Benedito Carlos Miranda da Silva

**Psicodinâmica e qualidade de vida do médico:
um estudo transversal em Botucatu-SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Mário Rodrigues Louzã Neto

**São Paulo
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Benedito Carlos Miranda da

Psicodinâmica e qualidade de vida do médico: um estudo transversal em Botucatu-
SP / Benedito Carlos Miranda da Silva. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Mario Rodrigues Louzã Neto.

Descritores: 1.Psicodinâmica 2.Qualidade de vida/psicologia 3.Mecanismos de
defesa 4.Apego ao objeto 5.Estudos transversais 6.Médicos 7.Ego
8.Questionários/utilização

USP/FM/DBD-074/13

DEDICATÓRIA

À Elaine Gagate, minha esposa.

Amiga, colega e orientadora pessoal de todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Mário Rodrigues Louzã Neto, meu orientador. Por meio de centenas de e-mails e de alguns encontros presenciais, de uma maneira sempre cordial e educativa, ele me mostrou os detalhes do pensamento científico. Serei sempre grato aos seus ensinamentos!

Ao Prof. Dr. André Luis Balbi, por ter lançado a primeira semente deste mestrado.

À Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira e à Profa. Maria Cristina Pereira Lima, pela orientação, durante meus primeiros passos na Pós-Graduação.

À Profa. Dra. Miako Kimura, da Escola de Enfermagem da USP, por ter me aceitado como aluno especial na disciplina *Qualidade de Vida em Debate*, onde pude conhecer o estudo científico desse tema.

Aos colegas, Prof. Dr. Sérgio Swain Müller (Diretor da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP), Prof. Dr. Pasqual Barretti (Diretor da Fundação para o Desenvolvimento Médico Hospitalar – FAMESP), Prof. Dr. Valdemar Pereira de Pinho (Secretário da Saúde do Município de Botucatu), Dr. Omar Abujamra Junior (Presidente da Unimed de Botucatu) e Dr. Eduardo Modenese (Presidente da Associação Paulista de Medicina – Regional de Botucatu), pelo apoio a esta pesquisa dentro da classe médica e por disponibilizarem as listas de médicos pertencentes a cada instituição, no período de 2008/2009, para a coleta de dados.

A todos os médicos que responderam ao questionário, sem o quê não haveria resultados.

À Profa. Dra. Wilze Laura Bruscato, por autorizar o uso do BORRTI - Forma O, pelo treinamento para usar o software deste teste, além de responder a inúmeros e-mails esclarecendo minhas dúvidas.

Ao Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, por abrir novos horizontes durante a disciplina *Metodologia de Pesquisa em Psicoterapia*.

Aos amigos, Profa. Dra. Maria Aparecida Barbosa, Prof. Dr. Reinaldo Miller e Prof. Dr. Osiris Esteves Pinto, pela generosidade em participar do 'Simulado de Qualificação', como Comissão Julgadora, enriquecendo o trabalho.

Aos membros da Comissão Julgadora do Exame de Qualificação, Prof. Dr. José Manoel Bertolote, Profa. Dra. Carmita Helena Najjar Abdo e Profa. Dra. Mônica Levit Zilberman, pela inestimável contribuição ao texto.

À Eliza Fukushima, secretária de Pós-Graduação do Programa de Psiquiatria da FMUSP, pela presteza em todos os momentos do curso.

Ao estatístico Hélio Rubens, pelo profissionalismo na análise de dados e pela disponibilidade de responder às minhas questões.

Aos meus pais, Benedito e Ruth (in memoriam), que me educaram para viver com seriedade e leveza.

Às minhas filhas, Verônica e Jéssica, pelo carinho e interesse que sempre demonstraram pelo meu mestrado.

These are the duties of a physician:
First... to heal his mind and to give help to
himself before giving it to anyone else.

Epitaph of an Athenian physician, 2 A

(MacDonald et al., 2000).

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1-INTRODUÇÃO.....	1
2-REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1-Psicodinâmica.....	5
2.1.1- <i>Relações Objetais</i>	7
2.1.2- <i>Mecanismos de Defesa do Ego</i>	10
2.2-Qualidade de Vida	15
2.2.1- <i>Avaliação da Qualidade de Vida</i>	17
2.3- Psicodinâmica e Qualidade de vida do Médico	20
3- OBJETIVOS E HIPÓTESES	24
3.1. Hipótese principal	25
3.2. Hipóteses secundárias	25
4- MÉTODOS.....	26
4.1 – Delineamento	27
4.2 – Período de coleta dos dados	27
4.3 – População-referenciada.....	27
4.4 – Amostra.....	27
4.5 – Instrumentos.....	27
4.5.1 – <i>Questionário sociodemográfico</i>	27
4.5.2 – <i>BORRTI - Forma O</i>	27
4.5.3 – <i>DSQ-40</i>	28
4.5.4 – <i>WHOQOL-Abreviado</i>	28
4.6 - Análise Estatística	28
4.6.1 – <i>Variáveis</i>	29
4.7 – Cuidados com a qualidade da informação	29

4.8 – Outros aspectos	31
4.8.1 - <i>Divulgação da Pesquisa</i>	31
4.8.2 - <i>Abordagem</i>	31
4.8.3 – <i>Aspectos Éticos</i>	31
4.8.4 - <i>Obtenção do Consentimento</i>	31
5- RESULTADOS	32
5.1 – Dados Sociodemográficos	33
5.2 – Relações Objetais.....	38
5.3 – Mecanismos de Defesa do Ego	39
5.4 – Qualidade de Vida	39
5.5 – Relação entre Psicodinâmica e Qualidade de Vida.....	40
5.5.1 – <i>Relações Objetais</i>	40
5.5.2 – <i>Mecanismos de Defesa do Ego</i>	41
5.5.3 – <i>Análise Estatística Paramétrica</i>	41
5.5.4 – <i>Participação das defesas em cada fator do DSQ-40</i>	43
5.5.5 – <i>Relações não significativas</i>	44
5.5.6 – <i>Resumo dos resultados</i>	45
6-DISCUSSÃO	46
6.1. Dados Sociodemográficos	47
6.2. Psicodinâmica e Qualidade de Vida do Médico	48
7- CONCLUSÕES	54
8- ANEXOS	56
9- REFERÊNCIAS.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS

QV	Qualidade de vida
MDE	Mecanismos de defesa do ego
RO	Relações objetais
DSQ-40	Defense Style Questionnaire
BORRTI - Forma O	Bell object relations and reality test inventory Form O
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo de causalidade usado para a definição da estratégia de análise estatística.....	30
Figura 2 -	Participação das defesas do fator maduro na qualidade de vida do médico. Letras diferentes indicam diferenças significativas ($p < 0,05$) pelo teste de Dunn.....	44
Figura 3 -	Participação das defesas do fator imaturo na qualidade de vida do médico. Letras diferentes indicam diferenças significativas ($p < 0,05$) pelo teste de Dunn.....	44
Figura 4 -	Relações significativas entre variáveis psicodinâmicas e de qualidade de vida.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características demográficas.....	33
Tabela 2 -	Formação acadêmica.....	34
Tabela 3 -	Atividade científica.....	34
Tabela 4 -	Atividade profissional.....	35
Tabela 5 -	Uso de drogas lícitas.....	36
Tabela 6 -	Uso de medicamentos.....	37
Tabela 7 -	Uso de drogas ilícitas.....	38
Tabela 8 -	Perfil obtido pelo BORRTI - Forma O.....	38
Tabela 9 -	Número de médicos com perfil patológico em cada relação.....	38
Tabela 10 -	Escore dos fatores avaliados pelo DSQ-40.....	39
Tabela 11 -	Escore de qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL- Abreviado.....	39
Tabela 12 -	Mediana dos escores dos domínios psicológico e relações sociais dos médicos com perfil normal e patológico.....	40
Tabela 13 -	Mediana dos escores dos domínios psicológico e das relações sociais dos médicos com perfil normal e patológico.....	40
Tabela 14 -	Mediana dos escores dos domínios psicológico e das relações sociais dos médicos com perfil normal e patológico.....	41
Tabela 15 -	Mediana dos escores dos domínios <i>Psicológico</i> e das relações sociais dos médicos com perfil normal e patológico.....	41
Tabela 16 -	Correlações de Spearman entre os fatores dos mecanismos de defesa do ego e escores da qualidade de vida.....	42
Tabela 17 -	Modelo ajustado para explicar o escore do domínio físico.....	42
Tabela 18 -	Modelo ajustado para explicar o escore do domínio meio ambiente.....	43
Tabela 19 -	Valores de p associados aos testes de Kruskal-Wallis (ou teste de mediana) usados para estimar a relação entre características sócio-demográficas e qualidade de vida.....	45

RESUMO

Silva BCM. Psicodinâmica e qualidade de vida do médico: um estudo transversal em Botucatu-SP [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

INTRODUÇÃO: A Psicodinâmica é o estudo da interação das forças psíquicas que subsidiam o funcionamento mental. A dinâmica mental interfere na qualidade de vida de um indivíduo, na medida em que modifica a percepção que ele tem da própria existência. O papel da psicodinâmica sobre a qualidade de vida ainda é pouco estudado. **OBJETIVOS:** Estudar, de forma transversal, a relação entre psicodinâmica e qualidade de vida na população de médicos de Botucatu, para testar a hipótese de que quanto melhor a psicodinâmica do médico melhor a sua qualidade de vida. **MÉTODOS:** Foram enviados questionários, com carta-resposta, para 602 médicos (população referenciada). As variáveis independentes (Psicodinâmica) foram obtidas por meio de duas escalas: a) Defense Style Questionnaire (DSQ-40), que avalia e classifica os mecanismos de defesa do ego em maduros, neuróticos e imaturos; b) Bell Object Relations and Reality Test Inventory (BORRTI - Forma O), que avalia e classifica as relações objetais (alienação, egocentrismo, vinculação insegura e incapacidade social) em normais e patológicas. As variáveis dependentes (qualidade de vida) foram avaliadas pelo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Abreviado), que fornece escores para os quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As variáveis moderadoras foram obtidas por meio de um questionário sócio demográfico. A análise estatística foi feita por meio dos seguintes testes: Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, Coeficiente de Spearman e modelos de regressão linear com resposta Gamma. Foram utilizados os softwares SPSS versão 17, R versão 2.11.0 e Graph Pad versão 5.0. **RESULTADOS:** Foram respondidos 198 (33%) questionários válidos. Os seguintes resultados foram obtidos: a média ($\pm$ desvio padrão) de idade foi de 47,6 ($\pm$ 11,12) anos e o sexo masculino foi de 53,5%. A presença de perfil patológico nas relações objetais do tipo alienação, egocentrismo e vinculação insegura reduziu os escores dos domínios psicológico ($p < 0,001$) e relações sociais ($p < 0,001$), da qualidade de vida. A presença do fator imaturo das defesas do ego reduziu os escores dos domínios físico ($p < 0,0001$) e meio ambiente ($p < 0,0001$), da qualidade de vida. **DISCUSSÃO:** Defesas imaturas do ego dificultam a adaptação do indivíduo à vida profissional e conjugal, enquanto que a presença do perfil patológico das relações objetais leva à dificuldade em manter relacionamentos estáveis e à tendência a manipular as pessoas, apresentando-se socialmente inapto. Ou seja, médicos com esse perfil (de defesas e de relações objetais) devem enfrentar dificuldades para conviver com outras pessoas, inclusive com pacientes. Sua qualidade de vida é pior do que a de médicos com defesas maduras do ego e perfil normal de relações objetais. **CONCLUSÕES:** A psicodinâmica e a qualidade de vida do médico estão significativamente relacionadas. Os escores da qualidade de vida caem à medida que aumentam os escores das defesas imaturas do ego. Médicos com perfil patológico nas relações objetais apresentam menores escores de qualidade de vida, em relação àqueles com perfil normal.

Descritores: Psicodinâmica; Qualidade de vida/psicologia; Mecanismos de defesa; Apego ao objeto; Estudos transversais; Médicos; Ego; Questionários/utilização.

SUMMARY

Silva BCM. Psychodynamics and physician quality of life: a cross-sectional study in Botucatu-SP [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2013.

INTRODUCTION: Psychodynamics is the study of the psychological forces that underlie mental action. Ego defense mechanisms and object relations are psychodynamic aspects that affect quality of life as they alter people's perceptions of their own life. **OBJECTIVES:** To assess the influence of ego defense mechanisms and object relations on quality of life in a population of physicians, and thus test our hypothesis that mature ego defenses and normal object relations are associated with better physician quality of life. **METHODS:** In this cross-sectional study, questionnaires and pre-stamped return envelopes were sent to the population of physicians (602 individuals) living in the city of Botucatu, São Paulo. Psychodynamics was evaluated using the following instruments: a) Defense Style Questionnaire (DSQ-40), which assesses and classifies ego defense mechanisms as mature, neurotic, or immature; b) Bell Object Relations and Reality Test Inventory (BORRTI - Forma O), which assesses and classifies object relations (alienation, egocentricity, insecure attachment, and social incompetence) as either normal or pathological. Quality of life was assessed by the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) that was developed in the context of four domains of quality of life: physical health, psychological health, social relationships, and environment. Demographic data were obtained via a specific questionnaire. Statistical analyses were performed using the tests of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, Spearman's coefficient, and Gamma linear regression models with SPSS v. 17, R v. 2.11.0 and Graph Pad v. 5.0 software. **RESULTS:** A total of 198 questionnaires (33%) with valid responses were obtained. Among respondents, mean age was 47.6 ± 11 years, and the rate of males was 53.5%. High BORRTI scores (pathology) on the alienation, egocentricity and insecure attachment subscales were associated with reduced WHOQOL-BREF scores for the psychological health ($p < 0,001$) and social relationships ($p < 0,001$) domains. Immature ego defense mechanisms were associated with lower WHOQOL-BREF scores for the physical health ($p < 0,0001$) and environment ($p < 0,0001$) domains. **DISCUSSION:** Immature ego defenses impair adjustment to professional and marital life, while pathological object relations lead to difficulty in sustaining stable relationships and tendency to manipulate others, hence social ineptitude. Physicians with immature defenses and pathological object relations are, therefore, likely to find it hard to relate with other people, including patients. Their quality of life is worse in comparison with that of physicians with mature ego defenses and normal object relations. In the study population, both immature ego defenses and pathological object relations were associated with lower quality of life. **CONCLUSIONS:** Among physicians, quality of life is influenced by its psychodynamics, herein assessed through ego defense mechanisms and object relations.

Descriptors: Psychodynamics; Quality of life/psychology; Defense mechanisms; Object attachment; Cross-sectional studies; Physicians; Ego; Questionnaires/utilization.

1-Introdução

O termo *psicodinâmica* tem sua origem na Metapsicologia Psicanalítica. Em 1915, Sigmund Freud sistematizou os seus conhecimentos sobre o psiquismo humano em três pontos de vista: o *econômico*, o *tópico* e o *dinâmico* e chamou essa concepção teórica de Metapsicologia Psicanalítica por considerá-la tão ampla e profunda quanto a Metafísica (Freud, 1981).

O ponto de vista dinâmico se refere à atividade ou aos movimentos dos processos psíquicos e, em particular, ao confronto de duas forças psíquicas. Daí decorre o conceito de *conflito psíquico* que está por trás da maior parte do funcionamento mental.

Quando o estudo da psicodinâmica ganhou mais profundidade surgiram dois conceitos esclarecedores: *mecanismos de defesa do ego* e *relação de objeto*.

O conceito de mecanismo de defesa se tornou claro quando se descobriu que a mente humana afasta as ideias desagradáveis da consciência, para manter o equilíbrio psíquico. Ou seja, a defesa é uma operação mental que consiste em rejeitar qualquer ameaça ao bem-estar do indivíduo.

A partir da constatação de que existem defesas no psiquismo, começou-se a estudá-las mais detalhadamente. Descobriu-se que há vários mecanismos de defesa, e que eles podem ser agrupados conforme sua natureza. Hoje, um dos critérios mais aceitos para a classificação dos mecanismos de defesa é a maturidade psíquica do indivíduo. Assim, têm-se três classes de mecanismos de defesa: defesas maduras, defesas neuróticas e defesas imaturas (Freud, 1981).

Por *relação de objeto* deve-se entender a maneira pela qual uma pessoa relaciona-se com seu mundo, ou seja, como ela procura satisfazer seus interesses relacionando-se com as demais pessoas. Pode-se pensar que um ser humano busca no outro aquilo que lhe falta, e nesse sentido, o outro é o *objeto* da satisfação do primeiro.

O objeto pode ser uma pessoa completa ou parte dela, por exemplo, uma característica marcante. Deve-se considerar também que o objeto pode ser real ou imaginário, dependendo da capacidade do indivíduo para ter contato com a realidade ou do quanto ele mergulha em suas próprias fantasias (Freud, 1981).

Assim, a relação de objeto que um bebê estabelece com a mãe ao exigir a satisfação imediata de sua fome é diferente da relação de objeto que outro bebê estabelece com a mãe ao suportar alguns instantes para que sua fome seja saciada. Ou seja, no primeiro caso pode-se perceber a urgência pela satisfação e no segundo, a tolerância diante da insatisfação.

As relações de objeto podem ser classificadas ao longo de um continuum que parte de *relações saudáveis* e vai até *relações patológicas* (Bell, 1995).

Que relação pode haver entre a psicodinâmica e a qualidade de vida de uma pessoa?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou, em 1994, qualidade de vida como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (Desenvolvimento do WHOQOL, 2005).

Trata-se de um conceito bastante rico visto que reúne vários elementos como a noção de percepção, de posição na vida, a importância da cultura, dos objetivos e preocupações.

Vaillant (1971) afirma que o uso dos mecanismos de defesa do ego pode alterar a percepção do indivíduo, tanto da realidade interna quanto da externa; Bell (1995) afirma que o perfil normal das relações objetais revela a *presença* de uma capacidade para relacionamentos saudáveis, enquanto que o patológico revela uma *falha* dessa capacidade. Portanto, a psicodinâmica (mecanismos de defesa do ego e relações objetais) poderia influenciar a qualidade de vida de um indivíduo.

A revisão da literatura, até este momento, sugere que a relação entre psicodinâmica e qualidade de vida tem sido pouco estudada.

2-Revisão da Literatura

Esta revisão está baseada em artigos encontrados pelo Pubmed/Medline e PsycNET, no período de 1962 a 2012, a partir dos seguintes descritores: psicodinâmica, mecanismos de defesa do ego, relações objetais, qualidade de vida e médico.

2.1-Psicodinâmica

A tarefa de apresentar o conceito de psicodinâmica, de uma forma completa, percorre um caminho cujo início está em formulações pouco precisas.

Mace et al. (2005) afirmam que uma das dificuldades de se formular um raciocínio psicodinâmico é o fato de não haver consenso sobre o formato a ser seguido e que as tentativas de caracterização desse conceito ainda não levaram a um modelo universal. Do mesmo modo afirma que há diversas formulações psicodinâmicas, tanto no que se refere aos detalhes da apresentação dos casos como na elaboração teórica utilizada na discussão. Assim, tais formulações tornam-se mais descritivas do que explicativas.

Vários autores têm feito contribuições significativas no sentido de identificar as características da psicodinâmica.

Goldsmith e Mandell (1969) afirmam que os filósofos já usavam o termo *dinâmico* num sentido psicológico muito antes da Psicologia, e dão como exemplo Epicuro que, ao valorizar a saúde do corpo e o sossego do espírito, distinguia, ao lado de seus discípulos, o prazer dinâmico (aquele conseguido com esforço e sofrimento) do prazer estático (proveniente do estado de equilíbrio).

Esses autores também afirmam que, no período da formação médica de Freud, houve grandes avanços na Fisiologia, que tomava emprestado o termo *dinâmico* da Física. Assim Freud utilizou nos seus primeiros modelos da mente a noção de forças opostas, que explicava a dinâmica do conflito psíquico.

Ainda de acordo com esses autores, foi graças ao grande avanço da Psiquiatria Dinâmica nos EUA que o termo *dinâmico* ganhou notoriedade, inclusive dentro da Psiquiatria Moderna.

Em 2006, Ivey publicou um artigo que trata da *natureza da psicodinâmica*. Logo no início escreve que uma formulação psicológica é uma explicação hipotética dos fatores que contribuíram para a precipitação, o desenvolvimento e a manutenção dos problemas do paciente, formulação essa que deve focalizar a natureza, a origem e o significado das dificuldades apresentadas pela pessoa.

Ele descreve a formulação psicodinâmica como aquela que se baseia nos pressupostos teóricos da Psicanálise sobre o funcionamento da personalidade. Desta perspectiva a personalidade é um sistema dinâmico caracterizado pelo inevitável conflito psicológico entre forças mentais opostas e por defesas inconscientes usadas para evitar ou diminuir o desconforto mental resultante do conflito.

Para esse autor a psicodinâmica tem as seguintes características:

1- O relacionamento entre consciente e inconsciente é básico na compreensão da psicopatologia, seja no que se refere aos sentimentos, aos significados, às representações ou às motivações;

2- Os impulsos sexuais e agressivos, os sentimentos e as fantasias ao lado das necessidades de apego e dependência são forças motivadoras centrais nos seres humanos;

3- Toda a vida psicológica envolve conflitos entre aspectos opostos das motivações, dos sentimentos e representações de si mesmo e dos outros, conflitos esses que causam ansiedade ou desconforto psíquico;

4- O indivíduo se defende dessa ansiedade através de mecanismos inconscientes de defesa;

5- Todos os sintomas funcionais e traços patológicos da personalidade são a expressão significativa do conflito psíquico e da maneira de lidar com eles;

6- A personalidade é, em grande parte, moldada pela qualidade emocional percebida subjetivamente das interações com os cuidadores primários e irmãos na primeira infância.

A psicodinâmica estuda, entre outros aspectos, os Mecanismos de Defesa do Ego (MDE) e as Relações Objetais (RO). Estes capítulos merecem ser estudados separadamente, porém é importante dizer que embora sejam conceitos diferentes, são interligados. Os MDE se caracterizam por tentar evitar (ou diminuir) o desconforto psíquico causado pela ansiedade, enquanto que as RO são a forma pela qual o sujeito se relaciona com seu mundo. As RO podem ser uma fonte de ansiedade para o indivíduo e a estrutura das defesas egóicas pode influenciar a percepção que o indivíduo tem do outro. Ambos os conceitos podem ser usados como indicadores de maturidade psíquica. Os MDE variam desde o mais imaturo (cisão) até o mais maduro (sublimação) (Andrews et al., 1993), e as RO se classificam dentro de um espectro, que começa com relações patológicas e termina com relações normais (Bell, 1995). Considerando-se que

as relações patológicas se dão por meio de mecanismos imaturos do ego (num adulto) e que as relações saudáveis se dão por meio de mecanismos maduros, fica claro um paralelismo entre tais conceitos, ainda que não se possa falar de uma equivalência teórica completa entre eles. Além do quê, o estabelecimento de relações objetais é uma das várias funções exercidas pelo ego (Laplanche, 1995).

2.1.1-Relações Objetais

A expressão *relação de objeto* designa o modo de relação do sujeito com seu mundo, o que significa considerar uma determinada organização de personalidade e uma apreensão mais ou menos fantasiosa dos objetos (Laplanche, 1995).

Cabe, entretanto, assinalar que ao longo da história da Teoria das Relações Objetais esse conceito recebeu especificações marcantes de diversos autores.

Em 1915, Freud concebe o ser humano como um ser movido pelas pulsões, que têm as seguintes características: fonte, força, finalidade e objeto. A fonte, via de regra, é orgânica e localiza-se nas zonas erógenas. A força é variável de uma pulsão a outra dependendo da necessidade do indivíduo. A finalidade da pulsão é sempre buscar sua satisfação, não importando os meios, e o objeto é tudo aquilo que pode proporcionar essa satisfação. O objeto pode ser uma pessoa completa ou parte dela, por exemplo, uma característica marcante. Deve-se considerar também que o objeto pode ser real ou imaginário, dependendo da capacidade do indivíduo para ter contato com a realidade, ou do quanto ele esteja mergulhado em suas próprias fantasias.

É importante enfatizar que, dentro desse modelo, a relação objetual consiste numa busca constante de satisfação das necessidades do sujeito. E a qualidade mais esperada do objeto é que ele seja ‘satisfatório’ pois, do contrário, deve ser substituído por outro.

Em 1917, num aprofundamento teórico do tema, Freud descreve o processo de internalização do objeto perdido, ao estudar a dinâmica do luto. Afirma que a resolução do luto se dá quando a pessoa consegue identificar, dentro de si mesma, as qualidades que admirava na pessoa que faleceu. Ou seja, reconhecer que ao longo da convivência uma pessoa se ‘alimenta’ das qualidades da outra. Dessa forma a pessoa que estava de luto consegue ‘se despedir’ daquela que faleceu e, ao mesmo tempo, ficará com ela dentro de si, como um objeto interno. Nesse caso, a relação sujeito-objeto é uma relação inteiramente intrapsíquica (Freud, 1981).

Melanie Klein (1975), a partir do seu trabalho clínico com crianças, observou a presença das características do ambiente dentro da mente infantil. Percebeu, por exemplo, que as crianças se relacionam com seus brinquedos de uma forma semelhante àquela com que os pais (ou os adultos em geral) se relacionam com elas. A partir daí, ela desenvolveu, teoricamente, a noção de introjeção dos objetos o que possibilitou classificá-los como objeto interno e objeto externo. Os objetos internos compõem a matéria-prima da fantasia e a relação ‘sujeito-objeto interno’ pode ser entendida como a internalização de uma relação ‘sujeito-objeto externo’. Isto torna mais claro o mecanismo pelo qual o ambiente influencia o indivíduo.

O fato de Melanie Klein (1975) ter valorizado as qualidades intrínsecas do objeto na constituição da mente infantil é considerado, por vários autores, como um avanço teórico em relação a Freud, para quem a ênfase estava na pulsão. Assim a relação sujeito-objeto na visão freudiana era centrada no sujeito, mais especificamente na satisfação de suas necessidades, e o objeto entraria apenas como um complemento.

Na visão kleiniana a relação sujeito-objeto está centrada na própria relação, ou seja, as necessidades do sujeito são tão importantes quanto as do objeto. Em outras palavras, para Melanie Klein (1975) a relação objetal é uma verdadeira interação entre as características do sujeito e do objeto.

Visto que ‘relação de objeto’ designa o modo de relação do sujeito com seu mundo, pode-se perguntar: de que maneira o padrão de relações objetais interfere na qualidade de vida dessa pessoa?

2.1.1.1- Avaliação das Relações Objetais

As tentativas de estudar empiricamente as relações objetais datam de muitos anos, porém o interesse na avaliação formal ainda não se aproximou da aplicação clínica. Nos últimos anos, entretanto, várias escalas que pretendem avaliar RO têm sido elaboradas, tendo como um dos objetivos auxiliar na avaliação dos resultados de psicoterapias (Smith, 1993).

Kernberg (1995), ao tratar das dificuldades de elaboração destas escalas, afirma que as controvérsias atuais a respeito da definição do construto sobre *relações objetais* podem ser resumidas nos seguintes termos: “nenhum princípio psicanalítico pode ser descrito em termos de RO, nem mesmo a noção de conflito, de defesa ou de transferência. Ou seja, falta especificidade no conceito e isso aponta para a necessidade

de uma teoria das relações objetais”. Por outro lado, estão os teóricos da escola britânica, particularmente Melanie Klein, que definem RO como fantasia inconsciente (Hinshelwood, 1992). Embora o trabalho desse grupo seja influente em termos de diretrizes clínicas, não resiste à crítica científica porque seus pressupostos não podem ser validados (Smith, 1993). Este autor afirma que esse dilema torna-se ainda mais evidente quando se pretende fazer pesquisa em RO. Isto porque a análise das variáveis das RO mostra uma disparidade muito grande entre si. Por exemplo, *hostilidade* é uma variável relativamente quantificável e consistente dentro da maioria das teorias, enquanto que *mutualidade* (capacidade de atribuir a alguém uma identidade própria e legitimar seus direitos) é tão abstrata que não se pode medir e nem imaginá-la dentro de um sistema teórico.

Embora a metodologia para avaliação de relações objetais ainda esteja na fase inicial, existem várias estratégias de medida dessas relações.

O mesmo autor descreve, com detalhes, doze escalas de avaliação de RO, cada qual com seu construto teórico e com suas variáveis quantificáveis. Ainda que todos os construtos sejam psicanalíticos, é curioso observar como cada autor escolhe um enfoque particular. Por exemplo, Blatt et al., (1976) utilizam o conceito de *Ego e Psicologia do Desenvolvimento* para estruturar a “Concept of the Object Scale”, e Diamond et al., (1990), servem-se da *Teoria da Separação e Individuação* para construir o ‘Object Relations Inventory’.

Entre as doze escalas, acima citadas, uma se destaca pela multidimensionalidade das relações objetais. Trata-se da Bell Object Relations and Reality Test Inventory (BORRTI - Forma O), uma escala que leva em conta tanto a profundidade conceitual da psicologia psicanalítica do ego quanto o avanço em teoria e método de construção de testes (Smith, 1993).

Essa escala originou-se a partir do modelo de funcionamento de RO desenvolvido por Bellak et al., (1973). Esses psicólogos descreveram a multidimensionalidade das RO ao longo de um continuum, desde a ausência patológica de relacionamentos até relações boas relativamente livres de distorções e gratificantes do ponto de vista das necessidades egóicas. Uma avaliação das RO, como definidas por esses autores, pode ser feita pelo BORRTI - Forma O que abrange todo o espectro de funcionamento de relações objetais.

A escala foi elaborada com itens adaptados de descrições de pacientes sobre suas experiências de relacionamento e seus padrões característicos de relações. É um inventário auto-administrável, consistindo de 45 declarações descritivas que o sujeito marca como “verdadeiro” ou “falso”, de acordo com sua experiência mais recente. (Anexo 2). Os itens foram submetidos a duas análises fatoriais, uma exploratória e outra confirmatória, das quais emergiram quatro dimensões que representam a estrutura empírica subjacente do funcionamento das RO e que, portanto, garantiram a sua validade de construto (Bruscato, 2000).

Ela é composta de quatro subescalas para os quatro fatores: alienação, vinculação insegura, egocentrismo e incapacidade social.

A escala de alienação mede a habilidade de estabelecer confiança básica e alcançar relacionamentos estáveis e satisfatórios. A escala de vinculação insegura mede a sensibilidade à rejeição, o desejo de proximidade e a capacidade de tolerar perdas. A escala de egocentrismo mede a tendência a desconfiar da motivação do outro, a ver os outros como existindo apenas em relação a si mesmo e a manipular o outro para seus próprios propósitos. A escala de incapacidade social mede a timidez e a experiência pessoal de ser socialmente inapto. (Anexo 4).

O BORRTI - Forma O foi traduzido para o português, validado no Brasil e encontra-se à disposição para uso em pesquisas acadêmicas, demonstrando boa correlação dos escores quando comparado às respectivas dimensões da versão em inglês (0,62 para alienação, 0,82 para vinculação insegura, 0,83 para egocentrismo e 0,78 para incapacidade social). Os escores de confiabilidade também foram aceitáveis, com um valor alpha de Cronbach para todos os itens de 0,59 e confiabilidade split-half Spearman Brown de 0,63. (Bruscato, 2000).

2.1.2- Mecanismos de Defesa do Ego

A expressão *mecanismo de defesa do ego* se refere tanto ao conjunto de defesas de uma determinada neurose, como também a um mecanismo em particular. A ideia central em ambos os casos é a de defesa, que é uma operação mental que consiste em rejeitar qualquer ameaça ao bem-estar do indivíduo. O ego, na medida em que se constitui como a dimensão que procura manter a constância do psiquismo, pode ser descrito ao mesmo tempo como a instância que está em jogo nessas operações e como o agente delas (Freud, 1981).

O conceito de *mecanismos de defesa*, e também o de *ego*, passou por algumas críticas e chegou aos dias de hoje, de certa forma, reformulado.

Psicólogos e psiquiatras enfrentam dificuldades para definir o ego em termos objetivos, em parte porque nossa concepção de saúde mental se baseia mais em construtos teóricos do que em comportamentos operacionalmente definidos. Como consequência, surgem as dificuldades para quantificá-lo (Vaillant, 1976).

Por outro lado esse mesmo autor afirma que a concepção de MDE permanece como uma das maiores contribuições teóricas da Psicanálise para a Medicina, na medida em que descreve um ‘processo mental’ utilizado na resolução de conflitos internos. Esse processo se dá, habitualmente, de maneira inconsciente e pode ser identificado na clínica tanto de situações psíquicas normais como patológicas (Vaillant, 1971).

Anna Freud, em seu livro clássico “O ego e os Mecanismos de Defesa” (1936), sustenta que tais mecanismos são os meios pelos quais o ego afasta o desprazer e a ansiedade, além de controlar os comportamentos impulsivos e as urgências afetivas.

Assim, para essa autora, os mecanismos de defesa representam uma importante dimensão da personalidade, já que participam da elaboração dos padrões de comportamento de cada ser humano.

A Associação Psiquiátrica Americana (1987) adaptou essa definição para o uso prático e a colocou no DSM-III-R nos seguintes termos: *mecanismos de defesa são padrões de sentimentos, pensamentos ou comportamentos relativamente involuntários que surgem como resposta à percepção de perigo para o psiquismo. Tais mecanismos pretendem aliviar ou eliminar os conflitos assim como as pressões que provocam ansiedade* (Andrews et al., 1993).

O DSM-IV apresenta mecanismo de defesa como *processo psicológico automático que protege o indivíduo da ansiedade e da consciência de estressores ou perigos internos ou externos. Os mecanismos de defesa intermediam a reação do indivíduo a conflitos emocionais e a estressores externos* (Associação Psiquiátrica Americana, 1995).

Cabe destacar na evolução histórica dos mecanismos de defesa do ego que, hoje, este é o primeiro conceito psicanalítico a ser reconhecido pelo DSM-IV como um eixo para futuros estudos (Blaya et al., 2004).

George Vaillant (1971) propõe uma hierarquia teórica para os diversos MDE. O conceito organizador dessa hierarquia é o de evolução psíquica, isto é, o psiquismo

humano se desenvolve paralelamente ao crescimento físico. Em outras palavras, o psiquismo de um recém-nascido é naturalmente imaturo, usa defesas imaturas, vai evoluir gradativamente até sua maturidade quando então usará defesas maduras.

Para introduzir seu ponto de vista, Vaillant (1971) cita o estudo de Semrad (1967), que sugeriu a existência de uma regressão psicológica em pacientes esquizofrênicos quando estes eram submetidos a grandes tensões como perdas, por exemplo. Semrad observou que esses pacientes apresentavam uma mudança drástica no padrão dos MDE depois de perdas ‘insuportáveis’. Durante a descompensação os pacientes passavam a apresentar defesas imaturas como ‘negação’, ‘projeção’ e ‘distorção’, enquanto que durante a recuperação, aos poucos, voltavam a apresentar as defesas anteriores como ‘hipocondria’, ‘dissociação’ e ‘somatização’.

Para realizar essa hierarquia das defesas Vaillant (1971) considera os mecanismos na medida em que se manifestam no estilo de vida, ou seja, no comportamento externo do indivíduo. E deixou de lado as manifestações intrapsíquicas desses mecanismos porque além de serem fugazes são imperceptíveis externamente, o que inviabiliza sua avaliação em pesquisas objetivas.

Esse autor realizou (1971) um estudo prospectivo durante 25 anos com um grupo de 30 homens saudáveis, selecionados a partir de uma amostra de 268 universitários. O critério de seleção original foi estar com aparência saudável, física e psicologicamente. Quando o nível de saúde foi avaliado por clínicos gerais, psiquiatras, psicólogos e antropólogos chegou-se ao grupo de 30 sujeitos. Desde a graduação na universidade esse grupo foi avaliado, em média a cada dois anos, através de extensos questionários com muitas questões autobiográficas abertas, além de entrevistas periódicas, para caracterizar o perfil de defesas de cada membro. O próprio autor realizou uma entrevista individual de duas horas, com cada um dos 30 participantes do grupo.

A partir do material acumulado sobre cada participante, ao longo dos 25 anos, o autor mapeou o estilo de defesa de cada um e as classificou como ‘maduras’, ‘neuróticas’ e ‘imaturas’.

Paralelamente foi avaliado o grau de adaptação dos participantes nas seguintes áreas da vida: trabalho, casamento e saúde. Um avaliador independente foi convidado a realizar esta tarefa, baseado no mesmo material produzido ao longo dos 25 anos, e classificou a adaptação dos indivíduos em ‘ótima’, ‘boa’ e ‘regular’.

Ao final da pesquisa cada participante tinha sido classificado quanto às defesas e quanto à adaptação à vida. Ao cruzar esses dados o autor concluiu que os indivíduos com defesas maduras tinham ótima adaptação à vida, enquanto que os indivíduos com defesas imaturas, regular adaptação à vida.

A hierarquia proposta por Vaillant (1971) é, na verdade, a mesma de outros autores. A grande diferença está nessa ‘avaliação clínica’, ou seja, na procura de uma comprovação objetiva dos resultados, realizada através do cruzamento dos dados da hierarquia das defesas e da adaptação à vida.

Ainda de acordo com Vaillant (1971), o uso dos mecanismos de defesa do ego altera a *percepção* do indivíduo tanto da realidade interna quanto externa e frequentemente compromete outras facetas da cognição.

Assim, pergunta-se: que relação existe entre os estilos de defesa de uma pessoa e a sua qualidade de vida, concebida pela OMS como ‘a *percepção* do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações’?

2.1.2.1- Avaliação dos Mecanismos de Defesa do Ego

O conceito de mecanismos de defesa do ego, há muito tempo, atrai os clínicos e decepciona os pesquisadores. Com sua tendência para avaliações subjetivas, os clínicos encontram nesse conceito uma maneira útil de decifrar os segredos da vida mental. Por outro lado, os pesquisadores consideram que a avaliação das defesas não é confiável, além de ser inaceitavelmente subjetiva (Vaillant, 1986).

A Psicologia Experimental está paralisada, há quase um século, diante da tarefa de validar empiricamente as defesas. Moss (1974), ao rever 250 artigos, concluiu que os métodos de avaliação dos mecanismos de defesa são inadequados e que, de uma forma geral, a confiabilidade experimental só pode ser obtida a partir de avaliações clínicas.

As dificuldades metodológicas para se avaliar, objetivamente, os mecanismos de defesa do ego podem ser colocadas em quatro grupos.

A- As defesas não são visíveis no comportamento.

Da mesma forma que Plutão não era visível, na astronomia do século XIX, as defesas psicológicas não podem ser visualizadas, no século XXI. Elas só podem ser deduzidas a partir de suas características, que ficam impressas no comportamento do indivíduo. E para realizar a leitura das defesas, o avaliador precisa conhecer, o mais

profundamente possível, tanto a realidade interna quanto a externa do paciente, além de conhecer a si mesmo na mesma profundidade.

Portanto, a avaliação clínica das defesas passa necessariamente pela subjetividade do avaliador, o que torna tal avaliação pouco confiável. Nem mesmo o uso de uma hierarquia das defesas (maduras, neuróticas e imaturas) diminui a imprecisão decorrente da subjetividade do avaliador (Vaillant, 1971).

B- As defesas não são entidades clínicas.

Psiquiatras e psicólogos, em geral, trabalham com situações clínicas razoavelmente bem definidas a partir do estudo do comportamento humano e as defesas não são entidades clínicas catalogáveis num manual de diagnósticos. São muito mais um ‘processo psíquico’ do que uma entidade clínica, o que requer uma compreensão detalhada de todos os possíveis desdobramentos destes processos no comportamento expresso do paciente. O pequeno número existente de avaliadores qualificados para identificar os MDE também pode ser considerado uma dificuldade metodológica, além do ‘processo psíquico’, de forma geral, ser de difícil mensuração devido à sua complexidade conceitual (Vaillant, 1976).

C- As defesas são fenômenos fugazes.

O aparecimento de uma determinada defesa do ego é resultado de um complexo ‘jogo de forças’, mediado pelo ego, entre as instâncias psíquicas (superego e id) e a realidade externa. Sendo esse um jogo dinâmico, as defesas mudam instantaneamente, o que torna sua avaliação mais difícil. Dessa forma, o perfil das defesas passa a ser mais importante do que uma delas, isoladamente. E aí está a dificuldade, porque através da observação direta numa entrevista diagnóstica, por exemplo, são identificados apenas lampejos das defesas, tornando necessário, portanto, um rastreamento de longo prazo (Vaillant, 1976).

D- A avaliação é desconfortável.

Como o processo elaborador das defesas é predominantemente inconsciente já se pode presumir o nível de profundidade psíquica em que ocorre. E nada é inconsciente por acaso, mas sim porque o indivíduo não tolera tomar consciência de certos conteúdos que estão em atividade na sua mente. Assim, a abordagem dessas questões será necessariamente incômoda para o sujeito, o que pode tornar a avaliação mais difícil, especialmente em pesquisas. Isto ocorre porque numa situação clínica o paciente espera

algum benefício terapêutico, podendo suportar um pouco mais de desconforto na investigação (Vaillant, 1976).

Levando-se em conta as dificuldades metodológicas acima, Bond et al., (1983) desenvolveram o “Defense Style Questionnaire” (DSQ) como um questionário auto-responsível, com 67 itens, para avaliar os derivados conscientes dos mecanismos de defesa. Esse instrumento tem por objetivo identificar o estilo característico das defesas a partir da maneira como as pessoas, consciente ou inconscientemente, lidam com o conflito psíquico. Essa maneira é detectada através de comentários precisos que a pessoa pode fazer sobre seu próprio comportamento.

Andrews et al., (1993) reorganizaram o instrumento em 40 afirmativas relacionadas às 20 defesas descritas no DSM-III-R, sendo que cada defesa é avaliada por duas afirmativas. O respondente é solicitado a dar uma nota que varia de 1 (discordo totalmente) a 9 (concordo totalmente) em cada afirmativa. (Anexo 5). Quatro defesas estão relacionadas ao fator maduro (sublimação, humor, antecipação e supressão); quatro ao fator neurótico (anulação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reativa) e doze ao fator imaturo (projeção, agressão passiva, atuação, isolamento, desvalorização, ‘fantasia autística’, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização). (Anexo 6).

O DSQ-40 pode fornecer escores para as 20 defesas isoladamente e também para os três fatores (maduro, neurótico e imaturo). Os escores para as defesas são calculados pela média dos dois itens de cada mecanismo dado e os escores dos fatores são calculados pelos escores médios das defesas que pertencem a cada fator (Blaya et al., 2004).

O DSQ-40 foi traduzido para o português, validado no Brasil e encontra-se à disposição para uso em pesquisas acadêmicas. No estudo sobre validação do DSQ-40, Blaya et al., (2007) encontraram confiabilidade no teste-reteste, na validade discriminante e na consistência interna de cada fator de defesa, considerando assim que o DSQ-40 é um escala adequada para uso em nossa cultura.

2.2-Qualidade de Vida

A expressão *qualidade de vida* foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América (EUA), Lyndon Johnson, em 1964 ao declarar que “os

objetivos de um governo não podem ser medidos através do balanço dos bancos e sim através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (Desenvolvimento do WHOQOL, 2005).

A fecundidade dessa expressão foi tão grande que ela começou a ser usada nos EUA e logo depois na Europa no campo da Economia e da Sociologia quando se pretendia estudar melhor a noção de bem-estar social, uma vez que os indicadores econômicos revelaram-se insuficientes para este objetivo.

Embora o uso desta expressão possa ser considerado recente na História da Humanidade, alguns estudos afirmam que o conceito subjacente é tão antigo quanto a própria civilização humana. Sabe-se que desde a antiguidade, referenciais filosóficos têm sido utilizados para se conceber uma vida com qualidade.

No pensamento aristotélico, por exemplo, o conceito de ‘vida boa’ está associado a sentir-se realizado e pleno, pela prática das virtudes. Autores modernos enxergam na prática das virtudes as raízes da noção de cidadania que temos hoje (Machado, 2000).

A noção de qualidade de vida (QV) começou a ganhar sentido no campo da medicina, a partir de 1970, com a constatação do aumento da expectativa de vida das pessoas. Se por um lado o progresso da medicina foi suficientemente grande para prolongar a vida, por outro é preciso perguntar em que condições se dá esse prolongamento. Em outras palavras, não basta ‘acrescentar anos à vida’ mas também ‘acrescentar vida aos anos’. Foi, portanto, nesse contexto que o conceito de QV começou a ser estudado e avaliado (Kimura, 1999).

A introdução do conceito de QV na área da saúde encontrou outros construtos já existentes. Alguns se fundamentam numa visão eminentemente biológica como status de saúde, outros são eminentemente sociais e psicológicos como bem-estar, satisfação e felicidade. Um terceiro grupo é de origem econômica e baseia-se na teoria da preferência: presume a escolha do indivíduo ao comparar um determinado estado de saúde com outro.

A QV apresenta intersecções com vários desses conceitos, porém sua especificidade está no fato de incluir outros aspectos da vida, além da saúde, tais como meio ambiente, relações sociais, espiritualidade e nível de independência no dia a dia (Fleck, 2008).

Trata-se de um conceito bastante amplo e complexo já que QV inclui, do ponto de vista *subjetivo*, saúde, bem-estar, autoestima e sentimento de realização pessoal e, do

ponto de vista *objetivo*, estilos de vida, condições sócioeconômicas, aspectos políticos e ideológicos.

Assim, pode-se estudar QV em populações saudáveis, nas quais a saúde é apenas um dos itens avaliados. Em tais populações a QV pode ser estudada quando comprometida por fatores econômicos, condições de trabalho e não pela ausência de saúde.

Surge, portanto, uma primeira classificação do conceito:

- 1- Qualidade de vida Relacionada à Saúde e
- 2- Qualidade de vida não Relacionada à Saúde.

A própria definição de saúde feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, deixa clara a importância de “um estado de bem-estar físico, psíquico e social” além da ausência de doença (Desenvolvimento do WHOQOL, 2005).

Na medida em que saúde vai além da ausência de doença, para a OMS qualidade de vida vai além da presença de saúde. Ou seja, inclui a percepção que um indivíduo tem de sua própria posição na vida, além de considerar seus objetivos, expectativas e preocupações (Desenvolvimento do WHOQOL, 2005).

Cabe destacar três aspectos fundamentais do construto *qualidade de vida*, que são:

A- Subjetividade; é a percepção do indivíduo que está em questão. A realidade objetiva só conta à medida em que é percebida pelo indivíduo.

B- Multidimensionalidade; qualidade de vida é composta por várias dimensões, como: dimensão física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e crenças pessoais.

C- Presença de dimensões positivas e negativas. Assim, para uma ‘boa’ qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes, como a mobilidade e outros ausentes, como a dor (Fleck, 2008).

2.2.1- Avaliação da Qualidade de Vida

A avaliação da qualidade de vida está cercada de controvérsias, do mesmo modo que a avaliação das relações objetivas e dos mecanismos de defesa do ego.

Tais controvérsias começam questionando se é possível medir QV e discutem até o valor das análises estatísticas realizadas.

Randall e Downie (2006) sintetizam suas críticas às tentativas de mensuração de QV, em cinco pontos:

1- Como não se tem um consenso a respeito do conceito de QV, não se pode ter certeza do que se mede. Quando alguém diz que está satisfeito com sua vida, não se sabe exatamente a quais aspectos está se referindo;

2- Nas escalas ordinais, frequentemente obtidas a partir de questionários, é difícil identificar pontos distintos numa linha contínua de experiências e significados;

3- As escalas ordinais, frequentemente utilizadas na avaliação de QV, não servem para a análise estatística, a não ser para revelar a pontuação média. Apesar disso, dão credibilidade às publicações, porque somente o conhecimento estatístico permite a generalização das conclusões. Por outro lado, as escalas intervalares, úteis estatisticamente, ainda não encontraram seu lugar nas avaliações de QV;

4- O ato de pensar e refletir sobre as questões apresentadas nos questionários de QV pode interferir no resultado da pesquisa, seja através de um entrevistador ou não. Ou seja, o próprio instrumento de medida pode distorcer seus resultados;

5- Os resultados das avaliações de QV serão sempre específicos para uma dada população, o que torna difícil a comparação entre diferentes estudos ainda que se utilize o mesmo instrumento de medidas.

Esses autores concluem que a pesquisa sobre QV é qualitativa, por natureza, e como tal não pode ser satisfatoriamente quantificada. Do mesmo modo, seus resultados não podem ser generalizados como na pesquisa quantitativa. Recomendam que os pesquisadores reflitam sobre as razões pelas quais se sentem tentados a quantificar QV.

A Organização Mundial da Saúde ao perceber a crescente importância do tema em vários países e ciente das dificuldades metodológicas descritas acima, desenvolveu o Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) no final da década de 1990, dentro da sua Divisão de Saúde Mental.

A principal missão desse grupo foi caracterizar o conceito de QV e construir um instrumento para sua avaliação numa perspectiva transcultural, isto é, através de um estudo multicêntrico internacional, trabalho esse que foi conduzido em 15 países simultaneamente.

A - Desenvolvimento do WHOQOL-100

O desenvolvimento do WHOQOL-100, escala de avaliação de qualidade de vida com 100 perguntas, se deu em quatro estágios:

1- Estabelecimento do Conceito.

Especialistas internacionais fizeram a revisão da literatura e estabeleceram um consenso para uma definição de qualidade de vida, tendo em mente a construção de um instrumento internacional para sua avaliação.

Três aspectos do construto teórico foram considerados fundamentais na elaboração do conceito: Subjetividade, Multidimensionalidade e Presença de dimensões positivas e negativas.

2- Estudo-piloto qualitativo.

O objetivo desse estágio foi explorar o conceito de QV nas diferentes culturas e gerar questões para a elaboração do instrumento de avaliação.

Cada centro de estudos organizou, em seu respectivo país, vários grupos de pessoas representativas da população alvo. Esses grupos, de 6 a 8 pessoas, eram formados por indivíduos sadios, portadores de doença e profissionais de saúde, que, sob a coordenação de um dos pesquisadores do projeto, discutiam como as diferentes facetas do conceito de QV interferiam em suas vidas e qual seria a melhor maneira de se perguntar sobre cada uma delas.

3- Desenvolvimento de um teste-piloto.

O principal objetivo deste estágio foi refinar a estrutura do WHOQOL, possibilitando a redução do conjunto de questões. Através da administração do instrumento-piloto nos 15 centros, para 250 pacientes e 50 pessoas saudáveis em cada um ($n = 4500$), foi realizada a padronização final do questionário contendo 100 questões.

4- Teste de campo.

O objetivo foi estabelecer as propriedades psicométricas do WHOQOL-100, através da sua aplicação em grupos homogêneos de pacientes. Definiu-se a estrutura comum de seis domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais) além da escala (do tipo Likert) de respostas equivalentes nos diferentes idiomas.

B - Desenvolvimento do WHOQOL-Abreviado

O uso crescente do WHOQOL-100 começou a mostrar suas características positivas e também algumas limitações. Se, por um lado, suas propriedades psicométricas se mostram robustas, em parte devido ao número de itens constantes, por outro, demonstra limitações devido à sua extensão.

O interesse em utilizar medidas de QV em estudos de bases populacionais e epidemiológicas fez com que a OMS passasse a se empenhar no desenvolvimento de uma versão abreviada daquele instrumento.

O banco de dados utilizado para a seleção de itens originou-se do teste de campo do WHOQOL-100 e os pesquisadores decidiram manter o mesmo embasamento teórico-conceitual na versão abreviada, o que determinou que, no mínimo um item de cada uma das 24 facetas fosse selecionado. A escolha de cada questão foi feita de acordo com sua abrangência e desempenho psicométrico, ou seja, a questão cuja média mais se aproxima do escore da faceta.

Além das 24 questões, obtidas como descrito acima, a versão abreviada recebeu uma questão geral sobre 'QV' e uma sobre 'saúde', ficando assim com 26 questões. (Anexo 8).

O WHOQOL-Abreviado, depois de ter obtido um índice bastante satisfatório na análise confirmatória de sua estrutura, foi traduzido para o português e validado no Brasil. Apresentou boa consistência interna, validade discriminante, validade de conteúdo, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste na sua aplicação em populações de características heterogêneas (doenças clínicas em diferentes estágios e de diferentes áreas da medicina, bem como indivíduos saudáveis) (Fleck, 2008).

Assim, o WHOQOL-Abreviado, como um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, está disponível para uso em pesquisas acadêmicas (Fleck, 2008).

2.3- Psicodinâmica e Qualidade de vida do Médico

Poucos são os estudos que usaram o WHOQOL em médicos (Klasan et al., 2012; Vutyavanich et al., 2007; Arenson-Pandikow et al., 2012; Rezende et al., 2011; Schwartzmann, 2007; Voltmer et al., 2010; Bovier et al., 2009) e dentre esses não há referências sobre o papel da psicodinâmica na qualidade de vida do médico.

Por outro lado, vários são os estudos sobre 'condições de trabalho médico' (Evans et al., 2002; Schroen et al., 2003; Grembowski et al., 2003), 'uso de drogas entre médicos' (Gold, 2004; Breen et al., 1998; Rivers et al., 1998; Estudo revela perfil do médico dependente químico, 2008) e 'satisfação profissional do médico' (McGlone et al., 2001; Garcia-Pena et al., 2000; Sutherland et al., 1992;), mas tais estudos estão distantes tanto da psicodinâmica quanto da QV do médico.

Tem havido um interesse crescente sobre as consequências do estresse para a saúde e tem se estudado melhor o estresse no trabalho. Nos últimos anos, as condições de trabalho médico têm se tornado tema de importantes debates (Mingote et al., 2004; Conselho Federal de Medicina, 2004; Médicos Paulistas, 2007).

Por outro lado, o estresse e as doenças a ele relacionadas estão aumentando entre médicos especialistas, o que pode vir a ser uma ameaça para a qualidade do atendimento médico à população (Visser et al., 2003).

Vários autores têm pesquisado sobre o esgotamento médico (“physician burnout”), apresentando-o com um problema ocupacional que impossibilita o profissional de trabalhar adequadamente com seus pacientes, assim como de cuidar da sua própria saúde (Deckard et al., 1994; Visser et al., 2003; Mingote et al., 2004; McManus et al., 2004; Kushnir et al., 2006; Morais et al., 2006).

Um estudo específico sobre a saúde do médico, no que se refere ao uso de drogas, demonstrou que a taxa de dependência e de abuso de álcool é a mesma que em grupos controle de usuários não médicos. Porém a taxa de dependência e de abuso de opióides é maior entre médicos do que em controles não médicos quando se compara os grupos por sexo, idade e classe econômica (Gold, 2004).

Verger et al., (2004) publicaram um estudo sobre o uso de hipnóticos e tranquilizantes entre médicos da França, país esse que tem a maior taxa de uso desses medicamentos dentro da Europa. A primeira conclusão é que os clínicos gerais usam, para si mesmos, tais medicamentos, numa frequência significativamente maior do que a população geral e a segunda é que o consumo aumenta a partir da faixa etária de 48 anos. Este aumento está diretamente relacionado com o volume de trabalho realizado, com a insatisfação profissional, com a falta de novos treinamentos, com problemas familiares e, obviamente, com uma maior prescrição desses mesmos medicamentos para seus pacientes.

Há estudos sobre a importância do relacionamento pessoal e social do médico para sua satisfação profissional, embora não se possa dizer que sejam estudos sobre a psicodinâmica do médico nem sobre a sua QV.

Lert et al., (2001) estudaram o impacto que o estresse e a satisfação, provenientes do trabalho médico com pacientes portadores do vírus HIV, têm sobre o bem-estar psicológico do médico. Concluiu que o estresse não estava relacionado com o tempo dedicado para a prática clínica, nem com o sofrimento dos pacientes. Porém, estava

fortemente relacionado com as ‘relações sociais no trabalho’, sendo estas os principais indicadores de mal estar psicológico, exaustão emocional e despersonalização. Onze por cento dos médicos estudados precisaram de ajuda profissional de colegas devido a problemas psicológicos no ambiente de trabalho.

Escriba-Aguir et al., (2002) estudaram os ‘fatores de risco psicosocial’ relacionados com a ‘exigência psicológica’ percebida por médicos especialistas na Espanha. As ‘relações interpessoais’, principalmente com familiares de pacientes, estão entre os vários fatores de risco para sobrecarga psicológica dentro do hospital.

Falkum et al., (2005) estudaram as relações entre ‘problemas interpessoais’ e ‘estresse ocupacional’ em médicos noruegueses através do Inventário de Problemas Interpessoais, além de seis outros instrumentos para medir o estresse no trabalho. Concluiu que os ‘problemas interpessoais’ tiveram um impacto significativo sobre a satisfação no trabalho, a comunicação com colegas e enfermeiras, e sobre o estresse decorrente da interação com os pacientes.

Além disso, concluiu que o médico que tem dificuldade para ser firme com os outros encontra menor satisfação no trabalho, que o médico excessivamente expressivo costuma esperar dos colegas mais do que eles podem dar e que o médico excessivamente competitivo costuma ter relacionamentos mais difíceis com colegas e enfermeiras.

Os estudos que mais se aproximam da psicodinâmica do médico são aqueles que procuram compreender a importância da ‘personalidade’ desse profissional na relação médico paciente, na relação consigo mesmo e na previsão de atitudes e posturas cotidianas.

Em 2004, Clack et al. publicaram um estudo sobre as diferenças de personalidade entre médicos e pacientes, com o intuito de conhecer melhor a importância desse tema na relação médico-paciente. Concluiu que os médicos da amostra estudada eram significativamente diferentes da população geral adulta, quando a comparação foi feita a partir das dimensões da personalidade pelo Myers-Briggs Type Indicator (MBTI). Uma das dimensões que evidenciou diferenças foi o ‘modo de percepção’, ou seja, a maneira preferida por uma pessoa para receber informações ou adquirir novos conhecimentos. A diferença revelada por essa dimensão pode ser um ponto de dificuldades na comunicação entre médicos e pacientes.

McManus et al., em 2004, pretendiam avaliar até que ponto as características da personalidade de estudantes de medicina do Reino Unido poderiam ser utilizadas para se prever suas atitudes depois de formados. Para tanto, realizou um estudo prospectivo de 1990 a 2002. No início do estudo foram avaliadas as dimensões de personalidade através do questionário 'Big Five', baseado no modelo de personalidade de cinco fatores, que são: neuroticismo (instabilidade emocional), extroversão, abertura para experiências, escrupulosidade e sociabilidade (McManus et al., 2004). Ao final do estudo foi feita uma reavaliação dessas dimensões, através do mesmo questionário e não houve diferenças significativas entre as duas avaliações. Na ocasião da reavaliação também se aplicou as seguintes escalas: Maslach Burnout Inventory, para avaliar o esgotamento, General Health Questionnaire, para avaliar o estresse e Happiness with Medical Career, para avaliar a satisfação com a carreira médica. Concluiu que o estresse, o esgotamento e a satisfação com a carreira médica, avaliados depois da formatura em medicina, poderiam ser previstos a partir das características da personalidade dos estudantes. Médicos com maiores índices de estresse e de exaustão emocional, que estavam menos satisfeitos com a medicina como carreira, tinham maiores escores de neuroticismo e menores de extroversão, detectados quando ainda eram estudantes. Por outro lado, escores baixos de escrupulosidade podem indicar maiores índices de estresse e médicos extrovertidos referem maior realização pessoal e estão mais satisfeitos com a carreira médica. Médicos com altos escores de sociabilidade tendem a considerar seu ambiente de trabalho mais receptivo e acolhedor. Características de personalidade de estudantes de medicina podem ser utilizadas como elementos para se prever o comportamento dos futuros médicos (McManus et al., 2004).

3- Objetivos e Hipóteses

Pelo exposto na revisão da literatura pode-se deduzir que a psicodinâmica é um fator essencial na qualidade de vida de uma pessoa. O objetivo desta pesquisa é avaliar o papel da psicodinâmica (medida através das relações objetais e dos mecanismos de defesa do ego) sobre a qualidade de vida do médico de Botucatu.

3.1. Hipótese principal

A psicodinâmica mais saudável se relaciona positivamente com maior qualidade de vida do médico.

3.2. Hipóteses secundárias

Defesas maduras do ego estão relacionadas positivamente à maior qualidade de vida do médico.

Relações objetais normais estão relacionadas positivamente à maior qualidade de vida do médico.

4-Métodos

4.1 – Delineamento

O delineamento adotado foi do tipo ‘coleta transversal de dados’.

4.2 – Período de coleta dos dados

Os dados foram coletados de outubro de 2008 a junho de 2009.

4.3 – População-referenciada

A população referenciada foi de 602 médicos, que exerciam as seguintes funções: docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (FMB-Unesp), médicos contratados pela Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp) ou pela Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (Famesp), médicos cooperados da Unimed de Botucatu e médicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Botucatu é uma cidade localizada na região centro-sul do Estado de São Paulo, cuja população era de 127.328 habitantes em 2010 (IBGE Censo 2010). Esta cidade foi escolhida, para este estudo, por ser uma das que tem a maior concentração de médicos do mundo (Perfil do médico, 2007).

4.4 – Amostra

A amostra foi não probabilística, do tipo conveniência ou por acessibilidade.

4.5 – Instrumentos

4.5.1 – Questionário sociodemográfico

A caracterização sociodemográfica foi feita por meio de um questionário com perguntas fechadas, sobre o perfil pessoal e profissional do médico incluindo hábitos como tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, drogas, antidepressivos. Do mesmo modo foram investigados jornada de trabalho, renda, férias, plantões. (Anexo 1).

4.5.2 – BORRTI - Forma O

O BORRTI - Forma O (Bell Object Relations and Reality Test Inventory) é um questionário auto-administrável. Consiste de 45 itens que o sujeito marca como ‘verdadeiro’ ou ‘falso’, conforme sua experiência mais recente. Por meio de 4 subescalas (alienação, egocentrismo, vinculação insegura e incapacidade social), o

software (desenvolvido pelo autor) do BORRTI - Forma O avalia as relações objetais classificando o perfil do respondente como ‘patológico’ e ‘não patológico’ (Anexos 2, 3 e 4). (Bruscato, 2000).

4.5.3 – DSQ-40

O DSQ-40 (Defense Style Questionnaire) é um questionário auto-aplicável (Anexo 5). É composto por 40 itens que devem ser avaliados numa escala de 1 a 9, na qual 1 indica ‘discordo totalmente’ e 9 indica ‘concordo totalmente’. O DSQ-40 gera escores para 3 fatores: maduro, neurótico e imaturo, que agrupam os mecanismos de defesa do ego (Anexos 6 e 7). (Blaya et al., 2004).

4.5.4 – WHOQOL-Abreviado

O WHOQOL-Abreviado (World Health Organization Quality of Life) avalia a qualidade de vida, conceito este estabelecido de forma transcultural e internacional. Consiste de 26 questões, auto-aplicáveis, que devem ser respondidas dentro de uma escala de 1 a 5. Esses valores serão convertidos respectivamente, por meio de uma sintaxe própria da escala, nos valores mínimo (4) e máximo (20) teóricos. O WHOQOL-Abreviado fornece escores para 4 domínios separados (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) (Anexo 8). (Desenvolvimento do WHOQOL, 2005).

4.6 - Análise Estatística

A análise estatística foi realizada em duas fases. Na primeira fase, o perfil sociodemográfico, a psicodinâmica e a QV foram descritos. Na segunda fase, de caráter analítico, foi estudada a relação entre a psicodinâmica e a QV, moderada pelas variáveis sociodemográficas, a partir de abordagem não paramétrica para os domínios psicológico e das relações sociais e a partir de abordagem paramétrica para os domínios físico e meio ambiente. Testes de Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov foram empregados para a escolha da abordagem em cada domínio.

Na abordagem não paramétrica, os escores dos domínios psicológico e das relações sociais da QV dos entrevistados que apresentaram relações objetais patológicas foram comparados com os escores dos entrevistados que apresentaram relações objetais normais por meio dos testes de Mann-Whitney (Tabelas 12 a 15). Além disso, os

escores dos domínios psicológico e das relações sociais da QV foram correlacionados com os escores do DSQ-40 por meio do coeficiente de Spearman (Tabela 16).

Na abordagem paramétrica, o efeito da psicodinâmica sobre os escores dos domínios físico e meio ambiente da QV foi estimado a partir do ajuste de modelos de regressão linear com resposta Gamma (Tabelas 17 e 18). Foram utilizados os softwares SPSS versão 17, R versão 2.11.0 e Graph Pad versão 5.0.

4.6.1 – Variáveis

4.6.1.1 – Variáveis independentes

As variáveis independentes foram de dois tipos: numérica e categórica. As primeiras, obtidas pelo DSQ-40, foram os escores dos três fatores das defesas (maduro, neurótico e imaturo) e as segundas foram obtidas pela presença ou ausência de relações objetais patológicas (alienação, vinculação insegura, egocentrismo e incapacidade social), de acordo com o BORRTI - Forma O.

4.6.1.2 – Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes (numéricas) foram os escores dos domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) obtidos pelo WHOQOL-Abreviado.

4.6.1.3 – Variáveis Intervenientes

Foram tratadas como variáveis intervenientes as informações obtidas pelo questionário sociodemográfico.

4.7 – Cuidados com a qualidade da informação

As respostas de cada questionário foram digitadas numa base de dados, elaborada para a análise estatística. Três procedimentos foram adotados para assegurar a qualidade da digitação:

- a) comparação entre os valores teóricos das variáveis numéricas (máximo e mínimo) com os digitados;
- b) verificação de informações correlatas, por exemplo “dar plantão” e “número de plantões por semana”;
- c) sorteio aleatório de 1 questionário, em cada 10, para a revisão da digitação de todos os dados por um digitador independente.

O modelo de causalidade usado como base para a definição da estratégia de análise estatística é apresentado a seguir.

Figura 1 - Modelo de causalidade usado para a definição da estratégia de análise estatística.

Quadro 1 – Variáveis Intervenientes

Idade
Férias
Bebidas alcoólicas
Tranquilizantes
Antidepressivos

4.8 – Outros aspectos

4.8.1 - Divulgação da Pesquisa

Os grupos foram abordados, previamente, através de e-mails, jornais de circulação interna, intranet e reuniões com dirigentes para divulgar a importância da pesquisa entre a classe médica da cidade. A participação foi espontânea, sem a utilização de incentivos.

4.8.2 - Abordagem

Foram enviados questionários, com carta-resposta, para todos os médicos, convidando-os a participar do estudo (Anexo 9). Para os médicos contratados pela Unesp / Fapesp e SUS os questionários foram reenviados uma vez, devido à baixa adesão na primeira tentativa. Foram usadas as listas de nomes e endereços fornecidas pelas instituições citadas na seção 4.3.

4.8.3 – Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPESQ do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da USP (Protocolo de Pesquisa nº 0643/08) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (Of. 298/08 – CEP).

4.8.4 - Obtenção do Consentimento

Foi solicitado também que o respondente preenchesse e assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que este fosse colocado num envelope que não seria aberto, para manter a privacidade do participante. Foi pedido ainda o anonimato no questionário da pesquisa. Assim, nenhuma informação identificadora foi registrada no banco de dados, (Anexo 10).

5- Resultados

5.1 – Dados Sociodemográficos

Foram recebidos 199 questionários respondidos (33%), dos quais 1 foi excluído por estar incompleto. A média de idade dos participantes foi de 47,6 anos com desvio padrão de 11,1 e os valores mínimo e máximo foram 29 e 83 anos. A frequência do sexo masculino foi de 53,5% (106 sujeitos). (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas.

Característica demográfica	Resumo descritivo	
Sexo masculino/feminino (%)	106/93	(53,5%/46,5%)
Idade (anos) ⁽¹⁾	47,6 ± 11,1	29/83

(1) Resumo descritivo em média± desvio-padrão; Mínimo/Máximo.

No que se refere à formação acadêmica, 96% (190) fizeram residência médica, 87,4 % (173) tinham título de especialista e 59% (117) fizeram pós-graduação, dos quais 28,2% (33) fizeram mestrado, 60,7% (71) fizeram doutorado e 11,1% (13) fizeram pós-doutorado. O tempo de formado, em média, foi de 22,5 anos com desvio padrão de 11 anos (Tabela 2).

O tempo médio dedicado à leitura científica foi de 18 horas/mês com desvio padrão de 15 horas/mês e valores mínimo e máximo de 1 e 80 horas/mês. Participaram de congresso médico nos últimos dois anos, 91,0% (180). (Tabela 3).

Quanto à atividade profissional, a Tabela 4 mostrou que 36,0% (64) trabalham como docentes da FMB-Unesp, 23,6% (42) trabalham como médicos contratados pela Unesp/Famesp, 23,6% (42) na Unimed de Botucatu, 11,2% (20) no SUS e 5,6% (10) em consultório exclusivamente particular. Apenas 3 médicos trabalham menos de 20 horas por semana e 59,4% (117) trabalham de 41 a 60 horas por semana. Em relação a plantões noturnos 50,3% (99) responderam que trabalham nessas condições sendo que 15,2% (15) o fazem menos de 1 vez por semana, 48,5% (48) cerca de 1 vez por semana, 25,3% (25) 2 vezes por semana e 11,1% (11) mais de 2 vezes por semana.

Tabela 2 - Formação acadêmica.

Sobre a formação acadêmica	Resumo descritivo	
Tempo de formado (anos) ⁽¹⁾	22,5 ± 11,0	4/59
Possui residência médica	190	96,0%
Possui título de especialista	173	87,4%
Possui pós-graduação strictu sensu	117	59,1%
Nível da pós-graduação (n = 117)		
Mestrado	33	28,2%
Doutorado	71	60,7%
Pós-doutorado	13	11,1%

(1) Resumo descritivo em média ± desvio-padrão; Mínimo/Máximo.

Tabela 3 - Atividade científica.

Sobre a atividade científica	Resumo descritivo	
Tempo dedicado a leitura científica (h/mês) ⁽¹⁾	18,0 ± 15,0	1/80
Participação em congresso científico	180	91,0%
Abrangência do congresso (n=82)		
Nacional	14	17,0%
Internacional	68	83,0%

(1) Resumo descritivo em média ± desvio-padrão; Mínimo/Máximo.

Cerca de 30% (58) dos médicos estavam sem férias havia mais de 1 ano. Sua distribuição por faixa salarial mensal foi a seguinte: 18,4 % (35) ganhavam até R\$ 6.000,00; 33,7% (64) ganhavam de R\$ 6.001,00 à R\$ 10.000,00; 30,5 % (58) ganhavam de R\$ 10.001,00 à R\$ 15.000,00 e 17,4 % (33) mais de R\$ 15.000,00.

Tabela 4 - Atividade profissional.

Sobre a atividade profissional	Resumo descritivo	
Possui mais de 1 ocupação principal	40	20,2%
Local de trabalho (n=178)		
Unesp, como docente	64	36,0%
Unesp, como contratado	42	23,6%
Unimed	42	23,6%
SUS	20	11,2%
Consultório	10	5,6%
Tempo de jornada (n = 197)		
Menor que 20 horas	3	1,5%
De 21 a 40 horas	45	22,8%
De 41 a 60 horas	117	59,4%
Acima de 60 horas	32	16,3%
Realiza plantão noturno (n = 197)	99	50,3%
Frequência com que realiza os plantões noturnos (n=99)		
Menos que 1x/semana	15	15,2%
1x/semana	48	48,5%
2x/semana	25	25,2%
Mais que 2x/semana	11	11,1%
Sem férias há mais de 1 ano	58	29,8%
Tempo sem férias (n=195)		
Menos que 1 ano	137	70,3%
De 1 a 3 anos	39	20,0%
De 4 a 5 anos	7	3,5%
Mais de 5 anos	12	6,2%
Renda mensal (n = 190)		
Até R\$ 6.000,00	35	18,4%
De R\$ 6.001,00 a R\$ 10.000,00	64	33,7%
De R\$ 10.001,00 a R\$ 15.000,00	58	30,5%
Acima de R\$ 15.000,00	33	17,4%

Cerca de 8% (16) usam tabaco enquanto que 76,5% (150) usam bebidas alcoólicas; 52% (103) utilizam analgésicos, 15% (30) usam tranquilizantes e 8,5% (17) usam antidepressivos. Cerca de 3,0% (6) usam hipnóticos, 1,5% (3) usam maconha e nenhum usa cocaína ou opióide. (Tabelas 5, 6, 7).

Tabela 5 – Uso de drogas lícitas.

Sobre consumo de drogas lícitas	Resumo descritivo	
Tabagismo (n=197)	16	8,1%
Quantidade de cigarros/dia (n = 16)		
Até 10	10	62,4%
21 a 30	4	25,0%
31 a 40	1	6,3%
Acima de 40	1	6,3%
Uso de bebidas alcoólicas (n=196)	150	76,5%
Frequência com que usa bebidas alcoólicas (n = 150)		
1 vez/mês	42	28,0%
1 vez/semana	65	43,3%
2 a 4 vezes/semana	37	24,7%
Diariamente	6	4,0%
Total de doses (n = 150)		
1	71	47,3%
De 2 a 4	71	47,3%
De 5 a 7	5	3,4%
De 8 a 10	3	2,0%
Total de doses/mês (n = 150) ⁽¹⁾	15,81 ± 21,69 ; 1/108	

(1) Resumo descritivo em média ± desvio-padrão; Mínimo/Máximo

Tabela 6 – Uso de medicamentos.

Consumo de medicamentos	Resumo descritivo	
Analgésicos (n = 197)	103	52,3%
Frequência com que usa analgésicos (n = 103)		
1 vez/mês	65	63,1%
1 vez/semana	20	19,4%
2 a 4 vezes/semana ou diariamente	18	17,5%
Quantidade de comprimidos de analgésicos (n = 102)		
1	77	75,5%
2	15	14,7%
3	7	6,9%
4	3	2,9%
Tranquilizantes (n = 198)	30	15,2%
Frequência com que utiliza tranquilizantes (n = 30)		
1 vez/mês	14	46,7%
1 vez/semana	8	26,7%
2 a 4 vezes/semana	4	13,3%
Diariamente	4	13,3%
Quantidade de comprimidos de tranquilizantes (n=30)		
0	4	13,3%
1	23	76,7%
2	3	10,0%
Antidepressivos (n = 197)	17	8,6%
Hipnóticos (n=197)	6	3,0%
Frequência com que usa hipnóticos (n = 6)		
1 vez/mês	3	50,0%
1 vez/semana	1	16,7%
Diariamente	2	33,3%
Quantidade de comprimidos de hipnóticos (n=5)		
½	2	40,0%
1	3	60,0%

Tabela 7 – Uso de drogas ilícitas.

Consumo de drogas ilícitas	Resumo descritivo	
Maconha (n = 197)	3	1,5%
Cocaína (n = 196)	0	0%
Opióide (n=197)	0	0%

5.2 – Relações Objetais

Foram encontrados 51 sujeitos com perfil do tipo patológico nas RO, o que corresponde a 25,8% da amostra. (Tabela 8).

Tabela 8 – Perfil obtido pelo BORRTI - Forma O.

Perfil	n	% Relativo
Patológico	51	25,8%
Normal	147	74,2%
1 Relação objetal patológica	33/51	64,7%
2 Relações objetais patológicas	11/51	21,6%
3 Relações objetais patológicas	5/51	9,8%
4 Relações objetais patológicas	2/51	3,9%
Total	198	100,0%

Cerca de 13% (26) apresentaram perfil patológico em alienação, 10% (20) emegocentrismo, 13% (25) em vinculação insegura e 3,5% (7) em incapacidade social. (Tabela 9).

Tabela 9 – Número de médicos com perfil patológico em cada relação.

Relação objetal	n	% Relativo
Alienação	26	13,1%
Egocentrismo	20	10,1%
Vinculação insegura	25	12,6%
Incapacidade social	7	3,5%

5.3 – Mecanismos de Defesa do Ego

Os mecanismos de defesa do ego tiveram os seguintes escores médios: maduro ($5,54 \pm 1,18$), neurótico ($4,03 \pm 1,15$) e imaturo ($3,37 \pm 0,98$). (Tabela 10).

Tabela 10 – Escores dos fatores avaliados pelo DSQ-40.

Fator	n	Mínimo/Máximo teórico	Média $\pm$ DP; Mín/Máx
Maduro ⁽¹⁾	198	1,00/9,00	$5,54 \pm 1,18$; 1,50/8,13
Neurótico ⁽¹⁾	196	1,00/9,00	$4,03 \pm 1,15$; 1,00/7,50
Imaturo ⁽¹⁾	195	1,00/9,00	$3,37 \pm 0,98$; 1,00/6,21

(1) Resumo descritivo em média $\pm$ desvio-padrão; Mínimo/Máximo

5.4 – Qualidade de Vida

Os domínios da QV tiveram os seguintes escores médios: $16,02 \pm 2,33$ (físico), $15,19 \pm 2,46$ (psicológico), $14,69 \pm 3,25$ (relações sociais) e $15,36 \pm 2,03$ (meio ambiente). (Tabela 11).

Tabela 11 – Escores de qualidade de vida avaliados pelo WHOQOL-Abreviado.

Domínio	n	Variação teórica	Resumo descritivo
Físico ⁽¹⁾	196	4 a 20	$16,02 \pm 2,33$; 9,71/20,00
Psicológico ⁽¹⁾	196	4 a 20	$15,19 \pm 2,46$; 7,33/20,00
Relações sociais ⁽¹⁾	197	4 a 20	$14,69 \pm 3,25$; 4,00/20,00
Meio ambiente ⁽¹⁾	196	4 a 20	$15,36 \pm 2,03$; 9,50/20,00
Geral ⁽¹⁾	197	4 a 20	$15,57 \pm 3,15$; 6,00/20,00

(1) Resumo descritivo em média $\pm$ desvio-padrão ; Mínimo/Máximo

5.5 – Relação entre Psicodinâmica e Qualidade de Vida

5.5.1 – Relações Objetais

A tabela 12 mostrou que, no perfil patológico da relação objetal *Alienação*, os escores da QV dos domínios Psicológico e Relações Sociais foram significativamente menores do que no perfil normal.

Tabela 12 – Mediana dos escores dos domínios psicológico e relações sociais dos médicos com perfil normal e patológico (BORRTI - Forma O).

Domínio do WHOQOL	Perfil da Relação Objetal		Diferença	$p^{(*)}$
	Normal	Patológico		
Psicológico	15,82	12,88	2,94	$< 0,001$
Relações sociais	15,73	11,15	4,59	$< 0,001$

(*) Mann-Whitney para amostras independentes.

A tabela 13 mostrou que, no perfil patológico da relação objetal *Egocentrismo*, os escores da QV dos domínios Psicológico e Relações Sociais foram significativamente menores do que no perfil normal.

A tabela 14 mostrou que, no perfil patológico da relação objetal *Vinculação Insegura*, os escores da QV dos domínios Psicológico e Relações Sociais foram significativamente menores do que no perfil normal.

A tabela 15 mostrou que, no perfil patológico da relação objetal *Incapacidade Social*, os escores da QV dos domínios Psicológico e Relações Sociais não caíram significativamente.

Tabela 13 – Mediana dos escores dos domínios psicológico e das relações sociais dos médicos com perfil normal e patológico (BORRTI - Forma O).

Domínio do WHOQOL	Perfil da Relação Objetal		Diferença	$p^{(*)}$
	Normal	Patológico		
Psicológico	15,76	11,97	3,79	$\leq 0,01$
Relações sociais	15,78	12,41	3,37	$< 0,05$

(*) Mann-Whitney para amostras independentes.

Tabela 14 – Mediana dos escores dos domínios psicológico e das relações sociais dos médicos com perfil normal e patológico (BORRTI - Forma O).

Domínio do WHOQOL	Perfil da Relação Objetiva Vinculação Insegura		<i>Diferença</i>	<i>p</i> ^(*)
	Normal	Patológico		
Psicológico	15,90	13,02	2,88	< 0,05
Relações sociais	15,78	11,89	3,88	< 0,05

(*) Mann-Whitney para amostras independentes.

Tabela 15 – Mediana dos escores dos domínios *Psicológico* e das relações sociais dos médicos com perfil normal e patológico (BORRTI - Forma O).

Domínio do WHOQOL	Perfil da Relação Objetiva Incapacidade Social		<i>Diferença</i>	<i>p</i> ^(*)
	Normal	Patológico		
Psicológico	15,33	11,33	4,00	0,098
Relações sociais	14,66	10,66	4,00	0,196

(*) Mann-Whitney para amostras independentes.

5.5.2 – Mecanismos de Defesa do Ego

A tabela 16 mostrou que os escores dos domínios Psicológico e Relações Sociais correlacionaram-se positivamente com o escore do fator maduro, negativamente com o escore do fator neurótico (quando os indivíduos estavam sem férias havia mais de um ano) e negativamente com o escore do fator imaturo.

5.5.3 – Análise Estatística Paramétrica

A tabela 17 mostrou a relação entre a Psicodinâmica e o escore do domínio Físico da QV, moderada pelas variáveis sociodemográficas. Cabe destacar que a sucessiva introdução, no modelo estatístico, de variáveis moderadoras ou psicodinâmicas fez cair a QV, inicialmente estimada em 18,64. Observou-se efeito significativo do perfil patológico da alienação, que reduziu em 1,58 o escore da QV e efeito significativo do fator imaturo, com queda de 0,61 na QV a cada unidade a mais desse fator.

Tabela 16 – Correlações de Spearman entre os fatores dos mecanismos de defesa do ego e escores da qualidade de vida.

Fator (DSQ-40)	Variável Interveniente	Domínio – WHOQOL	
		Psicológico	Relações sociais
Fator maduro	Idade	0,370***	0,180*
Fator neurótico	Sem férias		
	Há menos de 1 ano	-0,124 <i>ns</i>	-0,035 <i>ns</i>
	Há mais de 1 ano	-0,349*	-0,28*
Fator imaturo	Sem férias		
	Há menos de 1 ano	-0,403***	-0,205*
	Há mais de 1 ano	-0,539***	-0,510***
	Frequência de uso de tranquilizante		
	Não usa	-0,428***	-0,265***
	Entre 1x/mês a diariamente	-0,538*	-0,469*
	Antidepressivo		
	Toma atualmente	-0,483***	-0,333***
	Não toma atualmente	-0,538*	-0,292 <i>ns</i>

ns: $p > 0,05$; * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Tabela 17 - Modelo ajustado para explicar o escore do domínio físico.

Variável	β estimado	EP (β est)	t	P
Média geral	18,64	0,54	34,2	<0,0001
Estar sem férias há mais de um ano	-0,76	0,33	-2,29	0,0226
Usar tranquilizantes	-0,56	0,41	-1,34	0,1793
Usar antidepressivos	-1,10	0,5	-2,20	0,0286
Perfil patológico em alienação (BORRTI - Forma O)	-1,58	0,41	-3,84	0,0001
Fator imaturo (DSQ-40)	-0,61	0,16	-3,71	0,0002

De forma semelhante, a tabela 18 mostra a relação entre a Psicodinâmica e o escore do domínio *meio ambiente* da QV, moderada pelas variáveis sociodemográficas. Cabe destacar que a sucessiva introdução, no modelo estatístico, de variáveis moderadoras ou psicodinâmicas, fez cair a QV, inicialmente estimada em 16,76. Observou-se efeito significativo do perfil patológico da alienação, que reduziu em 0,09 pontos a QV, e efeito significativo do fator imaturo, com queda de 0,64 na QV a cada unidade a mais desse fator.

Tabela 18 - Modelo ajustado para explicar o escore do domínio meio ambiente.

Variável	β estimado	EP (β est)	t	p
Média geral	16,76	0,76	21,80	<0,0001
Estar sem férias há mais de um ano	-0,77	0,29	-2,64	0,0087
Idade	0,02	0,01	1,95	0,0519
Perfil patológico na alienação (BORRTI - Forma O)	-0,090	0,37	-2,38	0,0180
Perfil patológico no egocentrismo (BORRTI - Forma O)	-0,53	0,46	-1,16	0,2476
Fator imaturo (DSQ-40)	-0,64	0,15	-4,07	<0,0001

5.5.4 – Participação das defesas em cada fator do DSQ-40

A figura 2 mostra que a participação das defesas antecipação e humor , dentro do fator maduro, foi mais expressiva do que as outras, sobre a QV do médico.

A figura 3 mostra que atuação e cisão foram as defesas, dentro do fator imaturo, que mais contribuíram para a queda da QV do médico.

Figura 2 - Participação das defesas do fator maduro na qualidade de vida do médico. Letras diferentes indicam diferenças significativas ($p < 0,05$) pelo teste de Dunn

Figura 3 - Participação das defesas do fator imaturo na qualidade de vida do médico. Letras diferentes indicam diferenças significativas ($p < 0,05$) pelo teste de Dunn.

5.5.5 – Relações não significativas

A tabela 19 revela que a QV do médico não tem relação, estatisticamente significativa, com renda, jornada de trabalho, nem com local de trabalho.

Tabela 19 - Valores de p associados aos testes de Kruskal-Wallis (ou teste de mediana), usados para estimar a relação entre características sociodemográficas e qualidade de vida.

Característica Sociodemográfica	Domínio - WHOQOL			
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Jornada de trabalho (h/sem.)				
De 21 a 40 horas	0,410	0,986	0,86	0,321
De 41 a 60 horas				
Acima de 60 horas				
Renda mensal				
Até R\$ 6.000,00				
De R\$ 6.001,00 a R\$ 10.000,00	0,119	0,098	0,088	0,054
De R\$ 10.001,00 a R\$ 15.000,00				
Acima de R\$ 15.000,00				
Local de trabalho				
Unesp como docente				
Unesp como contratado	0,340	0,568	0,734	0,362
Consultório pela Unimed				
Outros				

5.5.6 – Resumo dos resultados

A figura 4 mostra o resumo das relações analisadas, entre as variáveis independentes e dependentes.

Psicodinâmica x Qualidade de Vida			Qualidade de Vida			
			Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Psicodinâmica	Relações Objetais	Alienação				
		Egocentrismo				
		Vinculação Insegura				
		Incapacidade Social				
	Mecanismos de Defesa do Ego	Fator Imaturo				
		Fator Neurótico				
		Fator Maduro				

Legenda:

p < 0,005

Figura 4. Relações significativas entre variáveis psicodinâmicas e de Qualidade de Vida.

6-Discussão

Dentro da literatura disponível até o momento, este parece ser o primeiro estudo que relaciona qualidade de vida do médico com mecanismos de defesa do ego e relações objetais.

6.1. Dados Sociodemográficos

O percentual de resposta obtido (33%) pode ser considerado satisfatório, uma vez que o esperado em enquetes postais varia de 30 a 40%, de acordo com Prince (2003). Houve ligeiro predomínio do sexo masculino (53,5%) sobre o feminino, o que está um pouco abaixo dos padrões nacionais (58,8%), do estado de São Paulo (59,1%) (Demografia médica no Brasil, 2011) e da cidade de Botucatu (65%) (Torres et al., 2011). A explicação mais provável para esta diferença é que à medida em que a idade da classe médica diminui, aumenta o percentual de mulheres na profissão (Perfil do médico, 2007). No estudo de Torres et al., (2011) 43% da amostra está acima de 50 anos de idade (faixa etária em que predomina o gênero masculino), enquanto que em nosso estudo 37% está dentro dessa faixa. A média de idade em nosso estudo (47,6 anos) ficou um pouco acima da nacional (46 anos), da estadual (45,1 anos) e também do estudo de Torres et al., (2011) (46,5 anos). Do mesmo modo, o tempo de formado (22,4 anos) ficou um pouco acima das médias nacional (20,2 anos) e estadual (19,9 anos). A explicação mais razoável para essas diferenças é que em nosso estudo os médicos residentes (mais jovens) não foram incluídos.

Se por um lado os dados acima eram relativamente esperados, houve uma característica inesperada, que foi o índice de médicos que cursaram residência médica (96%), quando a média do estado de São Paulo está abaixo de 40% (Perfil do médico, 2007). O mesmo contraste se deu no que se refere ao título de especialista: Botucatu (87,4%), estado de São Paulo (55,8%) e Brasil (55,1%) (Demografia médica no Brasil, 2011). Este contraste pode ser compreendido pelas peculiaridades da classe médica de Botucatu, já que 36% dos médicos eram professores da FMB-Unesp, e cerca de 24% eram médicos contratados pelo HC da FMB-Unesp (instituições que exigem pós-graduação), e a mesma proporção (24%) estava vinculada à Unimed de Botucatu, que exige título de especialista.

Os médicos que trabalhavam mais de 60 horas por semana chegaram a 16%, enquanto que no estado de São Paulo este valor chega a 30%. A renda mensal acima de

R\$ 15.000,00 foi conseguida por 17% dos médicos em nosso estudo, enquanto que no estado de São Paulo a renda mensal acima de R\$ 12.000,00 é conseguida apenas por 12% deles (O trabalho médico no estado de São Paulo, 2007). Ou seja, nossa amostra de médicos de Botucatu trabalhou relativamente menos e ganhou mais do que o médico do nosso estado. Por outro lado, Torres et al., (2011) encontraram 54% de médicos ganhando mais de R\$ 15.000,00 por mês. A explicação mais provável, para essa diferença, é que a amostra estudada por Torres et al., reside predominantemente em cidades onde a relação médico por habitante deve ser menor do que a encontrada em Botucatu, uma das cidades com maior concentração de médicos do mundo (Perfil do médico, 2007).

6.2. Psicodinâmica e Qualidade de Vida do Médico

O nível de qualidade de vida observado entre os médicos de Botucatu mostrou-se acima do encontrado na população brasileira. A partir de uma amostra randomizada e estratificada de 751 pessoas da população geral de Porto Alegre, Cruz et. al., em 2011, fizeram um estudo para gerar dados normativos brasileiros. Embora a amostra tenha sido pequena para produzir dados válidos para todo o país, é preciso considerar que o estudo foi bem conduzido, do ponto de vista metodológico, além de ser pioneiro em gerar valores normativos brasileiros. Esses autores optaram por apresentar os dados na escala de zero a 100, do WHOQOL-Abreviado. Assim, pudemos comparar as duas amostras através dos seguintes escores: 75,1 (domínio físico de Botucatu) com 58,9 (domínio físico de Porto Alegre); 70,0 (domínio psicológico de Botucatu) com 65,9 (domínio psicológico de Porto Alegre); 66,8 (domínio relações sociais de Botucatu) com 76,2 (domínio relações sociais de Porto Alegre) e 71,1 (domínio meio ambiente de Botucatu) com 59,9 (domínio meio ambiente de Porto Alegre).

Tyssen et. al. (2008) fizeram um estudo sobre *satisfação com a vida*, em médicos. Como satisfação com a vida corresponde à qualidade de vida em indivíduos sadios, de acordo com Moons et al., (2006), pode-se fazer um paralelo com nosso estudo. Tyssen et. al. (2008) compararam a satisfação com a vida entre médicos e população geral, na Noruega. Por meio de um estudo longitudinal, verificaram que os médicos noruegueses apresentaram níveis de satisfação com a vida abaixo da população geral, com o mesmo nível de escolaridade. É importante esclarecer que nossos resultados foram comparados

com os da população geral de Porto Alegre, que incluiu todas as classes sociais. Já Tyssen et. al., (2008) compararam seus resultados aos de uma população com mesma escolaridade. Tal fato dificulta uma comparação adequada entre os dois estudos. De qualquer forma, a queda na satisfação com a vida, entre os médicos noruegueses, foi explicada principalmente pelo estresse profissional, enquanto que a queda da QV do médico botucatuense estava associada ao fator imaturo (dos mecanismos de defesa do ego) e ao perfil patológico das relações objetais.

Shanafelt et. al., (2012) compararam as taxas de esgotamento emocional, num estudo transversal de abrangência nacional americana, entre médicos de várias especialidades e trabalhadores de outros setores. Concluíram que o esgotamento emocional era mais comum em médicos do que nos trabalhadores em geral. Diferenças significativas foram observadas entre as especialidades médicas, sendo que os médicos que trabalhavam na ‘linha de frente’ (medicina de família, medicina interna e emergência médica) apresentavam maiores taxas de esgotamento emocional, enquanto que nosso estudo não encontrou relação entre a QV do médico e seu local de trabalho.

Torres et. al., (2011) estudaram, de forma transversal, a qualidade de vida e a saúde (física e mental) de médicos formados, ao longo de 38 anos, pela Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp. Por meio de 1224 questionários (amostra essa que engloba a do nosso estudo) concluíram que a QV desses egressos foi considerada muito boa ou boa por 68% dos respondentes. A tentativa de comparar os resultados desse estudo com os nossos tornou-se difícil devido à diferença entre os métodos utilizados na avaliação da QV: questões elaboradas pelos autores (no estudo de Torres et.al.) e o WHOQOL-Abreviado (em nosso estudo). Contudo, foi interessante observar que em ambos os estudos a QV do médico estava relativamente alta. Torres et. al., (2011) concluíram haver associação entre a QV favorável e a boa saúde física e mental, frequência regular a congressos, tempo suficiente de lazer e satisfação com a profissão. Nosso estudo verificou que a QV favorável estava associada a mecanismos maduros do ego e com perfil normal de relações objetais.

Nosso estudo verificou não haver relação, estatisticamente significativa, entre QV e jornada de trabalho, local de trabalho e renda (tabela 19). Resultados semelhantes foram obtidos por Scheurer et. al., (2009) que verificaram que a satisfação do médico independe do tipo de trabalho (ensino, pesquisa ou assistência). De modo semelhante,

McManus (1987) não encontrou correlação entre jornada de trabalho, quantidade de pacientes atendidos e nível de estresse ou esgotamento entre médicos.

A sobrecarga de trabalho médico prejudica a saúde física e mental deste profissional, segundo alguns autores (Scheurer et al., 2009; Voltmer et al., 2008; Ramirez et al., 1996). Por outro lado, McManus (1987) questiona o fato de que muitos médicos, trabalhando em mesmas condições, não sofrem os efeitos nocivos do excesso de trabalho. Ele afirma que não é a carga de trabalho que é estressante, até porque certos médicos têm prazer em trabalhar muito quando gostam do que fazem, mas sim o desequilíbrio entre o esforço e a recompensa (financeira, psicológica, social e profissional). O questionamento de McManus (1987) sugere a existência de fatores pessoais (na avaliação do esforço e da recompensa) que protegem o médico, diante do estresse profissional. O estudo da qualidade de vida do médico deve considerar a *interação* entre o aspecto pessoal e o ambiente de trabalho. A intermediação entre as necessidades de cada indivíduo e as características do seu trabalho pode ser facilitada pelos fatores protetores de saúde mental, sendo que os mais citados são relações sociais saudáveis, domínio das situações, senso de realidade (Bovier et al., 2009), boa autoestima (Ogińska-Bulik, 2005), visão otimista da vida (Voltmer et al., 2008) e interesse por atividade extraprofissional (Marcus et al., 2009).

A literatura sobre este tema (Psicodinâmica e Qualidade de Vida do Médico) é bastante escassa, porém nossos resultados mostraram a importância da maturidade psíquica do médico na sua qualidade de vida. O fator maduro (dos mecanismos de defesa do ego) se correlacionou positivamente com a qualidade de vida, enquanto que os fatores neurótico e imaturo se correlacionaram negativamente com ela. Por outro lado, médicos com perfil patológico nas relações objetais apresentaram menores escores de qualidade de vida, em relação àqueles com perfil normal.

De que forma, especificamente, a maturidade psíquica poderia participar da qualidade de vida de um indivíduo? Vaillant (1971) afirma que o uso dos mecanismos de defesa do ego pode alterar a percepção, tanto da realidade interna quanto externa, o que pode comprometer a QV que, de acordo com a OMS, é a percepção do indivíduo da sua própria posição na vida (Desenvolvimento do WHOQOL, 2005). Do mesmo modo Bell (1995) afirma que o perfil normal das relações objetais (indicador de maturidade psíquica) revela a *presença* de uma capacidade para relacionamentos saudáveis, enquanto que o patológico revela uma *falha* dessa capacidade. Fazendo uma

aproximação com o raciocínio de McManus (1987), é possível dizer que a avaliação do esforço e da recompensa depende da maturidade psíquica do médico.

A correlação positiva, encontrada em nosso estudo, entre o fator maduro (dos mecanismos de defesa do ego) e a QV do médico está de acordo com Vaillant (1971), quando ele afirma que defesas maduras do ego facilitam a capacidade adaptativa do indivíduo. Ou seja, médicos maduros psiquicamente lidam melhor (pela facilidade de adaptação) com suas adversidades cotidianas tendo, portanto, maior QV.

O fator maduro é composto por cinco defesas (sublimação, supressão, racionalização, humor e antecipação). Assim, cabe perguntar se alguma delas teve participação mais expressiva do que outra em nosso estudo. Verificamos que a contribuição de cada uma aumentou da sublimação para a antecipação (Figura 2). Ou seja, a antecipação foi a defesa com maior escore médio ($6,48 \pm 1,75$) dentre todas as defesas maduras. Este dado está de acordo com Andrews et al. (1989), que inovou ao incluir duas questões no DSQ-72 para avaliar a antecipação, embora essa defesa não constasse no glossário do DSM-III-R. Considerando que a antecipação possibilita ao indivíduo antever eventos e preparar-se realisticamente para enfrentá-los (Anexo 7), pode-se compreender porque, em nosso estudo, essa foi a defesa que melhor explicou os altos escores da qualidade de vida do médico.

Podemos verificar, também, o papel da maturidade psíquica analisando a correlação negativa, por nós encontrada, entre os fatores (neurótico e imaturo) e a QV do médico. Essa correlação está de acordo com Parekh et al., (2010), para quem as defesas neuróticas do ego estão associadas com altos níveis de estresse. Do mesmo modo, Vaillant (1971) afirma que mecanismos imaturos do ego dificultam a adaptação do indivíduo à vida profissional e conjugal, e McWilliams (2011) nota que esses mecanismos contribuem para uma instabilidade no relacionamento interpessoal.

O fator imaturo é composto por onze defesas (atuação, cisão, isolamento, somatização, dissociação, agressão passiva, deslocamento, fantasia autística, desvalorização, negação e projeção). Assim, cabe perguntar se alguma delas teve participação mais expressiva do que outra em nosso estudo. Verificamos que as defesas atuação (escore médio de $3,93 \pm 2,13$) e cisão (escore médio de $3,88 \pm 1,98$) foram as que mais contribuíram para a queda da QV do médico, enquanto que projeção (escore médio de $1,88 \pm 1,37$) teve a menor participação (Figura 3). Na atuação, o indivíduo lida com o conflito emocional por meio da ação, ao invés de fazer reflexões ou de levar em conta

seus sentimentos. Na cisão, o indivíduo compartimentaliza estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades positivas e negativas, próprias ou de outros, em imagens coerentes. Na projeção o indivíduo lida com o conflito emocional atribuindo falsamente à outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis (Anexo 7). Dentre todas as defesas imaturas Melanie Klein (1975) considerou a cisão a mais primitiva. Talvez essa possa ser uma explicação para os resultados deste estudo, em que se verificou uma participação mais discreta da projeção, quando comparada com a cisão, dentro do fator imaturo, na queda da QV do médico.

A importância da maturidade psíquica pode ser percebida, ainda, na correlação positiva encontrada (em nosso estudo) entre o perfil normal das relações objetais e maior qualidade de vida do médico. O perfil normal da *Alienação* se caracteriza (entre outros fatores) pela capacidade de confiar em alguém (Bell, 1995) (Anexo 4, Fator 1). A correlação acima está de acordo com Scarborough (2001), ao afirmar que a capacidade de confiar em alguém está positivamente relacionada à satisfação no trabalho, à estabilidade conjugal e à satisfação com a vida de modo geral. O perfil normal do *Egocentrismo* se caracteriza (entre outros fatores) pela baixa tendência do indivíduo a manipular as pessoas (Bell, 1995) (Anexo 4, Fator 3). O estudo de Reiber (2005) corrobora a correlação por nós encontrada ao concluir que indivíduos com perfil normal no *Egocentrismo* têm maior capacidade psíquica para relacionamentos afetivamente íntimos, além de maior autonomia.

O papel da maturidade psíquica sobre a qualidade de vida de um indivíduo pode ser visto também no estudo de Schaf (2011), sobre fatores psicodinâmicos em psicoterapia, no qual concluiu que relações objetais saudáveis estão associadas a defesas maduras do ego e que o perfil patológico das RO diminui a qualidade de vida dos pacientes estudados.

Limitações do Estudo:

Como nós enviamos os questionários a todos os médicos de Botucatu e a participação foi espontânea, nossa amostra não foi aleatorizada. Cabe perguntar: o que teria levado o médico a responder, ou não, o questionário? Ou seja, pode ter havido um viés de seleção. Entretanto, verificamos que os grupos componentes da população estudada (definidos pelo local de trabalho) estavam proporcionalmente representados na

amostra. Considerando-se que o nosso estudo foi transversal não se pode falar de causa e efeito e, sim, de correlações entre variáveis.

Pesquisas Futuras:

Novas pesquisas sobre qualidade de vida, inclusive qualidade de vida relacionada à saúde e qualidade de vida no trabalho, devem levar em consideração a importância da psicodinâmica (mecanismos de defesa do ego e relações objetais), independentemente do estudo ser feito com médicos ou com outros grupos populacionais.

7- Conclusões

A qualidade de vida do médico se relacionou positivamente às defesas maduras do ego e negativamente às imaturas. Médicos com perfil normal nas relações objetais apresentaram qualidade de vida, maior que aqueles com perfil patológico.

8- Anexos

Anexo 1 - Questionário Sócio-demográfico

Por favor, responda as perguntas a seguir.

1 - Qual é a sua idade? ____ anos. **2 - Gênero:** ☐ Masculino ☐ Feminino

3- Há quanto tempo você está formado? ____ anos.

4 - Você fez Residência Médica? ☐ Sim ☐ Não

5 - Você tem Título de Especialista? ☐ Sim ☐ Não

6 - Qual é a sua especialidade? Utilize a tabela da Associação Médica Brasileira, localizada no final deste questionário.

7 - Você tem Pós-graduação “sensu stricto”? Qual?

☐ Não ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós Doutorado

8 - Você participou de algum congresso científico nos últimos dois anos?

☐ Sim ☐ Não ☐ Nacional ☐ Internacional

9- Quantas horas por mês você dedica para a leitura de textos científicos? ____ horas.

10 - Você faz plantão noturno?

☐ Não faço ☐ Menos de 1x/semana ☐ 1x/semana
☐ 2x/semana ☐ 3x/semana ☐ 4 ou mais x/semana

11 - Há quanto tempo você está trabalhando sem férias?

☐ Menos de 1 ano ☐ 1-3 anos ☐ 3-5 anos ☐ Mais de 5 anos

12 - Atualmente você está tomando algum anti-depressivo? ? Sim ? Não

13 - Onde você trabalha na maior parte do seu tempo semanal?

☐ Em consultório atendendo pela Unimed.
☐ Em consultório atendendo paciente particular.
☐ Em consultório atendendo outros convênios
☐ Na Unesp como docente da FMB.
☐ Na Unesp como médico contratado.
☐ No SUS

14 - A sua principal atividade se dá em:

- ☐ Ambulatório/Consultório ☐ Enfermaria ☐ UTI
☐ Pronto Socorro/Pronto Atendimento ☐ Outros. Especifique, por favor.

15 - A sua jornada de trabalho semanal é de:

- ☐ menos de 20 horas ☐ de 20 a 40 horas ☐ de 40 a 60 horas ☐ mais de 60 horas

16 – Qual é a sua renda mensal familiar ajustada (soma dos rendimentos de todos os indivíduos produtivos em um mesmo domicílio, dividida pelo total de habitantes do domicílio), em Reais?

- ☐ até 3000 ☐ de 3000 a 6000 ☐ de 6000 a 10000 ☐ de 10000 a 15000 ☐ acima de 15000.

17 - Quantos cigarros você fuma por dia?

- ☐ não fumo ☐ até 10 ☐ de 11 a 20 ☐ de 21 a 30 ☐ mais de 30.

18 - Com que frequência, em média, você toma bebidas alcoólicas?

- ☐ não tomo ☐ 1 vez/mês ☐ 1 vez/semana ☐ de 2 a 4 vezes/semana ☐ diariamente

19 – Quando você usa bebidas alcoólicas, quantas doses você toma?

Considere uma dose: 1 taça de vinho(120 ml), 1 dose de bebida destilada (36 ml) ou 1 lata de cerveja(350 ml).

- ☐ 1 dose ☐ de 2 a 4 doses ☐ de 5 a 7 doses ☐ de 8 a 10 doses ☐ mais de 10 doses

20 - Com que frequência você usa maconha?

- ☐ não uso ☐ 1 vez/mês ☐ 1 vez/semana ☐ de 2 a 4 vezes/semana ☐ diariamente

21 - Quando usa maconha, quantos cigarros você fuma? ____**22 - Com que frequência você usa cocaína?**

- ☐ não uso ☐ 1 vez/mês ☐ 1 vez/semana ☐ de 2 a 4 vezes/semana ☐ diariamente

23 - Quando usa cocaína, quantos gramas aproximadamente você consome? ____**24 - Com que frequência você usa analgésicos?**

- ☐ não uso ☐ 1 vez/mês ☐ 1 vez/semana ☐ de 2 a 4 vezes/semana ☐ diariamente

25 - Quando usa analgésicos, quantos comprimidos aproximadamente você toma? ____**26 - Com que frequência você usa tranquilizantes?**

- ☐ não uso ☐ 1 vez/mês ☐ 1 vez/semana ☐ de 2 a 4 vezes/semana ☐ diariamente

27 - Quando usa tranquilizantes, quantos comprimidos você toma? ____

28 - Com que frequência você usa hipnóticos?

☐ não uso ☐ 1 vez/mês ☐ 1 vez/semana ☐ de 2 a 4 vezes/semana ☐ diariamente

29 - Quando usa hipnóticos, quantos comprimidos aproximadamente você toma? ____**30 - Com que frequência você usa opióides?**

☐ não uso ☐ 1 vez/mês ☐ 1 vez/semana ☐ de 2 a 4 vezes/semana ☐ diariamente

31 - Quando usa opióides, quantos miligramas aproximadamente você toma? ____ mg.**Tabela de Especialidades da Associação Médica Brasileira.**

- ☐ ACUPUNTURA. Sem área de atuação.
- ☐ ALERGIA E IMUNOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Alergia e Imunologia Pediátrica.
- ☐ ANESTESIOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Dor.
- ☐ ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR. Sem área de atuação.
- ☐ CANCEROLOGIA. Área de Atuação: ☐ Cirurgia Oncológica ☐ Oncologia Pediátrica ☐ Oncologia Clínica.
- ☐ CARDIOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Cardiologia Pediátrica ☐ Ecocardiografia
- ☐ Hemodinâmica ☐ Cardiologia Intervencionista.
- ☐ CIRURGIA CARDIOVASCULAR. Sem área de atuação.
- ☐ CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO. Área de Atuação: ☐ Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.
- ☐ CIRURGIA GERAL. Área de Atuação:
 - ☐ Cirurgia do Trauma ☐ Cirurgia Oncológica ☐ Cirurgia Videolaparoscópica
- ☐ CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO. Área de Atuação: ☐ Cirurgia Videolaparoscópica ☐ Endoscopia Digestiva
- ☐ CIRURGIA PEDIÁTRICA. Sem área de atuação.
- ☐ CIRURGIA PLÁSTICA. Área de Atuação: ☐ Cirurgia Buco-Maxilo-Facial ☐ Cirurgia da Mão ☐ Tratamento de Queimados.
- ☐ CIRURGIA TORÁCICA. Área de Atuação: ☐ Endoscopia Respiratória
- ☐ CLÍNICA MÉDICA. Sem área de atuação.
- ☐ COLOPROCTOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Cirurgia Videolaparoscópica ☐ Colonoscopia.
- ☐ DERMATOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Cirurgia Dermatológica ☐ Cosmiatria ☐ Hanseníase.
- ☐ ENDOCRINOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Endocrinologia Pediátrica.

-
- ☐ GASTROENTEROLOGIA. Área de Atuação: ☐ Endoscopia Digestiva ☐ Gastroenterologia Pediátrica ☐ Hepatologia
 - ☐ GENÉTICA MÉDICA. Sem área de atuação.
 - ☐ GERIATRIA. Sem área de atuação.
 - ☐ GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Área de Atuação: ☐ Medicina Fetal ☐ Reprodução Humana ☐ Sexologia.
 - ☐ Ultra-sonografia em ginecologia e obstetrícia.
 - ☐ HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA. Sem área de atuação.
 - ☐ HOMEOPATIA. Sem área de atuação.
 - ☐ INFECTOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Infectologia Hospitalar ☐ Infectologia Pediátrica.
 - ☐ MASTOLOGIA. Sem área de atuação.
 - ☐ MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Sem área de atuação.
 - ☐ MEDICINA DO TRABALHO. Sem área de atuação.
 - ☐ MEDICINA DO TRÁFEGO. Sem área de atuação.
 - ☐ MEDICINA ESPORTIVA. Sem área de atuação.
 - ☐ MEDICINA INTENSIVA. Área de Atuação: ☐ Medicina Intensiva Neonatal ☐ Medicina Intensiva Pediátrica.
 - ☐ MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO. Área de Atuação: ☐ Neurofisiologia Clínica.
 - ☐ MEDICINA LEGAL. Sem área de atuação.
 - ☐ MEDICINA NUCLEAR. Sem área de atuação.
 - ☐ MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL. Área de Atuação: ☐ Administração em Saúde ☐ Administração Hospitalar
 - ☐ Epidemiologia ☐ Medicina Sanitária.
 - ☐ NEFROLOGIA. Área de Atuação: ☐ Nefrologia Pediátrica
 - ☐ NEUROCIRURGIA. Área de Atuação: ☐ Cirurgia de coluna
 - ☐ NEUROLOGIA. Área de Atuação: ☐ Dor ☐ Neurofisiologia Clínica ☐ Neurologia Pediátrica.
 - ☐ NUTROLOGIA. Área de Atuação: ☐ Nutrição Parenteral e Enteral ☐ Nutrologia Pediátrica.
 - ☐ OFTALMOLOGIA. Sem área de atuação.
 - ☐ ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Cirurgia da Coluna ☐ Cirurgia da Mão ☐ Cirurgia do Joelho
 - ☐ Cirurgia do Ombro ☐ Cirurgia do Pé ☐ Cirurgia do Quadril ☐ Ortopedia Pediátrica.
 - ☐ OTORRINOLARINGOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Cirurgia Buco-Maxilo-Facial ☐ Endoscopia respiratória ☐ Foniatria.

-
- ☐ PATOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Citopatologia ☐ Histopatologia.
 - ☐ PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL. Sem área de atuação.
 - ☐ PEDIATRIA. Área de Atuação: ☐ Alergia e Imunologia Pediátrica
 - ☐ Cardiologia Pediátrica ☐ Endocrinologia Pediátrica ☐ Gastroenterologia Pediátrica
 - ☐ Hematologia e Hemoterapia Pediátrica ☐ Infectologia Pediátrica
 - ☐ Medicina do Adolescente ☐ Medicina Intensiva Neonatal
 - ☐ Medicina Intensiva Pediátrica ☐ Nefrologia Pediátrica ☐ Neonatologia
 - ☐ Neurologia Pediátrica ☐ Nutrologia Pediátrica ☐ Oncologia Pediátrica
 - ☐ Pediatria Preventiva e Social ☐ Pneumologia Pediátrica ☐ Reumatologia Pediátrica.
 - ☐ PNEUMOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Endoscopia Respiratória ☐ Pneumologia Pediátrica
 - ☐ PSIQUIATRIA. Área de Atuação:
 - ☐ Psicogeriatrics ☐ Psicoterapia ☐ Psiquiatria da Infância e da Adolescência
 - ☐ Psiquiatria Forense
 - ☐ RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. Área de Atuação:
 - ☐ Densitometria Óssea ☐ Neurorradiologia ☐ Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia ☐ Ressonância Magnética ☐ Ultra-sonografia.
 - ☐ RADIOTERAPIA. Sem área de atuação.
 - ☐ REUMATOLOGIA. Área de Atuação: ☐ Reumatologia Pediátrica.
 - ☐ UROLOGIA. Área de Atuação: ☐ Andrologia ☐ Sexologia

Anexo 2 - BORRTI - Forma O EM PORTUGUÊS

FOLHA DE RESPOSTA

NOME:

DATA DA APLICAÇÃO:

IDADE:

SEXO:

ESCOLARIDADE:

INSTRUÇÕES

Primeiro preencha a informação sobre seus dados pessoais.

Leia cada item com cuidado, então assinale a letra que mostra sua resposta.

Responda de acordo com sua experiência mais recente. Se uma afirmação tende a ser verdadeira para você, assinale na coluna classificada como Verdadeiro (V). Se a afirmação tende a ser falsa para você, assinale na coluna classificada como Falso (F). Assinale apenas uma letra para cada afirmação. Por favor, tente responder a todas as afirmações.

Use apenas um lápis preto. Faça marcas escuras e fortes. Se você quiser mudar uma resposta, apague sua primeira marca completamente. Em seguida assinale sua nova escolha. Por favor, não faça rabiscos sobre qualquer página desta Folha de Resposta.

BORRTI - Form O copyright © 1995 by Western Psychological Services. Traduzido e reimpresso por Wilze Laura Bruscato para uso limitado em pesquisa com permissão do editor, Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025-1251, USA. Todos os direitos reservados. Não é permitida a reprodução sem autorização prévia do Western Psychological Services.

-
- (V) (F) 1. Eu tenho pelo menos um relacionamento estável e satisfatório.
- (V) (F) 2. Se alguém não gosta de mim, eu sempre me esforço para ser agradável para esta pessoa.
- (V) (F) 3. Eu gostaria de ser um ermitão para sempre.
- (V) (F) 4. Eu sou capaz de me isolar e não falar com ninguém por períodos que chegam a durar até mais de uma semana.
- (V) (F) 5. Eu habitualmente acabo magoando aquelas pessoas que me são mais íntimas.
- (V) (F) 6. As pessoas com quem eu convivo me tratam mais como uma criança do que como um adulto.
- (V) (F) 7. Se alguém que eu conheço bem vai embora, eu até posso sentir falta desta pessoa.
- (V) (F) 8. Eu posso lidar com discordâncias em casa sem perturbar o relacionamento familiar.
- (V) (F) 9. Eu sou extremamente sensível a críticas.
- (V) (F) 10. Exercer poder sobre outra pessoa é um prazer secreto para mim.
- (V) (F) 11. Às vezes eu faço de tudo para conseguir as coisas do meu jeito.
- (V) (F) 12. Quando uma pessoa que me é próxima não está me dando toda a sua atenção, eu frequentemente me sinto magoado e rejeitado.
- (V) (F) 13. Se eu me torno íntimo de alguém, e este alguém não se mostra digno de confiança, eu posso ter raiva de mim mesmo pela forma como as coisas aconteceram.
- (V) (F) 14. É difícil para mim, ficar íntimo de alguém.
- (V) (F) 15. Minha vida sexual é satisfatória.
- (V) (F) 16. Eu tenho tendência a ser aquilo que os outros esperam que eu seja.
- (V) (F) 17. Não importa o quanto um relacionamento possa ficar ruim, eu me mantereí nele.
- (V) (F) 18. Eu não tenho influência sobre ninguém ao meu redor.

-
- (V) (F) 19. As pessoas não existem quando eu não as vejo.
- (V) (F) 20. Eu fui muito magoado na vida.
- (V) (F) 21. Eu tenho alguém com quem eu posso compartilhar meus sentimentos mais íntimos e que compartilha tais sentimentos comigo.
- (V) (F) 22. Não importa o quanto eu tente evitá-las, as mesmas dificuldades surgem nos meus relacionamentos mais importantes.
- (V) (F) 23. Eu anseio ser completamente “um só” com alguém.
- (V) (F) 24. Nos relacionamentos, eu não fico satisfeito a menos que eu esteja com a outra pessoa o tempo todo.
- (V) (F) 25. Eu avalio muito bem as outras pessoas.
- (V) (F) 26. Relacionamentos que eu tenho com pessoas do sexo oposto sempre acabam da mesma maneira.
- (V) (F) 27. Os outros freqüentemente tentam me humilhar.
- (V) (F) 28. Eu geralmente confio nos outros para tomar decisões por mim.
- (V) (F) 29. Eu geralmente me arrependo por ter confiado em alguém.
- (V) (F) 30. Quando eu estou com raiva de alguém que me é íntimo, eu sou capaz de conversar a esse respeito.
- (V) (F) 31. Manipular os outros é a melhor maneira de conseguir o que eu quero.
- (V) (F) 32. Eu freqüentemente me sinto nervoso quando eu estou perto de pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 33. Eu freqüentemente me preocupo com ser deixado de fora das coisas.
- (V) (F) 34. Eu sinto que eu tenho que agradar a todos senão eles poderão me rejeitar.
- (V) (F) 35. Eu me fecho e não vejo ninguém por meses.
- (V) (F) 36. Eu sou sensível a possíveis rejeições por pessoas importantes na minha vida.
- (V) (F) 37. Fazer amigos não é um problema para mim.
- (V) (F) 38. Eu não sei como me aproximar ou falar com pessoas do sexo oposto.

- (V) (F) 39. Quando eu não posso obrigar alguém próximo de mim a fazer o que eu quero, eu fico magoado ou com raiva.
- (V) (F) 40. O meu destino é levar uma vida solitária.
- (V) (F) 41. As pessoas nunca são honestas umas com as outras.
- (V) (F) 42. Eu me dedico muito nos relacionamentos e recebo muito em troca.
- (V) (F) 43. Eu me sinto tímido para me aproximar ou conversar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 44. A coisa mais importante para mim em um relacionamento é exercer poder sobre a outra pessoa.
- (V) (F) 45. Eu acredito que uma boa mãe deveria sempre agradar seus filhos.

Anexo 3 - Folha de pontuação para a elaboração do perfil.

BORTTI - FORMA O
(Bell, 1995; Bruscato, 1998)

ESCORE T	ALIENAÇÃO	VINCULAÇÃO INSEGURA	EGOCENTRISMO	INCAPACIDADE SOCIAL
80	2,22	2,05	2,66	2,34
	1,84	1,79	2,01	2,12
75	1,68	1,75	1,79	2,04
	1,55	1,62	1,56	1,97
70	1,29	1,54	1,51	1,90
	1,00	1,29	1,09	1,63
65	0,82	1,10	0,88	1,50
	0,63	0,92	0,68	1,25
60	0,36	0,72	0,43	0,98
	0,06	0,37	0,13	0,49
55	-0,07	0,22	0,03	0,23
	-0,21	0,10	-0,08	-0,07
50	-0,49	-0,24	-0,33	-0,39
	-0,57	-0,35	-0,40	-0,46
45	-0,73	-0,66	-0,57	-0,61
	-0,76	-0,78	-0,65	-0,65
40	-0,84	-0,87	-0,73	-0,73
	-0,90	-1,14	-0,78	-0,81
35	-0,94	-1,22	-0,82	-0,85
	-0,96	-1,28	-0,87	-0,88
30	-1,00	-1,40	-0,96	-0,92

Patologia nas relações objetais

Anexo 4 - Características das relações objetais patológicas e apresentação das questões que avaliam cada fator.

FATOR 1 - ALIENAÇÃO (ALN)

- Falta de confiança básica nos relacionamentos
 - Perda do valor do relacionamento interpessoal
 - Falta de habilidade para conseguir proximidade
 - Desesperança sobre manter um nível de intimidade estável e satisfatório
 - Sentimentos de suspeita, posição defensiva e isolamento hostil
 - Crença de não ter com quem compartilhar os sentimentos e os pensamentos mais íntimos
 - Crença de que os relacionamentos serão desagradáveis e que os outros o desapontarão
 - Empatia limitada
 - Ignorância ou avaliação precária das motivações e dos estados internos dos outros
 - Relações sociais tendem a ser superficiais, sem senso algum de conexão ou pertinência.
-

FATOR 1 - ALIENAÇÃO (ALN)

1. Eu tenho pelo menos um relacionamento estável e satisfatório.
 3. Eu gostaria de ser um ermitão para sempre.
 4. Eu sou capaz me isolar e não falar com ninguém por períodos que chegam a durar até mais de uma semana.
 5. Eu habitualmente acabo magoando aquelas pessoas que me são mais íntimas.
 6. As pessoas com quem eu convivo me tratam mais como uma criança do que com um adulto.
 8. Eu posso lidar com discordâncias em casa sem perturbar o relacionamento familiar.
 12. Quando uma pessoa que me é próxima não está me dando toda sua atenção, eu freqüentemente me sinto magoado e rejeitado.
 13. Se eu me torno íntimo de alguém e este alguém não se mostra digno de confiança, eu posso ter raiva de mim mesmo pela forma como as coisas aconteceram.
 14. É difícil para mim ficar íntimo de alguém.
 15. Minha vida sexual é satisfatória.
 18. Eu não influêncio sobre ninguém ao meu redor.
 20. Eu fui muito magoado na vida.
 21. Eu tenho alguém com quem eu posso compartilhar meus sentimentos mais íntimos e que compartilha tais sentimentos comigo.
 22. Não importa o quanto eu tente evitá-las, as mesmas dificuldades surgem nos meus relacionamentos mais importantes.
 25. Eu avalio muito bem as outras pessoas.
 26. Relacionamentos que eu tenho com pessoas do sexo oposto sempre acabam da mesma maneira.
 27. Os outros freqüentemente tentam me humilhar.
 28. Eu geralmente confio nos outros para tomar decisões por mim.
 29. Eu geralmente me arrependo por ter confiado em alguém.
 30. Quando eu estou com raiva de alguém que me é íntimo, eu sou capaz de conversar a respeito.
 32. Eu freqüentemente me sinto nervoso quando eu estou perto de pessoas do sexo oposto.
 33. Eu freqüentemente me preocupo com ser deixado de fora das coisas.
 35. Eu me fecho e não vejo ninguém por meses.
 37. Fazer amigos não é um problema para mim.
 38. Eu não sei como me aproximar ou falar com pessoas do sexo oposto.
 40. O meu destino é levar uma vida solitária.
 41. As pessoas nunca são honestas umas com as outras.
 42. Eu me dedico muito nos relacionamentos e recebo muito em troca.
 43. Eu me sinto tímido para me aproximar ou conversar com pessoas do sexo oposto.
-

FATOR 2 - VINCULAÇÃO INSEGURA (IA)

- Sofrimento nas experiências de relacionamento interpessoal
 - Insegurança nos relacionamentos próximos, expressa de forma pegajosa através de dependência
 - Sensibilidade à rejeição
 - Preocupações sobre ser amado e aceito
 - Desejo desesperado de proximidade
 - Culpa, preocupação e ciúme levando a vínculos intensamente sado-masoquistas
 - Os relacionamentos surgem como resultado de uma busca dolorosa de segurança e não do prazer de conviver com um outro separado e único
 - Tentativas do outro de atingir uma identidade diferenciada são vistas como muito ameaçadoras
 - Medo de perda do objeto que leva a uma super sensibilidade a sinais de abandono e que interfere com a obtenção de autonomia e mutualidade no relacionamento.
-

FATOR 2 - VINCULAÇÃO INSEGURA (IA)

4. Eu sou capaz de me isolar e não falar com ninguém por períodos que chegam a durar até mais de uma semana.
 5. Eu habitualmente acabo magoando aquelas pessoas que me são mais íntimas.
 8. Eu posso lidar com discordâncias em casa sem perturbar o relacionamento familiar.
 9. Eu sou extremamente sensível a críticas.
 10. Exercer poder sobre outra pessoa é um prazer secreto para mim.
 11. Às vezes eu faço de tudo para conseguir as coisas do meu jeito.
 12. Quando uma pessoa que me é próxima não está me dando toda a sua atenção, eu freqüentemente me sinto magoado e rejeitado.
 13. Se eu me torno íntimo de alguém, e este alguém não se mostra digno de confiança, eu posso ter raiva de mim mesmo pela forma como as coisas aconteceram.
 16. Eu tenho tendência a ser aquilo que os outros esperam que eu seja.
 17. Não importa o quanto um relacionamento possa ficar ruim, eu me mantereí nele.
 20. Eu fui magoado na vida.
 23. Eu anseio ser completamente “um só” com alguém.
 24. Nos relacionamentos eu não fico satisfeito a menos que eu esteja com a outra pessoa o tempo todo.
 26. Relacionamentos que eu tenho com pessoas do sexo oposto sempre acabam da mesma maneira.
 29. Eu geralmente me arrependo por ter confiado em alguém.
 33. Eu freqüentemente me preocupo com ser deixado de fora das coisas.
 34. Eu sinto que eu tenho que agradar a todos senão eles poderão me rejeitar.
 36. Eu sou sensível a possíveis rejeições por pessoas importantes na minha vida.
 39. Quando eu não posso obrigar alguém próximo de mim a fazer o que eu quero, eu fico magoado ou com raiva.
 40. O meu destino é levar uma vida solitária.
 41. As pessoas nunca são honestas umas com as outras.
 42. Eu me dedico muito nos relacionamentos e recebo muito em troca.
-

FATOR 3 - EGOCENTRISMO (EGC)

- Desconfiança da motivação do outro
 - Os outros existem apenas com relação a si mesmo
 - Os outros podem ser manipulados para objetivos próprios
 - Atitude auto-protetora e exploradora
 - Intrusividade, coerção e exigência
 - Crença em que a cooperação para objetivos comuns é impossível, porque cada um só pensa em si mesmo e alguém tentará humilhar e derrotar qualquer um outro se tiver a oportunidade
 - Ver a si mesmo alternadamente ou como onipotente ou como impotente e sob o controle de alguma força invencível.
-

FATOR 3 - EGOCENTRISMO (EGC)

2. Se alguém não gosta de mim, eu sempre me esforço para ser agradável para esta pessoa.
 6. As pessoas com quem eu convivo me tratam mais como uma criança do que com um adulto.
 13. Se eu me torno íntimo de alguém, e este alguém não se mostra digno de confiança, eu posso ter raiva de mim mesmo pela forma como as coisas aconteceram.
 14. É difícil para mim ficar íntimo de alguém.
 17. Não importa o quanto um relacionamento possa ficar ruim, eu me mantereí nele.
 18. Eu não tenho influência sobre ninguém ao meu redor.
 19. As pessoas não existem quando eu não as vejo.
 20. Eu fui magoado na vida.
 21. Eu tenho alguém com quem eu posso compartilhar meus sentimentos mais íntimos e que compartilha tais sentimentos comigo.
 22. Não importa o quanto eu tente evitá-las, as mesmas dificuldades surgem nos meus relacionamentos mais importantes.
 24. Nos relacionamentos eu não fico satisfeito a menos que eu esteja com a outra pessoa o tempo todo.
 26. Relacionamentos que eu tenho com pessoas do sexo oposto sempre acabam da mesma maneira.
 27. Os outros freqüentemente tentam me humilhar.
 28. Eu geralmente confio nos outros para tomar decisões por mim.
 29. Eu geralmente me arrependo por ter confiado em alguém.
 31. Manipular os outros é a melhor maneira de conseguir o que eu quero.
 34. Eu sinto que eu tenho que agradar a todos senão eles poderão me rejeitar.
 35. Eu me fecho e não vejo ninguém por meses.
 39. Quando eu não posso obrigar alguém próximo de mim a fazer o que eu quero, eu fico magoado ou com raiva.
 40. O meu destino é levar uma vida solitária.
 41. As pessoas nunca são honestas umas com as outras.
 44. A coisa mais importante para mim em um relacionamento é exercer poder sobre a outra pessoa.
 45. Eu acredito que uma boa mãe deveria sempre agradar seus filhos.
-

FATOR 4 - INCAPACIDADE SOCIAL (SI)

- Timidez
 - Nervosismo
 - Incerteza sobre como agir com membros do sexo oposto
 - Inabilidade para fazer amigos
 - Insegurança social
 - Ausência de relacionamentos próximos
 - Ajustamento sexual insatisfatório
 - Relacionamentos, especialmente aqueles com o sexo oposto, imprevisíveis e desconcertantes
-

FATOR 4 - INCAPACIDADE SOCIAL (SI)

6. As pessoas com quem eu convivo me tratam mais como uma criança do que com um adulto.
 14. É difícil para mim ficar íntimo de alguém.
 15. Minha vida sexual é satisfatória.
 16. Eu tenho tendência a ser aquilo que os outros esperam que eu seja.
 21. Eu tenho alguém com quem eu posso compartilhar meus sentimentos mais íntimos e que compartilha tais sentimentos comigo.
 22. Não importa o quanto eu tente evitá-las, as mesmas dificuldades surgem nos meus relacionamentos mais importantes.
 28. Eu geralmente confio nos outros para tomar decisões por mim.
 32. Eu me frequentemente me sinto nervoso quando eu estou perto de pessoas do sexo oposto.
 33. Eu frequentemente me preocupo com ser deixado de fora das coisas.
 34. Eu sinto que eu tenho que agradar a todos senão eles poderão me rejeitar.
 36. Eu sou sensível a possíveis rejeições por pessoas importantes na minha vida.
 37. Fazer amigos não é um problema para mim.
 38. Eu não sei como me aproximar ou falar com pessoas do sexo oposto.
 43. Eu me sinto tímido para me aproximar ou conversar com pessoas do sexo oposto.
-

Anexo 5 - Escala DSQ-40**DSQ-40 – versão em português brasileiro**

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda plenamente.

1. Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

2. Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

3. Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

4. Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

5. Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

6. As pessoas tendem a me tratar mal.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

7. Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

8. As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

9. Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-homem.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

10. Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

11. Eu freqüentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

12. Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

13. Eu sou uma pessoa muito inibida.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

14. Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

15. Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

16. Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

17. Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

18. Eu não tenho medo de nada.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

19. Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

20. Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

21. Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

22. Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

23. Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

24. Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

25. Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

26. Eu freqüentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

27. Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

28. Eu freqüentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

29. Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

30. Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

31. Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

32. Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

33. Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

34. Freqüentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

35. Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

36. Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

37. Freqüentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

38. Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

39. Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

40. Se eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo plenamente

Anexo 6 – Questões específicas do DSQ-40 para cada mecanismo de defesa, agrupados em fator maduro, neurótico e imaturo.

Mecanismos de defesa	Questões do DSQ-40
<i>Fator Maduro</i> Antecipação Humor Supressão Sublimação Racionalização	30 e 35 5 e 26 2 e 25 3 e 38 4 e 16
<i>Fator Neurótico</i> Pseudo-altruismo Idealização Formação Reativa Anulação	1 e 39 21 e 24 7 e 28 32 e 40
<i>Fator Imaturo</i> Projeção Agressão passiva <i>Acting out</i> Isolamento Desvalorização Fantasia autística Negação Deslocamento Dissociação Cisão Somatização	6 e 29 23 e 36 11 e 20 34 e 37 10 e 13 14 e 17 8 e 18 31 e 33 9 e 15 19 e 22 12 e 27

Anexo 7 - Glossário de Mecanismos Específicos de Defesa e Formas de Manejo. (DSM-IV)

Afiliação: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos, voltando-se para outros em busca de ajuda e amparo. Isso envolve o compartilhar de problemas com outras pessoas mas não implica responsabilizar a outrem por eles.

Altruísmo: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a dedicação a satisfazer as necessidades de outros à diferença do auto-sacrifício, por vezes característico da formação reativa, o indivíduo recebe gratificação substitutiva ou a partir da resposta dos outros.

Anulação: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante palavras ou comportamento destinados a negar ou corrigir simbolicamente pensamentos, sentimentos ou ações inaceitáveis.

Antecipação: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a experiência antecipada de reações emocionais ou antecipação das consequências de possíveis eventos futuros considerando respostas ou soluções alternativas e realistas.

Atuação (“acting out”): O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos pela ação, ao invés de reflexões ou sentimentos. Essa definição é mais ampla do que o conceito original de atuação transferencial de sentimentos ou desejos durante a psicoterapia e visa incluir o comportamento que surge tanto dentro quanto fora da relação transferencial. A atuação defensiva não é sinônimo de “mau comportamento” porque exige evidências de que o comportamento está relacionado a conflitos emocionais.

Auto-Afirmação: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expressando seus sentimentos e pensamentos diretamente, de um modo não coercitivo ou manipulador.

Auto-Observação: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos refletindo sobre seus próprios pensamentos, sentimentos, motivações e comportamento e dando respostas adequadas.

Cisão: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos compartimentalizando estados afetivos opostos, não conseguindo integrar as qualidades

positivas e negativas, próprias ou de outros, em imagens coerentes. Uma vez que afetos ambivalentes não podem ser vivenciados simultaneamente, as imagens e expectativas mais equilibradas de si próprio e dos outros são excluídas da experiência consciente. As imagens de si próprio e dos objetos tendem a alternar-se entre opostos polarizados: Exclusivamente amoroso, poderoso, digno, gentil e apoiador – ou exclusivamente mau, detestável, colérico, destrutivo, rechaçante ou indigno.

Deslocamento: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos transferindo um sentimento ou uma resposta concernente a um objeto para outro objeto substituto (habitualmente menos ameaçador).

Desvalorização: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo qualidades exageradamente negativas a si mesmo ou a outros.

Dissociação: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos com uma ruptura das funções atualmente integradas de consciência, memória, percepção de si mesmo ou do ambiente ou comportamento sensorial/motor.

Fantasia Autista: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante devaneios excessivos, como um substituto para relacionamentos humanos, ações mais efetivas ou resolução de problemas.

Formação Reativa: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos substituindo seus próprios pensamentos ou sentimentos inaceitáveis por um comportamento, pensamentos ou sentimentos diametralmente opostos (isto em geral ocorre junto com a repressão destes).

Humor: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos salientando os aspectos divertidos ou irônicos do conflito ou estressor.

Idealização: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo a outras qualidades positivas exageradas.

Identificação Projetiva: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente à outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis. À diferença da projeção simples, o indivíduo não rejeita completamente o que é projetado. Ao invés disso, ele permanece consciente de seus próprios afetos ou impulsos, só que os qualifica incorretamente como reações justas à outra pessoa. Não raro, o indivíduo induz em outros os próprios sentimentos que inicialmente acreditava de forma errônea existir neles, tornando difícil esclarecer quem fez o quê, a quem, primeiro.

Intellectualização: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante o uso excessivo do pensamento abstrato ou de generalizações, para controlar ou minimizar sentimentos perturbadores.

Isolamento do Afeto: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos mediante a separação entre as ideias e os sentimentos originalmente associados a eles. O indivíduo perde o contato com os sentimentos associados com determinada ideia (por ex., um acontecimento traumático), permanecendo consciente dos elementos cognitivos desta.

Negação: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos recusando-se a reconhecer algum aspecto doloroso da realidade externa ou da experiência subjetiva que seria visível aos outros. O termo *negação psicótica* é usado quando existe amplo prejuízo no teste de realidade.

Onipotência: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos sentindo ou agindo como se fosse detentor de poderes ou capacidades especiais e como se fosse superior aos outros.

Projeção: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos atribuindo falsamente à outra pessoa seus próprios sentimentos, impulsos ou pensamentos inaceitáveis.

Queixa com rejeição de auxílio: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos fazendo queixas ou repetidos pedidos de ajuda, que disfarçam sentimentos velados de hostilidade ou reprovação aos outros, os quais então são expressos mediante a rejeição das sugestões, conselhos ou ajuda oferecidos pelos outros. As queixas ou solicitações podem envolver sintomas físicos ou psicológicos ou problemas da vida.

Racionalização: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos encobrindo as verdadeiras motivações para seus próprios pensamentos, ações ou sentimentos, através da elaboração de explicações confortadoras ou satisfatórias, porém incorretas.

Repressão: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos expelindo da consciência desejos, pensamentos ou experiências perturbadoras. O componente emocional pode permanecer consciente, separado de suas ideias associadas.

Sublimação: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos canalizando sentimentos ou impulsos potencialmente mal-adaptativos para um

comportamento socialmente aceitável (por ex., esportes de contato para canalizar impulsos agressivos).

Supressão: O indivíduo lida com o conflito emocional ou estressores internos ou externos evitando deliberadamente pensar em problemas, desejos, sentimentos ou experiências perturbadoras.

Anexo 8 - Escala WHOQOL-Abreviado.

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEVA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 9 - Carta explicativa sobre a pesquisa.

Botucatu, 1º de Outubro de 2008.

Prezado (a) Colega.

Estamos realizando uma pesquisa sobre o “Médico de Botucatu”.

Vamos estudar a ‘Psicodinâmica e a Qualidade de Vida’ desse profissional.

Gostaríamos de pedir sua colaboração para responder os questionários anexos.

Por gentileza coloque o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, depois de assinado, no envelope menor e feche-o para garantir seu anonimato, pois este envelope não será aberto. Depois de fechado coloque-o no envelope maior, junto com os questionários respondidos.

Coloque, no correio, o envelope maior também fechado (selado por nós, previamente).

Por favor, não se identifique e responda a todas as perguntas.

Suas respostas serão utilizadas de forma sigilosa e anônima, dentro dos princípios éticos da pesquisa científica.

Esta pesquisa faz parte do Projeto de Mestrado que está sendo desenvolvido no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Queremos agradecer-lhe, desde já, pela sua participação.

Muito obrigado!

Benedito Miranda / Mário Louzã (orientador).

Anexo 10 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☒ F ☒

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO.....Nº.....APTO:.....

BAIRRO:.....CIDADE

CEP:.....TELEFONE: DDD(.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ☒ F ☒

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO.....Nº.....APTO:.....

BAIRRO:.....CIDADE

CEP:.....TELEFONE: DDD(.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA**

Psicodinâmica e Qualidade de Vida do Médico de Botucatu.....

PESQUISADOR: Mario Rodrigues Louzã Neto.....

CARGO/FUNÇÃO: Médico Assistente.....INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL
Nº34330....

UNIDADE DO HCFMUSP:

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☒ RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☒

RISCO BAIXO ☒ RISCO MAIOR ☒

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : .24 meses.....

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

O objetivo desta pesquisa é estudar a sua qualidade de vida e compreender se há relação entre ela e as características de sua personalidade

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais

Você deverá preencher alguns questionários e fornecer alguns dados pessoais. Os questionários avaliarão sua qualidade de vida, sua condição sócio econômica e aspectos da sua personalidade. É importante lembrar que todos os dados fornecidos por você serão tratados de forma anônima.

3. desconfortos e riscos esperados

Poderá ocorrer algum desconforto emocional, pois serão feitos questionamentos sobre a sua personalidade, o seu “jeito de ser”. O preenchimento dos questionários leva aproximadamente 60 minutos, o que poderá trazer algum cansaço.

4. benefícios que poderão ser obtidos

Se for do seu interesse será possível uma conversa sobre os seus questionários com o médico pesquisador, com o intuito de esclarecer você sobre aspectos de sua personalidade. Os resultados finais da pesquisa poderão ser utilizados por você para uma compreensão melhor de aspectos pessoais e profissionais e de sua qualidade de vida.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo

Não há, já que se trata de uma pesquisa baseada em questionários exclusivamente.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dr. Benedito Miranda. Rua Tenente Sílvio Besteti nº 590, Jardim Dona Carolina Botucatu-SP, Tel. (14) 3882-4273. Dr. Mario Louzã. Rua Capote Valente, 432 cj. 76. São Paulo, Tel. (11) 3081-1110.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Nome por extenso e RG do sujeito da pesquisa

9- Referências

- Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:455-60.
- Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181:246-56.
- Arenson-Pandikow HM, Oliviera LT, Bortolozzo CR, Petry S, Schuch TF. Perception of quality of life among anesthesiologists and non-anesthesiologists. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(1):48-55.
- Associação Psiquiátrica Americana. *DSM-III-R Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.
- Associação Psiquiátrica Americana. *DSM-IV Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Bell MD. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI). Los Angeles: Western Psychological Services; 1995.
- Bellak L, Hurvich M, Gediman H. *Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals*. New York: Wiley; 1973.
- Blatt SJ, Brenneis CR, Schimek JG. Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *J Abnorm Psychol*. 1976(4);85:364-73.
- Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Manfro GG, Bond M. Brazilian-Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment of defense mechanisms: construct validity study. *Psychother Res*. 2007;17(3):261-70.
- Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Versão em português de *Defense Style Questionnaire* (DSQ-40) para avaliação dos mecanismos de defesa: um estudo preliminar. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(4):255-8.
- Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(3):333-8.
- Bond M. An empirical study of defensive styles: the defensive style questionnaire. In: GE Vaillant GE, editors. *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1992. p.127-58.
- Bovier PA, Arigoni F, Schneider M, Gallacchi MB. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *Eur J Public Health*. 2009;19(6):611-7.

- Breen KJ, Court JM. Doctors who self-administer drugs of dependence. *Med J Aust.* 1998;169(8):404-5.
- Bruscato WL, Iaconi E. Validade e confiabilidade da versão brasileira de um inventário de avaliação de relações objetivas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(4):172-7.
- Clack GB, Allen J, Cooper D, Head JO. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Med Educ.* 2004;38(2):177-86.
- Conselho Federal de Medicina. *O médico e seu trabalho*. Brasília: Teixeira Gráfica e Editora; 2004.
- CREMESP. Estudo feito pelo CREMESP traça novo perfil do médico no Estado de São Paulo. São Paulo; 2007 [citado 03 fev 2012]. Disponível em http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=sala_imprensa&id=186
- CREMESP. Médicos paulistas. São Paulo; 2007 [citado 09 fev 2008]. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=923&Coluna=nao>.
- CREMESP. O trabalho médico no estado de São Paulo. São Paulo; 2007 [citado 14 nov 2010]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf
- Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, Hoffmann JF, Fleck MP. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. *Qual Life Res.* 2011;20(7):1123-9.
- Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships. *Med Care.* 1994;32(7):745-54.
- Demografia médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina; 2011. v.1: Dados gerais e descrições de desigualdades. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/demografia_2_dezembro.pdf
- Desenvolvimento do WHOQOL-OMS-versão em português [online], 2005 [citado 02 nov 2005]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol.html>
- Diamond D, Kaslow N, Coonerty S. Changes in separation-individuation and intersubjectivity in long-term treatment. *Psychoanal Psychol.* 1990;7:363-97.
- Escriba-Aguir V, Bernabe-Munoz Y. Job stress perceived by hospital medical staff. *Gac Sanit.* 2002;16(6):487-96.

- Evans J, Lambert T, Goldacre M. GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 2002;83:iii-vi, 1-33.
- Falkum E, Vaglum P. The relationship between interpersonal problems and occupational stress in physicians. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(4):285-91.
- Fleck MPA. *A avaliação de qualidade de vida*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Freud A. *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press; 1936.
- Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud*. 4a ed. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1981.
- Garcia-Pena C, Reyes-Frausto S, Reyes-Lagunes I, Munoz-Hernandez O. Family physician job satisfaction in different medical care organization models. *Fam Pract*. 2000;17(4):309-13.
- Gold M. Physician Health and impairment. *Psychiatr Ann*. 2004;34(10):736-41.
- Goldsmith SB, Mandell AJ. The dynamic formulation – a critique of a psychiatric ritual. *Am J Psychiat*. 1969;125:152-7.
- Greenwald DF. An external construct validity study of Rorschach personality variables. *J Pers Assess*. 1990;55(3-4):768-80.
- Grembowski D, Ulrich CM, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL, Vesliser C. Managed care and primary physician satisfaction. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16(5):383-93.
- Hinshelwood R.D. *Dicionário do Pensamento Kleiniano*. Porto Alegre. Artes Médicas;1992.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [citado 10 jun 2012]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=35&dados=1>
- Ivey G. A method of teaching psychodynamic case formulation. *Psychotherapy (Chic)*. 2006;43(3):322-6.
- Kernberg OF. *Psychoanalytic object relations theories, in psychoanalysis: the major concepts*. New Haven: Yale University Press; 1995.
- Kimura M. Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers [Tese Livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.

- Kipper L, Blaya C, Teruchkin B, Heldt E, Isolan L, Mezzomo K, Bond M, Manfro GG. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(1):58-64.
- Klasan A, Madzarac G, Milosevic M, Mustajbegovic J, Keleuva S. Predictors of lower work ability among emergency medicine employees: the Croatian experience. *Emerg Med J*. 2012 May 9. [Epub ahead of print].
- Klein M. The writings of Melanie Klein. London: Hogarth; 1975.
- Kushnir T, Cohen AH. Job structure and burnout among primary care pediatricians. *Work*. 2006;27(1):67-74.
- Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de psicanálise. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- Lebowitz KR, Suh S, Diaz PT, Emery CF. Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a preliminary investigation. *Heart Lung*. 2011;40(4):310-9.
- Lert F, Chastang JF, Castano I. Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care*. 2001;13(6):763-78.
- MacDonald NE, Davidson S. The wellness program for medical faculty at the University of Ottawa: a work in progress. *CMAJ*. 2000;163(6):735-8.
- Mace C, Binyon S. Teaching psychodynamic formulation to psychiatric trainees: Part 1: Basics of formulation. *Adv Psychiatr Treat*. 2005;11:416-3.
- Machado, RCBR. Validação do índice de QV de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
- Marcus AH, Susan JH, Andrew GH. The quality of life of New Zealand doctors and medical students: what can be done to avoid burnout? *N Z Med J*. 2009;122:102-110.
- McGlone SJ, Chenoweth IG. Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice. *Med J Aust*. 2001;175(2):88-91.
- McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style. A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med*. 2004;18:2-29.
- McManus IC. The stresses of medical training. In: Payne R, Firth-Cozens J, editors. *Stress in health professionals*. London: John Willey; 1987.

- McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford; 2011.
- Mingote AJC, Moreno JB, Galvez HM. Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(7):265-70.
- Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(7):891-901.
- Morais A, Maia P, Azevedo A, Amaral C, Tavares J. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol*. 2006;23(5):433-9.
- Moss RH. Psychosocial techniques in the assessment of adaptative behavior. In: Coelho GV, Hamburg DA, Adams JE, editors. *Coping and adaptation*. New York: Basic Books Inc; 1974.
- Ogińska-Bulik N. The role of personal and social resources in preventing adverse health outcomes in employees of uniformed professions. *Int J Occup Med Environ Health*. 2005;18(3):233-40.
- Parekh MA, Majeed H, Khan TR, Khan AB, Khalid S, Khwaja NM, Khalid R, Khan MA, Rizqui IM, Jehan I. Ego defense mechanisms in Pakistani medical students: a cross sectional analysis. *BMC Psychiatry*. 2010;29:10-12.
- Perry S, Cooper AM, Michels R. The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry*. 1987;144(5):543-50.
- Prince M. Cross-sectional surveys. In: Prince M, Steward R, Ford T, Hotopf M. *Practical psychiatric epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996;347(9003):724-8.
- Randall F, Downie RS. *The philosophy of palliative care*. Critique and reconstruction. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Reiber MR. The interrelationship of god representations, object relations, and the individual capacity for intimacy. Diss Abstr Int Sect B Sci Eng. 2005;65(9-B):4875.
- Rezende GL, Mello MS, Granjeiro RC, Nakanishi M, Oliveira CA. The quality of life among Otorhinolaryngology residents in Distrito Federal (Brazil). *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011;77(4):466-72.

- Rivers PA, Bae S. Substance abuse and dependence in physicians: detection and treatment. *Health Manpow Manage.* 1998;24(4-5):183-7.
- Scarborough J. Predicting life satisfaction from psychoanalytic personality theory: An examination of ego integration, quality of object relations, and attachment style. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng.* 2001;62(3-B):1633.
- Schaf DV. Estudo de fatores psicodinâmicos e neurobiológicos em psicoterapia psicanalítica [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- Scheurer D, McKean S, Miller J, Wetterneck T. U.S. physician satisfaction: a systematic review. *J Hosp Med.* 2009;4(9):560-8.
- Schroen AT, Brownstein MR, Sheldon GF. Comparison of private versus academic practice for general surgeons: a guide for medical students and residents. *J Am Coll Surg.* 2003;197(6):1000-11.
- Schwartzmann L. Health related quality of life in medical doctors: study of a sample of Uruguayan professionals. *Vertex.* 2007;18(72):103-10.
- Semrad E. The organization of ego defenses and object loss. In: Moriarity DM, editor. *The loss of loved ones.* Springfield: Charles C Thomas Publisher; 1967.
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Oreskovich MR. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377-85.
- Smith T. Measurement of object relations. a review. *J Psychother Pract Res.* 1993(1);2:19-37.
- Sutherland VJ, Cooper CL. Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ.* 1992;304(6841):1545-8.
- Torres AR, Ruiz T, Müller SS, Lima MCP. Quality of life, physical and mental health of physicians: a self-evaluation by graduates from the Botucatu Medical School – UNESP. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(2):264-75.
- Tyssen R, Hem E, Gude T, Grønvold N T, Ekeberg Ø, Vaglum P. Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(1):47-54.
- Vaillant GE. Adaptative mental mechanisms: their role in a positive psychology. *Am Psychologist.* 2000;55(1):89-98.

- Vaillant GE. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(8):786-94.
- Vaillant GE. Natural history of male psychological health. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33(5):535-45.
- Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;24(2):107-18.
- Verger P, Aulagnier M, Protopopescu C, Villani P, Gourrheus JC, Bouvenot G, Paraponaris A. Hypnotic and tranquilizer use among general practitioners in south-eastern France and its relation to occupational characteristics and prescribing habits. *Fundam Clin Pharmacol*. 2004;18(3):379-85.
- Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Can Med Assoc J*. 2003;168(3):271-5.
- Voltmer E, Kieschke U, Schwappach DL, Wirsching M, Spahn C. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2008;8:46.
- Voltmer E, Schwappach DL, Frank E, Wirsching M, Spahn C. Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Fam Med*. 2010;42(6):433-9.
- Vutyavanich T, Sreshthaputra R, Thitadilok W, Sukcharoen N. Quality of life and risk factors that affect the quality of life of Thai female physicians. *J Med Assoc Thai*. 2007;90(11):2260-5.