,3%
	Apoio Social na Família	0,020	0,048	0,680	
Estressores de Função na Família	Apoio Social no Trabalho	-0,538	0,045	0,000	34,5%
	Apoio Social na Família	-0,164	0,045	0,000	
Conflito	Estressores de Função no Trabalho	0,240	0,057	0,000	15,0%
	Estressores de Função na Família	0,215	0,057	0,000	

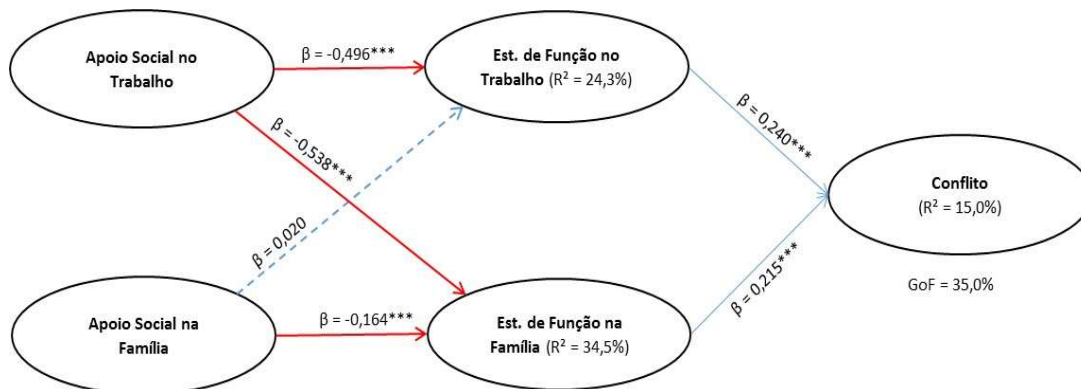
¹ Validação bootstrap; ² Erro Padrão; (***) Significativo ao nível de 1%; (**) Significativo ao nível de 5%; (*) Significativo ao nível de 10%; GoF = 35,0%.

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme os resultados apresentados na Tabela 35, o Segundo Modelo Estrutural considera como variáveis endógenas (dependentes) os constructos Estressores de Função no Trabalho, Estressores de Função na Família e Conflito, aqui entendido no sentido bidirecional (conflito trabalho- família/conflito família-trabalho). Também aqui os intervalos de confiança via Bootstrap estão de acordo com os resultados encontrados pelo valor-p, indicando uma maior validade aos resultados apresentados.

Esse Segundo Modelo Estrutural está ilustrado na Figura 7.

Figura 7 - Ilustração do Segundo Modelo Estrutural



(***) Significativo ao nível de 1%; (**) Significativo ao nível de 5%; (*) Significativo ao nível de 10%.

Fonte: Dados da pesquisa.

Através da interpretação dos dados dispostos nas Tabelas 34 e 35 e nas Figuras 6 e 7, as principais conclusões, quanto à validação dos modelos estruturais encontram-se confrontadas no Quadro 8. Por validação dos modelos estruturais, entenda-se validação do relacionamento entre os constructos e influência destes sobre os resultados gerais, a partir do modelo teórico, já validado, que embasou esta pesquisa. Realizando um exercício comparativo entre os dois modelos, percebe-se que os resultados tiveram convergência e os modelos apresentaram ajuste moderado (entre 25% e 50%) pelo parâmetro R^2 .

Quadro 8 – Comparativo: Validação do Primeiro e do Segundo Modelo Estrutural

(continua)

Primeiro Modelo Estrutural	Segundo Modelo Estrutural
<p>ESTRESSORES DE FUNÇÃO NO TRABALHO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve influência significativa (p-valor= 0,000) e negativa ($\beta = -0,492$) do Apoio Social no Trabalho sobre os Estressores de Função no Trabalho. Não houve influência significativa (p-valor= 0,647) do Apoio Social na Família sobre os Estressores de Função no Trabalho. <p>Os apoios sociais no trabalho e na família conseguiram explicar 23,9% da variabilidade dos Estressores de Função no Trabalho</p>	<p>ESTRESSORES DE FUNÇÃO NO TRABALHO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve influência significativa (p-valor= 0,000) e negativa ($\beta = -0,496$) do Apoio Social no Trabalho sobre os Estressores de Função no Trabalho. Não houve influência significativa (p-valor= 0,680) do Apoio Social na Família sobre os Estressores de Função no Trabalho. <p>Os apoios sociais no trabalho e na família conseguiram explicar 24,3% da variabilidade dos Estressores de Função no Trabalho</p>
<p>ESTRESSORES DE FUNÇÃO NA FAMÍLIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve influência significativa (p-valor=0,000) e negativa ($\beta = -0,522$) do Apoio Social no Trabalho sobre os Estressores de Função na Família. Houve influência significativa (p-valor=0,004) e negativa ($\beta = -0,177$) do Apoio Social na Família sobre os Estressores de Função na Família. <p>Os apoios sociais no trabalho e na família conseguiram explicar 33,5% da variabilidade dos Estressores de Função na Família.</p>	<p>ESTRESSORES DE FUNÇÃO NA FAMÍLIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve influência significativa (p-valor=0,000) e negativa ($\beta = -0,538$) do Apoio Social no Trabalho sobre os Estressores de Função na Família. Houve influência significativa (p-valor=0,000) e negativa ($\beta = -0,164$) do Apoio Social na Família sobre os Estressores de Função na Família. <p>Os apoios sociais no trabalho e na família conseguiram explicar 34,5% da variabilidade dos Estressores de Função na Família.</p>
<p>CONFLITO TRABALHO- FAMÍLIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve influência significativa (p-valor= 0,000) e positiva ($\beta = 0,371$) dos Estressores de Função no Trabalho sobre o Conflito Trabalho-Família. <p>Os Estressores de Função no Trabalho conseguiram explicar 13,7% do Conflito Trabalho-Família</p>	<p>CONFLITO TRABALHO- FAMÍLIA/ FAMÍLIA-TRABALHO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve influência significativa (p-valor= 0,000) e positiva ($\beta = 0,240$) dos Estressores de Função no Trabalho sobre o Conflito. Houve influência significativa (p-valor= 0,000) e positiva ($\beta = 0,215$) dos Estressores de Função na Família sobre o Conflito. <p>Os Estressores de Função no Trabalho e na Família conseguiram explicar 15,0% do Conflito Trabalho-Família.</p>

(conclusão)

Primeiro Modelo Estrutural	Segundo Modelo Estrutural
<p>CONFLITO FAMÍLIA- TRABALHO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Houve influência significativa (p-valor= 0,000) e positiva ($\beta= 0,231$) dos Estressores de Função na Família sobre o Conflito Família-Trabalho. <p>Os Estressores de Função na Família conseguiram explicar 5,4% do Conflito Família-Trabalho.</p>	
O modelo apresentou um GoF de 29,8%.	O modelo apresentou um GoF de 35,0%.

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa.

A partir da interpretação dos modelos estruturais obtidos baseados nos dados e, sobretudo, fundamentado no Segundo Modelo que representa a conclusão estatística final desta pesquisa, é importante salientar alguns pontos, destacados nos parágrafos seguintes, a respeito da potencial influência dos constructos sobre os resultados gerais.

Comparando-se os resultados da validação do Primeiro e do Segundo modelos estruturais, fica demonstrada a bidirecionalidade do constructo WFC/ FWC nesta pesquisa.

O constructo Apoio Social no Trabalho mostrou-se inversamente correlacionado ($\beta= -0,496$) com os Estressores de Função no Trabalho e com forte influência (p-valor= 0,000). Esses resultados indicam que quanto menor for o Apoio Social no Trabalho, maiores serão os impactos dos Estressores de Função no Trabalho. Estudo feito por Tayfur e Arslan (2013) também apontou que o apoio social no trabalho tem forte impacto no WFC/FWC na carreira médica e que consegue reduzir a percepção dos fatores estressantes. Na mesma perspectiva, outro estudo feito por Santos (2015) apontou o apoio social no trabalho como vantagem competitiva enquanto Howell et al.(2012) como fator de atração e retenção de talentos.

Contudo, ficou evidente que o Apoio Social na Família não influencia significativamente (p-valor= 0,680) os Estressores de Função no Trabalho. Estudos feitos por Michel et al.(2010) também apontaram que o apoio social tem maior efeito sobre os estressores do mesmo domínio e somente depois um efeito no domínio cruzado.

Adotando como ponto de análise o Apoio Social a partir da família e do trabalho, juntos conseguiram explicar 24,3% da variabilidade dos Estressores de Função no Trabalho.

Tal qual caracterizado anteriormente, foi possível verificar que o Apoio Social no Trabalho mostrou-se inversamente ($\beta = -0,538$) correlacionado com os Estressores de Função na Família e também se mostrou significativamente influente (p -valor= 0,000). Portanto, quanto menor for o Apoio Social no Trabalho, maiores serão os impactos dos Estressores de Função na Família.

Outro fator de influência apontado pelos dados, é que o Apoio Social na Família também influencia fortemente (p -valor=0,000) e inversamente ($\beta = -0,164$) os Estressores de Função na Família, de tal maneira que quanto menor for o Apoio Social na Família, maiores são os Estressores de Função na Família. Na literatura, Samsinar et al. (2010) mostram que indivíduos expostos a um bom suporte social na esfera familiar percebem alívio sobre os efeitos do estresse vivenciado.

Juntos, os Apoios Sociais no Trabalho e na Família conseguiram explicar 34,5% da variabilidade dos Estressores de Função na Família. Isso explica a ideia proposta por Greenhaus e Beutell (1985) que o suporte social pode reduzir o WFC/ FWC reduzindo certas pressões de papel.

Na amostra pesquisada, quanto aos constructos Conflito Trabalho-Família/ Família-Trabalho, pelos resultados pode-se afirmar que houve influência significativa (p -valor= 0,000) e positiva dos Estressores de Função no Trabalho ($\beta = 0,240$) e dos Estressores de Função na Família ($\beta = 0,215$) sobre o Conflito. Sendo assim, quanto maiores forem os Estressores de Função no Trabalho e/ou na Família, maior tende a ser o Conflito.

Juntos, Estressores de Função no Trabalho e na Família, conseguiram explicar 15,0% do Conflito Trabalho-Família.

Portanto, os resultados deste estudo corroboram o Modelo Antecedente (GoF de 35,0%) que considera o apoio social um antecedente aos estressores de função na predição de WFC/ FWC. Ou seja, o apoio social tem um efeito direto nos estressores e indireto (através dos estressores) no conflito (Carlson & Perrewé, 1999; Ford et al., 2007; Michel et al., 2010; Samsinar et al., 2010). Sob essa perspectiva, indivíduos com forte sistema de suporte social percebem menos os estressores e conseqüentemente vivenciam menos conflito.

4.2.2.3 Criação dos Indicadores

Os indicadores para Apoio Social no Trabalho, Apoio Social na Família, Estressores de Função no Trabalho, Estressores de Função na Família, Conflito Trabalho-Família (WFC) e Conflito Família-Trabalho (FWC) foram criados pela média ponderada através dos pesos dos itens (perguntas) padronizando-se em uma escala variando de 0 a 100. As medidas descritivas para os indicadores representativos dos constructos estão expostas na Tabela 36 e, sob o ponto de vista da imagem, no Gráfico 1.

Tabela 36 - Medidas dos Indicadores

Indicadores	Média	DP ¹	IC ² - 95%
Apoio Social no Trabalho	62,03	19,52	[60,00; 64,20]
Apoio Social na Família	69,22	22,99	[66,72; 71,51]
Estressores de Função no Trabalho	40,40	18,67	[38,38; 42,37]
Estressores de Função na Família	30,26	20,01	[28,16; 32,49]
Conflito Trabalho-Família	56,89	31,11	[53,53; 60,29]
Conflito Família-Trabalho	10,99	18,13	[9,02; 13,02]

¹ Desvio Padrão, ² Intervalo de confiança Bootstrap

Fonte: Dados da pesquisa.

Avaliando-se os dados da Tabela 36, mostrados de forma mais evidente no Gráfico 1, foi possível observar, na amostra deste estudo, que os indivíduos tendem em média a receber um bom nível de apoio social no trabalho e na família, sendo que o apoio social na família foi significativamente maior que o apoio social no trabalho, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem.

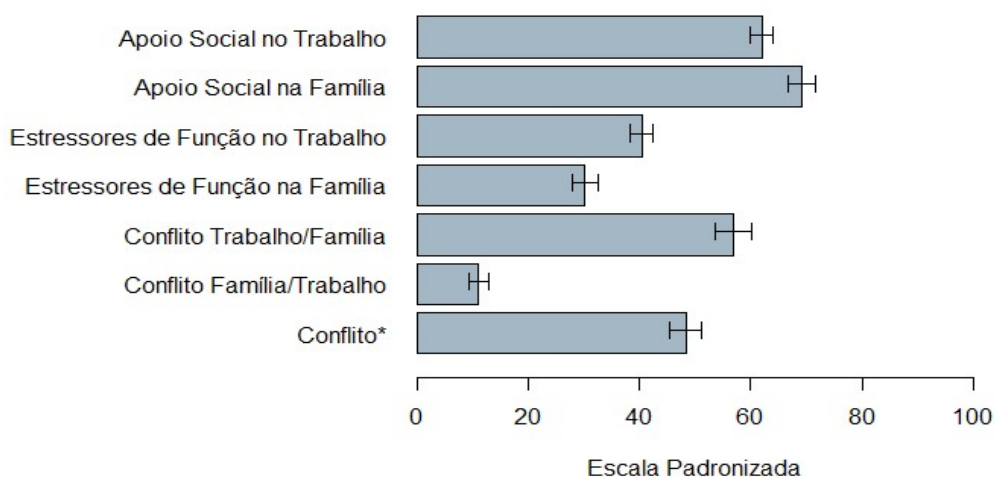
Também observa-se que os indivíduos tendem em média a ter um nível de estressores de função mediano tanto no trabalho quanto na família, sendo que o nível dos estressores de função no trabalho foi significativamente maior que os estressores de função na família, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepõem.

Além disso, ressalta-se que os indivíduos tendem em média a ter um alto valor para o conflito trabalho-família e um baixo valor para o conflito família-trabalho, sendo o conflito trabalho-família significativamente maior que o conflito família-trabalho.

Desse modo, os argumentos apresentados por Frone et al. (1992), Samsinar et al.(2010) e Santos e Gonçalves(2014) puderam ser observados nesse estudo sobretudo no que diz respeito ao fato de que há maior chance das demandas do

trabalho interferirem com o desempenho das responsabilidades familiares do que o oposto.

Gráfico 1 – Indicadores em gráfico de barras



* Indicador proveniente do modelo 2

Nota: Intervalo de confiança de 95%

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Comparação entre os indicadores e as variáveis demográficas

Uma vez criados os indicadores, esses podem ser comparados com diferentes variáveis.

A Tabela 37 apresenta a análise comparativa entre os indicadores e a idade dos respondentes.

Tabela 37 – Indicadores X Idade

Indicador	r ¹	Valor-p
Apoio Social no Trabalho	0,14	0,012
Apoio Social na Família	-0,49	0,000
Estressores de função no trabalho	-0,58	0,000
Estressores de função na família	-0,27	0,000
Conflito Trabalho-Família	-0,09	0,109
Conflito Família-Trabalho	0,28	0,000
Conflito	-0,13	0,020

¹:r é a correlação do item (pergunta) com o constructo

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com as informações apresentadas na Tabela 37, foi possível observar que:

- Os indicadores Apoio Social no Trabalho e Conflito Família-Trabalho apresentaram correlações positivas e significativas com a idade do indivíduo, ou seja, quanto maior a idade maior o valor médio destes indicadores. Em outras palavras, quanto mais velho o indivíduo, maior foi o apoio relatado na esfera do trabalho e também maior o conflito família-trabalho;
- Os indicadores Apoio Social na Família, Estressores de Função no Trabalho, Estressores de Função na Família e Conflito apresentaram correlações negativas e significativas, ou seja, quanto maior a idade dos indivíduos menor o valor médio destes indicadores.

Já que, quanto mais velho o indivíduo, maior foi o apoio relatado na esfera do trabalho, isso reforça o entendimento do que fora mencionado por Santos (2010) e por Kilimnik et al.(2012) a respeito de vínculos de coletividade cada dia mais fracos e conseqüentemente menos apoio entre os pares mais jovens. A partir da análise dos resultados desta pesquisa, que aponta que o apoio social no trabalho é capaz de amortecer os estressores tanto na esfera do trabalho quanto na esfera da família, pode-se estruturar uma compreensão de que indivíduos de maior idade têm mais apoio social no trabalho e conseqüentemente têm menos estressores nessas duas esferas.

Contudo, se quanto mais velho o indivíduo menor o apoio social na família relatado e também menores estressores de função na família, esse dado pode sinalizar que indivíduos de maior idade possivelmente têm expectativas de papel mais tradicionais e normativas, em que os papéis são bem demarcados, bem como a interface entre a vida pessoal e profissional.

À luz dos dados coletados e fazendo comparação entre indicadores e cada uma das variáveis demográficas pelo teste de comparações múltiplas, seguem-se as tabelas 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44, que apresentam os resultados comparativos entre as variáveis demográficas e o suporte social relatado.

Na Tabela 38 estão os dados comparativos entre Apoio Social nas duas esferas, sexo dos respondentes e presença de filhos e/ou enteados.

Tabela 38 - Apoio Social X Sexo e Presença de filhos/ enteados

Variáveis	Apoio Social no Trabalho			Apoio Social na Família		
	Média	DP ¹	Valor-p ²	Média	DP ¹	Valor-p ²
Sexo	Feminino	58,76	19,36	70,91	22,13	0,237
	Masculino	67,46	19,16			
Possui filhos biológicos e/ou adotivos	Não	55,27	19,93	73,05	22,28	0,019
	Sim	65,13	18,68			
Possui enteados	Não	61,79	19,52	70,98	22,02	0,005
	Sim	59,79	21,30			

¹ Desvio padrão; ² Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

Verifica-se a partir da interpretação dos dados constantes na Tabela 38 que as médias de Apoio Social no Trabalho e Apoio Social na Família diferem para homens e mulheres, porém somente no Apoio Social no Trabalho é que a diferença é estatisticamente significativa. Sendo assim, o Apoio Social no Trabalho é maior para homens do que para mulheres, mas para o Apoio Social na Família a diferença não é estatisticamente significativa entre homens e mulheres. Evidencia-se dessa maneira, como o aumento do número de mulheres na profissão médica expõe desigualdades de gênero conforme argumentado por Gjerberg (2002, 2003), Nomura e Gohchi (2012) e Riska (2011).

Em relação à presença de filhos biológicos e/ou adotivos, as médias de Apoio Social no Trabalho e na Família também diferem de forma estatisticamente significativa. Desse modo, o Apoio Social no Trabalho apresenta-se maior para quem tem filhos e o Apoio Social na Família, maior para quem não tem filhos. O Apoio Social na Família e no Trabalho não diferem estatisticamente entre quem tem enteados ou não.

A Tabela 39 apresenta resultados da comparação entre os indicadores Suporte Social no Trabalho e na Família e a situação conjugal dos respondentes.

Tabela 39 - Apoio Social X Situação Conjugal

Variáveis		Apoio Social no Trabalho			Apoio Social na Família		
		Média	DP ¹	Valor-p ²	Média	DP ¹	Valor-p ²
Reside com o par amoroso	Não	55,55	18,49	0,000	68,01	25,29	0,659
	Sim	63,89	19,69		70,17	22,32	
Seu par amoroso tem a mesma profissão que você	Não	63,35	19,13	0,191 ¹	70,01	21,39	0,816 ¹
	Sim	66,51	20,22		69,45	23,95	
Jornada de trabalho do par amoroso	Integral	60,74	19,49	0,004 ²	72,089	20,98	0,424 ²
	Parcial	70,09	16,21		67,572	22,51	
	Turnos alternados	71,59	24,26		71,452	27,56	
	Outros	69,89	14,87		68,124	19,31	

¹ Desvio padrão; ² Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme achados expostos na Tabela 39, o Apoio Social no Trabalho é maior para aqueles indivíduos que residem com um amoroso, enquanto que o Apoio Social na Família não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os respondentes que residem com o par amoroso e os que não residem.

Por sua vez, a jornada de trabalho do par amoroso também apresenta médias diferentes estatisticamente significativas sendo menor o Apoio Social no Trabalho para aqueles cujo par amoroso tem jornada de trabalho integral. Já o fato de ter a mesma profissão que o par amoroso não demonstrou diferenças estatisticamente significativas em relação ao Apoio Social seja no trabalho ou na família.

Quanto a esse último aspecto, esse resultado não é coincidente com relatos de alguns estudos internacionais citados por Gjerberg (2003), que mostram que a configuração *dual-doctor couple* incrementa o suporte social instrumental (costumam ter uma divisão mais igualitária das tarefas domésticas), emocional (partilham mais solidariedade e empatia por compreenderem melhor as demandas do trabalho médico) e apoio de apreciação (críticas e sugestões mais efetivas e fundamentadas). Todavia, é útil considerar os argumentos apresentados por Cherpas (1995), Santos (2013) e Santos e Casado (2011) de que os conflitos e benefícios dos casais de dupla-carreira decorrem das prioridades que cada um estabelecer em relação à família ou à carreira, e das forças individuais ou sociais presentes no contexto daquela família.

A Tabela 40 apresenta resultados da comparação dos indicadores Apoio Social no Trabalho e na Família com aspectos relacionados à renda.

Tabela 40 - Apoio Social X Aspectos da Renda

Variáveis		Apoio Social no Trabalho			Apoio Social na Família		
		Média	DP ¹	Valor-p ²	Média	DP ¹	Valor-p ²
Seus rendimentos são suficientes para permitir que você cumpra seus objetivos de vida atuais	Não	53,94	19,40	0,000	67,89	24,17	0,180
	Sim	65,77	18,61		70,50	22,60	
Desempenha alguma outra atividade econômica além da medicina	Não	61,00	19,79	0,017	70,29	22,77	0,009
	Sim	72,49	16,32		55,56	29,13	
Realidade do rendimento da sua família	Meu rendimento é o único da família	59,97	19,78	0,058 ²	64,76	24,76	0,155 ²
	Meu rendimento é o principal ,...	62,99	19,27		69,10	21,78	
	O rendimento de meu par amoroso e/ou outro familiar é o principal.	58,21	20,05		73,63	22,36	
	O meu rendimento e do meu par amoroso são aprox. iguais.	62,23	19,97		71,04	24,86	
	Além do rendimento de meu trabalho remunerado, recebo....	74,60	13,56		69,06	14,88	

¹ Desvio padrão; ² Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme os resultados apontados na Tabela 40, nota-se que as médias de Apoio Social no Trabalho e Apoio Social na Família diferem para aqueles cujos rendimentos são ou não suficientes para o cumprimento de seus objetivos de vida atuais, porém somente no Apoio Social no Trabalho é que a diferença é estatisticamente significativa. Sendo assim, o Apoio Social no Trabalho é maior para aqueles cujos rendimentos são suficientes para cumprir seus objetivos de vida atuais.

Quanto aos respondentes que desempenham alguma outra atividade econômica além da medicina, há diferença estatisticamente significativa sendo que o Apoio Social no Trabalho é maior enquanto o Apoio Social na Família é menor para esses indivíduos.

Com relação à composição da renda, as diferenças não são estatisticamente significativas entre os respondentes que são os principais provedores da renda familiar e aqueles que têm participação de outras fontes de renda.

A Tabela 41 apresenta os dados (agrupados) comparativos entre Suporte Social nas duas esferas e localização geográfica em que o respondente exerce sua profissão.

Tabela 41 - Apoio Social X Localização geográfica

Variáveis		Apoio Social no Trabalho			Apoio Social na Família		
		Média	DP ¹	Valor-p ²	Média	DP ¹	Valor-p ²
Trabalha a maior parte do tempo na capital ou no interior do estado	Capital	62,50	20,54	0,550	69,46	21,76	0,735
	Interior	61,70	18,79		69,31	24,90	
	Estado	MG	63,59	18,92	67,63	25,51	
	Outros Estados	60,30	20,26	0,142	71,31	20,61	0,391

¹ Desvio padrão; ² Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

No tocante à localização em que o respondente trabalha a maior parte do tempo os dados da Tabela 41 mostram que, de forma não significativa, o Apoio Social no Trabalho e na Família não diferem entre os que trabalham a maior parte do tempo seja na capital ou no interior dos estados (UF) e entre os estados (UF).

A Tabela 42 expõe os resultados da análise comparativa entre indicadores Apoio Social, tanto no trabalho quanto na família, e inserção no mercado de trabalho.

**Tabela 42 - Apoio Social X Exercício Profissional
(modalidades/vínculos/características)**

Variáveis		Apoio Social no Trabalho			Apoio Social na Família		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Faz atendimentos ambulatoriais	Sim	61,63	19,75	0,968 ¹	69,64	23,43	0,789 ¹
	Não	61,39	20,15		68,82	22,75	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: Consultório próprio	Não	56,91	20,89	0,000 ¹	69,08	22,59	0,417 ¹
	Sim	65,58	17,89		69,92	23,96	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: clínicas de convênios ou clínicas populares	Não	62,85	20,13	0,034 ¹	70,02	24,67	0,105 ¹
	Sim	58,24	18,46		68,22	19,25	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: serviço público	Não	64,13	19,01	0,016 ¹	70,38	20,27	0,992 ¹
	Sim	58,75	20,28		68,58	26,34	
Desempenha alguma atividade docente	Não	59,61	20,14	0,003 ¹	70,19	22,29	0,671 ¹
	Sim	66,83	17,84		67,79	25,85	
Realiza atendimentos hospitalares	Não	63,81	20,55	0,343 ¹	67,64	24,39	0,354 ¹
	Sim	61,50	19,31		69,65	22,76	
Exerce alguma função remunerada em nível administrativo/ associativo.	Não	60,22	19,69	0,001 ¹	70,38	22,55	0,243 ¹
	Sim	70,80	17,99		63,83	27,46	
Qual seu vínculo com o hospital	Autônomo	60,38	19,66	0,598 ²	68,78	25,11	0,802 ²
	Contrato via pessoa jurídica	62,23	18,79		72,74	19,93	
	Contrato sem vínculos trabalhistas	58,32	16,59		69,32	24,63	
	Contrato com vínculos trabalhistas	62,55	19,97		64,24	26,00	
	Concursado	63,93	20,39		70,99	17,69	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

Os tipos de áreas de atuação profissional e vínculos também se mostraram estatisticamente significativos quando comparados ao suporte social. Os resultados apresentados na Tabela 42 levam à constatação de que percebe mais Apoio Social no Trabalho quem atende em consultório próprio, mas que não atende em saúde pública nem em clínicas de convênios ou clínicas populares; bem como aqueles que

exercem atividade docente e também aqueles que exercem função remunerada em nível administrativo/associativo.

O Apoio Social no Trabalho e na Família não diferem de maneira estatisticamente significativa entre os diversos tipos de vínculo com o hospital para os respondentes que o fazem.

A Tabela 43 apresenta os dados que resultam da comparação dos indicadores Apoio Social no Trabalho e na Família com a década em que os respondentes se graduaram.

Tabela 43 - Apoio Social X Década da graduação

Variáveis	Apoio Social no Trabalho			Apoio Social na Família		
	Média	DP ¹	Valor-p	Média	DP ¹	Valor-p
Década de 1970	74,02	17,21		69,77	20,76	
Década de 1980	67,67	16,84		68,94	22,38	
Década de 1990	67,41	18,12	0,000 ²	66,64	24,09	0,430 ²
Década de 2000	60,70	19,44		67,78	24,40	
Década de 2010	48,36	16,54		73,87	21,12	

¹ Desvio padrão; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a análise estatística constante na Tabela 43, o valor médio do indicador Apoio Social no Trabalho apresentou diferença significativa conforme a década em que o indivíduo graduou-se em medicina. O valor médio para os indivíduos que se graduaram na década de 2010 foi inferior significativamente se comparado ao valor médio dos indivíduos que se graduaram nas demais décadas. Sendo assim, entre os respondentes dessa amostra, aqueles que se graduaram em décadas anteriores a 2010 percebem mais suporte social, consonante mais uma vez com Santos (2010) e Kilimnik et al.(2012) a respeito de vínculos de coletividade cada dia mais fracos e conseqüentemente menos apoio entre os pares quanto mais recentes os laços profissionais.

A Tabela 44 mostra os resultados da análise comparativa entre o Apoio Social, em ambos os domínios (trabalho e família), e a escolaridade obtida após a graduação em medicina.

Tabela 44 - Apoio Social X Escolaridade após a graduação em medicina

Variáveis		Apoio Social no Trabalho			Apoio Social na Família		
		Média	DP ¹	Valor-p ²	Média	DP ¹	Valor-p ²
Residência médica	Não	63,89	20,33	0,207	64,28	21,36	0,000
	Sim	61,18	19,21		71,60	23,91	
Especialização <i>lato sensu</i>	Não	61,70	20,05	0,713	69,59	22,20	0,898
	Sim	62,39	19,06		69,02	24,72	
MBA	Não	61,58	19,47	0,049	69,50	23,07	0,869
	Sim	70,45	20,13		66,00	29,18	
Mestrado	Não	62,16	19,96	0,669	69,53	23,03	0,766
	Sim	61,12	17,03		68,00	25,71	
Doutorado	Não	61,63	19,23	0,139	69,63	23,33	0,234
	Sim	68,30	24,14		64,40	24,21	

¹ Desvio padrão; ² Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

Percebe-se pelo exposto na Tabela 44 que aqueles que fizeram Residência Médica recebem maior Apoio Social na Família e os que fizeram MBA recebem maior Apoio Social no Trabalho. Isso aponta para o prestígio atribuído ao poder simbólico da especialização alinhado aos argumentos de Cavalcante Neto et al. (2009), Ferreira et al. (2000) e Fiorotti et al. (2010).

As tabelas 45, 46, 47, 48, 49 e 50 apresentam a comparação estatística entre os dados coletados a respeito dos estressores de função no trabalho e na família e as variáveis demográficas. A Tabela 45, especificamente, apresenta os dados da comparação entre os indicadores Estressores de Função no Trabalho e na Família e o sexo do respondentes, bem como a presença de filhos e enteados.

Tabela 45 - Estressores de Função X Sexo e Presença de filhos/enteados

Variáveis		Estressores de Função no Trabalho			Estressores de Função na Família		
		Média	DP ¹	Valor-p ²	Média	DP ¹	Valor-p ²
Sexo	Feminino	40,05	18,20	0,713	31,65	19,51	0,048
	Masculino	41,13	19,70		27,36	20,80	
Possui filhos biológicos e/ou adotivos	Não	46,75	16,82	0,000	33,47	19,01	0,018
	Sim	36,83	18,75		28,45	20,37	
Possui enteados	Não	40,37	18,69	0,984	29,20	19,60	0,006
	Sim	40,69	18,94		39,36	21,41	

¹ Desvio padrão; ² Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise dos dados dispostos na Tabela 45, nota-se que as médias de Estressores de Função no Trabalho e Estressores de Função na Família diferem para homens e mulheres, porém somente para Estressores de Função na Família é que a diferença é estatisticamente significativa. Sendo assim, os Estressores de Função na Família são maiores para mulheres do que para homens. Essa constatação remete à persistência da heteronormatização de papéis de gênero como já sugerido por Bruschini (2007), Carvalho Neto et al. (2001), Fadigas et al. (1996), Montagner e Montagner (20010), Santos (2010) e Santos (2015). Entretanto, Van Daalen et al. (2006) comentam que os resultados de diversos estudos reconhecem que ocorrem diferenças de estressores entre os gêneros, mas os resultados não conduzem a conclusões sólidas.

Novamente, tomando como ponto de análise as médias de Estressores de Função no Trabalho e na Família, essas diferem entre quem tem e quem não tem filhos e a diferença é estatisticamente significativa e com forte influência, sobretudo para Estressores de Função no Trabalho (valor $p = 0,000$). Sendo assim, os Estressores nas duas esferas são maiores para aqueles que não possuem filhos do que para os que possuem. Esse dado aponta, em parte, para o que Cabrera (2007) discute em seu estudo, sobre a predominância da cultura organizacional masculina em que o desempenho e o compromisso com a carreira são julgados pelo tempo de dedicação ao trabalho, ou seja, sem filhos há possibilidade de maior dedicação ao trabalho e maior exposição às pressões profissionais.

Quanto ao fato de que indivíduos que não têm filhos apresentarem médias mais elevadas de Estressores de Função na Família, apesar da literatura sobre WFC/FWC

apontar como estressor mais prevalente na esfera familiar a presença de filhos (Santos e Gonçalves, 2014), estudiosos de qualidade de vida no trabalho ponderam que as repercussões desses fatores estressores sobre os indivíduos variam conforme a intensidade e frequência com que ocorrem, a vulnerabilidade psíquica individual e traços de personalidade (Pereira & Zille, 2010; Samsinar et al., 2010). Ademais, Carvalho Neto et al. (2010), Mache et al. (2015) e Tanure et al. (2006) comentam que muitas vezes aquelas mulheres que ainda não têm filhos sentem-se pressionadas pelo relógio biológico, o que reforça o conflito de papéis e conseqüentemente os estressores.

Pelos dados da Tabela 45, percebe-se também que a influência da presença de enteados foi um estressor mais forte (valor p 0,006) na esfera familiar, do que a presença de filhos. Isso pode resultar da maior diversidade existente nas estruturas familiares (Byron, 2005; Pereira & Schimanski, 2013; Samsinar et al., 2010).

A Tabela 46 mostra os resultados da comparação entre os indicadores Estressores de Função no Trabalho e na Família e a situação conjugal.

Tabela 46 - Comparação entre os indicadores Estressores de função no Trabalho e na Família e Situação Conjugal

Variáveis		Estressores de Função no Trabalho			Estressores de Função na Família		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Reside com o par amoroso	Não	45,80	18,91	0,002 ¹	36,27	21,05	0,001 ¹
	Sim	38,33	18,21		27,96	19,14	
Jornada de trabalho do par amoroso	Integral	38,726	18,32	0,915 ²	29,523	19,35	0,275 ²
	Parcial	37,631	16,31		23,266	17,29	
	Turnos alternados	38,262	22,49		27,709	20,56	
Seu par amoroso tem a mesma profissão que você	Outros	36,094	19,19	0,035 ¹	23,617	16,98	0,420 ¹
	Não	39,90	18,53		28,51	19,12	
	Sim	34,81	17,02		26,72	19,26	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise da Tabela 46 permite comentar que as médias de Estressores de Função no Trabalho e Estressores de Função na Família diferem significativamente entre quem reside ou não com par amoroso. Sendo assim, os Estressores de Função na Família são maiores para aqueles que não residem com par amoroso do que para

os que residem. Conforme resultados desse estudo, o suporte social do cônjuge pode atenuar a percepção dos estressores além de promover a partilha de problemas, desse modo, quem reside com seu par amoroso apresenta menores médias para estressores de função nas duas esferas (trabalho e família).

Outro fator de influência estatisticamente significativo apontado pela Tabela 46, é que indivíduos que têm a mesma profissão de seu par amoroso (*dual-career family*, no caso desse estudo, *dual-doctor couple*) apresentam médias menores de Estressores de Função no Trabalho. Assim como assinalado anteriormente, Gjerberg (2003) argumenta que essa situação conjugal favorece a solidariedade e empatia entre o casal, pois permite uma melhor compreensão das demandas do trabalho médico; expande a rede de relacionamento profissional de ambos (desenvolve o network) e propicia troca de críticas e sugestões acerca do trabalho. Essas vantagens do modelo *dual-career family* podem estar contribuindo para as menores médias de Estressores no Trabalho (Cherpas, 1995; Santos, 2013; Santos & Casado, 2011).

Como discutido previamente, os resultados revelam que Estressores de Função no Trabalho são maiores para indivíduos que não residem com par amoroso bem como para indivíduos que não possuem filhos. Esse perfil de indivíduos, sem filhos e sem coabitar com o parceiro amoroso, está sujeito a maior disponibilidade para se envolver com o domínio do trabalho, e dessa forma os estressores daquele domínio ficam mais intensificados (Greenhaus & Beutell, 1985).

A Tabela 47 apresenta dados comparativos entre os indicadores Estressores de Função nas duas esferas e aspectos da renda.

Tabela 47 - Estressores de Função X Aspectos da Renda

Variáveis		Estressores de Função no Trabalho			Estressores de Função na Família		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Seus rendimentos são suficientes para permitir que você cumpra seus objetivos de vida atuais	Não	46,11	19,09	0,000 ¹	39,89	20,26	0,000 ¹
	Sim	37,27	17,72		24,98	17,82	
Desempenha alguma outra atividade econômica além da medicina	Não	40,38	18,68	0,440 ¹	30,43	20,20	0,340 ¹
	Sim	37,44	18,83		25,04	17,06	
Realidade do rendimento da sua família	Meu rendimento é o único da família.	44,50	18,62	0,004 ²	35,99	21,84	0,001 ²
	Meu rendimento é o principal ,...	41,59	18,67		27,95	19,92	
	O rendimento de meu par amoroso e/ou outro familiar é o principal	39,45	20,29		34,95	17,00	
	O meu rendimento e do meu par amoroso são aprox. iguais	37,51	16,54		29,17	18,87	
	Além do rendimento de meu trabalho remunerado, recebo...	24,62	17,22		14,81	15,00	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da interpretação dos dados da Tabela 47 verifica-se que indivíduos que consideram seus rendimentos insuficientes frente aos seus objetivos atuais apresentam estatisticamente maior influência dos Estressores de Função no Trabalho e na Família se comparados àqueles que consideram seus rendimentos suficientes. Esse achado ilustra o que Tayfur e Arslan (2013) comentam em seu estudo sobre o impacto negativo da remuneração inadequada ao trabalho desenvolvido.

Com relação à influência da composição da renda sobre o impacto dos estressores tanto no trabalho quanto na família, os dados da Tabela 47 mostram que a variável relativa à composição dos rendimentos da família apresentou diferença significativa, na esfera do trabalho, entre as categorias em que o rendimento do

respondente é o único ou o principal da família, e a categoria cujo rendimento é composto também por outras fontes que não o trabalho remunerado (pensões, heranças, aluguéis, benefícios do governo). As duas primeiras categorias apresentam valores médios expressivamente maiores que a última categoria. Ou seja, nas situações em que a renda familiar depende unicamente ou principalmente do trabalho remunerado do respondente, esse sofre maior impacto dos estressores de função no trabalho já que tem menos possibilidade de compartilhar compromissos de renda. Na esfera familiar, ser o único provedor da renda ou ter outro familiar e/ou cônjuge como principal provedor, são situações que se mostraram estressores estatisticamente significativos quando comparados aos que recebem proventos de fontes não relacionadas ao trabalho remunerado. Esses aspectos são consonantes com o abordado no estudo de Kilimnik et al. (2012) sobre o medo de fracassar frente às grandes expectativas da família em relação ao desempenho financeiro.

A Tabela 48 mostra os resultados, especificamente da comparação entre os indicadores Estressores de Função no Trabalho e na Família e a localização geográfica do respondente.

Tabela 48 - Estressores de Função X Localização geográfica

Variáveis		Estressores de Função no Trabalho			Estressores de Função na Família		
		Média	DP	Valor-p ¹	Média	DP	Valor-p ¹
Trabalha a maior parte do tempo na capital ou no interior do estado	Capital	38,52	18,30	0,125	30,73	18,89	0,231
	Interior	41,44	19,00		29,02	20,89	
Estado	MG	38,90	18,35	0,212	28,33	20,79	0,067
	Outros Estados	41,55	19,16		31,51	18,80	

¹ Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

Pela Tabela 48 nota-se que os Estressores de Função no Trabalho e na Família não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os que trabalham a maior parte do tempo no interior ou na capital dos estados (UF) e entre os estados (UF).

A Tabela 49 apresenta os dados resultantes da comparação entre os indicadores Estressores de Função e aspectos do exercício profissional.

Tabela 49 - Estressores de Função X Exercício Profissional (modalidades/vínculos/características)

Variáveis		Estressores de Função no Trabalho			Estressores de Função na Família		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Não faz atendimentos ambulatoriais	Não	40,58	18,69	0,391 ¹	30,55	19,38	0,138 ¹
	Sim (não faz)	37,90	18,67		27,57	24,16	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: Consultório próprio	Não	43,52	17,72	0,003 ¹	33,25	21,11	0,021 ¹
	Sim	37,43	19,05		27,52	18,77	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: clínicas de convênios ou clínicas populares	Não	39,03	18,64	0,064 ¹	28,75	20,31	0,026 ¹
	Sim	43,42	18,49		33,90	18,97	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: serviço público	Não	36,23	18,53	0,000 ¹	27,88	20,39	0,012 ¹
	Sim	44,71	17,85		32,70	19,43	
Desempenha alguma atividade docente	Não	41,19	19,57	0,150 ¹	30,52	19,75	0,447 ¹
	Sim	37,69	15,89		29,17	20,92	
Exerce alguma função remunerada em nível admin./associativo	Não	40,87	18,24	0,115 ¹	31,29	19,84	0,007 ¹
	Sim	35,88	21,10		22,50	20,07	
Realiza Atendimentos Hospitalares	Não	32,34	18,84	0,000 ¹	30,79	24,35	0,589 ¹
	Sim	42,65	17,97		29,95	18,59	
Qual seu vínculo com o hospital	Autônomo	41,37	19,64	0,626 ²	31,04	18,19	0,396 ²
	Contrato via pessoa jurídica	42,62	17,51		28,26	19,31	
	Contratado sem vínculos trabalhistas	40,17	17,34		31,99	19,65	
	Contratado com vínculos trabalhistas	47,44	17,51		34,07	18,56	
	Concursado	43,93	15,48		26,51	18,06	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise das informações apresentadas na Tabela 49 revela que indivíduos que não atendem em consultório próprio e aqueles que atendem ambulatório no setor público, apresentam maiores médias de estressores tanto no trabalho quanto na família. Já os que atendem em clínicas de convênios ou clínicas populares têm maiores médias de estressores na esfera familiar. De acordo com as meta-análises de Byron (2005) e Michel et al. (2010), muitas vezes os estressores decorrem do desajuste entre o desempenho e as expectativas pessoais e de terceiros seja na

família ou no trabalho. Além disso, realizar atendimento ambulatorial na rede pública mostrou-se estatisticamente de forte impacto (p valor = 0,000) como estressor no âmbito do trabalho, o que pode denotar o enfrentamento de limitações técnicas para prestar a devida assistência, tendo em vista o subfinanciamento perpetuado para o setor (Kilimnik et al., 2012).

Os dados da Tabela 49 também indicam que as médias dos estressores no trabalho e na família são diferentes, mas não de forma estatisticamente significativa, entre os que exercem atividade docente. Entretanto, entre os que exercem função remunerada em nível administrativo/associativo, os estressores têm médias menores no âmbito da família.

A análise da Tabela 49 aponta ainda, que prestar atendimento em hospital se revela como estressor de função no trabalho (maiores médias) de forte impacto (p valor = 0,000). Essa constatação pode estar relacionada às fontes de pressão citadas por Kilimnik et al. (2012) tais como tarefas árduas e desgastantes em longas jornadas de trabalho, intensos e frequentes estímulos emocionais tanto por lidar com o sofrimento alheio quanto pela expectativa por parte dos pares e da instituição, exposição a riscos e sentimento de infalibilidade.

Na Tabela 50 estão apresentados os resultados da comparação entre os indicadores Estressores de Função e década da graduação dos respondentes.

Tabela 50 - Estressores de Função X Década da graduação

Variáveis	Estressores de Função no Trabalho			Estressores de Função na Família		
	Média	DP ¹	Valor-p	Média	DP ¹	Valor-p
Década de 1970	32,46	18,19		18,83	16,61	
Década de 1980	32,58	17,14		23,21	17,72	
Década de 1990	38,46	19,44	0,000 ²	28,34	23,31	0,000 ²
Década de 2000	42,15	16,85		33,08	18,50	
Década de 2010	50,25	17,66		37,49	15,86	

¹ Desvio padrão; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme análise dos dados da Tabela 50, os indivíduos que se graduaram nas décadas de 1970 e 1980 apresentaram valores médios de estressores de função, tanto no trabalho quanto na família, significativamente inferiores aos indivíduos que se graduaram na década de 2010. As diferenças nas médias desses estressores

tornaram-se mais acentuadas a partir dos graduados na década 2000. Esse achado é consistente com o “enraizamento social das carreiras” (Chanlat, 1995, p.68), uma vez que é necessário avaliar o contexto para compreender diferentes fatores de influência (Ferreira & Dutra, 2013). Nas referidas décadas, no Brasil, ocorreram grandes transformações socioeconômicas, políticas, no mercado de trabalho, nos valores sociais e culturais (Silva et al., 2011), nas relações de trabalho e interpessoais na medicina, na representação social do médico (Oliveira & Egry, 2000; Merhy & Onocko, 1997; Santos, 2010) e até na formação acadêmica (Scheffer et al., 2015).

A Tabela 51 mostra dados decorrentes da comparação entre os indicadores Estressores de Função no Trabalho e na Família e a escolaridade obtida pelos respondentes desde a graduação em medicina.

Tabela 51 - Estressores de Função X Escolaridade após a graduação em medicina

Variáveis		Estressores de Função no Trabalho			Estressores de Função na Família		
		Média	DP ¹	Valor-p	Média	DP ¹	Valor-p
Residência médica	Não	35,97	19,00	0,006 ¹	28,25	19,98	0,300 ¹
	Sim	42,06	18,28		30,55	19,91	
Especialização <i>lato sensu</i>	Não	40,94	18,23	0,471 ¹	29,19	20,04	0,390 ¹
	Sim	39,28	19,23		30,57	19,85	
MBA	Não	40,72	18,70	0,020 ¹	29,93	19,56	0,346 ¹
	Sim	29,57	15,33		28,09	26,72	
Mestrado	Não	39,54	19,04	0,087 ¹	30,14	19,86	0,421 ¹
	Sim	44,13	15,99		27,88	20,52	
Doutorado	Não	40,46	18,71	0,202 ¹	29,81	19,79	0,887 ¹
	Sim	35,45	18,29		30,17	22,65	

¹ Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

Pela Tabela 51 percebe-se que os indivíduos que possuem Residência Médica têm maiores médias de estressores no trabalho possivelmente pela maior expectativa que depositam sobre si mesmos e também expectativas advindas de seus familiares.

Do mesmo modo, os indivíduos que não possuem MBA, têm médias maiores, estatisticamente significantes, de estressores no trabalho, talvez porque não têm conhecimento aprofundado em gestão o qual é proporcionado pelo MBA.

Os indicadores para conflito trabalho-família e conflito família-trabalho foram comparados com as variáveis demográficas e os resultados estão expostos nas tabelas 52, 53, 54, 55, 56, 57 e 58.

A Tabela 52, em específico, apresenta os resultados da análise comparativa entre WFC, FWC, sexo dos respondentes e presença ou não de filhos e enteados.

Tabela 52 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Sexo e Presença de filhos/enteados

Variáveis		Conflito Trabalho-Família			Conflito Família-Trabalho		
		Média	DP	Valor-p ¹	Média	DP	Valor-p ¹
Sexo	Feminino	54,93	30,96	0,060	10,97	17,82	0,092
	Masculino	60,98	31,16		9,60	16,80	
Possui filhos biológicos e/ou adotivos	Não	59,97	29,38	0,170	5,97	12,55	0,000
	Sim	55,16	31,98		13,09	19,28	
Possui enteados	Não	56,35	31,32	0,315	10,32	17,37	0,472
	Sim	61,57	29,32		12,30	18,67	

¹ Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

Pela Tabela 52 verifica-se que as médias de conflito trabalho-família (WFC) e conflito família-trabalho (FWC) diferem entre aqueles que possuem filhos e os que não possuem, porém somente FWC é estatisticamente significativo. Sendo assim, FWC é estatisticamente maior para aqueles que possuem filho. Esta correlação está apresentada na literatura a partir de referências como as colocadas por Santos e Gonçalves (2014), Byron (2005) e Michel et al. (2010).

A Tabela 53 trata, especificamente, dos resultados da comparação entre os indicadores WFC, FWC e a situação conjugal dos respondentes.

Tabela 53 - Conflito Trabalho- Família e Família-Trabalho X Situação conjugal

Variáveis		Conflito Trabalho-Família			Conflito Família-Trabalho		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Reside com o par amoroso	Não	60,03	31,30	0,258 ¹	8,98	16,35	0,063 ¹
	Sim	55,69	31,02		11,11	17,90	
Seu par amoroso tem a mesma profissão que você	Não	56,99	31,42	0,368 ¹	11,64	18,78	0,541 ¹
	Sim	52,79	30,09		11,43	18,05	
Jornada de trabalho do par amoroso	Integral	53,74	30,29	0,912 ²	13,25	19,23	0,007 ²
	Parcial	54,72	31,86		6,50	13,77	
	Turnos alternados	56,39	35,53		19,97	22,27	
	Outros	59,04	31,60		13,82	21,88	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

Pelo teste de comparações múltiplas verifica-se, conforme Tabela 53, que as diferenças das médias de WFC e FWC não são estatisticamente significativas entre pessoas que residem ou não com seu par amoroso e cujo par amoroso tenha ou não a mesma profissão do respondente. Porém, os indivíduos cuja jornada de trabalho do par amoroso seja parcial, apresentaram valores médios significativamente inferiores de Conflito Família-Trabalho (FWC) quando comparados aqueles cujos cônjuges têm jornada de trabalho integral ou de turnos alternados. De fato, uma das desvantagens em conciliar participação no mundo do trabalho e da família, é a possibilidade de conflito de papéis devido à expectativa de cumprimento de múltiplas funções, conforme sugere Cherpas (1995). Isso decorre provavelmente do aumento da permeabilidade entre as responsabilidades domésticas e profissionais (Gramacho, 2012; Pereira & Schimanski, 2013; Samsinar et al., 2010; Santos & Gonçalves, 2014).

A Tabela 54 apresenta os dados comparativos entre os indicadores WFC, FWC e renda.

Tabela 54 - Conflito Trabalho- Família e Família-Trabalho X Aspectos da Renda

Variáveis		Conflito Trabalho-Família			Conflito Família-Trabalho		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Seus rendimentos são suficientes para permitir que você cumpra seus objetivos de vida atuais	Não	62,21	30,37	0,018 ¹	13,07	19,33	0,053 ¹
	Sim	53,97	31,20		9,12	16,26	
Desempenha alguma outra atividade econômica além da medicina	Não	56,97	31,31	0,929 ¹	10,69	17,70	0,473 ¹
	Sim	55,08	28,95		8,90	14,91	
Realidade do rendimento da sua família	Meu rendimento é o único da família	61,92	33,48		8,50	16,47	
	Meu rendimento é o principal ,...	58,43	30,56		10,73	18,11	
	O rendimento de meu par amoroso e/ou outro familiar é o principal	54,40	28,24	0,003 ²	16,15	20,50	0,069 ²
	O meu rendimento e do meu par amoroso são aprox. iguais.	56,03	30,42		11,62	19,04	
	Além do rendimento de meu trabalho remunerado, recebo...	25,86	18,13		9,15	13,19	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise da Tabela 54 pode-se dizer que as médias de WFC são significativamente maiores para aqueles cujos rendimentos são insuficientes perante os objetivos de vida atuais. Ressalta-se também que, quanto à composição da renda familiar, aqueles que recebem proventos de fontes não relacionadas ao trabalho remunerado (pensões, heranças, aluguéis, benefícios do governo), apresentam valores médios de WFC significativamente inferiores do que os respondentes cuja renda depende de trabalho remunerado sejam ou não os únicos ou principais provedores. Ou seja, a existência de fonte de renda complementar decorrente de trabalho não remunerado resulta em menor WFC, ao passo que rendimentos insuficientes resultam em maior WFC, uma vez que implicam em menor ou maior

demanda psicológica e de tempo (Byron, 2005; Greenhaus & Beutell, 1985; Michel et al., 2010).

Na Tabela 55 observam-se os resultados da comparação entre os indicadores WFC, FWC e a localização de atuação profissional dos respondentes.

Tabela 55 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Localização geográfica

Variáveis		Conflito Trabalho-Família			Conflito Família-Trabalho		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Trabalha a maior parte do tempo na capital ou no interior do estado	Capital	55,08	30,98	0,346 ¹	10,33	17,28	0,721 ¹
	Interior	58,61	31,24		11,08	17,93	
Estado	MG	56,03	31,95	0,610 ¹	11,02	17,69	0,950 ¹
	Outros Estados	57,66	30,27		10,31	17,49	

¹ Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

A diferença entre as médias daqueles que trabalham no interior ou na capital, em Minas Gerais ou em outros estados brasileiros, não é estatisticamente significativa conforme dados da Tabela 55.

A Tabela 56 apresenta os resultados da análise comparativa dos indicadores WFC, FWC, com as diversas formas de inserção no mercado de trabalho e vínculos dos profissionais dos componentes da amostra deste estudo.

Tabela 56 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Exercício Profissional (modalidades/vínculos/características)

Variáveis		Conflito Trabalho-Família			Conflito Família-Trabalho		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Não faz atendimentos ambulatoriais	Não	57,05	31,12	0,772	11,27	18,08	0,182
	Sim (não faz)	55,66	31,70		6,24	13,01	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: Consultório próprio	Não	56,58	31,91	0,836	9,99	16,68	0,977
	Sim	57,11	30,58		11,12	18,30	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: clínicas de convênios ou clínicas populares	Não	56,28	31,09	0,642	10,60	17,29	0,793
	Sim	58,44	31,45		10,60	18,33	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: serviço público	Não	55,24	30,84	0,308	8,80	15,73	0,213
	Sim	58,70	31,50		12,62	19,26	
Desempenha alguma atividade docente	Não	54,74	31,31	0,055	10,08	16,86	0,910
	Sim	62,48	30,18		11,99	19,32	
Exerce alguma função remunerada em nível adm./associativo	Não	57,56	31,43	0,255	10,34	17,33	0,432
	Sim	52,24	29,19		12,38	19,18	
Realiza atendimentos hospitalares	Não	42,49	28,80	0,000 ¹	16,58	20,77	0,001 ¹
	Sim	61,30	30,56		9,37	17,00	
Qual seu vínculo com o hospital	Autônomo	63,59	30,31	0,267 ²	12,06	18,89	0,405 ²
	Contrato via pessoa jurídica	58,45	30,76		6,48	13,72	
	Contratado sem vínculos trabalhistas	59,25	32,86		6,68	15,14	
	Contratado com vínculos trabalhistas	70,62	28,44		6,51	15,74	
	Concursado	55,99	30,41		9,95	17,45	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

Pela interpretação da Tabela 56 conclui-se que, nessa amostra, os indivíduos que atendem em hospital apresentam valores médios para WFC significativamente superiores aos que não atendem, enquanto para FWC ocorre o inverso, os indivíduos que atendem em hospital apresentam médias significativamente inferiores em relação àqueles que não atendem. Em outras palavras, indivíduos que prestam atendimento

em hospital têm mais WFC e menos FWC. Mais uma vez, a possível causa para tal achado pode estar relacionada, de um lado, às características do trabalho médico em hospital que compete tanto pelo tempo quanto pela energia física e psíquica do indivíduo além da concorrência de modelos de contratação (Kilimnik et al., 2012). Por outro lado trabalhar em hospital evoca mais prestígio social dentro do estereótipo de carreira médica predominante no senso comum (Ferreira et al., 2000; Soares et al., 2002; Wang & Sweetman, 2013), o que pode elevar a autoestima do indivíduo e de sua família.

Na Tabela 57 é possível verificar os resultados da comparação entre os indicadores WFC e FWC e a década em que os respondentes concluíram a graduação em medicina.

Tabela 57 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Década da graduação

Variáveis	Conflito Trabalho-Família			Conflito Família-Trabalho		
	Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Década de 1970	49,64	28,68		7,43	17,52	
Década de 1980	55,46	33,37		6,95	16,69	
Década de 1990	54,27	30,39	0,038 ¹	16,08	20,12	0,000 ¹
Década de 2000	54,74	30,34		13,32	19,33	
Década de 2010	68,30	30,43		5,43	11,53	

¹ Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

Pelo teste de comparações múltiplas verifica-se, conforme Tabela 57 que os indivíduos que concluíram a graduação na década de 1970 apresentaram valores médios para WFC significativamente inferiores aos indivíduos que concluíram a graduação na década de 2010. Observa-se que o WFC teve valores crescentes ao longo das décadas a partir de um pico de ocorrência na década de 1980 e um novo pico na década de 2010. Fazendo um paralelo destes aspectos com algumas referências apresentadas na revisão de literatura, autores como Duarte e Silva (2013) e Silva et al. (2011) afirmam que no decorrer dos anos 1980 o mercado estava cada vez mais competitivo e no Brasil o período foi marcado pela alta inflação.

Os indivíduos que concluíram a graduação na década de 1990 e 2000 apresentaram valores médios para FWC significativamente superiores aos indivíduos que concluíram a graduação na década de 2010 e nas anteriores a 1990. Como visto

anteriormente, o período de 1990-2000 foi caracterizado pela rápida expansão da rede mundial de comunicação informatizada (internet), pelo aumento do uso de tecnologias individuais, pelo controle da inflação e abertura econômica (Silva et al., 2011) e pelo número crescente de novas estruturas familiares (Goldani, 1998; Pereira e Schimanski, 2013; Villa, 2012).

Evidencia-se dessa maneira, que os resultados da Tabela 57 podem ser consequências advindas do contexto socioeconômico cultural e político mencionado previamente na seção do referencial teórico. De acordo com Chanlat (1995) não há como falar de carreira sem considerar o contexto histórico e para Young, Valach e Collin (2002) “contexto é compreendido como a inter-relação, interdependência e o entrelaçamento de várias partes.” (Ferreira & Dutra, 2013, p.43)

A Tabela 58 mostra o resultado da comparação entre os indicadores WFC e FWC e o investimento em outros níveis de escolaridade após a graduação em medicina.

Tabela 58 - Conflito Trabalho-Família e Família-Trabalho X Escolaridade após a graduação em medicina

Variáveis		Conflito Trabalho-Família			Conflito Família-Trabalho		
		Média	DP	Valor-p	Média	DP	Valor-p
Residência médica	Não	53,00	32,50	0,151 ¹	11,16	18,95	0,965 ¹
	Sim	58,53	30,50		10,45	17,00	
Especialização <i>lato sensu</i>	Não	58,38	31,40	0,401 ¹	10,34	17,31	0,750 ¹
	Sim	55,02	30,97		11,05	17,98	
MBA	Não	57,60	31,07	0,059 ¹	10,99	17,86	0,265 ¹
	Sim	41,84	30,64		4,56	9,78	
Mestrado	Não	56,26	31,41	0,402 ¹	10,00	17,27	0,167 ¹
	Sim	60,32	29,89		14,94	19,20	
Doutorado	Não	56,53	31,30	0,549 ¹	10,35	17,34	0,157 ¹
	Sim	61,36	29,84		15,80	21,28	

¹ Teste de Mann-Whitney

Fonte: Dados da pesquisa.

As diferenças nas médias para WFC e FWC para aqueles que optaram por alguma das diversas possibilidades de estender a escolaridade após a graduação em medicina, não foram estatisticamente significativas, conforme dados apontados pela Tabela 58.

O indicador conflito resulta do segundo modelo estrutural, portanto, ele se refere à somatória do conflito trabalho-família e família-trabalho, aqui entendido como bidirecional. Esse indicador apresenta uma média de 48,44 [45,89; 51,20].

Esse indicador foi comparado com diversas variáveis demográficas e os resultados são apresentados nas tabelas 59, 60, 61 e 62.

A Tabela 59 mostra, em específico, a comparação entre o indicador conflito (WFC/ FWC) e as variáveis demográficas: sexo, presença de filhos e enteados, situação conjugal e localização geográfica.

Tabela 59 - Conflito X Sexo, Presença de filhos/enteados, Situação Conjugal e Localização geográfica

Variáveis	Conflito			
	Média	DP	Valor-p	
Sexo	Feminino	47,43	25,21	0,276 ¹
	Masculino	50,57	26,50	
Possui filhos biológicos e/ou adotivos	Não	49,96	24,00	0,475 ¹
	Sim	47,59	26,53	
Possui enteados	Não	48,13	25,62	0,514 ¹
	Sim	51,19	25,95	
Reside com o par amoroso	Não	50,87	25,85	0,331 ¹
	Sim	47,52	25,55	
Seu par amoroso tem a mesma profissão que você	Não	48,28	26,16	0,592 ¹
	Sim	45,82	24,20	
Jornada de trabalho do par amoroso	Integral	46,807	24,71	0,811 ²
	Parcial	44,625	25,92	
	Turnos alternados	48,812	30,20	
Trabalha a maior parte do tempo na capital ou no interior do estado	Capital	46,79	25,01	0,267 ¹
	Interior	50,10	26,17	
Estado	MG	47,68	26,37	0,605 ¹
	Outros Estados	49,24	24,88	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

Pelos resultados que constam na Tabela 59, observa-se que as médias são diferentes, entretanto as diferenças não são estatisticamente significativas entre indivíduos de ambos os sexos, com ou sem filhos e enteados, que residem ou não

com par amoroso, bem como sem diferenças significativas em relação a ter a mesma profissão do par amoroso e à jornada de trabalho deste. As diferenças entre os que trabalham a maior parte do tempo no interior ou na capital, bem como entre os estados (UF), também não têm expressividade estatística.

A Tabela 60 expõe os resultados da comparação do indicador conflito (WFC/FWC) com a renda.

Tabela 60 - Conflito X Aspectos da Renda

Variáveis		Conflito		
		Média	DP	Valor-p
Seus rendimentos são suficientes para permitir que você cumpra seus objetivos de vida atuais	Não	53,46	25,64	0,009 ¹
	Sim	45,70	25,28	
Desempenha alguma outra atividade econômica além da medicina	Não	48,66	25,69	0,560 ¹
	Sim	44,36	26,24	
Realidade do rendimento da sua família	Meu rendimento é o único da família	51,79	27,70	0,002 ²
	Meu rendimento é o principal, ...	49,28	25,56	
	O rendimento de meu par amoroso e/ou outro familiar é o principal	48,40	22,55	
	O meu rendimento e do meu par amoroso são aprox. iguais.	48,31	24,71	
	Além do rendimento de meu trabalho remunerado, recebo...	22,34	15,65	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota-se, a partir dos dados da Tabela 60, que aqueles indivíduos que consideram seus rendimentos insuficientes frente aos seus objetivos de vida atuais, apresentam média significativamente mais alta de conflito do que aqueles que consideram sua renda suficiente. Além disso, considerando a variável que representa a composição da renda familiar, a categoria de resposta que aponta que os rendimentos da família são provenientes de fontes tais como pensões, heranças, aluguéis, benefícios do governo, apresenta valores médios de conflito, significativamente inferiores às demais categorias. Ou seja, há menos conflito para os indivíduos desta amostra quando a composição da renda não fica apenas na dependência de trabalho remunerado e quando sua renda é suficiente para atender

aos seus objetivos. Tais aspectos podem ilustrar a influência da demanda psicológica e da renda condizente com a função sobre o WFC/FWC, observações evidenciadas por Byron (2005), Greenhaus e Beutell (1985), Michel et al. (2010) e Tayfur e Arslan (2013).

A Tabela 61 mostra os resultados da comparação entre o indicador conflito (WFC/ FWC) e a inserção no mercado de trabalho conforme modalidades de atuação com suas características e tipos de vínculos profissionais.

**Tabela 61 - Conflito X Exercício Profissional
(modalidades/vínculos/características)**

Variáveis	Conflito			
	Média	DP	Valor-p	
Não faz atendimentos ambulatoriais	Não	48,73	25,77	0,669 ¹
	Sim (não faz)	46,58	25,46	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: Consultório próprio	Não	47,94	25,85	0,770 ¹
	Sim	48,86	25,63	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: clínicas de convênios ou clínicas populares	Não	48,00	25,51	0,650 ¹
	Sim	49,61	26,34	
Atendimentos ambulatoriais ocorrem em: serviço público	Não	46,44	25,35	0,126 ¹
	Sim	50,68	26,00	
Desempenha alguma atividade docente	Não	46,45	25,62	0,026 ¹
	Sim	53,68	25,29	
Exerce alguma função remunerada em nível administrativo/associativo	Não	48,89	25,78	0,439 ¹
	Sim	45,42	25,26	
Realiza atendimentos hospitalares	Não	38,39	24,45	0,000 ¹
	Sim	51,54	25,32	
Qual seu vínculo com o hospital	Autônomo	53,90	25,26	0,246 ²
	Contrato via pessoa jurídica	47,93	25,18	
	Contratado sem vínculos trabalhistas	49,37	25,92	
	Contratado com vínculos trabalhistas	59,28	22,12	
	Concursado	47,79	26,43	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

Pelo exposto na Tabela 61, verifica-se que aqueles médicos que prestam serviços em hospitais apresentam médias significativamente mais elevadas e com

forte influência (p valor = 0,000) para WFC/FWC, se comparados aos que não atuam em hospitais. Além de todos os fatores de pressão incidentes nessa forma de atuação profissional e já discutidos, vale ressaltar que a análise descritiva do perfil da amostra demonstrou que grande parte dos médicos presta serviço em hospitais através de plantões, que são uma forma de trabalho caracterizada por atividade profissional em horas contínuas e ininterruptas, logo, resta pouca disponibilidade de tempo e energia para a convivência familiar. A relação entre agenda de trabalho sobrecarregada e WFC/ FWC é amplamente comentada na literatura conforme pontuam Byron (2005), Michel et al. (2010) e Tayfur e Arslan (2013).

Nota-se ainda a partir da Tabela 61, que os indivíduos que desempenham atividade docente apresentam médias mais elevadas de WFC/ FWC o que pode estar relacionado aos inúmeros compromissos requeridos pela docência e que despendem tempo, não somente junto aos alunos. O médico docente, mesmo estando em casa, frequentemente não está psicologicamente disponível, pois se mantém conectado ao trabalho através das tecnologias de comunicação ou tem necessidade de disponibilizar o tempo no espaço familiar para atender às demandas da docência como, por exemplo, preparar aulas, estudar e elaborar relatórios. Dessa forma, a docência facilita a ocorrência da ausência psicológica descrita por Evans e Bartolomé (1980). Ademais, a análise do perfil da amostra também revela que a maioria dos médicos que exerce docência o faz orientando alunos em ambiente hospitalar, o que adiciona para o mesmo indivíduo, duas importantes fontes de conflito.

A Tabela 62 apresenta os dados da análise comparativa entre o indicador conflito e as variáveis demográficas: década de graduação em medicina e escolaridade após a graduação.

Tabela 62 - Conflito X Década da graduação e Escolaridade após a graduação em medicina

Variáveis		Conflito		
		Média	DP	Valor-p
Residência médica	Não	45,48	27,04	0,156 ¹
	Sim	49,71	25,05	
Especialização <i>lato sensu</i>	Não	49,61	25,78	0,369 ¹
	Sim	47,01	25,66	
MBA	Não	49,14	25,54	0,027 ¹
	Sim	34,25	25,60	
Mestrado	Não	47,67	25,73	0,227 ¹
	Sim	52,99	25,46	
Doutorado	Não	48,06	25,85	0,325 ¹
	Sim	53,79	23,50	
Década de graduação	Década de 1970	41,18	26,56	0,115 ²
	Década de 1980	46,71	27,30	
	Década de 1990	47,55	25,27	
	Década de 2000	47,01	24,75	
	Década de 2010	56,48	24,96	

¹ Teste de Mann-Whitney; ² Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: Dados da pesquisa.

A exemplo das informações demonstradas na Tabela 62, as médias de WFC/ FWC diferem conforme a década em os indivíduos da amostra completaram sua graduação e conforme avançaram para outros níveis de escolaridade após a mesma. Porém somente a escolaridade após a graduação é que é estatisticamente significativa frente ao WFC/ FWC. Sendo assim, os médicos que não fizeram MBA apresentam médias elevadas de conflito. É possível que esse achado seja reflexo do despreparo dos médicos em integrar a gestão pessoal e da carreira ao exercício profissional, o que pode ser superado com a participação em MBA. Sem avançar nos conhecimentos de gestão, os profissionais médicos ficam mais vulneráveis às práticas gerenciais ultrapassadas não raras na carreira médica no Brasil conforme pontuam Kilimnik et al. (2012) e Scheffer et al. (2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou contribuir com os estudos acerca da temática carreira, procurando explorar, mais especificamente, o fenômeno conflito trabalho-família/família-trabalho na carreira médica no Brasil.

Tanto a carreira médica quanto o conflito trabalho-família/família-trabalho são abordagens ainda muito pouco exploradas pela literatura no contexto brasileiro. Contudo, são temas de grande relevância diante de diversos impactos que a carreira dessa categoria vem atravessando a partir das evoluções sociais e do sistema de saúde, do aumento significativo e cumulativo do quantitativo de médicos no país a partir dos anos 2000 e pela perspectiva do aumento da demanda por serviços médicos, em consequência do envelhecimento da população e do progresso nos cuidados em saúde. Além disso, as expressivas mudanças histórico culturais que a sociedade ocidental vem passando desde a década de 1970, repercutem na configuração das carreiras e ocasionam maior interface entre a vida pessoal e profissional dos indivíduos, o que favorece a ocorrência de conflitos.

Assim como assinalado anteriormente, quando as exigências profissionais interferem no desempenho das responsabilidades familiares chamamos de conflito trabalho-família (*work-to-family conflict- WFC*) e quando estas interferem naquelas, usa-se o termo conflito família-trabalho (*family-to-work conflict- FWC*). E adicionalmente, também como já fora mencionado, por estressores entendem-se aqueles fatores que contribuem para que ocorra o conflito e por moderadores, entendem-se aqueles fatores que minimizam esse conflito.

Pode-se afirmar em resposta à pergunta da pesquisa - quais fatores contribuem para a ocorrência e para a moderação de conflito trabalho-família e conflito família-trabalho na carreira médica? - que os dados reforçam a importância das relações pessoais, das relações de trabalho, bem como das práticas de gestão e das condições para o trabalho, na ocorrência de WFC/FWC na carreira médica de profissionais brasileiros.

Inicialmente é importante destacar que as observações evidenciadas ao longo do processo de análise dos dados apontam que quanto maiores forem os estressores no trabalho e ou na família, maior tende a ser o conflito e quanto maior o suporte social nas duas esferas, menor tende a ser o conflito.

Uma vez identificada a ocorrência de WFC/FWC na amostra que subsidiou esta pesquisa, mesmo considerando a bidirecionalidade do constructo, constatou-se que os indivíduos apresentaram, em média, um valor para WFC significativamente maior que o FWC. Pode-se observar ainda que outro importante fator apurado a partir da análise dos dados coletados foi que os estressores a partir da esfera do trabalho impactam mais no WFC do que os estressores a partir da esfera familiar impactam no FWC. Esses dois apontamentos decorrem, possivelmente, de um grande comprometimento que a carreira médica (objeto deste estudo) requer e de que os papéis desempenhados fora do trabalho são mais maleáveis. Além disso, mesmo os estressores de função no trabalho sendo presentes em nível mediano, são significativamente maiores que os estressores de função na família nesta amostra. Dessa maneira, fica evidente o quanto as pressões geradas pelo trabalho sobre o profissional médico impactam na vida pessoal desses indivíduos, o que reforça a relevância de se estudar os fatores intervenientes dessa dinâmica.

Para se chegar a essa evidência, foram definidos, com base na literatura e na pesquisa empreendida, alguns parâmetros que indicaram como antecedentes que contribuem para a ocorrência de WFC/ FWC no âmbito do trabalho, a carga horária extensa, relações de trabalho difíceis ou instáveis, condições de trabalho inadequadas relativas ao ambiente físico e restrição de recursos técnicos, tarefas estressantes inerentes à profissão, além de dificuldades relacionais seja com a equipe multidisciplinar ou funcionários ou pacientes incluindo o questionamento de condutas. Sendo assim, o enfrentamento de limitações técnicas e socioeconômicas no processo saúde-doença, as expectativas dos pacientes cada vez mais sob influência das tecnologias de informação e comunicação e a falta de políticas de gestão de carreira, exercem forte influência na busca pelo equilíbrio na carreira dos médicos desta amostra, tal como na literatura.

Ao ser adotada a estratégia de analisar entre os antecedentes ditos estressores, os principais fatores identificados que contribuem para a ocorrência de WFC/FWC na esfera familiar, destacam-se os compromissos de tempo para os cuidados com outros familiares que não filhos/enteados, conflitos com filhos, frustração frente às expectativas pessoais e da família e desalinhamento entre o planejamento de carreira e vida. É interessante notar que, embora a chegada dos filhos contribua para que ocorra FWC, a demanda de outros familiares tem sido cada vez mais relevante denotando o quanto os laços familiares extrapolam a configuração

tradicional do núcleo familiar básico. Ou seja, os dados da pesquisa apontaram para uma mudança na representação das relações familiares. Enquanto a literatura, em grande parte, destaca o essencial papel dos filhos para a configuração familiar, viu-se que há arranjos diversificados, em espaços e organizações familiares peculiares que se modificam em diversas naturezas, seja na composição ou nas relações familiares estabelecidas, o que pode vir a complementar um espaço que antes supostamente só poderia ser ocupado por filhos. Talvez seja necessária uma revisão dessa métrica no sentido de relativizar a presença de filhos como o principal indicador da complexidade da estrutura familiar.

Os achados desta pesquisa corroboraram o modelo conceitual antecedente no qual o apoio social tem um efeito direto sobre os estressores e indireto (amortizando os estressores) sobre o conflito. Seguindo esta lógica descrita, é evidente pensar que quanto maior o suporte social, menor o WFC/FWC. Sendo assim, indivíduos com um sistema de suporte social robusto percebem menos os estressores e conseqüentemente vivenciam menos conflitos. Todavia é indispensável mencionar o quanto o suporte social é multidimensional.

No tocante aos antecedentes referentes ao apoio social que contribuem para a moderação do WFC/FWC na esfera do trabalho, entre os fatores mais significativos que puderam ser entendidos como atenuantes do conflito, destacam-se as práticas e políticas organizacionais tanto fundamentadas no suporte instrumental (flexibilidade de escalas, licenças e remuneração condizente com a função), quanto no suporte informacional (oportunidade de capacitação e treinamento, necessidade de aprimoramento técnico e apoio para seguir protocolos) e no suporte de apreciação (*feedback* e percepção de credibilidade e bom desempenho). Relativo ao apoio emocional, tanto aqueles advindos da organização quanto proveniente dos pares (práticas informais), são importantes moderadores para o WFC/FWC na amostra estudada.

Além dos fatores relacionados à esfera do trabalho, também foram evidenciados, nesta pesquisa, os principais moderadores do WFC/FWC na esfera da família que são o apoio emocional, informacional e de apreciação, através de atitudes do cônjuge, parentes, amigos e funcionários que demonstrem solidariedade, empatia e interesse nos desafios da carreira. Quanto ao apoio instrumental, foi mais relevante a percepção de responsabilização recíproca por meio de partilha de tarefas nos momentos de enfrentamento de dificuldades, do que cotidianamente.

A partir do cruzamento das informações coletadas, a pesquisa comprovou que quanto menor for o apoio social no trabalho, maiores serão os impactos dos estressores de função no trabalho e na família. Realizando o mesmo exercício comparativo entre as médias de apoio social no trabalho e na família, quanto menor for o apoio social na família, maiores são os estressores de função na família. Contudo ficou evidente para a amostra deste estudo, que o apoio social na família não influencia significativamente os estressores de função no trabalho.

Vale ressaltar também, de acordo com o demonstrado ao longo das análises, que o suporte social seja no domínio do trabalho ou da família, teve maior impacto atenuante sobre os estressores na esfera familiar do que na esfera do trabalho, uma vez que, juntos conseguiram explicar 34,5% da variabilidade dos estressores de função na família e 24,3% da variabilidade dos estressores de função no trabalho. Embora, nesta pesquisa, os indivíduos tenham demonstrado tendência a receber maior apoio social na família do que no trabalho, é exatamente o apoio social no trabalho o que consegue amenizar os estressores em ambas as esferas (trabalho/casa).

De todo modo, a visão que fica a partir das informações analisadas é que é muito importante descentralizar a responsabilização dos médicos em equilibrar as diversas demandas a que estão expostos. A equação de carreira não deve ser centralizada apenas nos recursos pessoais de enfrentamento e competências do trabalhador (médico), mas é cabível imaginar que deva ser compartilhada pela formação médica, por melhores práticas de gestão, por políticas públicas e pela participação da sociedade na discussão sobre a nova representação social desse profissional. Portanto, é concebível concluir que a busca pelo equilíbrio da relação trabalho-família não é responsabilidade apenas de quem vive os conflitos, mas deve abranger outros meios.

De acordo com os resultados deste estudo, é possível especular que desde a formação médica, deve-se disponibilizar previsões realistas de mercado e programas de orientação de carreira, sem desconsiderar as necessidades da população. Não se deve, portanto, priorizar apenas o ideário de atuação do egresso. Dessa forma, evitar as informações inconsistentes para que o médico possa planejar sua trajetória profissional sem expectativas irreais e assim promover melhor alinhamento entre as expectativas pessoais e a realidade de mercado, pode contribuir para minimizar as frustrações e conseqüentemente o conflito.

Por parte das organizações e do Estado, estabelecer e seguir teto de remuneração condizente com a tarefa é medida necessária. Mas a discussão não deve girar apenas em torno da renda e sim focalizar também nas mazelas do exercício da profissão. Compete redesenhar as relações de trabalho que sejam sustentáveis a médio e a longo prazo e propiciar condições técnicas de trabalho que sejam adequadas e proporcionais ao desempenho esperado. Além disso, é admissível ponderar que práticas e políticas públicas de médio e de longo prazo podem ser bastante efetivas para atender às necessidades de assistência médica da população e promover a gestão social na saúde. Por exemplo, é plausível conceber que o plano de carreira pública (Carreira de Estado) possa vir a ser um fator atrativo para a opção pela carreira pública e interiorização do médico, tanto quanto outros incentivos e isenções.

Com melhores relações e condições de trabalho é viável cogitar que o médico não precise se dividir entre tantas e diferentes demandas de exercício, o que desencadeia sobrecarga na agenda de trabalho por acumulação de escalas de serviço em ocupações concomitantes, fator que, de acordo com a pesquisa, piora o WFC. Pelo contrário, isso pode possibilitar que esse profissional se dedique com mais tranquilidade a um tipo de atuação com a qual mais se identifique, o que representa uma atitude de carreira mais ajustada à contemporaneidade.

Uma vez pontuada a influência do apoio social no trabalho, é importante também apontar entre as práticas organizacionais de gestão de carreira médica, o necessário *feedback* para que o profissional possa reavaliar seu planejamento frente ao seu desempenho e aos novos desafios ocupacionais, e assim orientar futuros treinamentos e práticas. Ademais, o respaldo técnico e emocional da organização, através de implantação e assistência para seguimento de protocolos, de treinamento continuado, do reconhecimento dos esforços empreendidos pelo médico e do ato de ouvir as suas queixas, são atitudes indispensáveis para aliviarem as pressões diante de problemas na relação médico-paciente ou decorrentes das demandas da assistência clínica ao paciente. Também o apoio interpessoal dos pares amortece as pressões e pode contribuir para a superação das adversidades.

Além do mais, postula-se a flexibilização da escala de maneira a permitir compatibilização com as crescentes demandas na esfera familiar, pois, de acordo com os resultados deste estudo, as demandas de outros familiares se sobrepõem àquelas trazidas pelos filhos. A esse respeito vale mencionar que tendo em vista a maior

expectativa de vida da população e o aumento dos novos arranjos familiares, há a prospectiva de crescentes exigências a partir do âmbito familiar.

É razoável considerar que a atitude de explorar melhor a realidade de carreira para pacientes e familiares é uma forma de readequar a representação social do médico e minimizar pressões psíquicas decorrentes da supervalorização da profissão. Assim, é possível colaborar para que a diminuição do prestígio não recaia sobre a falta de respeito que é outro estressor apontado por este estudo. Para isso, uma alternativa possível seria um esforço compartilhado entre as universidades, o Estado e as entidades de classe, junto à sociedade, visando desmistificar crenças disfuncionais e informações desenraizadas da realidade ocupacional. Em outras palavras, presume-se medida eficaz retirar o foco sobre o tapete vermelho ilusório da carreira médica e expor os aspectos negativos da profissão, para que não recaia apenas sobre o médico a responsabilização pelo sucesso ou insucesso da assistência no processo saúde-doença.

Como contribuição empírica, o presente estudo evidenciou a pertinência em se estudar a carreira médica, conhecer suas características, expectativas e dificuldades vivenciadas pelos profissionais, para identificar tendências e orientar ações voltadas para minimizar os antecedentes dos conflitos (WFC/FWC) e melhor compatibilizar a vida pessoal e profissional. As informações levantadas a respeito da profissão permitem interessantes implicações práticas (empíricas) tanto no âmbito organizacional quanto no pessoal, uma vez que podem auxiliar no debate e no desenvolvimento de práticas de gestão, além de possibilitar o alinhamento das expectativas pessoais e orientar encaminhamentos de carreira (planejamento de carreira) de forma a promover maior bem-estar para os trabalhadores e seus familiares.

Ademais, essa plataforma empírica resultante da pesquisa poderá também melhorar a percepção e a conscientização da situação em que a carreira médica se encontra, de maneira a facilitar o posicionamento pessoal e coletivo que direcione as atitudes futuras.

Quanto à contribuição teórica, o estudo permite explorar diversos aspectos que permeiam a carreira contemporânea, tais como: proatividade do indivíduo e autogestão da carreira redirecionando suas decisões em resposta às mudanças no ambiente e em seus próprios objetivos, necessidade de autoconhecimento para o indivíduo identificar e concentrar-se naquilo que faz de melhor, conjugação de

aspectos objetivos e subjetivos envolvendo o universo do trabalho, busca contínua por aprendizado e capacitação, procura por recursos externos através do cultivo de *networks*, percepção de empregabilidade frente à realidade ambígua e instável repleta de dualidades, estilo de vida sob forte influência da tecnologia e do padrão global de desempenho, maior diversidade de estruturas familiares, aumento da interface entre o trabalho e a vida pessoal.

Este estudo possui, ainda, algumas limitações que devem ser consideradas. As primeiras são as metodológicas como, por exemplo, por tratar-se de estudo seccional não podem ser identificadas relações causais. Além disso, como não foi obtida uma amostra probabilística, os resultados não podem ser estendidos a toda população. Outra limitação metodológica, refere-se ao enriquecimento da compreensão dos fatores levantados pelo presente estudo, que o emprego complementar da abordagem qualitativa poderia trazer, já que muitos fatores podem afetar os sentimentos e a percepção em analisar o WFC/ FWC.

Uma vez que os estressores no domínio do trabalho e da família juntos conseguiram explicar 15% do WFC, o modelo teórico que inspirou esta pesquisa ajuda na compreensão da realidade, contudo fica evidente que existem outros aspectos que não foram contemplados nesse estudo. Esse é um ponto de limitação porque não explorou, por exemplo, os recursos pessoais e as formas de enfrentamento, embasados em características individuais. Entre eles poderíamos citar a resiliência. Portanto, é preciso refletir com cautela sobre os resultados.

Essas limitações podem ser sugestões de agenda futura de novas pesquisas. Além disso, caberia como sugestão explorar outras relações envolvendo WFC/FWC na carreira médica, tais como reflexos do fenômeno na motivação e satisfação com o trabalho, no desempenho e nos resultados esperados, bem como identificação das particularidades do WFC/FWC e seus antecedentes entre diferentes especialidades.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, C.V.N. & Bastos, A.V.B. (2013) Tradução, adaptação e evidências de validade para a medida de Conflito trabalho-família Avaliação Psicológica, v. 12, n.2, pp. 203-212.
- Almeida, C.C. (2009, junho) Do mosteiro à universidade. *Aedos: revista do corpo discente do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS*, v.2, n.2, pp. 36-55. Porto Alegre.
- Andrade, G.A.; Kilimnik, Z.M. & Pardini, D.J. (2011, setembro-dezembro) Carreira tradicional versus carreira autodirigida ou proteana: um estudo comparativo sobre a satisfação com a carreira, a profissão e o trabalho. *Revista de Ciências da Administração*, v.13, n. 31, pp.58-80.
- American Psychological Association (2012). Manual de publicação da American Psychological Association. (6ª. ed.). Porto Alegre: Penso.
- Arthur, M.B.; Claman, P.H. & DeFillippi, R.J. (1995) Intelligent enterprise, intelligent career. *Academy of Management Executive*, v. 9, n. 4, pp. 7-22.
- Assad, J.E. (2011). Relação médico-paciente no final do século XX. [Artigo]. *Portal Médico*. Recuperado a partir de www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etico/11.htm. (Acesso em 07/12/2015)
- Babbie, E. (1999) *Métodos de pesquisa de Survey/ Earl Babbie*. (2nd.ed.) (G. Cezarino, trad.) Belo Horizonte: UFMG.
- Bosi, M.L.M. (1994, out./dec.) Citizenship, Community Participation, and Health As Seen by Health Care Professionals: A Case Study in Public Health Services. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.10, n.4, pp. 446-456, Rio de Janeiro. *Online version* ISSN 1678-4464 Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400004>
- Brasil. (2013) Lei 12.871 de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Recuperado a partir de <http://maismedicos.gov.br/> (Acesso em 30/03/16)
- Brasil. (2016) (<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica> Acesso em 27/09/16)
- Briscoe, J.P.; Hall, D.T. & DeMuth, R.L.F. (2006) Protean and boundaryless careers: an empirical exploration. *Journal of Vocational Behavior*, v.69, pp. 30-47.
- Bruschini, M.C.A. (2007, setembro-dezembro) Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 132, pp.537-572.

- Byron, K. (2005) A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, v.67, pp. 169-198.
- Cabrera, E.F. (2007) "Opting out and opting in: understanding the complexities of women's career transitions", *Career Development International*, v. 12, n.: 3, pp.218 – 237.
- Carlson, D.S. & Perrewé, P.L. (1999) The role of social support in the stressor-strain relationship: An examination of work-family conflict. *Journal of Management*, v.25, pp. 513-540.
- Carvalho Neto, A.; Tanure, B. & Andrade, J. (2010, janeiro-junho) Executivas: carreira, maternidade, amores e preconceitos. *RAE-eletrônica*, v.9, n.1, art.3.
- Cavalcante Neto, P.G.; Lira, G.V. & Miranda, A.S. (2009, abril/junho) Interesse dos estudantes pela medicina de família: estado da questão e agenda de pesquisa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n.2, pp. 198-204. Rio de Janeiro.
- Chanlat, J.F. (1995, novembro/dezembro) Quais carreiras e para qual sociedade? (I) *RAE- Revista de administração e Empresas*, v.35, n.6, pp.67-75. São Paulo.
- Chanlat, J.F. (1996, janeiro-fevereiro-março) Quais carreiras e para qual sociedade? (II) *RAE- Revista de administração e Empresas*, v.36, n.1, pp.13-20. São Paulo.
- Cherpas, C.C. (1985, junho) Dual-career families: terminology, typologies, and work and family issues. *Journal of Counseling and development*, v. 63, pp. 616-620
- Chin, W.W. (2010) How to write up and report PLS analyses. In *Handbook of Partial Least Squares*. Eds. Esposito, V.V. Chin, W.W. Henseler, J. & Wang, H., pp. 655–690. Springer Berlin Heidelberg
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). (2011) Resolução CFM nº1974/2011. Brasília: CFM. Recuperado a partir de http://www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2011/1974_2011.htm (Acesso em 12/09/2015).
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). (2015) Resolução CFM nº2126/2015. Brasília: CFM. Recuperado a partir de http://www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2015/2126_2015.htm (Acesso em 12/09/2015).
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). (2015) Resolução CFM nº2133/2015. Brasília: CFM. Recuperado a partir de http://www.portalmedico.org.br/resoluções/CFM/2015/2133_2015.htm (Acesso em 12/09/2015).
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). (2016). Estatística. Brasília:CFM. Recuperado a partir de http://portal.cfm.org.br/?option=com_estatistica. (Acesso em 07/06/2016).

- DeVellis, R.F. (1991). Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Duarte, M.F. & Silva, A.L. (2013, novembro-dezembro) A reconstrução da carreira em ambientes de trabalho em transformação. *O&S (Organizações & Sociedade)*, v.20, n.67, pp. 699-715. Salvador.
- Duarte, M.F. & Silva, A.L. (2015, janeiro-abril) Liquidez e reflexividade na noção contemporânea de carreira. *Gestão & Planejamento*, v.16, pp. 44-57. Salvador.
- Evans, P. (1996, julho-agosto-setembro) Carreira, sucesso e qualidade de vida. *RAE-Revista de administração e Empresas*, v.36, n.3, pp. 14-22. São Paulo.
- Evans, P. & Bartolomé, F. (1984, January). The changing pictures of the relationship between career and family. *Journal of Organizational Behavior*, v.5, n.1, pp. 9-21.
- Fadigas, A.M.; Souza, E.A.F. & Blerrenbach M.I.R.S. (1996) Toda nudez será castigada. *ERALight/ EAESP/ FGV*, v.3, n.2, pp.12-14. São Paulo.
- Ferreira, M.A.A. & Dutra, J. (2013, Jan/Fev/Mar/Abril) Trajetória de carreira: a pessoa e a carreira em uma visão contextualista. *ReCaPe- Revista de Carreiras e Pessoas*, v.03 n.01, pp. 38-49. São Paulo.
- Ferreira, R.A.; Peret Filho, L.A.; Goulart, M.M.A. & Valadão, E.M.A. (2000) O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 46, n. 3, pp. 224-231.
- Fiorotti, K.P.; Rossoni, R.R. & Miranda, A.E. (2010, jul-set) Perfil do estudante de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n.3, pp. 355-362.
- Fonseca, E.P. (2011, 22 de abril) Construção da consciência sanitária. Recuperado a partir de: <http://www.webartigos.com/artigos/costrucao-da-consciencia-sanitaria/64466/#ixzz4UNHWDrlp>.
- Ford, M.T.; Heinen, B.A. & Langkamer, K.L. (2007) Work and family satisfaction and conflict: a meta-analysis of cross-domain relations. *Journal of Applied Psychology*, v. 92, pp.57-80.
- Fornell, C. & Larcker, D.F. (1981, February) Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, v.18, n.1, pp. 39-50.
- Frone, M.R.; Russell, M. & Cooper, M.L. (1992) Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface. *Journal of Applied Psychology*, v. 77, n. 1, pp.65-78.
- Gjerberg, E. (2002) Gender similarities in doctor's preference- and gender differences in final specialization. *Social Science & Medicine*, n. 54, pp. 591- 605.

- Gjerberg, E. (2003) Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Social Science & Medicine*, n. 57, pp. 1327- 1341.
- Goldani, A.M. (1998, dezembro) Arranjos familiares no Brasil dos anos 90. In Como vai a população brasileira. Brasil. IPEA, ano 3, n.3, pp.14-23.
- Goldani, A.M. (2002, janeiro-junho) Família, gênero e políticas:famílias brasileiras nos anos 90.*Revistas de Estudo da População*, v.19, n.1, pp. 29-48.
- Goulão, S.I.S. (2013). *Os valores de vida e o conflito trabalho-família/ família-trabalho: um estudo com trabalhadores*. (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Gestão, Departamento de mestrados, Lisboa.
- Gramacho, P.C.V.G.(2012). *Conflito trabalho-família: importância das horas de trabalho e relação com o burnout e o engagement*.(Dissertação de mestrado) Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Greenhaus, J.H. & Beutell, N.J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*,v. 10, n. 1, pp.76-88.
- Hair Jr., J.F.; Black, W.C.; Babin, B.J.; Anderson, R.E. & Tatham, R. L. (2009) *Análise multivariada de dados/ Joseph F Hair Jr ... [et al.]*. (6th.ed.). (A. S. Sant'Anna, trad.; M. A. Gouvêa, rev.técnica). Porto Alegre: Bookman.
- Hair Jr., J.F.; Hult, G.T. M.; Ringle, C., & Sarstedt, M. (2014) A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). Sage Publications.
- Hall, D. T. Protean careers of the 21st century. *Academy of Management Executive*, v.10, n. 4, p. 8-16, 1996.
- Hall, D. T. The protean career, a quarter-century journey. *Journal of Vocational Rehabilitation*, v. 65, n. 1, p. 1-13, 2004.
- Henseler, J.; Ringle, C.M. & Sinkovics, R.R. (2009) The use of Partial Least Squares Path Modeling in international marketing, in Rudolf R. Sinkovics, Pervez N. Ghauri (ed.) *New Challenges to International Marketing (Advances in International Marketing)*, v.20, pp.277 – 319.
- Henseler, J. & Sarstedt, M. (2012) Goodness-of-fit indices for partial least squares path modeling.*Computational Statistics*, v. 28, n. 2, p. 565-580.
- Hollander, M. & Wolfe, D.A. (1999, January) *Nonparametric Statistical Methods*. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, v.30, n.2, pp. 179-185
- Howell, L. P.; Beckett, L. A.; Nettiksimmons, J. & Villablanca,A. C. (2012, july) Generational and gender perspectives on career flexibility: ensuring the faculty workforce of the future. *The American Journal of Medicine*, v. 125, pp.719-728.

- IBGE. Censo demográfico de 2010. Brasília (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Recuperado a partir de: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados> (Acesso em: 09/09/2016).
- IBGE. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro (2012, outubro). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Recuperado a partir de: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010435610212012563616217748.pdf>.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. (IESS) Brasília. Recuperado a partir de <http://www.iess.org.br/>. [Acesso em 30/03/16]
- Kaba, R. & Sooriakumaran, P. (2007) The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, n.5, pp. 57-65.
- Kilimnik, Z.M.; Bicalho, R.F.S.; Oliveira, L.C.V. & Mucci, C.B.M.R. (2012, setembro-dezembro) Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto-atendimento de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Gestão e planejamento*, v.12, n.3, pp. 668-693. Salvador.
- Lacerda, A.; Massignan, A.G.; Vinholi, A. & Simões, J.C. (2012, julho-setembro) Reflexão crítica sobre o mercado de trabalho dos médicos no Brasil. *Rev. Med. Res.*, v.14, n.3, p.193-199. Curitiba.
- Lacombe, B.M.B. & Chu, R. (2005). Carreiras sem fronteiras: investigando a carreira do professor universitário em administração de empresas no Brasil. In *Anais, XXIX EnANPAD*, pp.1-16. Brasília.
- Lourenco, C.D.S., Ferreira, P.A. & Brito, M.J. (2013, janeiro-junho) O significado do trabalho para uma executiva: a dicotomia prazer e sofrimento. *Organizações em contexto*, v.9, n.17. São Bernardo do Campo.
- Mache, S.; Bernburg, M.; Vitzthum, K.; Groneberg, D.A.; Klapp, B.F. & Danzer, G. (2015) Managing work–family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors. *BMJ Open*, v.5, pp.1-9.
- Merhy, E.E. (2000, fevereiro) Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.6, n.6, pp.109-116. Botucatu. Recuperado a partir de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>.
- Merhy, E.E. & Onocko, R. (1997). Agir em saúde: um desafio para o público. (pp.2-63) São Paulo: HUCITEC.
- Michel, J.S.; Mitchelson, J.K.; Pichler, S. & Cullen, K.L. (2010) Clarifying relationships among work and family social support, stressors, and work–family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, v. 76, pp. 91-104.

- Millan, L.R.; Azevedo, R.; Rossi, E.; Marco, O.L.N.; Millan, M.P.B. & Arruda, P.C.V. (2005) What is behind a student's choice for becoming a doctor? *Clinics*, v. 60, n. 2, pp.143-150.
- Mingoti, S.A. (2005). Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: UFMG
- Ministério da Saúde (2006) Diretrizes Estratégicas. Recuperado a partir de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>. (Acesso em: 30/03/2016).
- Monecke, A. & Leisch, F. (2012) semPLS: Structural Equation Modeling using Partial Least Squares. *Journal of Statistical Software*, v. 48, n. 3, pp. 1–32.
- Montagner, M.I. & Montagner, M.A. (2010, abril-junho) Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: vozes singulares e imagens coletivas. *História, Ciências, Saúde*, v.17, n.2, pp.379-397.Rio de Janeiro
- Netemeyer, R. G.; Boles, J. S. & McMurrian, R. (1996). Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400-410.
- Nomura, K. & Gohchi, K. (2012). Impact of gender- based career obstacles on the working status of women physicians in Japan. *Social Science & Medicine*, n.75, pp. 1612-1616.
- Nunnaly J.C. & Bernstein I.H. (1994) *Psychometric Theory*, 3th ed. New York: McGraw-Hill.
- O'Connell, L., Betz, M. & Kurth, S. (1989) Plans of balancing work and family life: do women pursuing nontraditional and traditional occupations differ? *Sex Roles*, v. 20, nº 1/2.
- Oliveira, R.S. (2015, maio) Especialidades médicas e relação médico-paciente. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17528> (Acesso em 01/09/16)
- Oliveira, L.B.; Cavazotte, F.S.C.N. & Paciello, R.R. (2013, julho-agosto) Antecedentes e consequências dos conflitos entre trabalho e família. *RAC – Revista de Administração Contemporânea*, v. 17, n. 4, pp. 418-437. Rio de Janeiro
- Oliveira, M.A.C. & Egry, E.Y. (2000, março) A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 34, pp.9-15. São Paulo.
- Oliveira,L.C.V.; Kilimnik, Z.M. & Oliveira, R.P.(2013, maio/agosto) Da gerência para a docência: metáforas do discurso de transição. *REAd*, ed. 75, n. 2, pp. 301-329 Porto Alegre.
- Olsen, W. (2015) Coleta de dados: debates e métodos fundamentais em pesquisa social/Wendy Olsen (D. Bueno, trad.; D. Silva, ver. Técnica) Porto Alegre: Penso.

- Paula, V.V. (2013, junho) A saúde dos executivos – um estudo do estresse na atividade gerencial. In *Anais*, IX Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Rio de Janeiro.
- Pereira, C.M. e S. & Schimansk, E. (2013). Família, gênero e novas configurações familiares: um olhar sobre a mulher e a condição de pobreza. *Revista Magistro. (UNIGRANRIO)*, v. 8, n.2, pp.163-179.
- Pereira, L.Z. & Zille, G.P. (2010, janeiro-abril) O estresse no trabalho uma análise teórica de seus conceitos e suas inter-relações. *Revista Gestão e Sociedade CEPEAD/UFMG*, v. 4, nº 7.
- Póinhos, R. (2011, novembro-dezembro). Viés de gênero na medicina. *Acta Medica Portuguesa*, v. 24, n. 6, pp.975-986.
- Portes, L.F.; Portes, M.F. & Orlowski, R.B. (2001) Serviço social, educação e família: possibilidades, desafios e mediações no cotidiano. *Olhar de Professor*, v.4, n.1, pp. 155-170. Ponta Grossa: UEPG
- Póvoa, L. & Andrade, M.V. (2006, agosto) Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Caderno Saúde Pública*, v.22, n. 8, pp. 1555-1564. Rio de Janeiro.
- Riska, E. (2001) Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Social Science and Medicine*, n. 52, pp.179-187.
- Riska, E. (2011). Gender and medical careers. *Maturitas*, n.68, pp. 264- 267.
- Samsinar, M.S.; Sambasivan, M. & Ismail, I. (2010) Relationship between work-family conflict and quality of life An investigation into the role of social support.. *Journal of Managerial Psychology*, v. 25, n. 1, pp. 58-81.
- Sanchez, G. (2013, January) PLS path modeling with R. *Berkeley: Trowchez Editions*.
- Santos, H.B. & Casado, T. (2011) O Tradicional reconfigurado: a proposta de um modelo para casais de dupla carreira. In: *Anais, XXXV EnANPAD*. Rio de Janeiro.
- Santos, H. B. (2013) Casa e carreira: qual o preço da escolha? um estudo sobre os prós e contras na relação do casal contemporâneo brasileiro. In *Anais, XXXVII EnANPAD*. Rio de Janeiro.
- Santos, H. B. (2015, setembro) Casamento, casa e carreira: agora quem fala são as organizações. In *Anais, XXXIX EnANPAD*. Belo Horizonte.
- Santos, J.V. & Gonçalves, G. (2013/2014) Contribuição para a Adaptação Portuguesa das Escalas de conflito trabalho-família e conflito família-trabalho. *Revista E-PSI - Revista Eletrônica de Psicologia, Educação e Saúde*, ano 3, v.2, pp.14-30. Recuperado a partir de <http://www.epsi-revista.webnode.pt>

- Santos, T. S. (2010) *Carreira profissional e gênero: trajetória de homens e mulheres na medicina*. Porto Alegre: UFRGS.
- Scheffer, M.; Biancarelli, A. & Cassenote, A. (2015) *Demografia Médica no Brasil 2015*. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015.
- Serva, M. & Ferreira, J. (2004) O fenômeno *workaholic* na gestão de empresas. In *Anais, XXVIII EnANPAD*. Curitiba.
- Silva, J.S. (2004) A Influência dos Meios de Comunicação Social na Problemática da Escolha Profissional: o que isso Suscita à Psicologia no Campo da Orientação Vocacional/Profissional? *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (4), pp. 60-67.
- Silva, R.C.; Dias, C.A.F.; Silva, M. T. G.; Krakauer, P. V.C. & Marinho, B.L. (2011, setembro) Carreiras: Novas ou tradicionais? Um estudo com profissionais brasileiros. In *Anais, XXXV EnANPAD*, pp. 1- 16. Rio de Janeiro.
- Smaili, S.S. (2009, outubro) Os árabes e suas contribuições para ciência e medicina. Recuperado a partir de www.icarabe.org/artigos/os-arabes-e-suas-contribuicoes-para-a-ciencia-e-medicina (acessado em 23/03/2016)
- Soares, D.H.P.; Sestren, G. & Ehlke, S.B. (2002, maio-agosto) A influência da percepção dos jovens sobre o mercado de trabalho na escolha profissional. *Contrapontos - ano 2 - n. 5 - p. 253-265 – Itajaí-SC*.
- Sullivan, S. E. & Arthur, M. B. (2006) The evolution of the boundaryless career concept. *Journal of Vocational Behavior*, v. 69, n. 1, pp. 19-29.
- Tanure, B.; Carvalho Neto, A. & Andrade, J. O. (2006) A Super Executiva às voltas com carreira, relógio biológico, maternidade, amores e preconceitos. In: *Anais, XXX EnANPAD*. Salvador.
- Tayfur, O. & Arslan, M. (2013) The role of lack of reciprocity, supervisory support, workload, and work- family conflict on exhaustion: evidence from physicians. *Psychology, Health & Medicine*, v.18, n.5, pp.564- 575.
- Tenenhaus, M.; Vinzi, V.E.; Chatelin, Y. & Lauro, C. (2005) PLS Path Modeling. *Computational Statistics & Data Analysis*, v. 48, pp.159-205.
- Tieppo, C.E.S.; Gomes, D.F.N.; Sala, O.T.M. & Trevisan, L.N. (2010) Seriam as âncoras de carreira aderentes às carreiras inteligentes? Um estudo comparativo entre alunos formandos de um curso de administração de empresas e de hotelaria e turismo. In: *Anais, XXXIV EnANPAD*. Rio de Janeiro (RJ).
- Tonon, L. & Grisci, C.L.I. (2015, janeiro-fevereiro) Gestão gerencialista e estilos de vida de executivos. *RAM – Revista Adm. Mackenzie*, 16(1), pp.15-39, São Paulo.

- Tsugawa, Y.; Jena, A.B.; Figueroa, J.F.; Orav, E.J.; Blumenthal, D. M. & Jha, A.K. (December 19, 2016) Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Internal Medicine*.doi:10.1001/jamainternmed.2016.7875 Published online. Copyright 2016 American Medical Association. All rights reserved. Recuperado a partir de <http://jamanetwork.com/>
- Van Daalen, G.; Willemsen, T. M. & Sanders, K. (2006) Reducing work–family conflict through different sources of social support. *Journal of Vocational Behavior*, v. 69, pp. 462–476.
- Villa, S.B. (2012, dezembro) Os formatos familiares contemporâneos: transformações demográficas. *Observatorium: Revista Eletrônica de Geografia*, v.4, n.12, pp. 02-26.
- Wang, C. & Sweetman, A. (2013, junho) Gender, family status and hysician labour suply. *Social Science & Medicine*, v.94, pp. 17-25.

APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

N.º Registro CEP: CAAE 56292616.6.0000.5137

Título do Projeto: Conflito trabalho-família na carreira médica

Prezado (a) Sr(a),

você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem o propósito de mapear e descrever aspectos que colaboram ou que dificultam o alinhamento entre a vida pessoal e profissional na carreira médica no Brasil. Para tanto, gostaríamos de convidá-lo(a) a responder as questões, pensando em suas experiências pessoais de carreira.

Você foi selecionado(a) porque possui registro junto ao Conselho Regional de Medicina da Unidade Federativa onde atua e portanto está apto ao exercício profissional.

A sua participação neste estudo consiste em responder ao questionário via web em um único momento, tendo uma duração estimada de vinte minutos. As entrevistas serão ANÔNIMAS, portanto, não existe qualquer possibilidade de que haja identificação do (a) entrevistado (a) durante a transcrição dos dados ou quando da apresentação dos resultados. Todas as suas respostas serão consideradas confidenciais e somente visualizadas em conjunto com todos os respondentes.

Esclarecemos que se trata de uma pesquisa de natureza puramente acadêmica, sendo que as informações serão utilizadas apenas para esse fim. Suas respostas individuais serão mantidas em sigilo absoluto, pois os dados serão analisados em termos globais, não sendo necessário assinar o questionário. Em publicação científica ou educativa, os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

Sua participação tem um caráter voluntário, e, conseqüentemente, não haverá pagamento por participar desse estudo. Em contrapartida, você também não terá nenhum gasto. Por se tratar de coleta de informações de caráter voluntário, informamos que esta pesquisa não oferece riscos físicos ou psicológicos. Afirmamos, ainda, que, independentemente de uma resposta de aceitação ou discordância em participar, você não sofrerá nenhuma represália moral e/ou constrangimento pessoal.

Caso você não concorde em responder ao questionário, ou em colaborar em qualquer outro momento, mesmo que inicialmente tenha aceitado participar, você poderá voltar atrás em sua decisão, sem nenhum prejuízo. Sendo assim, você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Ao finalizar o questionário você assume que está esclarecido (a) e concorda com os termos aqui expostos.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável por tempo indeterminado, junto ao Programa de Pós Graduação em Administração da PUC Minas.

Sua participação e cooperação são de muita importância para a concretização do estudo. O desenvolvimento e a publicação dos resultados da pesquisa resultarão em benefícios, uma vez que propiciarão um maior conhecimento acerca de aspectos relacionados à carreira médica no Brasil.

Em caso de dúvidas ou sugestões, fique à vontade para entrar em contato com a coordenadora da pesquisa pelo email: danielacmtameirao@gmail.com, ou pelo telefone 31-3319-4957 (secretaria do Programa de Pós Graduação em Administração da PUC Minas (PPGA/PUCMinas)).

Tendo ficado esclarecido tanto o objetivo da pesquisa como a confidencialidade das informações e a garantia de manutenção dos meus direitos, para dar meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo, declaro que: (será fornecido link para a opção escolhida)

Aceito participar da pesquisa, portanto, aceito responder ao questionário. (constará o link para concordância com o TCLE e a seguir o link para o questionário)

Não aceito participar da pesquisa. (constará o link para a discordância com o TCLE e agradecimento pela atenção)

Pesquisador responsável:

Daniela Cristina Machado Tameirão- CRM-MG: 26583

Especialista em Ginecologia e Obstetrícia/ Mestranda do PPGA/PUC Minas-

Avenida Itaú, 525-Prédio Redentoristas- Bairro Dom Cabral

CEP: 30535-015-Belo Horizonte-Brasil

Fone:(31) 3319-4957.

APÊNDICE B – Questionário

Q0 – Em qual situação você se enquadra no momento?

- Sou estudante de medicina
- Sou médico(a) cursando residência
- Sou médico(a) e não estou cursando residência

Q1 – Qual a sua idade?

- Lista 21 à 81+

Q2 – Qual seu sexo?

- Feminino
- Masculino

Q3 – Marque tantas opções quanto considerar verdadeiras:

- As demandas do meu trabalho interferem na minha vida familiar
- Devido à quantidade de tempo que dedico ao trabalho, tenho dificuldade em cumprir minhas responsabilidades familiares
- Por causa das demandas do meu trabalho, não consigo fazer coisas que quero em casa
- As pressões geradas pelo meu trabalho tornam difícil fazer mudanças nos meus planos para atividades familiares
- Em função do meu trabalho, eu tenho que fazer mudanças nos meus planos familiares
- As demandas da minha família interferem nas minhas atividades de trabalho
- Eu preciso adiar atividades de trabalho por causa das demandas que surgem no meu tempo em casa
- Por causa das demandas de minha família, não consigo fazer as coisas que preciso no trabalho
- Minha vida doméstica interfere nas minhas responsabilidades no trabalho (como chegar no horário, cumprir as tarefas e a jornada de trabalho)
- As pressões geradas pela minha família interferem no meu desempenho no trabalho

Q4 – Em que grau as situações causam transtorno em sua vida profissional (em qualquer de suas formas de exercício profissional)?

(Opções: Muito transtorno/ Pouco transtorno ou transtorno de pouca relevância/ Não me causa transtorno/ Não se aplica ou não vivencio isso)

- Dificuldades com empregador
- Instabilidade das relações trabalhistas
- Ausência de licenças remuneradas e não remuneradas para cuidar da vida pessoal (ex.: maternidade, levar familiares próximos ao médico, aprimoramento acadêmico)
- Falta de flexibilidade para remanejar escala de trabalho/férias
- Carga horária extensa
- Ambiente físico inadequado à tarefa de trabalho
- Pouca disponibilidade de recursos técnicos
- Tarefas estressantes no trabalho com alta intensidade de emoções tais como sensação de grande responsabilidade, lidar com pacientes graves e com evoluções negativas, superexposição ao risco de morte, violência
- Muitas tarefas burocráticas
- Aumento da informatização da prática médica
- Falta de autonomia no exercício da medicina
- Dificuldades com colegas da equipe médica
- Dificuldades com a equipe multidisciplinar
- Dificuldades com funcionários
- Rotatividade de médicos e/ou outros membros da equipe
- Pouco tempo disponibilizado para atender o paciente
- Dificuldades na relação com pacientes (falta de respeito, fala agressiva, pressão por parte dos familiares do paciente)
- Questionamentos sobre sua conduta (tanto por parte dos pacientes e familiares deles quanto por parte de outros membros da equipe)
- Dificuldade em lidar com suas expectativas pessoais
- Dificuldade em lidar com sentimento de impotência (evoluções negativas ou frustrantes)
- Dificuldades em lidar com as expectativas da equipe multidisciplinar
- Baixa remuneração

- Enfrentamento de processos judiciais
- Falta de tempo para a família e amigos
- Desalinhamento com o próprio planejamento de carreira e de vida
- Pouca oportunidade de capacitação e treinamento
- Necessidade de aprimoramento técnico (manutenção da certificação requerida)
- Dificuldade e/ou inabilidade em adotar condutas técnicas em conformidade com recomendações atuais (*guidelines/ protocolos/ etc*)

Q5 – Quais afirmativas seguintes representam a sua realidade no que se refere ao apoio que recebe por parte da maioria de seus colegas de trabalho?

- Conto com o apoio técnico em tempo real por parte de meus colegas em momentos de dificuldades na prática médica (auxílio na execução de procedimentos, discussão dos casos clínicos, remanejamento de escala de trabalho)
- Conto com o incentivo emocional por parte de meus colegas em minhas iniciativas e projetos profissionais
- Percebo solidariedade por parte de meus colegas em momentos de dificuldades em meu exercício profissional
- Meus colegas de trabalho me fornecem informações técnicas relevantes para melhorar meu desempenho profissional
- Meus colegas de trabalho me dão informações ou conselhos relevantes para a autoavaliação de meu comportamento no ambiente de trabalho/ minha postura profissional
- Posso dizer que alguns colegas são verdadeiros tutores de minha vida profissional, pois contribuem com conselhos, informações e sugestões
- Percebo que tenho credibilidade junto aos meus colegas de trabalho
- O tipo mais provável de *feedback* que recebo de meus colegas são críticas negativas
- Percebo que meus colegas avaliam mal meu desempenho profissional
- Não percebo apoio por parte de meus colegas de trabalho

Q6 – Você reside com seu PAR AMOROSO atualmente?

Considere PAR AMOROSO como a pessoa com quem você tenha estabelecido uma relação amorosa duradoura – cônjuge, noivo (a), namorado (a), etc.

- Sim
- Não, mas já residi com um par amoroso por mais de 6 meses
- Não, até o momento não residi com nenhum par amoroso

Q7 – Qual a jornada de trabalho do seu par amoroso?

A resposta foi 'sim' na questão '9 [Q06]' (Você reside com seu PAR AMOROSO atualmente?)

- Integral (com jornada de trabalho de 8 ou mais horas por dia)
- Parcial (com jornadas de 4 a 6 horas por dia)
- Por turnos alternados de 4,6,8 ou 12 horas de trabalho
- Não se aplica
- Outro (especifique)

Q8 – Seu par amoroso tem a mesma profissão que você?

A resposta foi 'sim' na questão '9 [Q06]' (Você reside com seu PAR AMOROSO atualmente?)

- Sim
- Não

Q9 – Caso você tenha desfeito casamento ou ESTADO MARITAL prévio, sua dedicação às atividades profissionais influenciou a separação conjugal?

Entenda ESTADO MARITAL como coabitar com seu par amoroso por mais de 6 meses.

- Sim
- Não
- Não se aplica

Q10 – A separação conjugal afetou suas decisões de carreira?

A resposta foi 'sim' na questão '12 [Q07]' (Caso você tenha desfeito casamento ou ESTADO MARITAL prévio, sua dedicação às atividades profissionais influenciou a separação conjugal?)

- Não
- Sim, positivamente (pude me dedicar melhor à carreira)
- Sim, negativamente (passei a ter menos tempo e energia disponíveis para minha carreira)
- Não se aplica

Q11 – A separação conjugal afetou sua dedicação a atividades ligadas ao lar?

A resposta foi 'sim' na questão '12 [Q07]' (Caso você tenha desfeito casamento ou ESTADO MARITAL prévio, sua dedicação às atividades profissionais influenciou a separação conjugal?)

- Não
- Sim, positivamente (passei a ter menos demanda a partir do meu ambiente doméstico)
- Sim, negativamente (passei a ter que dispor de mais tempo e energia para assumir tarefas ligadas ao lar)
- Não se aplica

Q12 – Você possui filhos biológicos e/ou adotivos?

- Sim
- Não
- Estou grávida/ minha parceira está grávida

Q13 – Por causa de sua dedicação à carreira, você protelou a decisão de ter filhos?

- Sim
- Não
- Não se aplica

Q14 – Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem?

A resposta foi na questão '15 [Q08]' (Você possui filhos biológicos e/ou adotivos?)

- Lista 1 à 8 filhos

Q15 - A resposta foi na questão '15 [Q08]' (Você possui filhos biológicos e/ou adotivos?)

- Idade de cada filho

Q16 – Aproximadamente quanto tempo por dia você se dedica aos cuidados com seus filhos biológicos e/ou adotivos, quando eles estão acordados?

A resposta foi na questão '15 [Q08]' (Você possui filhos biológicos e/ou adotivos?)

- Até 1 hora
- 1 a 2 horas
- 2 a 4 horas
- 5 horas ou mais

Q17 – A chegada dos filhos afetou as suas decisões de carreira?

- Não
- Sim, positivamente (melhorou minha motivação e produtividade no exercício profissional)
- Sim, negativamente (passei a ter menos energia para me dedicar ao exercício profissional)

Q18 - Você possui enteados (filhos do seu par amoroso)?

- Sim
- Não

Q19 – Quantos enteados você tem?

A resposta foi 'sim' na questão '21 [Q12]' (Você possui enteados (filhos do seu par amoroso)?)

- Lista 1 à 8 ou mais

Q20 – Quantos dias por semana seus enteados moram com você?

A resposta foi 'sim' na questão '21 [Q12]' (Você possui enteados (filhos do seu par amoroso)?)

- Nenhum dia
- 1 a 2 dias
- 3 a 5 dias
- Todos os dias da semana
- Somente nos fins de semana

Q21 – Quanto tempo você dedica aos cuidados com eles?

A resposta foi 'sim' na questão '21 [Q12]' (Você possui enteados (filhos do seu par amoroso)?) e a resposta foi 'somente nos fins de semana' ou '1 a 2 dias' ou '3 a 5 dias' ou 'todos os dias da semana' na questão '23 [Q12S2]' (Quantos dias por semana seus enteados moram com você?)

- Até 1 hora/dia
- 1 a 2 horas/dia
- 2 a 4 horas/dia
- 5 horas/dia ou mais

Q22 – Aproximadamente quanto tempo por dia o seu par amoroso decida aos cuidados com os seus filhos ou enteados, enquanto eles estão acordados?

A resposta foi 'sim' na questão '21 [Q12]' (Você possui enteados (filhos do seu par amoroso)?)

- Até 1 hora/dia
- 1 a 2 horas/dia
- 2 a 4 horas/dia
- 5 horas/dia ou mais

Q23 – Aproximadamente quantos dias por semana você se dedica aos CUIDADOS com SEUS PAIS ou OUTROS FAMILIARES (sogros, netos, tios, avós, irmãos, cunhados, noras ou genros) mesmo os que não residem com você?

Entenda por CUIDADOS os compromissos necessários para transporte, higiene, alimentação, acompanhamento a compromissos, etc.

- Nenhum dia (meus familiares não demandam compromissos de tempo comigo)
- 1 a 2 dias
- 3 a 5 dias
- Todos os dias da semana
- Somente nos fins de semana

Q24 - Aproximadamente quanto tempo você se dedica aos CUIDADOS com SEUS PAIS ou OUTROS FAMILIARES (sogros, netos, tios, avós, irmãos, cunhados, noras ou genros) mesmo os que não residem com você?

A resposta foi 'somente nos fins de semana' ou '1 a 2 dias' ou '3 a 5 dias' ou 'todos os dias da semana' na questão '26 [Q13]' (Aproximadamente quantos dias por semana você se dedica aos CUIDADOS com SEUS PAIS ou OUTROS FAMILIARES (sogros, netos, tios, avós, irmãos, cunhados, noras ou genros) mesmo os que não residem com você?)

Entenda por CUIDADOS os compromissos necessários para transporte, higiene, alimentação, acompanhamento a compromissos, etc.

- Até 1 hora/dia
- 1 a 2 horas/dia
- 2 a 4 horas/dia
- 5 horas/dia ou mais

Q25 - Entre as afirmativas a seguir, qual melhor representa a sua realidade no que se refere aos cuidados com seu lar?

Se você escolher 'outro (especifique)' por favor, especifique a sua escolha no campo de texto.

- Faço diretamente todas as atividades do lar
- Faço diretamente a maior parte das atividades do lar, tendo ajuda significativa do meu par amoroso
- Faço diretamente a maior parte das atividades do lar, tendo ajuda significativa de outros familiares (filhos, pais, sogros, tios, avós, netos ou cunhados)
- O meu par amoroso faz diretamente todas as atividades do lar
- O meu par amoroso faz diretamente a maior parte das atividades do lar e eu o ajudo significativamente

- Eu e meu par amoroso realizamos diretamente as atividades dividindo-as igualmente
- Coordeno sozinha as atividades do lar com a ajuda de empregado (s)
- Eu e meu par amoroso coordenamos as atividades do lar com a ajuda de empregado (s)
- Outro (especifique)

Q26 – Qual (is) alternativa (s) melhor descreve(m) seu ambiente familiar?

- Ambiente conjugal conflituoso
- Ambiente conflituoso com os filhos
- Ambiente conflituoso por causa de outros familiares
- Considero que meu ambiente familiar não é conflituoso

Q27 – Quando você está envolvido em um novo projeto profissional ou enfrentando situações delicadas no trabalho, como seu par amoroso e/ou seus familiares se comportam geralmente?

- Não percebo apoio por parte deles, pois eles consideram que meus problemas profissionais não lhes dizem respeito
- Não percebo apoio por parte deles e na maioria das vezes tenho dificuldades em lidar com as expectativas deles quanto ao meu sucesso profissional e/ou financeiro
- Tentam não me sobrecarregar com novas demandas e procuram ajudar em tempo real, dividindo comigo tarefas e/ou despesas
- Participam demonstrando interesse nos desdobramentos e acontecimentos e me dando apoio emocional e incentivo
- Ficam atentos aos acontecimentos que porventura possam contribuir para o fato em questão e procuram dar conselhos e sugestões a respeito
- Observam minhas atitudes e contribuem para a autoavaliação de meu comportamento

Q28 – Você costuma buscar apoio em alguma religião ou crença?

- Sim
- Não

Q29 - Seus rendimentos são suficientes para permitir que você cumpra seus objetivos de vida atuais?

- Sim
- Não no momento, mas eu espero que sejam suficientes no futuro
- Não, dadas as tendências atuais, eu não espero que sejam suficientes a médio/longo prazo

Q30 – Qual situação melhor representa a realidade do rendimento da sua família?

Se você escolher 'outro (especifique)' por favor, especifique a sua escolha no campo de texto.

- Meu rendimento é o único da família
- Meu rendimento é o principal, mas meu par amoroso e/ou outros familiares também possuem rendimento
- O rendimento de meu par amoroso e/ou outros familiares é o principal
- O meu rendimento e do meu par amoroso são aproximadamente iguais
- Além do rendimento de meu trabalho remunerado, também recebo proventos decorrentes de pensões, heranças, aluguéis, benefícios do governo entre outras fontes diferentes do trabalho remunerado
- Outro (especifique)

Q31 – Aproximadamente quantas horas por semana você trabalha de segunda a sexta-feira?

- 30 horas ou menos
- 31 - 40 horas
- 41 - 50 horas
- 51 - 60 horas
- Mais de 61 horas

Q32 – Sua jornada de segunda a sexta-feira inclui trabalho noturno?

- Sim
- Não

Q33 – Com qual frequência você trabalha aos fins de semana?

- Nenhuma
- Eventualmente
- 1 - 2 fins de semana ao mês
- 3 - 4 fins de semana ao mês

Q34 – Quantas horas você trabalha aos fins de semana?

A resposta foi 'eventualmente' ou '1 - 2 fins de semana ao mês' ou '3 - 4 fins de semana ao mês' na questão '36 [Q21]' (Com qual frequência você trabalha aos fins de semana?)

- Menos de 4 horas
- 4 - 6 horas
- 7 - 11 horas
- 12 - 24 horas
- Mais de 24 horas

Q35 – Sua jornada de trabalho aos fins de semana inclui trabalho noturno?

A resposta foi NÃO 'nenhuma' na questão '36 [Q21]' (Com qual frequência você trabalha aos fins de semana?)

- Sim
- Não

Q36 – Você exerce sua profissão em quantos locais ou FORMAS DE ATUAÇÃO diferentes?

Entenda por FORMAS DE ATUAÇÃO as diversas possibilidades do exercício da medicina tais como atividades assistenciais em ambulatórios, hospitais e empresas, atividades de cunho administrativo, auditoria, cargos na indústria farmacêutica, ensino e pesquisa, etc.

- 1
- 2
- 3 ou mais

Q37 – Seus atendimentos ambulatoriais ocorrem em:

- Não faço atendimentos ambulatoriais
- Consultório próprio
- Ambulatório de clínicas de convênios ou clínicas populares
- Ambulatório em serviço público

Q38 – No seu consultório próprio, você atende:

A resposta foi na questão '40 [Q23]' (Seus atendimentos ambulatoriais ocorrem em:)

- Particulares e convênios
- Só atendimentos particulares

Q39 – Em relação aos atendimentos ambulatoriais em serviço público, qual é seu vínculo?

A resposta foi na questão '40 [Q23]' (Seus atendimentos ambulatoriais ocorrem em:...)

- Autônomo
- Contrato via pessoa jurídica
- Contratado sem vínculos trabalhistas (contrato temporário)
- contratado com vínculos trabalhistas
- Concursado

Q40 – Seus atendimentos em hospitais ocorrem:

- Não presto atendimento em hospitais
- Em forma de plantões
- Prestando serviços eventuais em assistência a determinados pacientes
- Visitas hospitalares em escala predefinida
-

Q41 – Qual seu vínculo com o hospital?

A resposta foi 'em forma de plantões' ou 'prestando serviços eventuais em assistência a determinados pacientes' ou 'visitas hospitalares em escala predefinida' na questão '43 [Q24]' (Seus atendimentos em hospitais ocorrem:...)

- Autônomo
- Contrato via pessoa jurídica
- Contratado sem vínculos trabalhistas (contrato temporário)
- Contratado com vínculos trabalhistas
- Concursado

Q42 – Você desempenha alguma atividade docente?

- Sim
- Não

Q43 – Qual atividade docente?

A resposta foi 'sim' na questão '45 [Q25]' (Você desempenha alguma atividade docente?)

- Leciono em curso de graduação/pós-graduação
- Coordeno curso de graduação/pós-graduação/ residência médica
- Oriento alunos e/ou residentes em atendimentos ambulatoriais
- Oriento alunos e/ou residentes em atendimentos hospitalares
- Oriento alunos e/ou residentes em projetos de pesquisa

Q44 – Você exerce alguma função remunerada em nível administrativo/associativo?

- Sim
- Não

Q45 – Você desempenha alguma outra atividade econômica além da medicina?

- Sim
- Não

Q46 – Qual atividade econômica desempenha além da medicina?

- Agropecuária
- Comércio
- Serviços
- Indústria

Q47 – Qual(is) o(s) nível(is) de escolaridade concluído(s) ou em andamento após a graduação em medicina?

- Residência Médica
- Especialização / Pós Graduação *Latu sensu*
- MBA
- Mestrado
- Doutorado
- Pós Doutorado

Q48 – Em qual estado brasileiro (unidade federativa) você trabalha?

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

Q49 – Você trabalha a maior parte do tempo na capital ou no interior do estado?

- Capital do estado
- Interior do estado

Q50 – Em que ano você se graduou em medicina?

- Lista 2016 à antes de 1960

Q51 – Selecione a(s) sua(s) especialidade(s):

- Não tenho especialidade, sou médico(a) generalista
- Acupuntura
- Alergia e Imunologia
- Anestesiologia
- Angiologia
- Cancerologia (Cirúrgica; Clínica; Pediátrica)
- Cardiologia
- Cirurgia Cardiovascular
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- Cirurgia do Aparelho Digestivo
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Torácica
- Cirurgia Vascular
- Clínica Médica
- Coloproctologia
- Dermatologia
- Endocrinologia e Metabologia
- Endoscopia
- Gastroenterologia
- Genética Médica
- Geriatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Hematologia e Hemoterapia
- Homeopatia
- Infectologia
- Mastologia
- Medicina da Família e Comunidade
- Medicina do Trabalho
- Medicina do Tráfego
- Medicina Esportiva
- Medicina Física e Reabilitação
- Medicina Intensiva
- Medicina Legal e Perícia Médica
- Medicina Nuclear
- Medicina Preventiva e Social
- Nefrologia
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Patologia
- Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
- Pediatria
- Pneumologia
- Psiquiatria
- Radiologia e Diagnóstico por imagem
- Radioterapia
- Reumatologia
- Urologia

Q52 – Caso você queira conhecer os resultados dessa pesquisa, preencha seu e-mail: (OPCIONAL)

APÊNDICE C – Respondentes por Estado (UF)

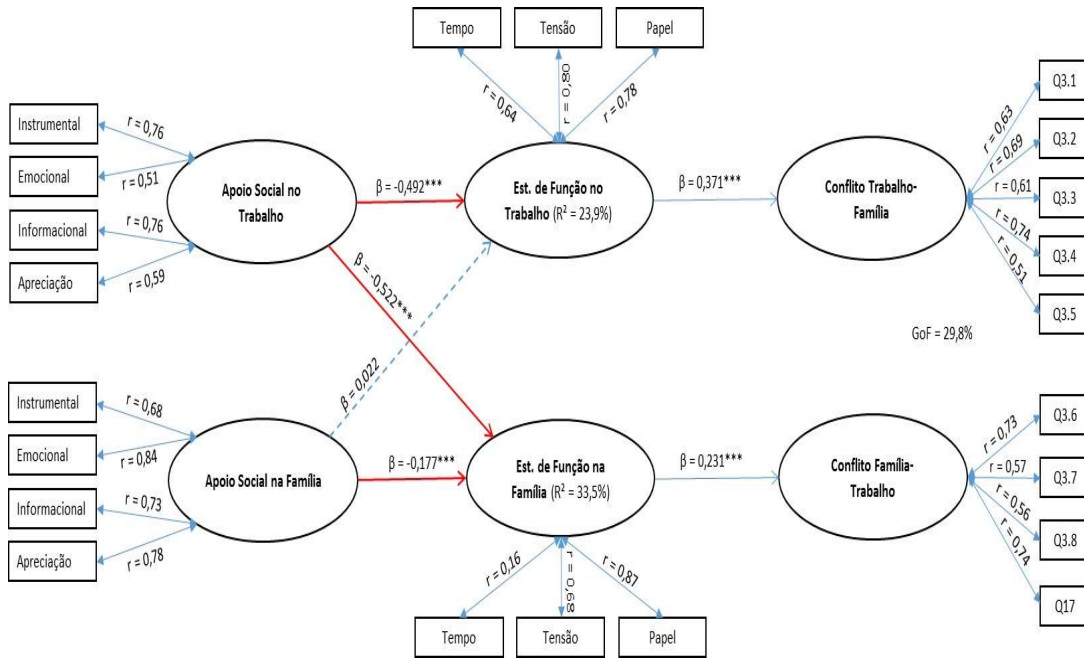
Tabela 63 - Tabela com o número de respondentes por UF

Estado	N	%
MG	172	53%
SP	42	13%
PE	15	5%
RJ	15	5%
BA	14	4%
PR	8	2%
RN	7	2%
SC	7	2%
RS	6	2%
CE	5	2%
DF	5	2%
AM	3	1%
ES	3	1%
MS	3	1%
MT	3	1%
PA	3	1%
SE	3	1%
AL	2	1%
GO	2	1%
MA	2	1%
AC	1	0%
AP	1	0%
PB	1	0%
RO	1	0%
PI	0	0%
RR	0	0%
TO	0	0%

Nota: (N): frequências absolutas; (%): frequências relativas
Fonte: Dados da pesquisa.

APÊNDICE D – Correlação entre os itens e o modelo estrutural

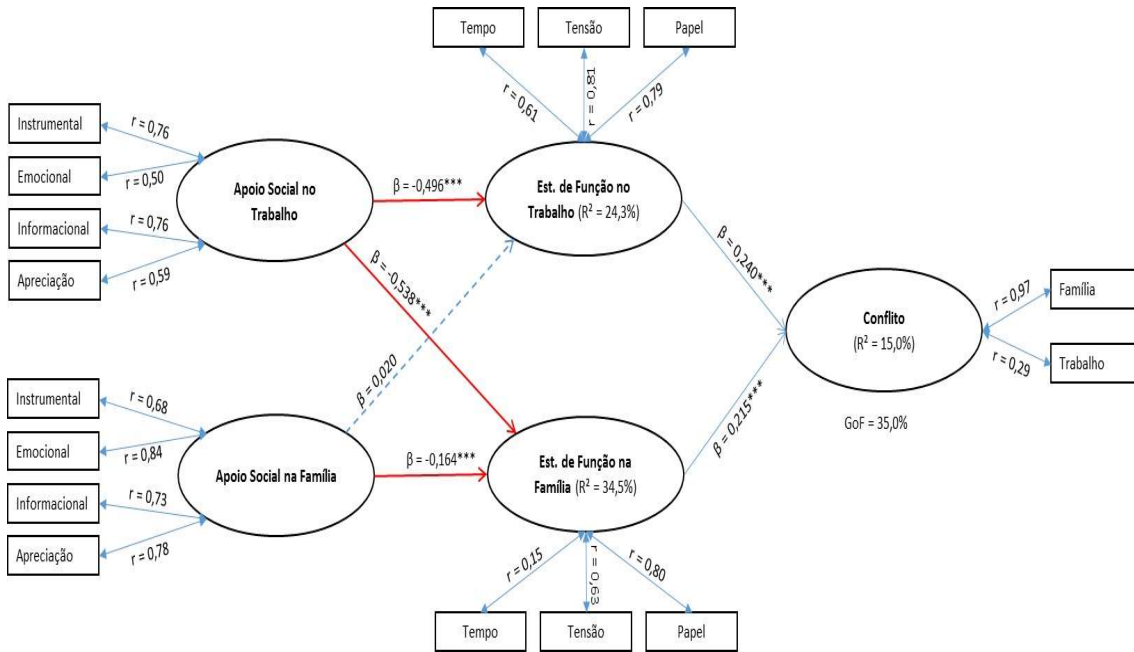
Figura D1 - Ilustração da correlação entre os itens e constructos do Primeiro Modelo Estrutural.



(***) Significativo ao nível de 1%; (**) Significativo ao nível de 5%; (*) Significativo ao nível de 10%.
r é a correlação do item (pergunta) com o constructo

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura D2 - Ilustração da correlação entre os itens e constructos do Segundo Modelo Estrutural



(***) Significativo ao nível de 1%; (**) Significativo ao nível de 5%; (*) Significativo ao nível de 10%.
 r é a correlação do item (pergunta) com o constructo

Fonte: Dados da pesquisa.