

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**Satisfação no Trabalho, *Burnout* e
Intenção de *Turnover* dos Profissionais de
Saúde em Portugal**

Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde

Ana Rita Garcia Peixoto

Orientação:

Susana Cristina Henriques Leal

Julho, 2025

Dedicatória

Para todos os que acreditaram em mim.

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho individual resulta da colaboração e apoio de um conjunto de pessoas por quem guardo muito respeito e estima, pelo que expresso aqui, minha maior gratidão... Sem vocês não teria sido possível!

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Susana Leal, por ter aceite ser minha Orientadora, mas também pela disponibilidade, interesse, partilha de conhecimentos, porque não me deixou desistir, em todas as adversidades que foram surgindo ao longo deste processo. Sempre disponível em responder de imediato às minhas solicitações de orientação, durante todo o caminho desta investigação. Agradecer à Professora Doutora Sandra Oliveira pelo apoio na escolha da orientadora, pela disponibilidade em me ouvir, pela motivação e encorajamento para nunca desistir.

Àqueles que mais amo, Benedita, Francisco, Luís, pelo apoio incondicional, por acreditarem em mim e pela compreensão, quando tudo parecia cada vez mais difícil, desculpem as ausências. A minha mãe agradeço do fundo meu coração pelo apoio e por garantirem a tua presença durante todas as minhas ausências enquanto Mãe.

Agradeço ao meu Pai, que me ensinou que as grandes guerras são feitas apenas para os Guerreiros. Ainda agradeço à minha irmã pelo apoio que forneceu aos nossos pais nas minhas ausências académicas.

Agradeço também a quatro pessoas que muito me apoiaram nesta jornada de investigação, ao Fernando Santana, à Tânia Rodrigues, à Tânia Raposo e à Joana Fajardo, que estiveram sempre disponíveis para me apoiarem neste longo caminho.

Quero agradecer à Unidade de saúde local de Santa Maria por ter aceite este estudo de investigação. À Sra. Enfermeira Gestora Ester Malcato, agradeço a compreensão e encorajamento durante a realização da Dissertação.

Aos participantes do estudo por participarem e proporcionarem a realização deste estudo, aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade e apoio.

As todas as pessoas que acreditaram em mim e não estão mencionadas, que muitas vezes de alguma forma deram força para não desistir, um sincero agradecimento.

Muito obrigada

Siglas e Abreviaturas

- CID** Classificação internacional de doenças
- COR** *Conservation of resources theory*
- DE** Despersonalização
- DP** Desvio padrão
- EE** Exaustão emocional
- IT** Intenção de *turnover*
- MBI-HSS** *Maslach burnout inventory – human services survey*
- MSQ** *Minnesota satisfaction questionnaire*
- OLBI** *Oldenburg burnout inventory*
- OMS** Organização mundial de saúde
- RP** Realização pessoal
- SE** Satisfação extrínseca
- SI** Satisfação intrínseca
- SPSS** *Software statistical package for the social sciences*
- TAS** Técnico auxiliar de saúde
- TSDT** Técnico superior de diagnóstico e terapêutica

Resumo

A satisfação no trabalho é essencial para o bem-estar dos profissionais de saúde e para a qualidade dos cuidados prestados. Estudos indicam que elevados níveis de *burnout* estão associados a menor satisfação no trabalho e intenção de *turnover*. No contexto português, é necessário aprofundar a compreensão desses fatores, considerando possíveis variáveis mediadoras. Esta dissertação analisou a relação entre satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* em 392 profissionais de saúde de instituições públicas e privadas. Para o efeito foi adotada uma metodologia quantitativa, com recurso a inquérito por questionário, incluindo as Escalas de *Minnesota satisfaction questionnaire*, *Maslach burnout inventory– human services survey* e de Intenção de *Turnover*. Os resultados mostram que o *burnout* influencia a intenção de *turnover* de forma direta e indireta, sendo esta parcialmente mediada pela satisfação intrínseca no trabalho, que atua como fator protetor, ao contrário da satisfação extrínseca, que não apresentou mediação significativa. O estudo destaca a importância de prevenir o *burnout* e promover satisfação no trabalho para reduzir a intenção de *turnover*.

Palavras-chave: Satisfação no trabalho; *Burnout*; Intenção de *turnover*; Profissionais de saúde; Organizações de saúde.

Job Satisfaction, Burnout, and Turnover Intention among Healthcare Professionals

Abstract

Job satisfaction is a crucial factor for the well-being of healthcare professionals and the quality of care provided. Scientific evidence shows that high levels of burnout are associated with lower job satisfaction and greater turnover intention. In the portuguese context, it is essential to deepen the understanding of these phenomena, considering possible mediating variables. This dissertation analyzed the relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among 392 healthcare professionals from both public and private institutions. A quantitative methodology was adopted, using a questionnaire composed of the Minnesota Satisfaction Questionnaire, the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey, and the Turnover Intention Scale. The results indicate that burnout influences turnover intention both directly and indirectly, with the latter being partially mediated by intrinsic job satisfaction, which acts as a protective factor. In contrast, extrinsic job satisfaction did not show a significant mediating effect. The study highlights the importance of preventing burnout and promoting job satisfaction as strategies to reduce turnover intention among healthcare professionals.

Keywords: Job satisfaction; Burnout; Turnover intention; Healthcare professionals; Health organisations.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Siglas e Abreviaturas	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Lista de figuras	ix
Lista de quadros	ix
Lista de tabelas.....	ix
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico.....	5
2.1. Satisfação no trabalho	5
2.1.1. Definição e dimensões da satisfação no trabalho.....	6
2.1.2. Teorias associadas à satisfação no trabalho	10
2.1.3. Satisfação no trabalho em contexto de saúde	13
2.1.4. Impacto da insatisfação no trabalho em contexto de saúde	16
2.2. <i>Burnout</i> ou Síndrome de esgotamento profissional.....	18
2.2.1 Definição e sintomatologia	18
2.2.2. Modelos explicativos associados ao <i>burnout</i>	20
2.2.3. <i>Burnout</i> nos profissionais de Saúde	23
2.2.4. Impacto do <i>burnout</i> em contexto de saúde.....	26
2.3. <i>Turnover</i>	28
2.3.1. Definição e tipologias	29
2.3.1. Fatores associados à intenção de <i>turnover</i>	31
2.3.2. Impactos do <i>turnover</i> nos profissionais de saúde e nas organizações	33
2.4. Inter-relações entre satisfação, <i>burnout</i> e <i>turnover</i>	35
2.4.1. Relações conceptuais e causais	35
2.4.2. Síntese teórica e implicações para o estudo	37
3. Modelo conceptual.....	40
3.1. Modelo de investigação	40
3.1.1. Satisfação no trabalho, o <i>burnout</i> e intenção de <i>turnover</i> no setor da saúde	40
3.2. Variáveis do estudo.....	43
3.2.1. Variável dependente.....	43
3.2.2. Variáveis independentes	43
3.2.3. Variáveis de controlo	44
3.3. Hipóteses de investigação	44
4. Metodologia de investigação.....	46
4.1. Tipo de estudo	46
4.2. Caracterização do local de estudo	47

4.3. Amostra em estudo	47
4.4. Procedimentos de recolha de dados	50
4.5. Pré-teste	51
4.6. Instrumento de colheita de dados	51
4.7. Procedimentos de análise de dados	55
4.8. Análise de fiabilidade	55
5. Resultados.....	57
5.1. Médias e desvio padrão da satisfação no trabalho, <i>burnout</i> e Intenção de <i>turnover</i>	57
5.1.1. Avaliação da satisfação no trabalho	57
5.1.2. Avaliação do <i>burnout</i>	58
5.1.3. Avaliação da intenção de <i>turnover</i>	60
5.2. Correlações entre os constructos.....	62
5.3. Resultados do modelo conceptual	66
5.3.1. Como o <i>burnout</i> explica a satisfação no trabalho?	66
5.3.2. Como o <i>burnout</i> e satisfação no trabalho explicam a intenção de <i>turnover</i> ?	68
5.4. Teste ao modelo de mediação.....	69
5.5. Força da mediação: proporção mediadora.....	71
5.5.1. Sumário integrado do efeito no modelo de mediação.....	72
6. Discussão dos resultados	74
7. Conclusão.....	79
7.1. Limitações do estudo	81
7.2. Implicações práticas.....	82
7.3. Investigação futura.....	84
8.Referências bibliográficas	85
9.Anexos.....	98
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da CAML/ULSSM.....	99
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém	101
Anexo 3 – Questionário e Consentimento informado	103

Lista de figuras

<i>Figura 1-Modelo conceptual - criado pelo investigador</i>	45
<i>Figura 2 -Representação gráfica do modelo de mediação</i>	71

Lista de quadros

<i>Quadro 1 - Variáveis independentes em estudo</i>	44
<i>Quadro 2 -Nível de satisfação com base na literatura</i>	57
<i>Quadro 3 - Avaliação da presença de burnout - MBI-HSS “cutoff points”</i>	59

Lista de tabelas

<i>Tabela 1 - Hipóteses de estudo</i>	44
<i>Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (N =392)</i>	48
<i>Tabela3-Medidas descritivas- médias e desvios padrão – caraterização sociodemográfica e profissional da amostra</i>	50
<i>Tabela 4 - Minnesota satisfaction questionnaire</i>	52
<i>Tabela 5 - Maslach burnout inventory – human services survey</i>	53
<i>Tabela 6 - Consistência interna da escala de satisfação no trabalho</i>	56
<i>Tabela 7 - Consistência interna da escala de burnout</i>	56
<i>Tabela 8 - Consistência interna da Escala de intenção de turnover</i>	56
<i>Tabela 9 - Nível de satisfação no trabalho da amostra</i>	58
<i>Tabela10 - Medidas descritivas- Médias e Desvios padrão -satisfação intrínseca e extrínseca</i>	58
<i>Tabela 11-Medidas descritivas- médias e desvios padrão – por dimensão da escala de burnout</i>	59
<i>Tabela 12 - Classificação dos níveis de burnout por dimensão</i>	60
<i>Tabela 13-Presença do burnout na amostra</i>	60
<i>Tabela 14- Medidas descritivas- médias e desvios padrão – intenção de turnover</i>	61
<i>Tabela 15 - Medidas descritivas- médias e desvios padrão – Por item da escala de intenção de turnover</i>	61
<i>Tabela 16 - Distribuição da amostra por item da escala de intenção de turnover</i>	62
<i>Tabela 17-Categoria profissional com burnout</i>	62
<i>Tabela 18 -Médias e desvios-padrão (DP) e coeficiência de correlação de Pearson</i> ..	65
<i>Tabela 19 - Resultados da regressão linear para a satisfação no trabalho em função das dimensões de burnout</i>	67

Tabela 20 - <i>Teste do modelo conceptual- burnout e satisfação no trabalho explicam a intenção de turnover</i>	69
Tabela 21 - <i>Efeitos diretos, indiretos e totais entre satisfação no trabalho, burnout e intenção de turnover</i>	70
Tabela 22 - <i>Efeitos indiretos da satisfação no trabalho: M1- satisfação intrínseca e M2- satisfação extrínseca</i>	72
Tabela 23 - <i>Sumário Integrado dos efeitos no modelo de mediação</i>	73

1.Introdução

Nos últimos anos, o setor da saúde tem sido confrontado com múltiplos desafios no domínio da gestão de recursos humanos, incluindo questões relacionadas com a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover*. Estas problemáticas têm ganhado crescente atenção, dada a sua influência direta na eficácia das organizações e na estabilidade das equipas de trabalho (Schaufeli, 2017). Em ambientes marcados por exigências intensas, falta de recursos e pressão contínua para garantir cuidados de qualidade, tornam-se particularmente relevantes as condições que afetam o bem-estar dos profissionais (Organização mundial de saúde [OMS], 2019).

A satisfação no trabalho tem vindo a ser considerada um fator determinante para o desempenho individual e organizacional, por influenciar a motivação, produtividade e qualidade dos cuidados prestados. Entretanto, níveis elevados de insatisfação no trabalho e de *burnout* – caracterizado por um estado de exaustão emocional, despersonalização e sentimento de baixa realização profissional – pode afetar a vida profissional e pessoal, mas também a estabilidade e eficácia das organizações de saúde. Além disso, trabalhadores que apresentam níveis elevados de *burnout* apresentam maior propensão à intenção de *turnover*, o que aumenta ainda mais os desafios enfrentados pelas organizações na retenção de profissionais e na continuidade da prestação de serviços.

Segundo a Classificação internacional de doenças (CID-11), em vigor desde 2022, o *burnout* é definido como uma síndrome resultante de stress crónico no local de trabalho que não foi adequadamente gerido, sendo classificado como um fenómeno ocupacional (OMS, 2019). Não obstante o facto de não ser formalmente considerado uma doença mental, os efeitos do *burnout* na saúde mental dos profissionais são amplamente reconhecidos — manifestando-se em sintomas como ansiedade, depressão, exaustão emocional e física, sentimentos de baixa realização profissional e perda de motivação (Maslach & Leiter, 2016). Estes sintomas têm como consequência a perda de produtividade e qualidade nos serviços prestados, afetando negativamente profissionais, utentes e instituições (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017).

Em Portugal, tal como noutros contextos internacionais, os serviços de saúde têm registado sinais preocupantes de desgaste profissional entre os seus colaboradores, sobretudo em consequência de condições laborais adversas e de uma crescente pressão sobre os recursos humanos (Jesus, Pitacho, & Moreira, 2023). Embora já

tenham sido realizados diversos estudos que abordam as variáveis, satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* de forma isolada ou em pares, continuam ainda a ser raros os trabalhos que analisam estas três dimensões de forma integrada. A compreensão conjunta destes fatores revela-se essencial para antecipar comportamentos de saída e sustentar estratégias eficazes de prevenção e retenção. Torna-se, por isso, necessário aprofundar o conhecimento sobre a forma como estes fenómenos se inter-relacionam, particularmente em ambientes clínicos marcados por instabilidade e exigência.

Para o desenvolvimento deste estudo foi realizado uma revisão da literatura para melhor exploração e sustentação do tema, na qual foram encontradas algumas lacunas importantes relacionadas com satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover*, e a sua relação em especial no setor da saúde.

Tendo por base a revisão de literatura foi possível construir o enquadramento teórico deste estudo, bem como enunciar o modelo conceptual e formular a questão de investigação:

- *Qual é a relação entre o burnout, a satisfação no trabalho, e a intenção de turnover dos Profissionais de saúde?*

Para dar resposta a esta questão de investigação principal, foram também formuladas as seguintes questões secundárias, que orientam a estrutura e a análise do estudo:

- Qual o nível de satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* dos profissionais de saúde?
- Que tipo de relação existe entre estas variáveis?
- A satisfação no trabalho medeia a relação entre *burnout* e intenção de *turnover*?

Compreender os fatores que influenciam o bem-estar e a permanência dos profissionais de saúde nas organizações é essencial para garantir a qualidade e a sustentabilidade dos cuidados prestados. A satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover* são três variáveis que têm impacto direto tanto nos indivíduos como nas instituições. Identificar as relações entre estas variáveis permite não só aprofundar o conhecimento teórico sobre o fenómeno, mas também sustentar o desenvolvimento de estratégias de intervenção adaptadas às realidades dos contextos clínicos.

O presente estudo propõe-se, assim, a investigar estas relações de forma integrada, procurando compreender de que modo a (in)satisfação profissional poderá conduzir ao *burnout* e, por consequência, à intenção de abandonar a organização. Trata-se de uma abordagem que procura ir além da análise isolada de cada variável, reconhecendo a complexidade das dinâmicas laborais em saúde.

Desta forma estabelece-se como objetivo geral deste estudo:

- Analisar a relação entre a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover* dos profissionais de saúde.

Para isso delinearão-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever os níveis de satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* entre os profissionais de saúde;
- Investigar as correlações entre satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover*;
- Analisar a relação entre os níveis de satisfação profissional, *burnout* e intenção de *turnover*;
- Explorar o possível efeito mediador entre a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover*.

Com base nos objetivos delineados e a evidência empírica disponível, entende-se como pertinente a validação de um modelo relacional que explore as interações entre Satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* nos profissionais de saúde. A validação deste modelo contribui não só para o aprofundamento do conhecimento teórico, mas também para a aplicação prática dos resultados em estratégias de retenção de profissionais de saúde. Com base nestes pressupostos, formularam-se quatro hipóteses de investigação que se encontram detalhadas na fase concetual deste estudo no *Capítulo 3*. Estas hipóteses orientam a análise dos dados e sustentam a construção do modelo explicativo proposto neste estudo, baseado na análise, de forma integrada, destas três dimensões essenciais do contexto de trabalho no setor da saúde. Para o efeito, recorreu-se a um estudo quantitativo, de natureza descritiva e correlacional, com aplicação de instrumentos validados a uma amostra de profissionais de saúde, cuja metodologia será detalhada no *Capítulo 4*.

A presente dissertação está organizada em oito capítulos, estruturados de forma a assegurar uma progressão lógica e coerente. O percurso inicia-se no enquadramento do tema até à análise dos resultados e implicações do estudo.

O *Capítulo 2 — Enquadramento teórico* apresenta os conceitos chave abordados com base na literatura científica nacional e internacional. No *Capítulo 3—Modelo conceptual*, apresenta a estrutura teórica proposta para o estudo, justificando a relação entre as variáveis e explicitando as hipóteses formuladas. De seguida, o *Capítulo 4-Metodologia de investigação* detalha o tipo de estudo, amostra, instrumentos de recolha de dados, procedimentos éticos e estratégia de análise estatística. O *Capítulo 5-Resultados* apresenta os dados obtidos através das análises descritivas, correlacionais e de mediação, seguindo-se o *Capítulo 6-Discussão* que confronta os resultados com a literatura existente e analisa as suas implicações teóricas e práticas. O *Capítulo 7-Conclusão* sintetiza os principais contributos do estudo, identifica limitações e propõe caminhos para investigação futura. Por fim, o *Capítulo 8-Referências bibliográficas* reúne as fontes utilizadas, de acordo com as normas do Instituto Politécnico de Santarém.

2. Enquadramento teórico

A investigação sobre a satisfação no trabalho tem evoluído de modelos simplistas, centrados na relação entre felicidade e produtividade, para abordagens mais complexas que consideram fatores emocionais, cognitivos, relacionais e organizacionais. Em paralelo, a conceptualização do *burnout* passou de uma metáfora descritiva para uma síndrome reconhecida e mensurável, associada à exaustão emocional, à despersonalização e à perda de realização pessoal. Por sua vez, o *turnover* é hoje compreendido como um fenómeno multifatorial, influenciado não só pela insatisfação, mas também por dinâmicas de liderança, justiça organizacional, e clima institucional.

Este capítulo tem como finalidade apresentar os fundamentos que sustentam a problemática em estudo, sistematizando as principais contribuições teóricas e empíricas associadas. São exploradas as principais abordagens conceptuais e teóricas associadas a cada um destes temas, desde a sua evolução histórica até à identificação dos fatores determinantes e das consequências para os profissionais e para as instituições. A análise será sustentada por contributos clássicos e contemporâneos da literatura científica, com foco nos antecedentes, modelos explicativos e impactos, particularmente em contextos de prestação de cuidados de saúde.

A análise organiza-se em três secções principais. Numa primeira parte (2.1), será explorado o conceito de satisfação no trabalho, as suas dimensões, teorias explicativas e fatores associados, com destaque para o impacto do nível de satisfação nos níveis de desempenho, bem-estar e compromisso dos profissionais. Seguidamente (2.2), será aprofundada a síndrome de *burnout*, abordando a sua definição, sintomatologia, modelos explicativos e impacto específico no setor da saúde. Posteriormente (2.3), será analisado o fenómeno do *turnover* (ou rotatividade), clarificando as suas tipologias, causas e consequências organizacionais, nomeadamente nos serviços de saúde. Por fim, numa secção integradora (2.4), serão discutidas as inter-relações entre satisfação, *burnout* e *turnover*, destacando as influências mútuas entre estes fenómenos e a sua relevância para a compreensão das dinâmicas organizacionais em enfermagem. Esta análise contribuirá para fundamentar teoricamente os objetivos do estudo, bem como para reforçar a pertinência da investigação no atual contexto dos cuidados de saúde.

2.1. Satisfação no trabalho

Ao longo da história, o trabalho foi ganhando contornos distintos: de tarefa mecânica a expressão de identidade, de meio de subsistência a espaço de realização. Com o advento da sociedade industrial, a experiência laboral passou a ser observada com mais

rigor científico, e, entre as décadas de 1930 e 1960, a psicologia organizacional começou a interrogar não apenas o que se faz no trabalho, mas como se sente quem o faz. Surge, assim, a noção de satisfação no trabalho como objeto de estudo, atravessando dimensões afetivas, cognitivas e relacionais que moldam o bem-estar dos indivíduos nas organizações.

Nas últimas décadas, a satisfação no trabalho tornou-se um dos indicadores mais relevantes da qualidade da vida laboral, tendo impacto direto na motivação, produtividade e saúde mental dos profissionais. A sua análise tem evoluído de modelos simples e unidimensionais para abordagens mais amplas, que a integram em dinâmicas organizacionais complexas, cruzando fatores individuais, sociais e contextuais. O presente subcapítulo explora, de forma articulada, as principais perspetivas teóricas, dimensões e implicações da satisfação no trabalho, com ênfase nos contributos mais recentes da literatura e nos contextos laborais em saúde.

2.1.1. Definição e dimensões da satisfação no trabalho

Desde os primórdios da investigação em psicologia organizacional que a satisfação no trabalho tem sido alvo de atenção contínua, refletindo as transformações nas formas de compreender o papel do trabalho na vida das pessoas. Os estudos pioneiros sobre o tema remontam à década de 1930, com destaque para Hoppock (1935), um dos primeiros autores a estudar sistematicamente as atitudes dos trabalhadores. Hoppock definiu satisfação no trabalho como "qualquer combinação de fatores psicológicos, fisiológicos e ambientais que faz com que uma pessoa diga: 'Estou satisfeito com o meu trabalho'". Esta formulação reflete uma visão global da experiência laboral, ainda muito enraizada numa conceção de felicidade geral no local de trabalho.

Na mesma época, os famosos estudos de Hawthorne, conduzidos por Elton Mayo e colegas nas fábricas da Western Electric em Chicago entre 1924 e 1932, demonstraram que os aspetos sociais e relacionais no ambiente de trabalho podiam ter tanto ou mais impacto na motivação dos trabalhadores do que as condições físicas ou os incentivos financeiros. Estes resultados abriram caminho para uma conceção mais complexa do trabalho como experiência subjetiva e relacional, e para o reconhecimento da satisfação como variável central nos modelos de desempenho organizacional (Mayo, 1933; Wright, 2006).

Na década de 1960 a abordagem à satisfação no trabalho começou a integrar elementos emocionais e cognitivos. Vroom (1964) integrou a satisfação no quadro teórico da

motivação, propondo que esta emerge da percepção de que os resultados obtidos no trabalho correspondem às recompensas esperadas. Esta leitura instrumental aproxima a satisfação de processos de decisão e racionalidade individual, destacando a importância da justiça distributiva e da congruência entre esforço e retorno. Por outro lado, a definição proposta por Locke (1968; 1976) teve grande repercussão e consolidou-se como uma das mais influentes: "*a satisfação no trabalho é um estado emocional positivo ou prazeroso resultante da avaliação do trabalho ou das experiências de trabalho* (p.1304)". Esta perspetiva conjuga uma dimensão emocional, centrada no prazer e na positividade, com uma dimensão avaliativa, que sublinha a importância da percepção do trabalhador sobre as suas experiências profissionais. Quase em paralelo, Schneider (1975) propôs uma abordagem diferente, considerando a satisfação como uma atitude. Para este autor, a satisfação resulta da predisposição do indivíduo em relação ao seu trabalho, revelando uma orientação estável face ao ambiente laboral. Ainda que menos emocional, esta visão acrescenta uma leitura mais comportamental do fenómeno.

A operacionalização do conceito de satisfação no trabalho ganhou forma concreta com o desenvolvimento do *Minnesota satisfaction questionnaire* (MSQ), elaborado por Weiss, Dawis, England e Lofquist (1967) no âmbito do Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation. Este instrumento representou um marco na investigação em psicologia organizacional, ao permitir uma avaliação sistemática e comparável da satisfação laboral, com base numa estrutura teórica sólida. O MSQ distingue-se por adotar uma abordagem multidimensional, avaliando não apenas o contentamento geral com o trabalho, mas também dimensões específicas como a natureza das tarefas, a supervisão, as oportunidades de progresso na carreira, as relações interpessoais, as condições físicas do trabalho, a remuneração, o reconhecimento e a responsabilidade atribuída. Esta amplitude permite capturar a complexidade da experiência laboral e identificar com maior precisão as áreas geradoras de (in)satisfação.

Em Portugal, Vala, Monteiro e Lima (1994) aprofundaram a análise numa outra perspetiva ao enfatizar a dimensão sociocultural da satisfação. Para estes autores, trata-se de "um constructo psicológico e social, resultante da interação entre características pessoais e organizacionais, mas também da interpretação cultural que o indivíduo faz da sua experiência laboral" (p. 357). A satisfação deixa assim de ser entendida apenas como uma reação emocional ou avaliativa, para passar a ser interpretada como um fenómeno situado, modelado por valores, normas e significados partilhados. Também Almeida (1995) contribuiu para esta compreensão multidimensional, ao propor que a

satisfação no trabalho se organiza em torno de três grandes dimensões: a afetiva, relacionada com os sentimentos do trabalhador face às suas tarefas; a cognitiva, associada à avaliação racional das condições laborais; e a comportamental, expressa nas ações e atitudes manifestadas no contexto profissional. Esta tripla estrutura tem sido amplamente retomada em investigações subsequentes, por permitir integrar diferentes níveis de análise. Ferreira e Sousa (2006) reforçaram esta perspetiva ao definir a satisfação como "um estado afetivo resultante da apreciação das características percebidas do trabalho e da organização" (p. 119), destacando a centralidade da perceção subjetiva como mediadora entre o contexto e a resposta emocional do trabalhador. A ideia de que não são apenas as condições objetivas, mas a forma como estas são percebidas, que determina a experiência de satisfação, continua a ser central na literatura atual.

Novamente no plano internacional a obra de Spector (1997) constitui uma das referências fundamentais no estudo da satisfação no trabalho, oferecendo uma abordagem abrangente que integra as suas aplicações práticas, os instrumentos de avaliação, bem como os principais fatores causais e consequências associadas a este construto organizacional. Por outro lado, Chasco e Aznárez (2000) aprofundaram o impacto da satisfação na saúde mental e no desempenho profissional, ao definirem-na como "uma perceção subjetiva das experiências laborais do sujeito, que incide no seu estado de saúde e no nível de qualidade dos cuidados que presta" (p. 15). Esta relação entre satisfação e saúde psicológica tem sido particularmente relevante em estudos sobre profissões de elevada exigência emocional, como as da área da saúde. Num registo semelhante, Martinez, Paraguay e Latorre (2004) sublinham a complexidade do conceito, referindo que a satisfação "*constitui um fenómeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo, suscetível de variar de pessoa para pessoa, de acordo com as circunstâncias e ao longo do tempo, esmo para o mesmo indivíduo*" (p. 56). Esta abordagem destaca o carácter processual e mutável da Satisfação, contrariando leituras essencialistas ou estáticas.

Num avanço mais recente, Liu et al. (2012) introduziram o conceito de "*trajetórias de satisfação profissional*", destacando a necessidade de abandonar visões estáticas da satisfação laboral e de encará-la como um fenómeno dinâmico e evolutivo. A sua investigação, baseada em modelos longitudinais e análise multinível, revelou que a satisfação no trabalho não é apenas determinada por condições objetivas num dado momento, mas é fortemente moldada por experiências acumuladas, eventos críticos, mudanças organizacionais e alterações no contexto pessoal e profissional dos

indivíduos. Este enquadramento propõe, assim, uma rutura com modelos de corte transversal, ao enfatizar que a satisfação pode flutuar — de forma incremental ou abrupta — em resposta a fatores internos (como o ajustamento das expectativas ou o desenvolvimento de competências) e externos (como alterações na liderança, na equipa ou na carga de trabalho).

Özpehlivan e Acar (2016) propuseram uma escala de satisfação no trabalho culturalmente sensível, concebida para captar dimensões que frequentemente escapam às métricas ocidentais tradicionais. A sua proposta surge da constatação de que instrumentos como o MSQ ou o JDI, embora amplamente validados, podem não refletir adequadamente contextos socioculturais distintos. Assim, para além das dimensões clássicas, a nova escala integra fatores como as competências percebidas de gestão, o ambiente externo da organização (incluindo estabilidade socioeconómica e reputação) e as oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional. Estes elementos procuram captar a influência de normas culturais, relações hierárquicas e expectativas de progressão, conferindo maior nuance à avaliação da satisfação. Esta abordagem é particularmente relevante em contextos profissionais expostos a mudanças estruturais ou sujeitos a fortes condicionantes institucionais, como acontece frequentemente no setor da saúde.

Por fim, a influência da liderança e da cultura organizacional na satisfação. Nica e Potcovaru (2017) demonstram como diferentes estilos de liderança – transformacional, transacional, burocrático ou servil – podem influenciar as atitudes dos trabalhadores. Uma liderança inspiradora, orientada para valores e pessoas, tende a gerar maior satisfação. Em simultâneo, culturas organizacionais coesas e solidárias fomentam a confiança, o compromisso e o bem-estar. Por outro lado, ambientes marcados por liderança autoritária, rigidez hierárquica ou ausência de reconhecimento tendem a intensificar a insatisfação, contribuindo para o desgaste emocional e o afastamento progressivo dos trabalhadores.

Assim, a satisfação no trabalho revela-se como um fenómeno multidimensional, dinâmico e situado. Da sua conceptualização inicial como simples felicidade laboral, passou-se para modelos que integram emoção, avaliação, atitude, cultura e relação. Esta riqueza teórica continua a motivar novas investigações, sobretudo em contextos profissionais de elevada complexidade e impacto social, como os cuidados de saúde. Esta riqueza teórica continua a motivar novas investigações, sobretudo em contextos profissionais de elevada complexidade e impacto social, como os cuidados de saúde. Com base nesta evolução conceptual, diversas teorias têm procurado explicar os

mecanismos subjacentes à satisfação, identificando os seus determinantes, os processos de avaliação subjetiva e os efeitos sobre o comportamento organizacional. É a essas abordagens teóricas que nos voltamos de seguida.

2.1.2. Teorias associadas à satisfação no trabalho

Na década de 1940, Abraham Maslow (1943/2008) apresentou a sua Teoria da hierarquia das necessidades, um dos modelos mais conhecidos e amplamente utilizados para explicar a motivação humana. Segundo Maslow, as necessidades humanas estão organizadas numa hierarquia que vai das necessidades fisiológicas básicas até à autorrealização. Bergamini (2008) salienta que essas necessidades constituem a fonte de energia das motivações humanas. A satisfação no trabalho, segundo esta perspetiva, depende da capacidade da organização em responder a estas necessidades, distinguindo-se entre fatores extrínsecos (remuneração, segurança no emprego) e fatores intrínsecos (reconhecimento, sentido do trabalho). Esta teoria, apesar de alvo de críticas pela sua rigidez hierárquica e pelo seu carácter universalista, continua a ser aplicada como ferramenta de diagnóstico organizacional, permitindo identificar carências que afetam o clima e o desempenho das equipas (Sampaio, 2009).

Na década de 1950, Frederick Herzberg propôs a Teoria dos dois fatores (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959), que distinguiu entre fatores motivacionais (intrínsecos), como o reconhecimento, a responsabilidade e a realização, e fatores de higiene (extrínsecos), como o salário e as condições físicas de trabalho. A ausência de fatores de higiene provoca insatisfação, mas a sua presença não garante, por si só, a satisfação. Pelo contrário, os fatores motivacionais têm maior impacto positivo na satisfação. Esta teoria destacou-se por introduzir a ideia de que satisfação e insatisfação não são polos opostos, mas dimensões distintas. Smerek e Peterson (2007) validaram esta abordagem em contextos universitários, enquanto Lee et al. (2022) demonstraram a sua aplicabilidade a diversos sectores, reforçando a sua atualidade. Contudo, Tietjen e Myers (1998) criticaram a sua simplicidade, defendendo que as atitudes laborais são moldadas por relações mais complexas entre fatores individuais e organizacionais.

Do ponto de vista metodológico, uma das contribuições mais duradouras de Herzberg reside na utilização do método dos incidentes críticos (*critical incident technique*) (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959), que continua a ser relevante para compreender as experiências significativas que moldam a satisfação no trabalho. Este método consiste em pedir aos participantes que relatem episódios concretos — positivos ou negativos — que tenham influenciado de forma marcante a sua motivação ou

desmotivação no trabalho. Através da análise desses relatos, Herzberg identificou padrões recorrentes que lhe permitiram distinguir entre fatores motivacionais (como realização, reconhecimento e crescimento) e fatores de higiene (como salário, condições de trabalho ou relações com chefias). Ao focar-se em eventos reais com forte carga emocional e impacto subjetivo, este método qualitativo revelou-se eficaz para captar os elementos que os trabalhadores associam à sua satisfação ou insatisfação, contribuindo para uma compreensão mais situada e experiencial do fenómeno.

Complementarmente, Locke (1968) desenvolveu a Teoria da definição de objetivos, segundo a qual a satisfação no trabalho resulta da consecução de metas claras, específicas e desafiantes. Esta abordagem valoriza o alinhamento entre os objetivos individuais e organizacionais e a perceção de progresso e eficácia no desempenho. Tietjen e Myers (1998) sublinham que esta teoria desloca o foco para a dinâmica entre o empenho e a recompensa, sendo uma ferramenta relevante para a gestão por objetivos. Khan et al. (2021) articulam esta teoria com a hierarquia de necessidades de Maslow, evidenciando o papel do envolvimento significativo para a satisfação. Neste sentido, a definição de objetivos torna-se não apenas uma estratégia de desempenho, mas também uma via de reforço da motivação intrínseca e do sentimento de propósito no trabalho.

Já no início do séc. XXI a abordagem das autoavaliações centrais (*core self-evaluations*), proposta por Judge e Bono (2001), introduziu uma perspetiva disposicional sobre a satisfação no trabalho. Através de uma meta-análise, os autores demonstraram que traços de personalidade como autoestima, locus de controlo interno, autoeficácia e estabilidade emocional são preditores consistentes da satisfação. Indivíduos com autoavaliações centrais mais positivas tendem a interpretar os acontecimentos laborais de forma mais favorável, a lidar melhor com adversidades e a manter níveis mais elevados de satisfação, mesmo em contextos organizacionais exigentes. Esta perspetiva contribui para uma compreensão mais integrada da satisfação no trabalho, ao articular fatores disposicionais com os contextuais, e tem sido particularmente valorizada na análise de contextos de alta pressão, como o setor da saúde.

Por outro lado, a Teoria do capital humano (Becker, 1964) em articulação com a de Teoria dos dois fatores (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959), tem sido utilizada para explicar como o investimento em formação e desenvolvimento contribui para a satisfação no trabalho. Somrit e Romprasert (2022) demonstram que a qualificação contínua, aliada a condições de trabalho favoráveis, reforça tanto os fatores motivacionais como os de higiene. Esta perspetiva converge com o modelo sociológico

de Kalleberg (1977), que associa a satisfação a um equilíbrio entre recompensas intrínsecas (realização pessoal) e extrínsecas (salário, progressão). Neste enquadramento, a valorização profissional através da aprendizagem contínua não só melhora a perceção de competência, como também contribui para o reconhecimento institucional, funcionando como elemento de retenção. Esta visão integrada sugere que estratégias de desenvolvimento humano, quando alinhadas com políticas organizacionais justas, potenciam a satisfação e reduzem a intenção de rotatividade.

A Teoria da agência introduz ainda uma dimensão económica no debate. Christen, Iyer e Soberman (2006) analisam a relação entre esforço, desempenho e satisfação, mostrando que, embora um desempenho elevado aumente a satisfação, o esforço pode representar um custo psicológico que a diminui. Tal sublinha a importância de equilibrar exigências e reconhecimento. Quando o esforço é percebido como excessivo face às recompensas recebidas, pode emergir uma sensação de injustiça ou exploração, enfraquecendo o vínculo com a organização. Neste sentido, o equilíbrio entre esforço despendido e retorno percebido assume-se como um fator central para a manutenção da motivação e da satisfação laboral.

Nas últimas décadas, a investigação sobre satisfação no trabalho tem evoluído significativamente, incorporando metodologias cada vez mais sofisticadas. Já nos anos 2000, Smerek e Peterson (2007) destacavam a relevância dos fatores intrínsecos, como a autonomia e o significado do trabalho, especialmente em contextos como o ensino superior. Mais recentemente, estudos como o de Khan et al. (2021) confirmam a utilidade das teorias motivacionais, incluindo a Teoria da definição de objetivos, para promover a satisfação e o desempenho em ambientes académicos. Paralelamente, a crescente disponibilidade de dados em larga escala tem permitido novas formas de análise: Lee et al. (2022) recorreram a *big data* proveniente de plataformas de avaliação de empregadores, redes sociais profissionais e sistemas internos de recursos humanos para identificar padrões setoriais e tendências emergentes. Esta triangulação entre abordagens qualitativas tradicionais e novas ferramentas analíticas revela uma paisagem investigativa em transformação, onde a satisfação laboral é abordada de forma mais contextualizada e preditiva.

Este aprofundamento teórico e metodológico permitiu também superar visões dicotómicas clássicas, como a oposição entre satisfação e insatisfação. Kovacs et al. (2018) argumentam que estas duas experiências podem coexistir no mesmo indivíduo e influenciar o comportamento de formas distintas, mas interligadas, sendo por isso necessário adotar leituras mais matizadas do ambiente laboral. Esta perspetiva é

reforçada pelo Modelo de Stressor-Emoção, discutido por Yean et al. (2022), que explica como os fatores de stress no trabalho geram respostas emocionais negativas (como a insatisfação), afetando a motivação e os comportamentos. Os mesmos autores recuperam a Teoria da motivação-higiene de Herzberg (Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959), evidenciando que a simples presença de fatores motivacionais não é suficiente para garantir satisfação, se os fatores de higiene — como condições físicas, relações hierárquicas ou políticas organizacionais — estiverem ausentes. Assim, compreender a interação entre estas dimensões torna-se essencial para desenhar intervenções eficazes e adaptadas à complexidade das experiências laborais contemporâneas.

Em síntese, as teorias associadas à satisfação no trabalho evoluíram de modelos universalistas e hierárquicos para abordagens mais integradoras, que articulam fatores individuais, organizacionais e contextuais. Esta diversidade de perspetivas e metodologias permite uma compreensão mais rica e eficaz do fenómeno, essencial para promover o bem-estar e o desempenho sustentável nas organizações. No entanto, para compreender plenamente a relevância destas abordagens, é fundamental analisá-las à luz das especificidades do setor da saúde, onde os desafios emocionais, éticos e operacionais colocam exigências singulares à experiência de trabalho.

2.1.3. Satisfação no trabalho em contexto de saúde

No contexto dos profissionais de saúde, a satisfação no trabalho assume um papel particularmente relevante, dada a exigência emocional, cognitiva e física inerente às funções desempenhadas. A compreensão dos seus determinantes permite desenvolver estratégias organizacionais mais eficazes e ambientes laborais mais saudáveis e motivadores, impactando positivamente a qualidade dos cuidados prestados, a retenção de profissionais e o desempenho global dos serviços de saúde.

Vitali et al. (2020) e Hapsari et al. (2023) apontam para as infraestruturas inadequadas e a escassez de recursos como causas estruturais de insatisfação, que, além de reduzirem a motivação, dificultam a prestação de cuidados de qualidade. A remuneração é um dos fatores frequentemente destacados. Hapsari et al. (2023), numa meta-análise recente, identificaram uma correlação robusta entre salários mais elevados e maior satisfação profissional, observando que profissionais de saúde com melhores remunerações têm 1,88 vezes mais probabilidade de se declararem satisfeitos. Adicionalmente, a supervisão efetiva demonstrou ter um papel crucial, sendo que os trabalhadores sob supervisão de qualidade têm 2,93 vezes mais probabilidades

de relatar satisfação no trabalho. A supervisão eficaz contribui para o alinhamento entre objetivos individuais e institucionais, e para o desenvolvimento profissional contínuo.

Nos cuidados de saúde primários, as infraestruturas adequadas e as oportunidades de progressão na carreira são determinantes relevantes. Vitali et al. (2020) demonstraram que infraestruturas deficitárias não só geram insatisfação, como comprometem a eficiência dos serviços. Já a formação contínua, a diversidade de tarefas e as perspetivas de carreira contribuem significativamente para níveis mais elevados de satisfação, especialmente em contextos com recursos limitados.

A cultura organizacional também tem um impacto expressivo. Fleury et al. (2018) identificaram que ambientes colaborativos e com processos de decisão inclusivos favorecem a satisfação dos profissionais, em contraste com culturas excessivamente orientadas para o mercado, que tendem a gerar desmotivação, particularmente entre profissionais da saúde mental. Os processos de equipa e as relações interpessoais são igualmente relevantes. A confiança entre colegas, a cooperação e a comunicação eficaz surgem como fatores protetores contra o stress e promotores de realização profissional (Vitali et al., 2020; Fleury et al., 2018).

Huang et al. (2022) entendem a insatisfação no trabalho em saúde como multifacetada e relacionam-na com exigências emocionais excessivas e conflitos trabalho-família, fatores que afetam tanto o desempenho como o bem-estar. Por sua vez, os autores demonstraram que o apoio social e o feedback construtivo estão positivamente correlacionados com a satisfação profissional, reforçando o sentimento de pertença e a capacidade de lidar com as exigências emocionais do trabalho. Soma-se o fator emergente da noção de vocação profissional. Huang et al. (2022) mostram que profissionais que percecionam o seu trabalho como uma missão ou propósito revelam níveis superiores de satisfação, mesmo em contextos adversos. A vocação atua também como moderador, reduzindo o impacto negativo de fatores de stress sobre o bem-estar.

Outra variável psicológica com impacto comprovado na satisfação no trabalho é o capital psicológico (*PsyCap*), conceito que engloba a esperança, o otimismo, a autoeficácia e a resiliência. Segundo Luthans et al. (2007), este recurso psicológico positivo está positivamente correlacionado com a satisfação profissional, o desempenho e a intenção de permanência. Adu et al. (2019) reforçam que estratégias de desenvolvimento do *PsyCap* contribuem para a criação de ambientes mais saudáveis e resilientes, com profissionais mais motivados e menos propensos ao *burnout*.

Quanto a características sociodemográficas, Carrillo-García et al. (2013) constataram que mulheres relatam níveis superiores de satisfação comparativamente aos homens, e que os trabalhadores mais jovens (20-30 anos) e os mais velhos (61+ anos) tendem a demonstrar maior satisfação do que os de meia-idade (41-50 anos), grupo frequentemente afetado por expectativas profissionais frustradas e responsabilidades crescentes. Estes dados sugerem que a satisfação no trabalho é também modulada por ciclos de vida profissional e por constrangimentos sociais específicos de cada faixa etária e género, exigindo abordagens diferenciadas nas estratégias de gestão.

O *Minnesota satisfaction questionnaire* (MSQ, Weiss et al., 1967) já referido anteriormente, é um dos instrumentos mais amplamente utilizados, inclusive no setor da saúde. Em contextos de cuidados de saúde, o MSQ tem-se revelado particularmente útil para capturar a diversidade de dimensões que influenciam a satisfação, sobretudo entre profissionais expostos a ambientes exigentes, como enfermeiros e técnicos hospitalares (Blegen, 1993). No entanto, a sua aplicação em realidades culturais específicas, como a dos países lusófonos, tem suscitado adaptações, tal como proposto por Özpehlivan e Acar (2016), que desenvolveram uma escala sensível às variações organizacionais e culturais, incluindo dimensões como competências de gestão, estabilidade externa e oportunidades de desenvolvimento. Estas adaptações reforçam a importância de calibrar os instrumentos de medição às características do setor e ao contexto sociocultural em que se inserem.

Em suma, a satisfação profissional em contextos de saúde é uma construção complexa que depende da interação entre condições de trabalho, cultura organizacional, relações interpessoais, características individuais, vocação e recursos psicológicos. A sua promoção exige uma abordagem integrada e sensível às especificidades do setor, essencial para garantir o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos cuidados prestados. Ignorar esta complexidade pode resultar em estratégias superficiais e ineficazes, incapazes de responder aos desafios reais enfrentados no quotidiano clínico. Assim, compreender os fatores que estruturam a experiência subjetiva dos profissionais de saúde é um passo crucial para a formulação de políticas sustentáveis de retenção, humanização e valorização do trabalho em saúde.

2.1.4. Impacto da insatisfação no trabalho em contexto de saúde

As consequências organizacionais da insatisfação são severas. Karl e Peluchette (2006) associam-na a um aumento das taxas de rotatividade, o que gera elevados custos de recrutamento e formação, para além de comprometer a estabilidade das equipas. Zuger (2004) destaca o impacto da exaustão emocional e do desinteresse na qualidade dos cuidados, com implicações diretas na empatia, na atenção ao detalhe e na segurança dos doentes. Yean et al. (2022) identificam ainda comportamentos contraproducentes associados à insatisfação, como atrasos, uso ineficiente de recursos e negligência, que deterioram o ambiente de trabalho.

O clima organizacional também se ressent. Adu et al. (2019) referem que a insatisfação promove estados emocionais negativos que minam a colaboração e a confiança entre equipas. A insatisfação no trabalho, em contexto de saúde, ultrapassa os limites do desconforto individual e assume proporções sistémicas, afetando o desempenho organizacional, a continuidade dos cuidados, e, em última instância, a segurança e o bem-estar dos utentes. Quando persistente, este fenómeno está associado a uma série de consequências adversas, tanto ao nível da saúde mental e física dos profissionais, como da eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde, que requerem a construção de ambientes de trabalho positivos através de intervenções específicas. Karl e Peluchette (2006) propõem a inclusão de atividades lúdicas no local de trabalho como forma de aumentar a coesão e reduzir o stress. Adu et al. (2019) sublinham o desenvolvimento do capital psicológico como estratégia eficaz para atenuar intenções de saída e melhorar o desempenho. Estas estratégias tornam-se particularmente relevantes em setores de elevada exigência emocional, como a saúde, onde o desgaste relacional entre equipas pode comprometer tanto a qualidade dos cuidados como a estabilidade organizacional.

Do ponto de vista individual, a insatisfação prolongada está fortemente associada ao *burnout*, à depressão e a diversos quadros psicossomáticos. Como observado por Maslach e Leiter (2016), o esgotamento emocional, a despersonalização e a baixa realização pessoal são manifestações típicas do *burnout*, sendo altamente prevalentes entre médicos, enfermeiros e outros profissionais expostos a contextos laborais de saúde adversos. Estas condições psicológicas não apenas afetam a saúde dos profissionais, como comprometem a sua capacidade de resposta, empatia e julgamento clínico, comprometendo a qualidade dos cuidados prestados. Profissionais emocionalmente exaustos ou desmotivados apresentam maior propensão para cometer erros, reduzir a atenção aos detalhes ou evitar a comunicação com colegas e utentes

(Zuger, 2004). A literatura demonstra que o clima emocional das equipas influencia diretamente a segurança do doente e os resultados clínicos (Aiken et al., 2012).

A insatisfação está ainda associada a elevados níveis de absentismo e de presenteísmo (Jourdain & Chênevert, 2010). No primeiro caso, os profissionais faltam ao trabalho por doença ou exaustão; no segundo, comparecem, mas com níveis reduzidos de energia e produtividade. Estes fenómenos contribuem para a sobrecarga das equipas, criando um ciclo vicioso de tensão e desorganização interna. A nível organizacional, estas dinâmicas resultam em perdas significativas de capital humano e de conhecimento tácito acumulado, comprometendo a memória institucional. Adicionalmente, os custos financeiros diretos e indiretos associados à substituição de pessoal são elevados, impactando negativamente a gestão orçamental e a capacidade de investimento em melhoria contínua.

O aumento da rotatividade laboral é, por isso, outra consequência crítica. Profissionais insatisfeitos tendem a procurar outros empregos, o que desestabiliza as equipas e obriga as organizações a reinvestir continuamente em recrutamento e formação. Segundo Hayes et al. (2012), a intenção de saída está fortemente correlacionada com baixos níveis de satisfação, especialmente em serviços de elevada intensidade emocional e física, como os cuidados intensivos ou a urgência hospitalar. Importa referir ainda o impacto na imagem institucional e na confiança do público. Unidades de saúde com alta rotatividade, clima organizacional negativo ou reputação de más condições laborais enfrentam dificuldades acrescidas na atração de talento e podem ver a sua credibilidade afetada perante a comunidade.

Finalmente, as implicações éticas da insatisfação não devem ser negligenciadas. Um ambiente que não garante condições adequadas de trabalho, apoio emocional e valorização profissional pode ser entendido como um espaço que falha na sua responsabilidade ética para com os profissionais e, por consequência, para com os utentes. Como sublinha Zuger (2004), a qualidade dos cuidados prestados não pode ser dissociada das condições em que esses cuidados são produzidos.

Assim, os impactos da insatisfação no trabalho em contexto de saúde revelam-se multifacetados, afetando simultaneamente os níveis micro (indivíduo), meso (equipas e unidades de trabalho) e macro (instituições e sistemas de saúde). Reconhecer e mitigar estes efeitos deve ser uma prioridade estratégica para qualquer organização que vise a sustentabilidade e a excelência na prestação de cuidados. Importa, no entanto, sublinhar que a insatisfação não atua de forma isolada, sendo frequentemente parte de

um processo mais amplo de desgaste emocional, no qual o esgotamento profissional surge como consequência e amplificador, intensificando os riscos para a saúde mental e para a estabilidade das equipas.

2.2. *Burnout* ou Síndrome de esgotamento profissional

No seguimento da análise sobre satisfação no trabalho, impõe-se agora o aprofundamento de um fenómeno particularmente prevalente e preocupante nos contextos laborais intensivos, como o da saúde: o *burnout*, ou síndrome de esgotamento profissional. Nas últimas décadas, o *burnout* emergiu como uma das manifestações relevantes mal-estar laboral, especialmente em profissões que exigem um elevado envolvimento emocional, como é o caso das profissões de saúde.

O *burnout* traduz-se num estado de exaustão física, emocional e mental, com consequências severas tanto para os profissionais como para a qualidade dos serviços prestados. A sua compreensão, enquanto fenómeno distinto, mas intimamente relacionado com a insatisfação no trabalho, exige uma análise aprofundada dos seus componentes, determinantes e impactos. Nos subcapítulos que se seguem, serão exploradas as definições clínicas e conceptuais de *burnout*, os modelos explicativos mais relevantes, a sua prevalência e especificidades no setor da saúde e também os impactos associados.

2.2.1 Definição e sintomatologia

A conceptualização do *burnout*, inicialmente formulada por Herbert Freudenberger (1974) como um esgotamento observado em profissionais voluntários, evoluiu significativamente ao longo das décadas. O conceito estabelecido nas décadas de 1970 e 1980, descrevia o *burnout* como uma resposta emocional ao stress ocupacional crónico, sobretudo em profissões centradas na prestação de cuidados. Desde então, o seu estudo expandiu-se significativamente, tanto em termos teóricos como empíricos, sendo hoje reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019) como um fenómeno ocupacional de natureza multidimensional.

Segundo Maslach e Jackson (1981), o *burnout* é caracterizado por três dimensões centrais: a exaustão emocional, que corresponde ao sentimento de estar emocionalmente drenado; a despersonalização, que se traduz em atitudes distantes ou cínicas em relação aos outros; e a redução da realização pessoal, que traduz uma perceção de ineficácia profissional. Estas dimensões, medidas através do *Maslach burnout inventory* (MBI), tornaram-se referência na investigação científica sobre o tema.

A exaustão emocional refere-se ao esgotamento emocional e à sobrecarga no trabalho. Por outro lado, a despersonalização manifesta-se como atitudes negativas e distanciadas em relação ao trabalho ou aos clientes, enquanto a redução da realização pessoal reflete uma diminuição do sentido de competência e de realização (Schaufeli et. al., 2009).

Apesar da centralidade do MBI, outros instrumentos procuraram colmatar lacunas do modelo tripartido. O *Oldenburg burnout inventory* (OLBI) introduziu dimensões como o cansaço cognitivo, enquanto que outras abordagens alternativas discutem dimensões contextuais e socioculturais do fenómeno (Cordes & Dougherty, 1993). A heterogeneidade das definições e a variabilidade na forma como o *burnout* é reconhecido — por vezes como diagnóstico médico, outras como marcador social — refletem tanto a complexidade do conceito como a necessidade de maior consensualização teórica e metodológica (Schaufeli, 2003; Demerouti et al., 2021).

Hoje, a evolução do conceito de *burnout* fez com que passasse de uma questão de nicho no âmbito dos recursos humanos para um fenómeno ocupacional mundialmente reconhecido, com implicações de grande alcance para o bem-estar individual e a produtividade organizacional. (Schaufeli, 2003; Schaufeli et. al., 2009). A sua inclusão na Classificação internacional de doenças (CID-11) como uma condição relacionada com o trabalho, mas não como doença mental, marca um avanço no reconhecimento institucional do problema, embora não elimine as ambiguidades persistentes. A investigação contemporânea continua a questionar a suficiência das abordagens existentes, apontando para a necessidade de modelos mais integradores, capazes de captar a natureza dinâmica e situada do *burnout*, bem como os seus efeitos interdependentes nos planos individual, organizacional e sistémico.

Apesar dos avanços significativos, o *burnout* continua a ser um conceito controverso com definições que variam consoante o contexto. Persistem ambiguidades conceptuais, nomeadamente no que diz respeito aos principais componentes e às suas inter-relações. Os instrumentos de medição existentes podem não captar totalmente o espectro dos sintomas, o que realça a necessidade de aperfeiçoamento. As intervenções para lidar com o *burnout* carecem, frequentemente, de validação empírica, criando uma lacuna entre a investigação académica e a aplicação prática. Adicionalmente, é necessária mais investigação para explorar a forma como os contextos macroeconómicos e organizacionais moldam as experiências de *burnout* (Cordes & Dougherty, 1993; Demerouti et. al., 2021).

Enquanto o *Maslach burnout inventory* (MBI) continua a ser a ferramenta dominante para avaliar o *burnout*, estudos recentes defendem que a exaustão emocional é a componente central, enquanto outras dimensões podem variar consoante o contexto. (Demerouti et. al., 2021). Outros constructos, como o cansaço cognitivo, caracterizado por uma concentração deficiente e lentidão de pensamento, também têm recebido destaque na literatura recente. (Cordes & Dougherty, 1993; Demerouti et. al., 2021). Estudos transculturais realçam ainda a variabilidade na forma como o *burnout* é entendido e medido, com alguns países a reconhecerem-no como um diagnóstico médico formal e outros a considerarem-no como um rótulo socialmente aceite para o stress relacionado com o trabalho (Schaufeli, 2003; Schaufeli et. al., 2009).

2.2.2. Modelos explicativos associados ao *burnout*

Devido à sua complexidade e aos seus impactos multifacetados, o *burnout* tem sido abordado através de diversos modelos explicativos que integram fatores individuais, organizacionais e contextuais. Estes modelos têm evoluído desde perspetivas clínicas iniciais até quadros teóricos mais integradores e orientados para a intervenção, refletindo a natureza dinâmica e interativa do fenómeno.

O modelo de Edelwich e Brodsky (1980) descreve o *burnout* como um processo em quatro fases sequenciais: entusiasmo, estagnação, frustração e apatia. Inicialmente, o profissional envolve-se com motivação e otimismo; segue-se a estagnação, quando se percebem as limitações institucionais; a frustração emerge da discrepância entre expectativas e realidade; e, finalmente, instala-se a apatia, como forma de autoproteção emocional. Esta estrutura narrativa permite compreender o desenvolvimento do *burnout* e também identificar precocemente os sinais de desgaste e adaptar estratégias de intervenção a cada fase. Este modelo foi posteriormente revisto por Ozturk et al. (2013), que reforçam a sua relevância na deteção precoce e no planeamento de medidas corretivas.

A Teoria da autoeficácia de Meier (1983) introduz uma perspetiva centrada na perceção de controlo e competência. Segundo o autor, o *burnout* surge quando os indivíduos repetidamente não conseguem alcançar os resultados esperados, levando à frustração, sentimento de impotência e subsequente distanciamento. Este modelo salienta a importância das recompensas psicológicas e da perceção de eficácia pessoal no bem-estar profissional. Em paralelo, a perspetiva psicanalítica-existencial de Pines (1993) associa o *burnout* à ausência de sentido e à desconexão entre os valores pessoais e o

papel profissional, realçando a importância do alinhamento vocacional. Quando os profissionais não encontram significado nas suas tarefas, são particularmente vulneráveis ao esgotamento, independentemente das condições objetivas de trabalho. Este modelo sublinha que o *burnout* não emerge apenas do excesso de exigências, mas sobretudo da frustração de uma motivação profunda para contribuir de forma significativa, transformando o desgaste emocional numa crise de identidade.

Um contributo teórico incontornável na literatura do tema é o Modelo de conservação dos recursos (*Conservation of Resources Theory* – COR) de Hobfoll (1989, 2001). Este modelo conceptualiza o *burnout* como consequência da perda real ou ameaçada de recursos (energia, tempo, reconhecimento, apoio social). Quando os indivíduos não conseguem proteger ou repor os seus recursos, entram num ciclo de desgaste que afeta o equilíbrio psicológico. Este modelo tem demonstrado elevada aplicabilidade em contextos de crise, como durante a pandemia de COVID-19. Um estudo conduzido por Egozi Farkash et al. (2022) confirmou esta aplicabilidade ao mostrar que a perda de recursos estava fortemente correlacionada com sintomas de stress pós-traumático, stress geral e solidão, enquanto o ganho de recursos se associava a níveis mais elevados de resiliência.

O Modelo de Maslach, Jackson e Leiter (1997) e amplamente discutido por Ozturk (2020), permanece uma referência central na compreensão do fenómeno. Desenvolvido a partir da conceptualização inicial do fenómeno (Maslach & Jackson, 1981), este modelo conceptualiza o *burnout* como uma síndrome composta por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal. Ozturk (2020) destaca a centralidade da exaustão emocional como a dimensão mais robusta empiricamente e sublinha a necessidade de adaptar este modelo às realidades contemporâneas, marcadas por novas formas de trabalho, exigências emocionais difusas e uma intensificação do stress organizacional em setores não tradicionais. Além disso, chama a atenção para limitações metodológicas do *Maslach burnout inventory* (MBI), sugerindo uma abordagem mais contextualizada e integradora.

Outro contributo relevante é o Modelo das seis áreas da vida profissional, de Maslach e Leiter (1997), que identifica seis domínios críticos para o equilíbrio trabalho-indivíduo: carga de trabalho, controlo, recompensa, comunidade, equidade e valores. Desalinhamento persistente nestas áreas tendem a causar esgotamento, distanciamento emocional e aumento do absentismo. Esta abordagem é particularmente útil para intervenções organizacionais orientadas à prevenção do *burnout*, pois permite

identificar áreas concretas de desajuste e desenvolver estratégias focadas na melhoria do equilíbrio entre as exigências do trabalho e os recursos percebidos.

Em continuidade, o Modelo demanda-recursos do trabalho (*Job demands–resources model*, JD-R), proposto por Bakker e Demerouti (2007), conceptualiza o *burnout* como uma resposta a exigências profissionais elevadas (sobrecarga de trabalho ou prazos exigentes) em coexistência com recursos profissionais limitados (como autonomia, apoio social ou feedback construtivo). Este modelo tem ganho relevo pela sua capacidade preditiva e pela aplicabilidade em diferentes contextos profissionais. A sua flexibilidade reside na possibilidade de ser adaptado a distintas realidades laborais, permitindo uma análise específica dos fatores de risco e de proteção em cada ambiente. O modelo oferece um quadro útil para o desenvolvimento de estratégias organizacionais de intervenção, ao destacar que o reforço de recursos pode atenuar os efeitos das exigências e prevenir o esgotamento.

A investigação contemporânea alargou ainda mais o âmbito do *burnout*, incluindo o impacto cognitivo do fenómeno. Demerouti et al. (2021) discutem a associação entre *burnout* e défices de memória, abrandamento cognitivo e menor flexibilidade mental, demonstrando que os efeitos do *burnout* ultrapassam a esfera emocional, afetando o desempenho cognitivo e a capacidade de decisão. Estes défices cognitivos traduzem-se, na prática, numa menor capacidade de concentração, dificuldades na gestão de tarefas complexas e hesitação na resolução de problemas — fatores que se tornam particularmente críticos em contextos de elevada exigência. Os autores alertam ainda para o risco de um ciclo vicioso: o comprometimento cognitivo pode, por si só, agravar o stress e a frustração, reforçando os sintomas de *burnout*. Além disso, sublinham que o *burnout* não se limita a profissões de ajuda, sendo um fenómeno transversal a diferentes contextos organizacionais e culturais. Apela, por isso, à realização de estudos longitudinais que permitam captar a evolução não linear dos sintomas ao longo do tempo, bem como a identificação de padrões diferenciados de desenvolvimento do *burnout* entre populações e sectores.

Face à complexidade teórica e empírica do *burnout*, torna-se evidente que este fenómeno não pode ser compreendido nem tratado de forma unidimensional. Os diferentes modelos analisados convergem na importância do equilíbrio entre as exigências laborais e os recursos disponíveis, bem como na relevância das dimensões subjetivas, identitárias e existenciais do trabalho, como o sentido, a identidade e os valores individuais. A investigação contemporânea tem contribuído para um alargamento da compreensão da síndrome, incorporando dimensões cognitivas,

afetivas e contextuais que desafiam abordagens simplistas centradas apenas na exaustão emocional. Simultaneamente, a multiplicação de instrumentos de avaliação e de estratégias de intervenção levanta questões sobre a comparabilidade dos dados e a eficácia das práticas implementadas.

Neste cenário, torna-se especialmente relevante a análise do *burnout* em contextos específicos, como o dos profissionais de saúde, onde as exigências emocionais, cognitivas e físicas se encontram frequentemente intensificadas. Este grupo revela-se especialmente vulnerável devido à natureza empática da sua atividade, à constante exposição ao sofrimento alheio, à sobrecarga estrutural e à pressão institucional para a excelência. Assim, importa agora aprofundar as manifestações, determinantes e implicações do *burnout* entre os profissionais de saúde, reconhecendo a especificidade dos seus ambientes de trabalho.

2.2.3. *Burnout* nos profissionais de Saúde

A elevada prevalência de *burnout* nos profissionais de saúde está relacionada com os desafios específicos desta área, nomeadamente o envolvimento físico, psicológico e emocional que caracteriza as profissões de cuidar. A natureza física, psicológica e afetiva do trabalho clínico, aliada ao contacto contínuo com o sofrimento humano, às pressões organizacionais e à escassez de recursos, contribui significativamente para o desenvolvimento desta síndrome (Maslach & Leiter, 2016; Portoghese et al., 2014; Duarte & Pinto-Gouveia, 2017). Mas também o ambiente dos cuidados de saúde continua, atualmente, a desempenhar um papel fundamental na formação das experiências de *burnout* entre os profissionais.

Estudos contemporâneos salientam que as cargas de trabalho excessivas, as infraestruturas deficientes e os recursos inadequados contribuem significativamente para o stress crónico neste domínio. O desequilíbrio entre as elevadas exigências do trabalho e a insuficiência de recursos está na base da etiologia do *burnout*. A revisão sistemática efetuada por Wright et al. (2022) demonstrou que os profissionais de saúde em países de baixo e médio rendimento enfrentam frequentemente condições de trabalho difíceis, incluindo longas horas de trabalho, elevados volumes de doentes e pessoal limitado. Estas falhas estruturais intensificam a exaustão emocional, particularmente em contextos de cuidados primários, onde os profissionais suportam o peso da prestação de serviços com um apoio mínimo.

A dinâmica hierárquica do local de trabalho e a falta de autonomia são também fatores relevante que contribui para agravar o *burnout*. A revisão de Oliveira et al. (2020) destacou que estruturas rígidas e a falta de participação na tomada de decisões aumentam os níveis de stress dos profissionais de saúde. Tais ambientes restringem as oportunidades de crescimento profissional e de inovação, fomentando sentimentos de frustração e impotência. As tarefas administrativas, incluindo a documentação e os requisitos de conformidade, contribuem para o *burnout* ao reduzirem o tempo disponível para os cuidados aos doentes. Taranu et al. (2022) sublinharam que a sobrecarga administrativa, associada às pressões da gestão, agrava os níveis de stress entre os trabalhadores do sector da saúde, em especial nos contextos urbanos e com recursos limitados.

Alexandrova-Karamanova et al. (2022), num estudo quantitativo realizado em vários países do sudeste europeu, identificaram fortes correlações entre o esgotamento profissional e estratégias de *coping*¹ pouco saudáveis, como o aumento do consumo de *fast food*, álcool e analgésicos, bem como a redução significativa da atividade física. Estes comportamentos, frequentemente adotados como estratégias de sobrevivência a curto prazo, revelaram ter efeitos prejudiciais prolongados na saúde física e mental dos profissionais de saúde. Estas conclusões sublinham a necessidade de intervenções organizacionais focadas na promoção de estilos de vida saudáveis.

O *burnout* nos profissionais de saúde está também intimamente ligado a um fraco equilíbrio entre a vida profissional e a vida privada. Profissionais que sacrificam o tempo pessoal em prol do trabalho correm um maior risco de exaustão emocional e despersonalização. Os estudos incluídos na revisão de Taranu et al. (2022) sublinharam que os profissionais de saúde com menor suporte social ou sem rede familiar são particularmente vulneráveis aos efeitos negativos dos conflitos trabalho-vida. Os profissionais em início de carreira são mais propensos ao *burnout* devido a uma experiência insuficiente na gestão do stress profissional. Taranu et al. (2022) observaram que os profissionais de saúde mais jovens apresentam maior exaustão emocional e menor capacidade de lidar com o stress em comparação com os seus colegas mais velhos.

Estudos demonstram que certas funções no âmbito da prestação de cuidados de saúde são mais suscetíveis ao *burnout* do que outras. Os profissionais de saúde mental, por

¹ Em 1984, Lazarus e Folkma definiram *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados por um indivíduo para lidar com stress, podendo envolver estratégias focadas na resolução do problema, no alívio das emoções ou fuga da situação causadora de stress.

exemplo, enfrentam desafios únicos, como o estigma, a complexidade das relações terapêuticas e exposição ao sofrimento do doente. O'Connor et al. (2018) relataram níveis mais altos de exaustão emocional (40%) entre os profissionais de saúde mental em comparação com outros profissionais de saúde, destacando a necessidade de intervenções direcionadas neste campo. Embora alguns estudos não refiram diferenças significativas entre os géneros, outros sugerem que as mulheres profissionais de saúde podem ser mais vulneráveis à exaustão emocional devido às expectativas sociais, à sobrecarga de funções (incluindo trabalho não remunerado) e à menor valorização das suas competências no contexto profissional. Alexandrova-Karamanova et al. (2016), num estudo comparativo realizado em sete países do sudeste europeu, verificaram níveis mais elevados de *burnout* entre profissionais da Turquia, Grécia e Bulgária, sendo que as mulheres relataram, consistentemente, maiores níveis de exaustão emocional. Estes dados ilustram a importância de considerar as interseções entre género, cultura e estrutura organizacional na compreensão da síndrome.

O *burnout* tem impacto significativo no bem-estar mental e emocional dos profissionais de saúde. Os estudos relatam um aumento das taxas de depressão, ansiedade e ideação suicida entre os indivíduos afetados. De acordo com Dyrbye et al. (2017), os médicos que sofrem de *burnout* correm um risco 200% superior de ideação suicida em comparação com a população em geral. Do mesmo modo, os enfermeiros estão frequentemente expostos a fatores de stress crónicos, que conduzem à exaustão emocional, ao sofrimento gastrointestinal e à dor crónica. O impacto psicológico estende-se para além do local de trabalho, afetando a dinâmica familiar, as relações sociais e a satisfação global com a vida. West, Dyrbye e Shanafelt (2018) identificam o *burnout* como um precursor do abuso de substâncias, da falta de autocuidado e da diminuição da identidade profissional, particularmente entre os profissionais de saúde mais jovens e do sexo feminino. Estas conclusões sublinham a necessidade urgente de abordar o fenómeno por forma preservar a saúde mental dos prestadores de cuidados de saúde.

Neste contexto, torna-se evidente que o *burnout* em contexto de saúde não se limita a ser uma consequência individual do stress ocupacional, mas um fenómeno sistemicamente enraizado, que compromete o bem-estar, a motivação e a eficácia dos profissionais. Compreender as suas causas permite delinear estratégias de prevenção, mas é igualmente crucial analisar os seus efeitos concretos — tanto a nível pessoal como institucional. O capítulo seguinte aprofundará, assim, os impactos do *burnout*, com

especial foco nas repercussões sobre a saúde mental dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados e a sustentabilidade das organizações de saúde.

2.2.4. Impacto do *burnout* em contexto de saúde

As consequências do *burnout* nos contextos de saúde são vastas, profundas e interligadas, afetando não só os profissionais individualmente, mas também as instituições, os doentes e os sistemas de saúde em geral. A natureza relacional e exigente das profissões de cuidado torna estes contextos particularmente vulneráveis aos efeitos negativos da exaustão prolongada. O *burnout* compromete o desempenho clínico, enfraquece o compromisso organizacional e degrada a qualidade da relação terapêutica, tornando-se um problema de saúde pública.

Um dos primeiros impactos observáveis do *burnout* é a diminuição da satisfação profissional e do envolvimento organizacional. Profissionais afetados tendem a apresentar níveis mais elevados de absentismo e presentismo. Jun et al. (2021) reportam que o *burnout* nos enfermeiros está associado a um declínio acentuado do empenho organizacional, afetando a continuidade dos cuidados e a estabilidade das equipas. Entre os médicos, o esgotamento tem sido associado à redução do esforço profissional, como demonstrado por West et al. (2018), que identificaram um aumento de 28% na probabilidade de redução do esforço clínico por cada ponto adicional na escala de exaustão emocional.

No plano clínico, o *burnout* compromete diretamente a qualidade dos cuidados prestados. Profissionais exaustos ou emocionalmente distanciados são mais propensos a cometer erros, a demonstrar menor sensibilidade nas interações com os utentes e a violar protocolos de segurança. A meta-análise de Tawfik et al. (2019) revelou uma correlação significativa entre o *burnout* e o aumento de erros médicos, bem como uma menor adesão às diretrizes clínicas. Esta realidade não só compromete os resultados clínicos como mina a confiança dos doentes nos serviços de saúde.

As repercussões estendem-se às dimensões interpessoais dos cuidados. A despersonalização, enquanto sintoma do *burnout*, dificulta o estabelecimento de vínculos terapêuticos eficazes. Os doentes percebem os profissionais como distantes, indiferentes ou apressados, o que reduz a sua satisfação, a adesão aos tratamentos e, em alguns casos, pode prolongar os tempos de recuperação (West et al., 2018). Esta erosão da confiança e da empatia compromete o princípio orientador do cuidado e enfraquece o valor simbólico da relação terapêutica.

O impacto do *burnout* estende-se para além do bem-estar individual e do desempenho organizacional. A nível individual, o fenómeno tem sido associado a problemas de saúde física, tais como problemas cardiovasculares, bem como a problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade (Cordes & Dougherty, 1993; Demerouti et al., 2021). A nível organizacional, reduz a produtividade, a satisfação no trabalho e o empenho, aumentando o absentismo e a rotatividade. Contudo, talvez o mais preocupante seja o potencial do *burnout* para se propagar dentro das equipas, exacerbando os seus efeitos nas organizações (Demerouti et al., 2021).

Face a este panorama, as intervenções organizacionais ganham destaque como resposta estratégica. West et al. (2016) e Dyrbye et al. (2017) sublinham a importância de líderes empáticos e comunicativos na mitigação do *burnout*, demonstrando que estilos de liderança colaborativos reduzem significativamente os níveis de exaustão nas equipas. Reformas estruturais, como a redistribuição equitativa de tarefas, a otimização de fluxos de trabalho, a oferta de suporte administrativo e o incentivo à autonomia clínica, são apontadas como medidas eficazes. Jun et al. (2021) defendem que o *burnout* deve ser encarado como uma responsabilidade organizacional, e não como uma falha individual, propondo mudanças culturais que valorizem o bem-estar como critério central de gestão.

Embora estratégias individuais, como os programas de *mindfulness* e os grupos de apoio entre pares, revelem utilidade na redução dos sintomas, estas não substituem a necessidade de transformação institucional. West et al. (2018) sugerem que os programas mais eficazes combinam intervenções de natureza pessoal com mudanças estruturais. Contudo, Tawfik et al. (2019) apontam a falta de padronização metodológica como um obstáculo à avaliação comparativa da eficácia das intervenções.

Assim, os impactos do *burnout* em contexto de saúde não se limitam ao sofrimento individual, mas geram consequências profundas e persistentes ao nível da segurança, qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde. A urgência em lidar com este fenómeno exige um compromisso ético e estratégico, capaz de traduzir o conhecimento científico em políticas concretas de apoio, prevenção e transformação organizacional.

As implicações económicas do *burnout* são substanciais. Para além dos custos diretos com a rotatividade e o recrutamento, o absentismo recorrente e a perda de produtividade geram disrupções nos fluxos operacionais e aumentam os custos indiretos. Acresce a isso a tendência para a realização de exames complementares desnecessários e para a referência precoce de casos, estratégias de defesa adotadas por profissionais

esgotados, que visam reduzir a sua exposição ao risco, mas que geram ineficiências sistêmicas. Segundo Dyrbye et al. (2017), o custo anual estimado da rotatividade médica associada ao *burnout*, só nos Estados Unidos, equivale à perda de sete turmas inteiras de escolas de medicina.

A rotatividade ou *turnover* revela-se assim como outro dos impactos preocupantes do *burnout*, alimentando o desejo de abandono da profissão ou da instituição e agravando a escassez de recursos humanos já existente no setor da saúde. A substituição de profissionais, em especial de enfermeiros, pode custar entre 1,2 a 1,3 vezes o seu salário anual, segundo estimativas apresentadas por Jun et al. (2021). Esta instabilidade gera efeitos em cadeia, como a sobrecarga dos profissionais remanescentes, contribuindo para um ciclo vicioso de desgaste e abandono, que analisaremos em detalhe no capítulo seguinte.

2.3. Turnover

Dando continuidade à análise do *burnout* enquanto manifestação crítica do mal-estar laboral, torna-se pertinente aprofundar um dos seus desdobramentos comportamentais mais relevantes: a intenção de *turnover*, isto é, a vontade expressa ou latente de abandonar o local de trabalho ou a profissão. Este fenómeno, embora distinto, está fortemente correlacionado com a insatisfação e o esgotamento emocional, sendo frequentemente considerado um dos últimos estágios do processo de desinvestimento profissional.

A intenção de *turnover* constitui um indicador preditivo importante da rotatividade real, com implicações diretas na estabilidade das equipas, nos custos organizacionais e na continuidade dos serviços, especialmente em setores como o da saúde, onde a escassez de profissionais e a exigência emocional se fazem sentir de forma aguda. Compreender este fenómeno exige uma abordagem multifatorial que considere variáveis individuais, organizacionais e contextuais, bem como as interações entre fatores motivacionais, emocionais e estruturais. Nos subcapítulos que se seguem, serão analisadas as principais definições e tipologias da intenção de *turnover*, os fatores associados à sua manifestação - com destaque para o papel do *burnout*, da liderança e das condições de trabalho - e os impactos específicos que decorrem da sua prevalência no setor da saúde.

2.3.1. Definição e tipologias

As primeiras definições de rotatividade, como a de Price (1977), conceptualizavam o fenómeno como um simples rácio de saídas de trabalhadores num determinado período. Esta abordagem quantitativa via a rotatividade sobretudo como uma métrica de fluxos, útil para a análise estatística da estabilidade da força de trabalho. Contudo, anos antes March e Simon (1958) já haviam salientado a importância da perceção de oportunidades externas e do nível de satisfação no trabalho como fatores críticos para a decisão de saída, lançando as bases para modelos mais sofisticados. A partir destas premissas, a investigação neste tema começou a deslocar o foco da mera contagem de saídas para a compreensão dos processos psicológicos e motivacionais que antecedem a decisão de abandonar a organização. Este enfoque dinâmico abriu caminho para teorias que integram variáveis cognitivas, emocionais e contextuais na análise da intenção de *turnover*.

A introdução do conceito de “tendência de saída” por Mobley (1979) estabeleceu uma ponte entre a insatisfação e o comportamento de rotatividade voluntária, enriquecendo a compreensão teórica do fenómeno. A Teoria da adequação dos postos de trabalho (*job matching*), proposta por Jovanovic (1979), oferece outra perspetiva relevante, centrando-se na compatibilidade entre as competências dos trabalhadores e os requisitos dos cargos. Quando ocorrem desajustes, a insatisfação e a saída voluntária tornam-se resultados prováveis. Esta abordagem destaca a importância dos processos de recrutamento e do alinhamento organizacional como formas de reduzir a rotatividade e promover o desempenho. Mais tarde Hom e Griffeth (1995, 2001) consolidaram este percurso ao proporem modelos integrativos que articulam fatores individuais, organizacionais e contextuais.

Com o tempo, as tipologias da rotatividade foram-se expandindo para captar melhor a diversidade dos fatores e consequências associados ao fenómeno. Campion (1991) salientou a importância de distinguir entre rotatividade voluntária e involuntária, defendendo que esta distinção deve ser vista como um contínuo e não como uma dicotomia rígida. A rotatividade voluntária ocorre quando os trabalhadores decidem sair por iniciativa própria - muitas vezes motivados por insatisfação, falta de progressão ou oportunidades externas mais atrativas - enquanto a rotatividade involuntária é iniciada pela organização, geralmente devido a mau desempenho ou reestruturações (Campion, 1991; WeiBo et al., 2010). Outras classificações incluem a rotatividade evitável e inevitável, que se referem à capacidade (ou falta dela) da organização para intervir na decisão de saída. A rotatividade evitável ocorre quando se considera que a saída

poderia ter sido prevenida, por exemplo, através de melhores condições de trabalho ou incentivos. Por contraste, a rotatividade inevitável resulta de fatores externos à organização, como mudanças de residência, obrigações familiares ou reforma (Campion, 1991).

Horowitz et al. (2009) introduziram ainda os conceitos de rotatividade ideológica e de liderança, particularmente em contextos políticos, onde mudanças de orientação ou de liderança têm impacto direto na composição das equipas e na estabilidade institucional. Embora essa rotação possa promover a renovação e a responsabilização, rotatividades excessivas podem comprometer a continuidade e a eficácia dos processos de governação.

Importa também considerar a distinção entre rotatividade funcional e disfuncional. Embora a rotatividade involuntária seja muitas vezes percecionada negativamente, pode revelar-se funcional se resultar na eliminação de desempenhos insatisfatórios. Já a rotatividade disfuncional implica a perda de trabalhadores valiosos e representa um desafio significativo para a estratégia organizacional.

Zheng et al. (2016) contribuíram para o aprofundamento da compreensão da rotatividade ao explorarem os seus processos psicológicos subjacentes, identificando fases como a insatisfação, a intenção de saída e os comportamentos de procura ativa de emprego. Estes estágios refletem uma inversão progressiva dos mecanismos que sustentam a retenção, traduzindo-se na saída do trabalhador quando as suas necessidades e expectativas deixam de ser atendidas (WeiBo et al., 2010). Em contraponto, Mitchell et al. (2001) propuseram o conceito de *job embeddedness*, destacando fatores que mantêm os trabalhadores nas organizações, como ligações sociais, compatibilidade cultural e sacrifícios associados à saída. Por fim, Allen et al. (2010) sintetizaram evidência empírica para distinguir conceções erradas de estratégias eficazes de retenção, contribuindo para uma visão mais pragmática da rotatividade e da gestão do talento.

Estas distinções conceptuais não só permitem compreender melhor as causas e naturezas da rotatividade, como também constituem a base para a análise dos seus impactos organizacionais — tema que será aprofundado no capítulo seguinte. Contudo, antes da concretização da saída, importa compreender os mecanismos que a antecedem. A rotatividade não é um ato isolado, mas o culminar de um processo que envolve predisposições individuais, perceções organizacionais e fatores contextuais. Assim, torna-se fundamental investigar os fatores associados à intenção de *turnover*,

pois é nesta fase pré-decisional que residem as maiores possibilidades de intervenção por parte das organizações. Compreender o que leva um trabalhador a ponderar a saída — seja ao nível da insatisfação, do clima organizacional ou das oportunidades percebidas — é essencial para antecipar comportamentos de rotatividade e desenvolver estratégias eficazes de retenção.

2.3.1. Fatores associados à intenção de *turnover*

A intenção de rotatividade - ou *turnover intention* - é amplamente reconhecida como o principal preditor comportamental da saída efetiva de trabalhadores. Segundo Mobley (1977), esta intenção constitui uma fase crítica de um processo psicológico progressivo, que se inicia com a insatisfação no trabalho, passa pela avaliação de alternativas e culmina com a decisão de saída. Ao analisar os fatores que influenciam a intenção de rotatividade, é possível compreender os mecanismos internos e externos que sustentam o desejo de permanecer ou abandonar a organização.

Satisfação no trabalho e expectativas

A satisfação laboral tem sido consistentemente apontada como um dos fatores mais determinantes da intenção de saída. Trabalhos pioneiros como os de Locke (1976) e Mobley (1977) demonstraram que níveis elevados de insatisfação, sobretudo quando associados à discrepância entre expectativas e realidade organizacional, aumentam significativamente a propensão à rotatividade. Estudos posteriores confirmaram que a insatisfação relacionada com a remuneração, as oportunidades de progressão na carreira, o reconhecimento e as relações interpessoais está fortemente correlacionada com a intenção de saída (Hom & Griffeth, 1995; Belete, 2018; Apriani & Siregar, 2023).

Estilos de liderança e justiça organizacional

A liderança também se destaca como uma variável fundamental. Líderes autocráticos, centrados no controlo e com fraca capacidade de escuta, tendem a gerar climas organizacionais hostis, aumentando a intenção de rotatividade. Em contraste, estilos democráticos e transformacionais promovem o envolvimento e o compromisso, reduzindo o risco de saída (Bass & Avolio, 1990; Belete, 2018). A perceção de justiça organizacional, nomeadamente justiça distributiva, procedimental e interacional, também desempenha um papel relevante. A ausência de equidade no tratamento ou na distribuição de recursos pode levar os trabalhadores a sentir-se desvalorizados, o que

umenta a sua predisposição para abandonar a organização (Folger & Cropanzano, 1998; Allen et al., 2010).

Empenhamento organizacional e *embeddedness*

O empenhamento organizacional — entendido como o vínculo emocional e psicológico que liga o trabalhador à organização — tem sido amplamente estudado como um fator protetor face à intenção de saída (Meyer & Allen, 1991). Trabalhadores que se identificam com os valores da organização, percebem justiça e encontram sentido no seu trabalho demonstram maior intenção de permanência (Belete, 2018). A teoria do *job embeddedness* de Mitchell et al. (2001) expandiu esta perspetiva, introduzindo dimensões como as ligações sociais dentro e fora do trabalho (*links*), o encaixe cultural (*fit*) e os sacrifícios envolvidos na saída (*sacrifice*). Este modelo ajuda a compreender por que razão alguns trabalhadores permanecem mesmo em condições menos ideais, enfatizando os laços invisíveis que os retêm.

Remuneração e reconhecimento

Os fatores extrínsecos, como a remuneração, os benefícios e os sistemas de reconhecimento, também influenciam significativamente a intenção de rotatividade. Estudos demonstram que salários não competitivos, desproporcionais à carga de trabalho ou inferiores aos padrões do setor contribuem diretamente para a insatisfação e o desejo de saída (Jovanovic, 1979; Taruna, 2019). Por outro lado, políticas salariais transparentes e justas funcionam como elementos de retenção eficazes, especialmente quando combinadas com reconhecimento simbólico e oportunidades de progressão (Allen et al., 2010).

Ambiente de trabalho e condições psicossociais

O ambiente de trabalho — entendido tanto em termos físicos como psicossociais — é outro determinante crucial. Ambientes saudáveis, onde há apoio da chefia, boas relações entre colegas e equilíbrio entre vida pessoal e profissional, tendem a reduzir a intenção de rotatividade. Pelo contrário, ambientes tóxicos, caracterizados por excesso de carga, stress contínuo ou assédio moral, elevam significativamente a vontade de sair (Hom & Griffeth, 2001; Apriani & Siregar, 2023). A cultura organizacional também influencia: culturas orientadas para a inclusão, desenvolvimento e valorização do talento são mais eficazes na retenção.

Perspetiva integrativa e multifatorial

A investigação mais recente adota uma abordagem integrativa, considerando que a intenção de rotatividade resulta da interação entre fatores individuais (personalidade, idade, objetivos), organizacionais (cultura, liderança, recompensas) e contextuais (mercado de trabalho, conjuntura económica). Zheng et al. (2016) reforçam esta visão multifacetada ao sugerirem que a intenção de saída deve ser vista como um processo dinâmico, onde a perceção de oportunidades externas, a avaliação subjetiva do custo de sair e o apoio percebido dentro da organização interagem de forma complexa.

Em síntese, a intenção de rotatividade emerge como um fenómeno psicossocial complexo e antecipatório da saída efetiva, influenciado por um conjunto interligado de variáveis. A compreensão profunda destes fatores permite às organizações agir proactivamente na retenção de talento, desenvolvendo políticas mais justas, ambientes mais saudáveis e lideranças mais humanas. O capítulo seguinte analisará, de forma sistemática, os impactos da rotatividade ao nível organizacional, económico e humano, completando este quadro de análise.

2.3.2. Impactos do *turnover* nos profissionais de saúde e nas organizações

A rotatividade nos cuidados de saúde tem consequências profundas, tanto a nível organizacional como individual, afetando diretamente a qualidade dos serviços prestados, os custos operacionais e o bem-estar dos profissionais. Este fenómeno, quando não devidamente gerido, compromete a continuidade dos cuidados, agrava a sobrecarga do pessoal remanescente e prejudica os resultados clínicos.

Segundo Collini et al. (2015), as elevadas taxas de rotatividade nos contextos hospitalares perturbam a estabilidade das equipas e a relação entre profissionais e utentes, agravando os rácios entre pessoal e doentes. Este desequilíbrio tem implicações diretas na segurança, na eficácia dos cuidados prestados e nos indicadores de saúde. Para além disso, os custos associados à rotatividade são multifacetados, abrangendo não só os custos diretos de recrutamento e formação, mas também os custos indiretos como a diminuição da coesão, a perda de conhecimento tácito, o aumento do absentismo e a erosão da moral das equipas.

Perreira et al. (2020) aprofundam esta problemática ao destacar a chamada “tríade da retenção de funcionários”, composta por justiça organizacional, compromisso afetivo e intenção de rotatividade. Esta tríade funciona como um eixo estruturante para o

desenvolvimento de estratégias de liderança que visem mitigar a rotatividade. A ausência de políticas eficazes nesta área não só compromete a motivação dos profissionais como contribui para a escassez global de recursos humanos no sector, com particular incidência na enfermagem.

A dimensão psicológica da rotatividade merece atenção particular. Collini et al. (2015) referem que a falta de envolvimento dos profissionais está fortemente associada a estados de exaustão emocional, desmotivação e maior propensão à saída. Entre os fatores que mais influenciam o envolvimento destacam-se o respeito mútuo no local de trabalho e o alinhamento com a missão institucional. Estes elementos são especialmente relevantes em profissões marcadas por elevados níveis de exigência ética e emocional, como os cuidados de saúde.

O estudo de Mengstie (2020), realizado num contexto de escassez de recursos na Etiópia, vem reforçar o papel das perceções de justiça organizacional — sobretudo nas dimensões distributiva e processual — como preditores críticos da intenção de saída. A perceção de injustiça, sobretudo em sistemas de saúde sobrecarregados e subfinanciados, exacerba sentimentos de frustração e impotência, conduzindo os profissionais a ponderar o abandono da organização, quando não da própria profissão. Estas dinâmicas tornam-se ainda mais relevantes quando analisadas em paralelo com contextos como o Canadá, onde, apesar de maiores recursos, persistem desafios relacionados com a justiça percebida e a sustentabilidade emocional dos profissionais (Perreira et al., 2018).

As práticas de liderança surgem, assim, como um elemento central na mitigação dos efeitos da rotatividade. Perreira et al. (2018) identificam a justiça interpessoal como um fator determinante para o fortalecimento do compromisso afetivo, o qual, por sua vez, atua como mediador na relação entre perceções de justiça e intenção de saída. Lideranças capazes de promover uma cultura organizacional assente no respeito, na escuta ativa e na equidade tendem a gerar contextos emocionalmente seguros e coesos, propícios à permanência. Esta perspetiva é reforçada por Mengstie (2020), que recomenda intervenções centradas no reforço da justiça processual e interpessoal como estratégias prioritárias para contextos de elevada vulnerabilidade sistémica.

A literatura indica ainda que os efeitos da rotatividade são moldados por fatores geográficos e sistémicos. A análise comparada de contextos como o canadiano e o etíope evidencia que, embora os fatores psicológicos e organizacionais sejam comuns, as respostas e impactos diferem em função das condições estruturais. Isto sugere que

qualquer abordagem eficaz à rotatividade deve ser sensível ao contexto, considerando não apenas os princípios universais de gestão de recursos humanos, mas também as limitações e especificidades locais.

Em síntese, a rotatividade no sector da saúde é um fenómeno multidimensional com repercussões estruturais e humanas. Os estudos analisados convergem na necessidade de promover o envolvimento dos profissionais, reforçar a justiça organizacional e investir em lideranças capacitadas e empáticas. A criação de ambientes de trabalho emocionalmente sustentáveis e operacionalmente estáveis revela-se essencial para garantir a retenção, a qualidade dos cuidados e o equilíbrio dos sistemas de saúde.

2.4. Inter-relações entre satisfação, *burnout* e *turnover*

A rotatividade no setor da saúde não pode ser analisada isoladamente das dinâmicas emocionais e motivacionais que afetam os profissionais. Em contextos marcados por exigência elevada, instabilidade organizacional e escassez de recursos, fenómenos como o *burnout* e a insatisfação profissional emergem como variáveis-chave para compreender o desejo de abandono. A literatura tem vindo a demonstrar uma relação estreita entre estes três fenómenos — satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* — sugerindo que o esgotamento emocional pode funcionar como mediador entre a insatisfação e a decisão de saída.

Este capítulo propõe-se a examinar, numa primeira fase, as relações conceptuais e causais entre estas variáveis, explorando de seguida os modelos teóricos e evidência empírica que sustentam estas interdependências. Por fim, será apresentada uma síntese crítica, com as principais implicações para este estudo, que permite estabelecer uma lógica de coerência com o modelo conceptual e as hipóteses de investigação.

2.4.1. Relações conceptuais e causais

A análise das relações entre satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* exige uma compreensão aprofundada dos conceitos envolvidos e das dinâmicas que os interligam. Estes fenómenos não se manifestam de forma isolada, mas antes como partes de um sistema psicossocial interdependente, onde condições organizacionais, fatores individuais e experiências emocionais se entrelaçam. A evidência empírica indica que a insatisfação laboral atua como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de *burnout*, funcionando muitas vezes como ponto de entrada para processos mais complexos de desgaste psicológico (Leiter & Maslach, 2004; Ferreira,

Silva & Oliveira, 2023). A insatisfação prolongada, quando acompanhada de fraca autonomia, excesso de exigência, escasso reconhecimento ou liderança negligente, gera um terreno propício ao esgotamento emocional, sobretudo quando não existem estratégias institucionais de mitigação. A literatura tem identificado uma correlação negativa consistente entre satisfação no trabalho e *burnout*: profissionais satisfeitos estão menos propensos a experienciar esgotamento emocional, enquanto níveis elevados de insatisfação estão associados a maior risco de *burnout* (Maslach & Jackson, 1981; Martins & Silva, 2024). Estudos recentes indicam um agravamento do *burnout* associado à insatisfação no trabalho no contexto da pandemia de COVID-19, com particular incidência nos enfermeiros (Heidari et al., 2022; Galanis et al. 2023).

O *burnout*, por sua vez, tem sido amplamente reconhecido como um preditor direto da intenção de saída, atuando como elo causal entre o mal-estar psicológico e o abandono organizacional (Leiter & Maslach, 2004; West et al., 2018). Ou seja, a insatisfação por si só nem sempre conduz diretamente ao desejo de abandonar a organização — mas fá-lo mais frequentemente quando acompanhada de sintomas de exaustão emocional, desmotivação e cinismo em relação ao trabalho (Martins & Silva, 2024). Este mecanismo mediador tem sido confirmado por diversos estudos que posicionam o *burnout* como elo psicológico entre o mal-estar vivido e a rutura com a organização (West et al., 2018; Wei et al, 2023). Também estudos nacionais recentes (Ferreira et al., 2023; Ramos, Almeida & Orgambídez, 2023) demonstram que a insatisfação com as condições laborais, a sobrecarga e a fraca valorização institucional são fatores catalisadores tanto do *burnout* como da vontade de sair. Estes efeitos acumulativos comprometem a estabilidade da força de trabalho e colocam em risco a qualidade dos serviços.

A causalidade, embora complexa e bidirecional, tende a seguir uma sequência: ambientes de trabalho exigentes e falta de reconhecimento → insatisfação → *burnout* → intenção de *turnover*. Este encadeamento é particularmente visível em setores como a saúde, onde o investimento emocional é elevado e as margens de erro são mínimas. É por isso importante considerar a natureza recursiva destas relações. O *burnout*, ao enfraquecer o sentido de eficácia e o envolvimento afetivo, pode alimentar uma perceção agravada de insatisfação, criando um ciclo vicioso difícil de interromper. Em contextos institucionais frágeis, marcados por injustiça organizacional e sobrecarga crónica, este ciclo acelera e intensifica os comportamentos de afastamento e desinvestimento emocional.

Adicionalmente, fatores como o tipo de liderança, o clima de equipa e a cultura organizacional podem atuar como moderadores ou amplificadores destas dinâmicas. Um ambiente de trabalho psicologicamente seguro pode atenuar os efeitos da insatisfação e do *burnout* na intenção de saída, enquanto climas organizacionais negativos tendem a amplificá-los. Neste sentido, torna-se fundamental compreender estas relações de forma sistémica e contextualizada, não apenas como correlações estatísticas, mas como dinâmicas vividas que moldam as decisões dos profissionais. Esta perspetiva será aprofundada na secção seguinte, onde se analisam os principais modelos teóricos e evidência empírica que sustentam estas interdependências.

2.4.2. Síntese teórica e implicações para o estudo

A partir do enquadramento teórico analisado conclui-se que a articulação entre satisfação, *burnout* e intenção de *turnover* se revela essencial para uma compreensão abrangente do fenómeno da rotatividade no setor da saúde. Os dados disponíveis convergem para a existência de um ciclo vicioso: contextos organizacionais tóxicos promovem insatisfação e *burnout*, que, por sua vez, alimentam a intenção de abandono — reforçando a instabilidade organizacional.

A revisão da literatura demonstrou que a intenção de *turnover* resulta de um processo progressivo marcado por insatisfação persistente, desgaste emocional e condições laborais desfavoráveis. Estas dinâmicas exigem abordagens integradas que reconheçam a natureza sistémica do problema e que combinem medidas preventivas, políticas de retenção e práticas de liderança sustentáveis. O *burnout*, neste contexto, assume um papel central como mediador crítico entre satisfação e *turnover*, amplificando os efeitos da insatisfação e funcionando como prenúncio da saída, sobretudo quando associado a sentimentos de desmotivação, cinismo e perda de eficácia profissional. Isto implica que estratégias de retenção devem ir além das medidas extrínsecas (como compensação), incorporando intervenções sobre saúde mental, cultura organizacional e sentido de propósito.

Estas relações reforçam a necessidade de abordagens integradas, que não se limitem à gestão de recursos humanos, mas envolvam também práticas de cuidado institucional e promoção do bem-estar. A análise aprofundada destas interdependências será determinante para desenhar políticas sustentáveis de retenção, especialmente em contextos de elevada exigência emocional como os serviços de saúde.

A análise das inter-relações entre satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* evidencia a complexidade e interdependência destas variáveis no contexto dos profissionais de saúde. A presença de *burnout* agrava o impacto negativo da insatisfação na intenção de *turnover*, e simultaneamente retroalimenta a percepção de insatisfação, criando um ciclo vicioso com efeitos organizacionais severos, como o absentismo, o presenteísmo e a rotatividade efetiva.

A literatura revê de forma consistente que estes fenómenos não atuam de forma isolada, mas formam um sistema dinâmico de retroalimentação, onde fatores contextuais e percepções individuais se entrelaçam para influenciar o bem-estar e a permanência dos profissionais nas organizações. A síntese teórica permite afirmar que a insatisfação no trabalho é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de *burnout*, sendo particularmente sensível a condições organizacionais adversas como a sobrecarga, a fraca autonomia ou a ausência de reconhecimento.

Embora estas relações possam apresentar variações conforme o contexto ou as características individuais, a direção geral dos efeitos tem sido amplamente corroborada por estudos nacionais e internacionais. Neste cenário, o presente estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão destas dinâmicas no contexto específico da saúde em Portugal — um setor marcado por exigências intensas, recursos escassos e elevadas taxas de *burnout*.

A investigação assume assim um duplo papel: por um lado, procura contribuir para o avanço teórico na articulação entre estas variáveis; por outro, visa informar práticas de gestão e políticas institucionais que promovam a retenção de profissionais qualificados e o fortalecimento das equipas. As implicações para o estudo são claras: compreender as relações entre satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* é essencial para validar o modelo conceptual proposto e interpretar os dados empíricos à luz da teoria.

Esta compreensão permitirá testar as hipóteses formuladas, identificar fatores críticos e propor intervenções organizacionais baseadas em evidência, reforçando a pertinência do modelo integrado adotado nesta dissertação.

Em síntese, o *Capítulo 2* permitiu consolidar uma base teórica robusta, com especial atenção às suas definições, tipologias, fatores associados e impactos organizacionais, culminando numa análise aprofundada das inter-relações entre satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover*. Estes conceitos revelaram-se não apenas fundamentais

em termos conceptuais, mas também altamente relevantes do ponto de vista prático, dada a sua influência direta sobre a estabilidade das equipas, a qualidade dos cuidados prestados e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Com base nesta análise, o próximo capítulo apresenta o modelo teórico que sustenta esta investigação, propondo uma estrutura conceptual que articula as variáveis principais identificadas ao longo da revisão — nomeadamente a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover* — e integra ainda variáveis contextuais e mediadoras específicas ao setor em estudo. Este modelo servirá de base para a formulação das hipóteses de investigação, operacionalização das variáveis e estruturação do desenho metodológico.

3. Modelo conceptual

O presente capítulo detalha o modelo conceptual que sustenta a investigação, bem como as hipóteses formuladas com base na revisão da literatura e nos objetivos definidos, para melhor estudar problemática desta investigação. A elaboração deste modelo visa sistematizar as relações entre as variáveis em estudo, permitindo compreender de forma estruturada os fatores que influenciam a (in)satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover* nos profissionais de saúde. Este enquadramento teórico proporciona o suporte necessário à análise empírica, orientando a seleção das variáveis, a formulação das hipóteses e o desenho metodológico adotado.

O modelo conceptual integra variáveis sociodemográficas, a satisfação no trabalho — diferenciada em dimensões intrínseca e extrínseca, o *burnout* (nas 3 dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) e a variável dependente intenção de *turnover*. A distinção entre satisfação intrínseca e extrínseca foi operacionalizada com base na estrutura validada do *Minnesota satisfaction questionnaire (MSQ)*, permitindo avaliar de forma diferenciada o contributo de fatores internos e externos do trabalho na experiência profissional. A operacionalização das variáveis e a formulação das hipóteses de investigação decorre, assim, da articulação teórica entre estes constructos, procurando compreender os mecanismos que conduzem à decisão de abandono laboral no setor da saúde.

3.1. Modelo de investigação

A formulação do modelo conceptual desta investigação baseou-se na integração de contributos teóricos que identificam a satisfação no trabalho e o *burnout* como fatores determinantes na intenção de *turnover* dos profissionais de saúde. Considerando a complexidade das dinâmicas organizacionais no sector da saúde, o modelo adotado contempla a influência de variáveis individuais, organizacionais e emocionais na decisão de permanência ou abandono profissional.

3.1.1. Satisfação no trabalho, o *burnout* e intenção de *turnover* no setor da saúde

O sector da saúde enfrenta desafios significativos decorrentes da natureza exigente das funções dos profissionais de saúde, que são frequentemente agravados por questões organizacionais sistémicas. Estes desafios estão intrinsecamente relacionados com a satisfação no trabalho, o esgotamento e a intenção de rotatividade, que têm impacto no bem-estar dos trabalhadores e no desempenho organizacional. A gestão de pessoas desempenha um papel fundamental na prevenção da insatisfação e *burnout*. Modelos

de gestão rígidos, distantes, autoritários e que negligenciem estes problemas, tendem a evoluir para o aumento da insatisfação, *burnout*, culminando em *turnover*.

A satisfação no trabalho atua como um fator de proteção, promovido por um suporte emocional, reconhecimento profissional e equilíbrio entre a vida pessoal e profissional. Por outro lado, o *burnout*, caracterizado pela exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, é frequentemente o mediador da relação entre a (in)satisfação e a intenção de *turnover*. A consequência final, a intenção de *turnover* - o prelúdio cognitivo da demissão voluntária do emprego - compromete a estabilidade da força de trabalho, aumenta os custos operacionais e afeta negativamente a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Neste contexto, a satisfação no trabalho foi operacionalizada segundo as suas componentes intrínseca e extrínseca, de acordo com a estrutura validada do Minnesota satisfaction questionnaire (*MSQ*) (Weiss et al., 1967), cuja distinção conceptual se mantém amplamente utilizada na investigação aplicada em saúde (Walkowiak & Staszewski, 2019). Embora alguns estudos recentes, como o de Walkowiak e Staszewski (2019), reconheçam que a satisfação no trabalho em profissionais de saúde apresenta uma estrutura mais complexa, a divisão entre fatores intrínsecos e extrínsecos continua a ser uma abordagem prática e robusta para fins de investigação aplicada, permitindo uma melhor gestão e compreensão das diferentes dimensões da satisfação no trabalho: "*although arriving at a two-factor structure is possible, job satisfaction of nurses cannot be measured as intrinsic and extrinsic satisfaction only; however, such division allows for better use in managing job satisfaction*"² (Walkowiak & Staszewski, 2019, p. 88).

As dimensões do *burnout* — exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal — foram incluídas enquanto variáveis mediadoras, tendo por base o modelo clássico de Maslach e Jackson (1981). Por fim, a intenção de *turnover* foi considerada como variável dependente central, sendo objeto de análise direta e indireta no âmbito das relações propostas. As variáveis sociodemográficas foram introduzidas visando "neutralizar" o efeito de variáveis que, embora não sejam o foco principal do estudo, podem influenciar a variável dependente.

² Tradução livre: *embora seja possível obter uma estrutura de dois fatores, a satisfação profissional dos enfermeiros não pode ser medida apenas como satisfação intrínseca e extrínseca; no entanto, esta divisão permite uma melhor utilização na gestão da satisfação profissional.*

Os fundamentos teóricos destas relações são frequentemente explorados através de enquadramentos como o Modelo job demands-resources (JD-R), pois este postula que as elevadas exigências do trabalho potenciam o *burnout*, ao passo que os recursos do trabalho, como a autonomia e o apoio, atenuam os seus efeitos, influenciando a satisfação no trabalho e a intenção de rotatividade. Scanlan e Still (2019) aplicaram o Modelo JD-R num contexto australiano de saúde mental, mostrando que as exigências do trabalho, como a tensão emocional, aumentam o *burnout* e a intenção de rotatividade, enquanto os recursos do trabalho, como o feedback e a autonomia, aumentam a satisfação.

Da mesma forma, a Teoria do comportamento planeado fornece uma lente para entender a intenção de rotatividade, enfatizando que a insatisfação e o burnout moldam as atitudes e intenções dos funcionários, levando a um eventual comportamento de retirada (Zambrano-Chumo & Guevara, 2024; Chen et al., 2019).

Estudos empíricos reforçam a importância dessas interações. Zhang e Feng (2011) destacaram o papel mediador do burnout em médicos chineses, particularmente através da exaustão emocional, mostrando que a satisfação no trabalho reduz a intenção de rotatividade tanto direta quanto indiretamente. Da mesma forma, Chen et al. (2019) descobriram que a satisfação no trabalho media parcialmente a relação entre *burnout* e intenção de rotatividade entre profissionais de saúde em instituições de cuidados primários, embora com um impacto limitado. Nestes estudos, o *burnout* emerge consistentemente como uma variável central, ligando a insatisfação a uma maior probabilidade de rotatividade dos trabalhadores.

Os contextos geográficos e organizacionais influenciam ainda mais esta dinâmica. No Bangladesh, Roy et al. (2017) referiram que os profissionais de saúde do setor público apresentavam menor Satisfação no trabalho e maior *burnout* devido a um apoio organizacional insuficiente e a uma política generalizada no local de trabalho. Em contrapartida, os profissionais do setor privado beneficiaram de ambientes mais favoráveis, o que realça o papel da cultura organizacional na definição dos resultados. No contexto australiano, Scanlan e Still (2013) enfatizaram a importância de reduzir as demandas emocionais e melhorar os recursos do trabalho para aliviar o *burnout* e a intenção de rotatividade. Essas variações ressaltam a necessidade de intervenções personalizadas que abordem os desafios específicos dos diferentes sistemas de saúde.

O *burnout* e a intenção de rotatividade não afetam apenas os funcionários individualmente, mas também têm profundas implicações organizacionais. Taxas elevadas de rotatividade introduzem encargos financeiros substanciais devido aos

custos de recrutamento e formação, bem como perdas de produtividade (Zambrano-Chumo & Guevara, 2024; Scanlan & Still, 2019). O *burnout* também reduz a qualidade dos cuidados, prejudica a prestação de serviços e compromete os resultados para os doentes.

A exaustão emocional, em particular, diminui a capacidade dos profissionais de saúde de se envolverem empaticamente com os pacientes, criando efeitos em cascata no desempenho organizacional (Scanlan & Still, 2019). Para mitigar esses impactos, as organizações de saúde devem priorizar estratégias que promovam a satisfação no trabalho e reduzam o *burnout*.

A relação entre a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover*, é simultaneamente complexa e consequente. Ao dar prioridade às intervenções organizacionais e individuais, as instituições de saúde podem promover ambientes de trabalho mais saudáveis, reter profissionais qualificados e melhorar a qualidade dos cuidados.

De acordo com o objetivo estabelecido e a revisão da literatura que sustenta esta investigação, definiram-se as variáveis que compõem este estudo.

3.2. Variáveis do estudo

O presente estudo de investigação teve como objetivo principal analisar a relação entre a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover* entre os profissionais de saúde, para tal, foram consideradas e operacionalizadas as variáveis de controlo, independentes e dependentes, com base na literatura existente acerca desta problemática.

3.2.1. Variável dependente

A principal variável dependente deste estudo é a intenção de *turnover*, definida como a intenção ou vontade voluntária do profissional de saúde abandonar a organização de saúde onde exerce funções.

3.2.2. Variáveis independentes

Foram selecionadas duas variáveis independentes para este estudo, e encontra-se representadas no **Quadro 1**.

Quadro 1 Variáveis independentes em estudo

Variáveis	Dimensões
Satisfação no trabalho	Satisfação intrínseca
	Satisfação extrínseca
Burnout	Exaustão emocional
	Despersonalização
	Realização pessoal

3.2.3. Variáveis de controlo

Além das variáveis dependentes e independentes, foram incluídas variáveis de controlo, que são as variáveis sociodemográficas e profissionais, que permitem caracterizar a amostra em estudo e contextualizar os resultados. Entre as variáveis consideradas estão categoria profissional, género, idade, habilitações académicas, relação laboral, tipo de horário, turnos extras, especialidade, antiguidade, acumulação de funções, setor (público e privado).

A inclusão destas variáveis é fundamental para identificar eventuais padrões de variação nos fenómenos estudados em função das características pessoais e contextuais dos participantes no estudo, permitindo uma análise mais robusta e ajustada da realidade profissional em investigação.

3.3. Hipóteses de investigação

Com base na revisão da literatura e a problemática em estudo foram elaboradas as seguintes hipóteses de estudo (**Tabela 1**). Estas quatro hipóteses de estudo, permitem estudar a relação entre a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover* dos profissionais de saúde.

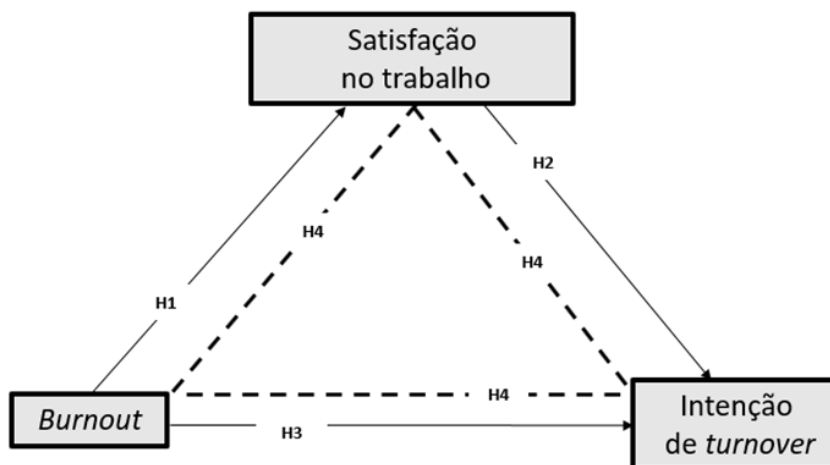
Tabela 1 - Hipóteses de estudo

Hipóteses			
Principais	H1 O <i>burnout</i> no trabalho está negativamente relacionado com a satisfação no trabalho.	H1a O <i>burnout</i> no trabalho está negativamente relacionado com a Satisfação intrínseca.	A hipótese H1, sugere que o <i>burnout</i> está negativamente relacionado com a satisfação no trabalho, ou seja, níveis altos de esgotamento tendem a reduzir a percepção de satisfação. Essa relação é dividida em duas hipóteses: H1a, que considera o impacto negativo do <i>burnout</i> sobre a satisfação intrínseca e H1b, que trata da satisfação extrínseca.
		H1b O <i>burnout</i> no trabalho está negativamente relacionado com a satisfação extrínseca.	
	H2 A satisfação no trabalho está negativamente	H2a A satisfação intrínseca está negativamente	As hipóteses H2, H2a e H2b aportam a relação entre satisfação no trabalho e

	relacionada com a intenção de <i>turnover</i> .	relacionada com a intenção de <i>turnover</i> . H2b A satisfação extrínseca está negativamente relacionada com a intenção de <i>turnover</i> .	intenção de <i>turnover</i> . Especificamente, considera que maior satisfação no trabalho H2, tanto intrínseca H2a quanto extrínseca H2b, está associada a uma menor intenção de <i>turnover</i> . A literatura aponta que quanto maior a Satisfação menor a intenção de <i>turnover</i> .
	H3 O <i>burnout</i> está positivamente relacionado com a intenção de <i>turnover</i> .		A terceira hipótese H3, considera uma ligação direta entre <i>burnout</i> e intenção de <i>turnover</i> , sugerindo que a presença de <i>burnout</i> aumenta a tendência de o indivíduo pensar e até planear sair da organização onde trabalha.
Mediadora	H4 A satisfação no trabalho medeia a relação entre o <i>burnout</i> e a intenção de <i>turnover</i> .	H4a A satisfação intrínseca medeia a relação entre o <i>burnout</i> e a intenção de <i>turnover</i> . H4b A satisfação extrínseca medeia a relação entre o <i>burnout</i> e a intenção de <i>turnover</i> .	As hipóteses H4, H4a e H4b analisam o papel mediador da satisfação no trabalho na relação entre <i>burnout</i> e intenção de <i>turnover</i> . Isso significa que a satisfação, tanto em sua forma geral (H4) quanto dividida em intrínseca (H4a) e extrínseca (H4b), pode ser o caminho pelo qual o <i>burnout</i> influencia a decisão do trabalhador em deixar a organização.

Na **Figura 1**, encontra-se ilustrado o Modelo conceptual deste estudo. Esta é a representação visual e gráfica das relações entre as variáveis em estudo (principais e mediadora). Permite identificar os principais constructos e por sua vez, demonstra quais as relações que se pretendem investigar neste estudo.

Figura 1-Modelo conceptual - criado pelo investigador



4. Metodologia de investigação

No capítulo, que se intitula de metodologia pretende-se de demonstrar o desenho de investigação desde a conceção, operacionalização e todo o trajeto desta investigação.

A palavra método, deriva do latim *methodus*, que significa forma como chegamos a um determinado objetivo ou resultado. Segundo Fortin (2009, p. 29), a metodologia "*corresponde ao conjunto estruturado de métodos e técnicas que orientam o investigador na organização e desenvolvimento do seu percurso de investigação, desde a formulação da problemática até à interpretação dos resultados obtidos*". A metodologia permite garantir o rigor científico, assegurando que o estudo responde adequadamente às questões colocadas e aos objetivos propostos. Fortin (2009, p. 53) acrescenta ainda que a escolha da metodologia deve ser orientada pela natureza da problemática em estudo, pelas questões de investigação formuladas e pelas características do fenómeno a ser analisado, permitindo selecionar os métodos mais apropriados à recolha e análise dos dados. Deste modo procede-se de seguida à descrição detalhada da metodologia de investigação, elaborando o tipo de estudo, a amostra, as variáveis, os instrumentos de recolha de dados, bem como os procedimentos de recolha e análise dos mesmos.

4.1. Tipo de estudo

O presente estudo assenta numa abordagem metodológica quantitativa, de natureza descritiva e correlacional, recorrendo à aplicação de um inquérito por questionário para recolha de dados junto de uma amostra de profissionais de saúde. A metodologia adotada visa quantificar e analisar as relações entre as variáveis — satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover* — proporcionando uma análise objetiva e sistemática do fenómeno em estudo.

Para Moreira (2009) a abordagem quantitativa envolve a aplicação de questionários com escalas de avaliação e medição dos fatores em uma determinada amostra e os dados obtidos e analisados estatisticamente permitem identificar, se existe uma correlação entre os níveis de satisfação no trabalho e o risco de *burnout*, ou se o *burnout* por sua vez aumenta a intenção de *turnover*.

A abordagem de natureza quantitativa permite descrever e explorar de forma objetiva, podendo medir e quantificar as variáveis. Esta método fornece evidências robustas sobre as relações entre as variáveis que se pretende estudar. Um estudo descritivo e correlacional permite entender o comportamento das variáveis e suas possíveis associações.

Moreira (2009) define que estudo descritivo tem como objetivo caracterizar e detalhar um fenômeno ou grupo sem manipular as variáveis, apenas observando e registrando suas características. No caso de satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover*, ele serviria para mapear as percepções dos trabalhadores sobre esses fatores. Este teórico defende ainda, que estudo correlacional investiga as relações entre duas ou mais variáveis, verificando se estão associadas de alguma forma, sem estabelecer causalidade. Ele pode identificar, por exemplo, se existe uma relação entre baixa satisfação no trabalho e aumento do *burnout*.

4.2. Caracterização do local de estudo

A operacionalização da colheita de dados foi levada a cabo através de inquérito por meio de um questionário, dirigido aos profissionais do setor de saúde em Portugal. Os participantes deste estudo exercem funções como profissionais de saúde em organizações de saúde como hospitais, clínicas, residências seniores (lares), centros de saúde e outras unidades da saúde do setor, quer do público ou privado.

4.3. Amostra em estudo

A amostra é composta por 392 participantes, selecionados por meio de uma amostragem por conveniência não probabilística. Para inclusão no estudo, os participantes atenderam a critérios elegibilidade específicos que foram: a idade superior a 18 anos e ser profissional de saúde em Portugal.

Após a recolha de dados, as respostas foram importadas dos *google forms* para uma base de dados. Para melhor análise e apresentação dos resultados estatísticos, recorri ao *software statistical package for the social sciences* (SPSS) versão 29.0.2.0 (20).

Na **Tabela 2** encontram-se os dados relativos à caracterização da amostra. Os 392 participantes têm idades compreendidas entre 18 e os 65 anos (intervalo etário com maior frequência, 36 a 45 anos, 33,2%; N= 130), mais de 71% dos participantes têm 45 ou mais anos, o que indica uma amostra relativamente jovem. A média de idade da amostra é aproximadamente 39,9, sendo constituída, maioritariamente por elementos do género feminino (83,9 %; N= 329). Na classe profissional, a grande maioria é enfermeiro (80,1%, N= 314), seguido de técnicos auxiliares de saúde (12%, N=47), e de médicos (2,8%, N=11), seguem-se os terapeutas e técnico superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT) (2,3%, N=9). Relativamente às habilitações académicas, verificou-se que 35 participantes tinham 12º ano, 8 participante possuíam um curso profissional, 150 eram licenciados, 123 tinham pós-graduação/ especialidade, 76 detinham mestrado

e doutoramento. Relativamente à relação laboral, a maioria dos participantes da amostra possui contrato por tempo indeterminado (62,8%; N= 246).

A maioria dos participantes encontra-se em horário rotativo (turnos) (57,9%; N=227). As especialidades mais representadas são a unidades de endoscopia (26,5 %; N =104) e internamento especialidades médicas (16,3; N=64). Em relação aos turnos extras, 28,3% (N= 111) refere que não realiza nenhum turno, 44% um a dois turnos (N=176) e a restantes participantes fazem entre três ou mais turnos extras por mês. Em relação à acumulação de funções, a maioria não acumula funções (66,3%; N=260). Quanto à antiguidade laboral, 8,4% trabalha há menos de 1 ano na instituição (N= 33), 29,3% trabalha na instituição pelo menos há 5 anos (N=115), 19,1% entre 6 a 10 anos (N=75), 12,8% entre 11 a 15 anos (N=12,8), 8,7% entre 16 a 20 anos (N=34), 8,4% entre 21 a 25 anos (N=33), 6,9% entre 26 a 30 anos (N=27) e por fim, 6,4% mais de 30 anos na instituição (N=25). Em relação ao setor onde exercem funções os participantes (profissionais de saúde), a maioria trabalha no setor da saúde público (78,6%, N= 308).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (N =392)

		Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Categoria Profissional	TAS	47	12
	Bombeiro	1	0,3
	Enfermeiro	314	80,1
	Terapeuta	9	2,3
	Médico	11	2,8
	TSTD	9	2,8
	Total	391	100
	Omissos	1	0.3
	Total	392	100
Género	Feminino	329	83,9
	Masculino	63	16,1
	Total	392	100
Idade	18 a 25 anos	31	7,9
	26 a 35 anos	119	30,4
	36 a 45 anos	130	33,2
	46 a 55 anos	73	18,6
	56 a 65 anos	37	9,4
	Mais de 65 anos	2	0,5
	Total	392	100
	Habilitações Académicas	Até 12º ano	35
Curso profissional		8	2
Licenciatura		150	38,3
Pós-graduação/ Especialidade		123	31,4
Mestrado/ Doutoramento		76	19,4
Total		392	100
		Contrato de trabalho em função pública	114

Relação Laboral	Contrato individual de trabalho termo incerto	18	4,6
	Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado	246	62,8
	Trabalho independente (Recibos verdes)	14	3,6
	Total	392	100
Tipo de Horário	Turnos de 12 horas	18	4,6
	Fixo qualquer dia de semana	25	6,4
	Fixo apenas dias úteis	122	31,1
	Horário rotativo (turnos)	227	57,9
	Total	392	100
Turnos Extras	Nenhum	111	28,3
	Um a dois	176	44,9
	Três a quatro	71	18,1
	Cinco ou mais	34	8,7
	Total	392	100
Especialidade	Internamento especialidades cirúrgicas	10	2,6
	Unidades de Endoscopia	104	26,5
	Urgência/ Emergência	35	8,9
	Bloco	27	6,9
	Cuidados Paliativos	4	1
	Serviço de Sangue	1	0,3
	Apoio domiciliário	1	0,3
	Cuidados na comunidade	23	5,9
	Internamento especialidades médicas	64	16,3
	Lares/ERPI	7	1,8
	Ginecologia/ Obstetrícia	10	2,6
	Ambulatório /consultas	58	14,8
	Imagiologia/EC	5	1,3
	Psiquiatria	9	2,3
	Medicina intensiva	27	6,9
	Pediatria	5	1,3
	Total	390	99,5
	Omissos	2	0,5
	Total	392	100
	Antiguidade (anos na instituição)	Menos de 1	33
1 a 5 anos		115	29,3
6 a 10 anos		75	19,1
11 a 15 anos		50	12,8
16 a 20 anos		34	8,7
21 a 25 anos		33	8,4
26 a 30 anos		27	6,9
Mais de 30 anos		25	6,4
Total		392	100
Acumulação de Funções	Não	260	66,3
	Sim	132	33,7
	Total	392	100
Setor	Privado	82	20,9
	Público	308	78,6
	Total	390	99,5
	Omissos	2	0
	Total	392	100

A **Tabela 3** refere-se à composição da amostra, sendo caracterizada por uma forte presença de profissionais de enfermagem do sexo feminino, com elevada qualificação académica e inseridos predominantemente no setor público. Esta composição é representativa do panorama atual do sistema de saúde português, sobretudo em contextos hospitalares.

Tabela 3 - Medidas descritivas- médias e desvios padrão – caraterização sociodemográfica e profissional da amostra

Variáveis de sociodemográficas e profissionais	M	DP	N
Idade	2,93	1,10	392
Sexo feminino	0,83	0,36	392
Horário por turnos	0,62	0,48	392
Categoria Enfermeiro	0,80	0,39	392
Categoria Médico	0,02	0,16	392
Habilitações Ensino superior	0,91	0,28	392
Antiguidade Superior 10anos	0,43	0,49	392
Acumulação funções	0,33	0,47	392
Setor Público	0,78	0,40	390

Nota: M: Médias; DP: Desvio Padrão; N: Amostra

4.4. Procedimentos de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados, - a autorização obteve parecer positivo da comissão de ética da ULS Santa Maria e do Instituto Politécnico de Santarém (autorizações em anexo). Este foi aplicado em duas fases: na primeira fase foi divulgado de forma *online* através das redes sociais, por meio do *google forms*, sob a forma de um *link* com uma breve explicação do estudo a convidar os participantes a responder ao questionário. Posteriormente, foi disposto pessoalmente pela investigadora do estudo, nos serviços de uma unidade hospitalar, sob a forma de um poster explicativo do estudo com um *QRcode* ou *short link*, que permite aceder ao questionário pelo telemóvel pessoal dos participantes.

A escolha das redes sociais fez parte da 1ª fase de colheita de dados por ser gratuita e por ser possível uma divulgação massiva sem grandes transtornos, garantindo a praticidade e acessibilidade dos participantes, neste caso os profissionais de saúde, visto vivermos numa era digital. A 2ª fase de recolha de dados foi efetuada na organização de saúde selecionada para realizar este estudo.

Antes da aplicação do questionário, os participantes foram informados detalhadamente acerca dos objetivos do estudo e a natureza voluntária de sua participação. Foi assegurada a confidencialidade e anonimato das respostas, e todos os participantes

deverão autorizar a sua participação no estudo na fase inicial do questionário, imediatamente após o consentimento informado, conforme as demandas de éticas de uma pesquisa desta natureza.

A aplicação do questionário foi realizada por um período de 3 meses: outubro, novembro e dezembro de 2024. Foram adotadas medidas para minimizar possíveis vieses, como padronização das instruções e anonimização das respostas. Os dados serão guardados pelo período de 5 anos, posteriormente destruídos. Apenas a investigadora tem acesso aos dados recolhidos.

4.5. Pré-teste

Após a construção do questionário, foi necessário realizar o pré-teste do mesmo antes de ser aplicado, pelo que aplicado o questionário junto de uma pequena amostra representativa da população em estudo, com o objetivo de verificar erros que possam existir em termos de linguagem, perguntas pouco relevantes e/ou mal formuladas.

A realização do pré-teste, ocorreu em agosto de 2024, foi cedido o questionário a cerca de 10 profissionais de saúde, do conhecimento da investigadora, fazendo posteriormente parte da amostra representativa da população em estudo. Foi enviado o *link* do questionário através do *Messenger* e *WhatsApp* com o intuito de obter as respostas de forma mais imediata. Após responderem ao questionário questionei se existiam dúvidas ou sugestões para melhorar a estrutura e compressão do instrumento de colheita dados. O tempo médio de resposta da totalidade do questionário, foi cerca de 7-8 minutos.

O feedback do pré-teste foi positivo, pelo que não foram apresentadas dúvidas ou sugestões de melhoramento do questionário, sendo assim, este foi divulgado após o parecer das comissões de ética.

4.6. Instrumento de colheita de dados

O presente estudo segue uma metodologia de abordagem quantitativa, pelo que o instrumento de colheita de dados elegido foi um inquérito por questionário (ver anexo), por ser o instrumento que mais se adequa à problemática, aos objetivos e por permitir estudar a relação entre variáveis. Foi disponibilizado o instrumento de colheita de dados, sob a forma de um panfleto explicativo do estudo com um *QRcode* ou *short link*, que permitiu aceder ao questionário.

O instrumento de colheita de dados é constituído por quatro partes:

A Parte I do instrumento utilizado neste estudo corresponde ao *Minnesota satisfaction questionnaire* (MSQ), desenvolvido por Weiss, Dawis, England e Lofquist (1967), o qual tem como finalidade avaliar o grau de satisfação dos profissionais de saúde no trabalho. Esta escala é amplamente reconhecida na literatura científica pela sua robustez psicométrica e capacidade de captar diferentes dimensões da satisfação no trabalho.

O MSQ permite uma avaliação abrangente da satisfação no trabalho por meio de itens que abrangem tanto fatores intrínsecos (como o reconhecimento, a responsabilidade e a realização pessoal) quanto fatores extrínsecos (como as condições de trabalho, remuneração e políticas institucionais).

A versão utilizada neste estudo adota o formato breve da escala, composta por 20 itens, distribuídos em duas dimensões principais: satisfação intrínseca e satisfação extrínseca. A dimensão intrínseca refere-se a fatores internos ao próprio trabalho, como a sensação de realização, o reconhecimento, o grau de responsabilidade, a autonomia e a possibilidade de crescimento profissional. Por sua vez, a dimensão extrínseca contempla aspetos externos ao conteúdo do trabalho em si, como a remuneração, as condições físicas de trabalho, as políticas da instituição e o relacionamento com colegas e chefia.

A resposta aos itens é realizada através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, cujos valores variam de 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito), permitindo ao respondente indicar o Grau de Satisfação em relação a diferentes aspetos do seu contexto laboral.

A versão portuguesa do MSQ foi previamente validada e apresenta boas propriedades psicométricas, assegurando a sua fiabilidade e adequação à população-alvo em variados contextos da área da saúde (Martins e Proença, 2012). Na **Tabela 4**, encontra-se a MSQ - composta por 20 itens, da versão portuguesa.

Tabela 4 - Minnesota satisfaction questionnaire

SI1	No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca de ser capaz de me manter ocupado(a) durante todo o tempo.
SI2	No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da possibilidade de trabalhar de modo independente no meu cargo.
SI3	No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da oportunidade de fazer coisas diferentes de tempos a tempos.
SI4	No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da oportunidade de “ser alguém na vida”.
SE5	No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca do modo como o meu superior lida com os seus subordinados(as).
SE6	No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da competência do meu supervisor na tomada de decisões.
SI7	No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da possibilidade de fazer coisas que não vão contra a minha consciência/valores.

- SI8 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da segurança/estabilidade que o meu emprego me fornece.
- SI9 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da possibilidade de ajudar outras pessoas.
- SI10 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da possibilidade de dizer às pessoas o que fazer.
- SE11 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da possibilidade de fazer algo em que faça uso das minhas competências.
- SE12 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da forma como as políticas da instituição são implementadas.
- SE13 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca do meu salário e da quantidade de trabalho que realizo.
- SI14 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da possibilidade de progressão profissional.
- SI15 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da possibilidade de tomada de decisões por mim próprio(a).
- SI16 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da possibilidade de utilização dos meus próprios métodos para a realização do meu trabalho.
- SE17 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca das condições de trabalho.
- SE18 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca do modo como os meus colegas se relacionam entre si.
- SE19 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca do reconhecimento por fazer um bom trabalho.
- SI20 No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca do sentimento de realização pessoal que obtenho no trabalho.

Nota: Satisfação intrínseca (SI) Satisfação extrínseca (SE)

A Parte II do questionário inclui o *Maslach burnout inventory – human services survey* (MBI-HSS), desenvolvido por Maslach e Jackson (1996), grandemente reconhecido como um dos instrumentos mais fiáveis e utilizados para a avaliação do *burnout*. A versão portuguesa do MBI-HSS, foi adaptada e validada por Ribeiro (1999), demonstrou boas propriedades psicométricas, com níveis satisfatórios de consistência interna e validade, sendo a sua aplicação apropriada a profissionais de saúde.

O MBI-HSS é constituído por 22 itens repartidos por três dimensões: Exaustão emocional (EE), avalia os sentimentos de estar emocionalmente sobrecarregado e exausto com trabalho; despersonalização (DE), avalia uma resposta insensível e impessoal em relação aos doentes; e realização pessoal (RP), que avalia sentimentos de competência, realização e sucesso profissional. As respostas são apresentadas numa escala de frequência de 7 pontos, variando de 0 (nunca) a 6 (todos os dias), permitindo aferir na **Tabela 5**, encontra-se a MBI-HSS que é composta por 22 itens, frequência com que os sintomas de *burnout* ocorrem.

Tabela 5 - Maslach burnout inventory – human services survey

- EE Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.
- EE Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.
- EE Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.
- EE Sinto que trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.

EE	Sinto-me esgotada(o) pelo meu a trabalho.
EE	Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.
EE	Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.
EE	Sinto que trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.
EE	Sinto com o se estivesse no limite da minha resistência.
DE	Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.
DE	Sinto que me tornei mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.
DE	Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.
DE	Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.
DE	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.
RP	Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.
RP	Lido muito eficazmente com problemas dos meus doentes.
RP	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
RP	Sinto-me com muita energia.
RP	Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.
RP	Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.
RP	Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.
RP	No meu trabalho, lido muito calmamente com os meus problemas emocionais.

Nota Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE), Realização Pessoal (RP)

A Parte III do questionário é constituída pela Escala de intenção de rotatividade, desenvolvida por Siqueira et al. (1997, citada por Siqueira et al., 2014), com o objetivo de avaliar o propósito dos profissionais de saúde de abandonar a organização onde laboram. Esta escala é constituída por três itens que refletem, de forma direta, a frequência com que os profissionais pensam, planeiam ou expressam vontade de sair da organização. A resposta a cada item é dada através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, que varia de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente), permitindo identificar diferentes níveis de intenção de *turnover*.

Os itens que compõem a escala são: (1) "Penso em sair da instituição onde trabalho", (2) "Planeio sair da instituição onde trabalho" e (3) "Tenho vontade de sair da instituição onde trabalho". Esta escala tem sido bastante usada em estudos nacionais, apresentando evidências de validade e fidedignidade muito satisfatórias, sendo útil para nomear riscos associados à rotatividade de profissionais de saúde e contexto onde estes exercem funções.

A Parte IV do instrumento representa a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, com o objetivo de descrever detalhadamente a amostra em estudo. Esta seção abrange variáveis de controlo que permitem identificar as características dos profissionais, sendo composta por 11 questões obrigatórias que abordam: categoria profissional, género, idade, habilitações, horário de trabalho, turnos extra, serviço/especialidade, antiguidade (anos na instituição), acumulação de funções e o setor (público ou privado).

A obrigatoriedade de resposta a todas as questões garante a integridade dos dados recolhidos, facilitando uma análise robusta e contextualizada das características participantes, e, conseqüentemente, a análise das relações entre as variáveis em estudo.

4.7. Procedimentos de análise de dados

A análise estatística dos dados foi concretizada com recurso ao software SPSS complementada pelo uso da macro PROCESS (versão 4.0), conforme proposto por Hayes (2018). Inicialmente, foram realizadas as análises estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) com o objetivo de caracterizar a amostra e descrever os níveis de satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover*.

Posteriormente, foi realizada a análise de correlação com recurso a coeficiente de Pearson (r) para investigar as relações entre as variáveis principais do estudo. Este coeficiente varia de -1 a +1 e aponta a direção e a força da relação entre variáveis. Para interpretação, adotaram-se os critérios de Dancey e Reidy (2006).

Para analisar o impacto das variáveis predictoras - satisfação no trabalho e *burnout* — sobre a intenção de *turnover*, foram realizadas análises de regressão linear simples e múltipla.

A análise de mediação foi efetuada com recurso ao modelo de Hayes (2018), por meio da macro PROCESS, que permite de analisar as relações complexas entre as variáveis e explorar os efeitos de mediação entre a satisfação no trabalho, *burnout* e a intenção de *turnover*.

4.8. Análise de fiabilidade

No sentido de determinar a fiabilidade das escalas foi necessário avaliar a consistência interna das medidas usadas, através do coeficiente de Alfa de Cronbach.

A consistência interna é um dos métodos mais utilizados para avaliar a confiabilidade interna de um conjunto de perguntas ou itens de um questionário, sendo o Alfa de Cronbach a estatística mais empregada para esse fim (Field, 2018).

Os valores acima de 0,70 são considerados adequados, enquanto valores superiores a 0,80 indicam boa confiabilidade e acima de 0,90 excelente confiabilidade (Nunnally & Bernstein, 1994, citado por Souza, et al, 2017).

Os resultados indicam que a escala utilizada para analisar a Satisfação no trabalho apresenta uma boa consistência interna, uma vez que o valor de Alfa de Cronbach é superior 0,80, em ambas as dimensões da escala, na **Tabela 6**.

Tabela 6 - Consistência interna da escala de satisfação no trabalho

Satisfação intrínseca		Satisfação extrínseca	
Alfa de Cronbach	Número de itens	Alfa de Cronbach	Número de itens
0,91	13	0,86	7

Na **Tabela 7** encontram-se os resultados que indicam a consistência interna da escala de *burnout*, a qual apresenta um valor de Alfa de Cronbach é superior 0,80 todas as dimensões da escala, logo boa consistência interna.

Tabela 7 - Consistência interna da escala de burnout

Exaustão emocional		Despersonalização		Realização pessoal	
Alfa de Cronbach	Número de itens	Alfa de Cronbach	Número de itens	Alfa de Cronbach	Número de itens
0,93	9	0,80	5	0,82	8

Os resultados da **Tabela 8** indicam que a escala de intenção *turnover* apresenta uma boa consistência interna uma vez que o valor de Alfa de Cronbach é 0,88.

Tabela 8 - Consistência interna da Escala de intenção de turnover

Intenção de turnover	
Alfa de Cronbach	Número de itens
0,88	3

Os resultados de confiabilidade das escalas evidenciam níveis de fiabilidade excepcionais para todas as escalas utilizadas, o que permite afirmar que os itens medem de forma coerente os construtos anteriormente definidos no modelo teórico. Sendo assim os dados obtidos, demonstram robustez para efeitos de análises estatística.

5. Resultados

No presente capítulo serão apresentados os resultados deste estudo. Começou-se por analisar os dados por meio de estatísticas descritivas, recorrendo a medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão) e de associação (coeficiente de correlação de Pearson), aplicadas às variáveis sociodemográficas, às dimensões da satisfação no trabalho (satisfação intrínseca e extrínseca), à variável de *burnout* e às variáveis relacionadas à intenção de *turnover*. De forma a analisar a relação entre as variáveis dependentes e independentes foram, posteriormente, aplicados modelos de regressão linear. A análise de correlação foi realizada antes dos modelos de regressão linear. Recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson com o objetivo de identificar associações significativas entre os principais constructos do estudo

5.1. Médias e desvio padrão da satisfação no trabalho, *burnout* e Intenção de *turnover*

De seguida são apresentados os resultados das médias e os desvios padrão de cada uma das variáveis em estudo.

5.1.1. Avaliação da satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho foi avaliada pelo MSQ, na sua versão reduzida de 20 itens, que mede a satisfação dos profissionais de saúde. Esta versão analisa a satisfação global no trabalho, com dimensões intrínsecas e extrínsecas. A satisfação intrínseca esta relacionada a fatores internos ao trabalho, como realização, reconhecimento, autonomia, já a extrínseca está relacionada a fatores externos, como a remuneração, condições de trabalho, segurança no emprego, relação a chefia e políticas organizacionais.

A pontuação final resulta da média das respostas aos 20 itens, sendo que valores mais elevados indicam maior satisfação. A análise e interpretação dos resultados foram agrupados em três níveis de satisfação no **Quadro 2**, com base em critérios utilizados na literatura (Buitendach & De Witte, 2005; Martins & Proença, 2012).

Quadro 2- Níveis de satisfação com base na literatura

Nível de Satisfação	Respostas de 1 a 5*
Baixo	média < 3,00
Moderada	média entre 3,00 e 3,99
Alto	média ≥ 4,00

*Nota: 1 (muito insatisfeito) e 5 (muito satisfeito).

Através da análise dos dados da **Tabela 9**, foi possível observar que a maioria dos profissionais de saúde (91,1%) encontram-se com níveis de satisfação no trabalho que varia de baixa (50%, N=196), a moderada (41,1%, N=161). Apenas uma minoria (8,9%, N=35) expressa elevada satisfação.

Tabela 9 - *Nível de satisfação no trabalho da amostra*

Nível de satisfação no trabalho	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Baixo	196	50,0
Moderada	161	41,1
Alto	35	8,9
Total	392	100

Na **Tabela 10** encontram-se dados relativos à satisfação no trabalho, a satisfação intrínseca apresenta uma média de 3,24 (DP = 0,77). Este resultado, acima do ponto médio da classe, indica uma tendência positiva em relação à satisfação com aos fatores intrínsecos do trabalho. Em relação à satisfação extrínseca a média encontra-se ligeiramente abaixo do ponto médio da escala, M= 2,72 (DP= 0,83), este resultado sugere uma satisfação com fatores externos mais baixa.

O desvio padrão ligeiramente mais baixo na satisfação intrínseca, que indica maior dispersão na resposta, podendo ser sugestivo de diferentes perceções entre os profissionais.

Tabela 10 - *Medidas descritivas- Médias e Desvios padrão -satisfação intrínseca e extrínseca*

Dimensões da satisfação	M	DP	N
intrínseca	3,24	0,77	392
extrínseca	2,72	0,83	392

Nota: M: Médias; DP: Desvio Padrão; N: Amostra

5.1.2. Avaliação do *burnout*

A síndrome de *burnout* foi avaliada com o MBI-HSS, composto por 22 itens divididos em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Os participantes responderam em uma escala de frequência, tipo Likert de sete pontos (0

= "nunca" a 6 = "todos os dias"). Foi aplicada a versão validada para a população portuguesa por Campos, Carlotto e Marôco (2013)³.

Em relação ao *burnout*, na **Tabela 11**, a média da exaustão emocional foi de 3,43 (DP=1,38), a despersonalização apresentou uma média de 1,74 (DP= 1,27) e a realização pessoal apresentou uma média de 3,73 (DP=0,89).

Tabela 11-Medidas descritivas- médias e desvios padrão – por dimensão da escala de burnout

Dimensões do <i>Burnout</i>	Distribuição da amostra por categoria		
	Elevado	Moderado	Baixo
Exaustão emocional (EE)	N=252 64,3 %	N=82 20,9 %	N=58 14,8 %
Despersonalização (DE)	N=167 42,6 %	N=80 20,4 %	N=145 37 %
Realização pessoal*(RP)	N=36 9,2 %	N=90 23,0 %	N=266 67,9 %

*Nota: na dimensão Realização Pessoal, valores mais baixos indicam maior nível de burnout, ao contrário das outras dimensões

A presença de *burnout* foi determinada com base nos critérios estabelecidos por Maslach e Jackson (1986), utilizando a versão adaptada para a população portuguesa por Martins e Cunha (1996). Pode ser classificado segundo os "cutoff points"⁴ encontrados na literatura e representados no **Quadro 3**. Estes são consistentes e definidos no manual original da Escala e utilizados em diversos estudos com Profissionais de saúde em contexto português. A utilização de critérios nas três dimensões tem como objetivo identificar a presença de *burnout* e maior especificidade no seu diagnóstico.

Quadro 3 - Avaliação da presença de burnout - MBI-HSS "cutoff points"

Dimensões da MBI	Nível de <i>burnout</i>		
	"Cutoff points" – scores		
	Baixo	Médio	Alto
EE	≤19	19-26	≥ 27
DE	≤5	6-9	≥ 10
RP	≥40	39-34	≤ 33

Nesta amostra, 14,8% (N=58) revela ter baixa exaustão emocional, 37% (N=145) apresenta baixa despersonalização e 9,2 % (N=36) elevada realização pessoal. Por sua vez, 64,3% (N=252) revela elevado nível de exaustão emocional, 42,6% (N=167)

³ Campos, J. A. D. B., Carlotto, M. S., & Marôco, J. (2013). *Burnout syndrome and associated factors among Portuguese nurses*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21(3), 529–535. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300005>

⁴ Existe a presença de Burnout quando o indivíduo apresenta simultaneamente Alta EE (≥ 27), Alta DP(≥ 10) e Baixa RP (≤ 33).

apresenta elevada despersonalização e 67,9% (N=266) revela uma baixa realização pessoal.

Tabela 12 - Classificação dos níveis de burnout por dimensão

Dimensões do burnout	M	DP	N
Exaustão emocional	3,43	1,38	392
Despersonalização	1,74	1,27	392
Realização pessoal	3,73	0,89	392

Nota: M: Médias; DP: Desvio Padrão; N: Amostra

Os resultados referentes à presença de *burnout* (**Tabela 13**), entre os profissionais de saúde, revelou que 19,4% (N=76), apresenta *burnout*, enquanto 80,6% (N=316) não apresenta score compatível com *burnout*, de acordo com a análise dos dados. Estes dados demonstram que uma percentagem significativa dos participantes no estudo estão em *burnout*, o que sinaliza um alerta importante para o contexto organizacional e de saúde ocupacional.

Tabela 13- Presença do burnout na amostra

Presença de Burnout	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Sim	76	19,4
Não	316	80,6
Total	392	100

5.1.3. Avaliação da intenção de turnover

A intenção de *turnover* refere-se ao desejo, possibilidade e/ou plano do profissional de deixar o seu emprego atual a curto, médio ou longo prazo.

A avaliação da intenção de *turnover* e identificação precoce de fatores de risco organizacionais, possibilitaram o desenvolvimento de estratégias por parte dos gestores das organizações de saúde, que visem à retenção de profissionais e à promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e satisfatório.

A média da intenção de *turnover* (**Tabela 14**) foi de M=2,78 (DP =1,29), e indica níveis moderados de intenção de abandonar o trabalho atual (numa escala de 1 a 5).

Tabela 14- Medidas descritivas- médias e desvios padrão – intenção de turnover

	M	DP	N
Intenção de Turnover	2,78	1,29	392

Nota: M: Médias; DP: Desvio Padrão; N: Amostra

Na escala, o item com maior média é “Penso em sair da instituição onde trabalho” (M=3,16), indicando que o pensamento está mais presente do que o item “Planeio sair” (M=2,52) ou a “Tenho vontade” (M=2,67) de sair da instituição.

Com base nos resultados obtidos (**Tabela 15**) todos os itens têm uma média abaixo de M=3,5 o que sugere uma tendência moderada a baixa de intenção de *turnover*. Os dados referentes aos sentimentos sobre abandonar a instituição variam entre os participantes, no entanto é de salvaguarda que está presente a intenção de *turnover*, pois alguns profissionais cogitam a hipótese de sair.

Tabela 15 - Medidas descritivas- médias e desvios padrão – Por item da escala de intenção de turnover

	M	DP	N
Penso em sair da instituição onde trabalho	3,16	1,39	392
Planeio sair da instituição onde trabalho	2,52	1,44	392
Tenho vontade de sair da instituição onde trabalho	2,68	1,46	392

Nota: M: Médias; DP: Desvio Padrão; N: Amostra;

No item “Penso em sair da instituição onde trabalho”, 46% dos participantes demonstram concordância (respostas 4 e 5), indicando que praticamente metade dos participantes considera a possibilidade de sair. Por outro lado, o item “Planeio sair da instituição” apresentou maior índice de discordância (56%), o que vem a reforçar a ideia de que o pensamento de sair existe, mas não confira um plano concreto para a maioria dos participantes. A vontade de sair é ilustrada no item “Tenho vontade de sair da instituição onde trabalho” encontra-se posicionada de forma intermédia (neutra), com 31% de concordância e 50% de discordância (**Tabela 16**).

Os dados corroboram a média moderada observada anteriormente e sugerem que a intenção de turnover, embora presente, ainda não é suficiente para afirmar que existe uma “vontade planeada”. No entanto, a predominância de respostas negativas em dois ou três itens pode ser sugestiva de uma insatisfação latente nestes profissionais de saúde.

Tabela 16 - Distribuição da amostra por item da escala de intenção de turnover

	Baixa (1+2)	Moderada (3)	Alta (4+5)
Penso em sair da instituição onde trabalho	33%	21%	46%
Planeio sair da instituição onde trabalho	56%	17%	27%
Tenho vontade de sair da instituição onde trabalho	50%	18%	31%

Nota: 1+2 (baixa intenção); 3 Moderada (Neutra) 4+5 (alta intenção)

Dos 392 profissionais de saúde que constituem a amostra deste estudo, na **Tabela 17**, surgem representados os 76 participantes que apresentam *burnout*, tendo em conta os “cutoff points” já descritos anteriormente. Destes, 18,3% são enfermeiros, 0,5% são técnicos auxiliares de saúde, 0,26% são médicos e 0,26% são técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica. Observa-se, portanto, que os enfermeiros representam a maioria relativa dentro deste subgrupo, o que pode refletir sua maior presença nos contextos clínicos abordados pela investigação.

Tabela 17-Categoria profissional com *burnout*

Categoria profissional	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
TAS	2	0,51%
Enfermeiro	72	18,37%
Médicos	1	0,2%
TSDT	1	0,2%
Total	76*	19,39%

***Nota:** N= 392 participantes – 316 participante não apresentam *burnout*

5.2. Correlações entre os constructos

Tendo por base o objetivo de compreender a relação entre os construtos propostos no modelo conceptual desde estudo: satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover*, foi realizada uma análise de correlações de Pearson. O teste de correlação de Pearson foi selecionado por este ser adequado à análise da relação linear entre variáveis quantitativas contínuas. As variáveis em estudo apresentaram distribuição aproximadamente normal.

Foram realizadas correlações de Pearson para analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais, dimensões do *burnout* (EE, DE, RP), satisfação no trabalho (SI e SE) e intenção de *turnover* (IT). A matriz de correlações de Pearson encontra-se **Tabela 18**.

Inicialmente, observa-se uma correlação negativa significativa entre a idade e a intenção de *turnover* ($r = -,180$; $p < 0,01$), o que representa que profissionais de saúde mais velhos têm menor intenção de abandonar a organização. Essa relação pode ser reforçada pela uma correlação positiva com a antiguidade superior a 10 anos ($r = 0,61$; $p < 0,01$), podendo indicar que quanto mais idade, maior tempo de serviço, sugerindo que estabilidade e o tempo de serviço podem atuar como protetores à intenção de *turnover*. Verifica-se ainda uma correlação negativa com a despersonalização ($r = -0,01$; $p < 0,01$), podendo indicar que profissionais mais velhos têm menor tendência a despersonalizar.

Em relação à exaustão emocional, existe uma correlação positiva com a despersonalização ($r = 0,49$, $p < 0,01$), o que é corroborado pelo modelo de *burnout* (Maslach e Jackson, 1981), em que tais dimensões se relacionam positivamente. Os níveis mais elevados de exaustão emocional encontram-se associados a menores níveis de realização pessoal ($r = -0,27$, $p < 0,01$), menores níveis de satisfação intrínseca ($r = -0,56$; $p < 0,01$) e satisfação extrínseca ($r = -0,51$; $p < 0,01$), além de uma maior intenção de *turnover* ($r = 0,59$; $p < 0,01$). Quanto maior a exaustão emocional, menor a satisfação no trabalho e maior a intenção de abandonar a organização. A despersonalização correlaciona-se positivamente com a intenção de *turnover* ($r = 0,34$; $p < 0,01$), enquanto que a realização pessoal demonstrou uma correlação negativa significativa ($r = -0,27$, $p < 0,01$), indicando que quanto maior a realização laboral/pessoal, menor a intenção do profissional se desligar da organização.

A intenção de *turnover* foi analisada em associação com os níveis de satisfação no trabalho e *burnout*, com o intuito de compreender de que maneira essas dimensões influenciam o desejo de permanência ou saída dos trabalhadores de saúde.

Relativamente à variável satisfação no trabalho, esta revelou-se como fator central na intenção de *turnover*, pois a satisfação intrínseca e satisfação extrínseca estão fortemente correlacionadas entre si ($r = 0,83$; $p < 0,01$), evidenciando uma forte interdependência entre estes dois aspetos da satisfação no trabalho. Ambas têm correlações negativas com a intenção de *turnover* (satisfação intrínseca com $r = -0,49$; $p < 0,01$ e satisfação extrínseca com $r = -0,42$; $p < 0,01$). Vindo a reforçar que quanto maior a satisfação (principalmente a intrínseca) menor a intenção de *turnover* dos profissionais de saúde.

Na categoria profissional, os enfermeiros tendem a apresentar maiores níveis de despersonalização ($r = 0,17$; $p < 0,01$), e maior intenção de *turnover* ($r = 0,10$; $p < 0,05$),

comparativamente com a classe médica. Por sua vez os médicos, apresentam uma correlação negativa com as variáveis anteriores, sugerindo níveis mais baixos de *burnout* e intenção de *turnover*. Estes achados podem refletir desigualdades nas condições de trabalho, sobrecarga e menor reconhecimento profissional entre as diferentes classes, dentro do setor da saúde, fatores estes que são citados na literatura frequentemente como determinantes para o *burnout* e intenção de *turnover*.

Por fim, a variável “acumulação de funções” também apresentou correlação negativa em relação à intenção de *turnover* ($r = -0,157$; $p < 0,01$), o que revela que os profissionais de saúde, tendem a apresentar maior envolvimento organizacional quando estão em hierarquicamente mais consolidados.

Tabela 18 - Médias e desvios-padrão (DP) e coeficiência de correlação de Pearson

	Média	Desvio Padrão	1. Idade	2. Sexo feminino	3 Horário turnos	4. Cat. Enfermeiro	5. Cat. médico	6. Habilita ensino superior	7. Antiguidade superior 10anos	8. Acumula funções	9. Setor público	10. EE	11. DE	12. RP	13. SI	14. SE
1.Idade	2,93	1,10														
2.Sexo feminino	0,83	0,36	0,02													
3.Horario turnos	0,62	0,48	-,29**	-0,02												
4.Cat. enfermeiro	0,80	0,39	-,14**	0,06	0,07											
5.Cat. médico	0,02	0,16	,13**	-,13**	-,18**	-,34**										
6.Habilita ensino superior	0,91	0,28	-,10*	-0,08	-0,05	,62**	0,05									
7.Antiguidade superior 10anos	0,43	0,49	,61**	-0,09	-,23**	-0,09	0,07	-0,08								
8.Acumula funções	0,33	0,47	-,11*	-,20**	,13**	0,05	,20**	,14**	-0,07							
9.Setor público	0,78	0,40	0,02	-0,01	,19**	0,09	-,10*	-0,05	,14**	-,15**						
10.Exaustão Emocional	3,43	1,38	- 0,045	0,09	0,08	0,05	-0,07	0,02	-0,01	-0,05	0,07					
11.Despersonalização	1,74	1,27	-,14**	-0,08	,17**	,11*	-0,08	0,01	-0,02	0,06	0,09	,49**				
12.Realização Pessoal	3,73	0,89	,16**	0,05	-,10*	-,14**	0,03	-,11*	0,08	0,04	-0,07	- ,34**	- ,40**			
13.Satisfação Intrínseca	3,24	0,77	0,07	-0,00	-,12*	-,114*	0,00	-,12*	0,04	0,00	-0,08	- ,56**	- ,27**	,47**		
14.Satisfação Extrínseca	2,72	0,83	0,06	-0,02	-,14**	-,143**	-0,00	-,17**	0,03	-0,02	-,15**	- ,51**	- ,16**	,34**	,83**	
15.Intenção de Turnover	2,78	1,29	-,18**	0,00	,10*	,132**	-0,05	0,07	-,15**	0,04	-0,03	,59**	,34**	- ,27**	- ,49**	- ,42**

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

EE – Exaustão emocional; DE -Despersonalização; RP -Realização pessoal; SI- Satisfação intrínseca; SE- Satisfação extrínseca; IT – intenção de *turnover*.

5.3. Resultados do modelo conceptual

O modelo conceptual proposto pode ser testado através de regressões lineares múltiplas. Esta técnica estatística permite avaliar o impacto das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes, possibilitando uma análise das relações entre as variáveis em estudo. Para testar o efeito de mediação, recorre-se ao Teste de mediação com base no procedimento proposto por Hayes (2018), utilizando o Macro PROCESS. Através deste teste, será possível analisar o impacto da satisfação no trabalho e do *burnout* na intenção de *turnover*, considerando a satisfação no trabalho como uma variável mediadora entre o *burnout* e a intenção de *turnover*.

5.3.1. Como o *burnout* explica a satisfação no trabalho?

Na **Tabela 19** apresenta-se o resultado das regressões lineares entre o *burnout* e a satisfação com o trabalho (satisfação intrínseca e satisfação extrínseca).

Na primeira fase foram incluídas as variáveis sociodemográficas, enquanto na segunda fase foram adicionadas as dimensões do *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal).

Para a satisfação intrínseca, a estatística F revelou que o modelo é globalmente significativo ($F = 2,23$, $p < 0,05$). Na primeira fase do modelo, as variáveis sociodemográficas explicam apenas 4% da variância ($R^2 = 0,04$; R^2 ajustado = 0,02), o que indica que as variáveis sociodemográficas explicam apenas 4% da variação nas intenções de *turnover*.

Na segunda fase, com a introdução das dimensões do *burnout*, observa-se um acréscimo substancial na variância explicada ($R^2 = 0,43$; R^2 ajustado = 0,41), com aumento significativo do modelo ($\Delta R^2 = 0,39$; $F = 28,28$; $p < 0,01$). Dentre os preditores, destaca-se a exaustão emocional como um fator negativo de grande impacto ($\beta = -0,50$, $p < 0,01$).

Quanto à satisfação extrínseca, o modelo da primeira fase revelou um poder explicativo ligeiramente superior ($R^2 = 0,08$; R^2 ajustado = 0,06; $F = 4,07$; $p < 0,01$). Na segunda fase, a introdução do *burnout* também resultou em melhoria significativa do modelo ($R^2 = 0,37$; R^2 ajustado = 0,35; $\Delta R^2 = 0,29$; $F = 20,16$; $p < 0,01$). A exaustão emocional apresentou novamente um efeito negativo forte ($\beta = -0,53$, $p < 0,01$), reafirmando seu papel na explicação da satisfação das pessoas com o seu trabalho.

De forma geral, os resultados indicam que os níveis de *burnout*, particularmente a exaustão emocional, influenciam significativamente a satisfação no trabalho, tanto na dimensão intrínseca quanto extrínseca.

Tabela 19 - Resultados da regressão linear para a satisfação no trabalho em função das dimensões de *burnout*

Variáveis sociodemográficas	Satisfação intrínseca		Satisfação Extrínseca	
	1ª fase	2ª fase	1ª fase	2ª Fase
Idade	0,03	-0,02	0,02	-0,01
Sexo feminino	-0,02	0,02	-0,06	0,00
Horários turnos	-0,11	-0,07	-0,13	-0,10
Categoria enfermeiro	-0,02	0,01	-0,01	0,01
Habilitações ensino superior	-0,12	-0,09	-0,19	-0,15
Antiguidade superior 10anos	-0,01	0,01	-0,01	0,00
Setor público	-0,06	-0,02	-0,14	-0,12
Burnout				
Exaustão emocional		-0,50**		-0,53**
Despersonalização		0,12		0,21
Realização pessoal		0,33		0,20
R2	0,04	0,43	0,08	0,37
R2 ajustado	0,02	0,41	0,06	0,35
R2 change	0,39		0,29	
F	2,23*	28,28**	4,07**	20,16**

* p<0,05; ** p<0,01*** p<0,001

p < 0,05: Significância ao nível de 5% Indica que há 95% de confiança de que o efeito observado não é devido ao acaso. Representado por um único asterisco (*). p < 0,01: Significância ao nível de 1% Indica que há 99% de confiança de que o efeito observado não é devido ao acaso. Representado por dois asteriscos (**). p < 0,001: Significância ao nível de 0,1% Indica que há 99,9% de confiança de que o efeito observado não é devido ao acaso. Representado por três asteriscos (***)

O *burnout* tem um forte impacto nas variáveis que constituem a satisfação no trabalho.

Em relação à análise de R² a variância nos modelos de regressão mostra que, na 2ª fase, o modelo explica uma parte substancial da variância da satisfação (R² de 0,43 para satisfação intrínseca e 0,37 para satisfação extrínseca). Isso significa que o modelo de regressão consegue explicar uma boa parte da variabilidade da satisfação. O R² ajustado, que leva em conta o número de variáveis no modelo, também é significativamente maior na 2ª fase, o que indica que a inclusão das variáveis é mais eficaz para explicar a satisfação no trabalho à medida que o estudo avança. Relativamente ao R² change, a mudança no R² entre as fases é significativa, especialmente na satisfação intrínseca, onde o R2 change foi de 0,39.

5.3.2. Como o *burnout* e satisfação no trabalho explicam a intenção de *turnover*?

Para testar o papel do *burnout* e da satisfação no trabalho nas intenções de *turnover*, recorreu-se a regressões lineares hierárquicas em três fases.

Na **Tabela 20** são apresentados os resultados e a análise dos mesmos.

Na primeira fase considerou-se as variáveis de controlo, na segunda as dimensões de *burnout* e na terceira a satisfação intrínseca e extrínseca. O F é significativo em todas as fases, com $p < 0,01$, o que demonstra que os modelos de regressão como um todo são estatisticamente significativos. Em relação aos fatores sociodemográficos, é categoria profissional a única variável sociodemográfica que tem um efeito moderado sobre a intenção de *turnover*, embora esse efeito deixe de ser significativo nas fases seguintes. Os resultados sugerem que os enfermeiros, em comparação com as restantes categorias profissionais, são os profissionais com maior intenção de *turnover* ($b=0,14$, $p<0,05$),

Na segunda fase, os resultados sugerem que a exaustão emocional ($b=0,56$, $p<0,01$) é a dimensão do *burnout* que mais contribui para as intenções de *turnover*.

Na terceira fase, para além da exaustão emocional ($b=0,44$, $p<0,05$) – que se mantém significativa na 3ª fase – a satisfação intrínseca também é significativa ($b=-0,26$, $p<0,01$). Tal sugere que quanto menor a satisfação intrínseca, maior tende a ser as intenções de *turnover*.

Em relação à análise de R^2 e R^2 ajustado, a variância nos modelos de regressão mostra um aumento substancial nas fases posteriores. Na 2ª fase, o R^2 é 0,40 (R^2 ajustado de 0,38), indicando que o modelo explica uma boa parte da variabilidade da intenção de *turnover*. O R^2 change nessa fase é de 0,34, sugerindo um ganho expressivo na explicação da variável dependente em relação à fase anterior. Na 3ª fase, o R^2 atinge 0,43 (R^2 ajustado de 0,42), com um R^2 change de 0,04, indicando uma melhoria mais discreta, porém ainda relevante, na capacidade explicativa do modelo em relação à intenção de *turnover* com base nas variáveis analisadas.

Em síntese, a satisfação intrínseca e a exaustão emocional foram os dois fatores significativamente associados às intenções de *turnover*, sugerindo que níveis mais altos de satisfação com aspetos internos do trabalho - como autonomia, sentido no trabalho e realização pessoal - estão ligados a uma menor intenção de saída, enquanto maiores níveis de exaustão emocional - marcada por cansaço persistente, sobrecarga emocional e sensação de esgotamento - aumentam essa intenção.

Tabela 20 -Teste do modelo conceptual- *burnout* e satisfação no trabalho explicam a intenção de *turnover*

Intenção de <i>turnover</i>			
Variáveis sociodemográficas	1ª fase	2ª fase	3ª fase
Idade	-0,12	-0,08	-0,08
Sexo feminino	0	-0,05	-0,04
Horário por turnos	0,05	0,01	-0,01
Categoria_enfermeiro	0,14*	0,11	0,12
Habilitações_ensinosuperior	-0,04	-0,04	-0,07
Antiguidade_superior10anos	-0,05	-0,08	-0,07
Setor_publico	-0,05	-0,09	-0,09
<i>Burnout</i>			
Exaustão emocional	--	0,56**	0,44**
Despersonalização	--	0,03	0,06
Realização pessoal	--	-0,05	0,03
Satisfação no trabalho			
Satisfação intrínseca	--	--	-0,26**
Satisfação extrínseca	--	--	0,02
R2	0,05	0,40	0,43
R2 ajustado	0,04	0,38	0,42
R2 change	0,05	0,34	0,04
F	3,11**	24,93**	23,92**

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

p < 0,05: Significância ao nível de 5% Indica que há 95% de confiança de que o efeito observado não é devido ao acaso. Representado por um único asterisco (*). p < 0,01: Significância ao nível de 1% Indica que há 99% de confiança de que o efeito observado não é devido ao acaso. Representado por dois asteriscos (**). p < 0,001: Significância ao nível de 0,1% Indica que há 99,9% de confiança de que o efeito observado não é devido ao acaso. Representado por três asteriscos (***).

5.4. Teste ao modelo de mediação

Para proceder à análise da mediação da satisfação no trabalho na relação entre *burnout* e intenção de *turnover*, seguiu-se o procedimento proposto Hayes (2018), utilizando o modelo 4 do PROCESS. Os resultados apresentados utilizaram 5.000 reamostragens *bootstrap* e um nível de confiança de 95% (**Tabela 21**).

Este modelo visa compreender os mecanismos implícitos à relação entre a satisfação no trabalho (M), *burnout* (X) e intenção de *turnover* (Y) entre profissionais de saúde.

O modelo incluiu duas variáveis mediadoras, a satisfação intrínseca (M1) e a satisfação extrínseca (M2), além da variável independente *burnout* (X) e da variável dependente intenção de *Turnover* (Y).

Na **Figura 2** encontra-se a representação gráfica do modelo de mediação.

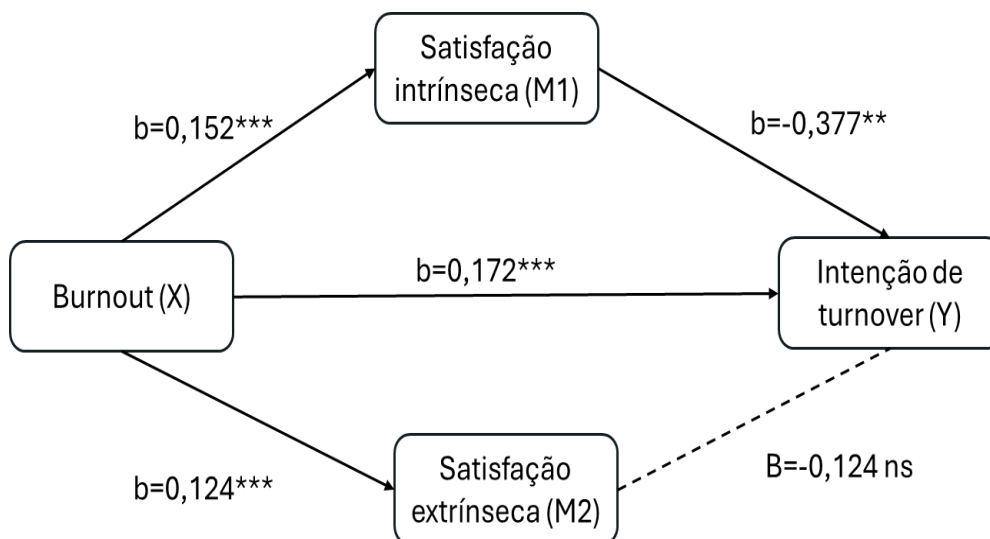
Foram incluídas as seguintes covariáveis: idade, sexo, horário de trabalho (turnos), categoria profissional (enfermeiro), habilitações (ensino superior), antiguidade (superior a 10 anos) e setor (público ou privado).

Tabela 21 - Efeitos diretos, indiretos e totais entre satisfação no trabalho, burnout e intenção de turnover

Tipo de Efeito	Coefficiente (β)	Erros padrão (SE)	t	p	IC 95% inferior	IC 95% superior	Efeito padronizado
Efeito total do burnout → turnover	0,245	0,020	12,293	p < 0,001	0,206	0,284	0,224
Efeito do burnout → satisfação intrínseca (M1)	-0,152	0,012	-12,728	p < 0,001	-0,175	-0,128	-0,233
Efeito do burnout → satisfação extrínseca (M2)	-0,124	0,014	-9,142	p < 0,001	-0,151	-0,098	-0,176
Efeito da Satisfação intrínseca → turnover	-0,377	0,134	-2,804	p = 0,005	-0,641	-0,113	-0,225
Efeito da Satisfação extrínseca → turnover	-0,124	0,118	-1,053	p = 0,293	-0,356	0,108	-0,080
Efeito direto de burnout → turnover	0,172	0,023	7,553	p < 0,001	0,128	0,217	0,157

Nota: intervalos de confiança dos efeitos indiretos foram estimados com recurso a 5000 amostras de bootstrap.

Figura 2 -Representação gráfica do modelo de mediação



Nota: Resultados obtidos do modelo 4 Hayes. Efeito direto = 0,172 ($p < 0,001$); Efeito indireto total = 0,073. Efeito total = Efeito direto + Efeito indireto = 0,172 + 0,073 = 0,245 ($p < 0,001$);

5.5. Força da mediação: proporção mediadora

Com base nos dados obtidos, foi possível calcular a proporção mediada, ou seja, a fração do efeito total do *burnout* sobre a intenção de *turnover*, que é explicada pela via indireta, através da satisfação no trabalho (intrínseca e extrínseca).

O **efeito indireto total** foi obtido somando os dois caminhos de mediação:

$$\text{Efeito indireto total} = (b \text{ burnout} \rightarrow M1) \times (b \text{ M1} \rightarrow \text{turnover}) + (b \text{ burnout} \rightarrow M2) \times (b \text{ M2} \rightarrow \text{turnover})$$

$$\text{Efeito indireto total} = (-0,152 \times -0,377) + (-0,124 \times -0,124) = 0,0573 + 0,0154 = 0,0727 \approx 0,073$$

O **efeito total** de burnout sobre a intenção de *turnover* é calculado como:

$$\text{Efeito total} = \text{Efeito direto} + \text{Efeito indireto} = 0,172 + 0,073 = 0,245 \text{ (} p < 0,001 \text{)}$$

A proporção mediada total (i.e., fração do efeito total que é explicada pela via indireta) é calculada como:

$$\text{Proporção mediada} = \text{Efeito indireto total} / \text{Efeito total}$$

$$\text{Proporção mediada} = 0,073 / 0,245 = 0,2979 \approx 30\%$$

Aproximadamente 30% do efeito total do *burnout* sobre a intenção de *turnover* é mediada pela satisfação no trabalho (total: M1+M2), confirmando o papel mediador parcial do constructo.

5.5.1. Sumário integrado do efeito no modelo de mediação

Na **Tabela 22** apresenta-se um sumário dos efeitos indiretos da satisfação no trabalho na dimensão intrínseca (M1) e extrínseca (M2).

A satisfação intrínseca revela-se um mediador significativo, isto significa que o *burnout* contribui para reduzir a satisfação intrínseca, que, por sua vez, aumenta a intenção de *turnover*. A satisfação extrínseca não revela um efeito mediador significativo. Os resultados obtidos reforçam a premissa das Teorias da motivação de Herzberg e Locke (Herzberg et al, 1959 e Locke, 1968).

A satisfação intrínseca tem um papel de proteção contra o *burnout* e na redução da intenção de *turnover*, já a satisfação extrínseca isoladamente não protege contra o *turnover* nem neutraliza o impacto do *burnout*.

Tabela 22 - Efeitos indiretos da satisfação no trabalho: M1- satisfação intrínseca e M2- satisfação extrínseca

Caminho	Efeito indireto (b)	Efeito Total (b)	BootSE	IC 95%	Caminho
Total (via M1 + M2)	0,073	0,245	0,015	[0,045; 0,105]	Sim
Via Satisfação intrínseca (M1)	0,057	0,245	0,021	[0,019; 0,099]	Sim
Via satisfação extrínseca (M2)	0,015	0,245	0,015	[-0,014; 0,047]	Não

A **Tabela 23** apresenta o sumário de todos os efeitos estimados no Modelo de mediação 4 de Hayes, integrando os efeitos diretos, indireto e total obtidos com base nos coeficientes reportados pelo PROCESS. Esta síntese permite compreender de forma

sistemática como a satisfação intrínseca (M1) e extrínseca (M2) influencia o *burnout* (X) e por sua vez, a intenção de *turnover*(Y).

Tabela 23- Sumário Integrado dos efeitos no modelo de mediação

Tipo de efeito	Caminho	Coefficiente (β)	Significância (p)	Interpretação
Efeito total <i>Burnout</i> → <i>Turnover</i>	X→Y	0,245	< 0,001	<i>Burnout</i> aumenta a intenção de <i>turnover</i> .
Efeito direto <i>Burnout</i> → <i>Turnover</i>	X→Y	0,172	< 0,001	Mesmo após controlar pelas variáveis mediadoras, o <i>burnout</i> mantém efeito direto significativo (mediação parcial).
Efeito indireto <i>Burnout</i> → Satisfação Intrínseca	X→M1	-0.152	< 0,001	<i>Burnout</i> reduz a satisfação intrínseca.
Efeito indireto <i>Burnout</i> → Satisfação Extrínseca	X→M2	-0,124	< 0,001	<i>Burnout</i> reduz satisfação extrínseca.
Efeito indireto Satisfação Intrínseca → <i>Turnover</i>	M1→Y	-0,377	0,005	Satisfação intrínseca reduz a intenção de <i>turnover</i> .
Efeito indireto Satisfação Extrínseca → <i>Turnover</i>	M2→Y	-0,124	0,293	Satisfação extrínseca não tem efeito sobre o <i>turnover</i> .

Os resultados permitem concluir que a maioria dos efeitos no modelo são estatisticamente significativos e consistentes com as hipóteses formuladas. A existência simultânea de efeitos diretos e indiretos confirma que a satisfação no trabalho medeia parcialmente a relação entre o *burnout* e a intenção de *turnover*. A satisfação intrínseca influencia o *turnover*, mas a satisfação extrínseca não tem efeito significativo sobre o *turnover*.

6. Discussão dos resultados

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre o *burnout*, a satisfação no trabalho e a intenção de *turnover*, dos profissionais de saúde. Por meio de uma abordagem quantitativa aplicada a uma amostra de 392 participantes, foram testadas quatro hipóteses - três hipóteses principais e uma hipótese relativa ao efeito de mediação - que visavam compreender a inter-relação entre esses três constructos, considerados importantes no bem-estar dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados e a sustentabilidade das organizações de saúde.

A elaboração do modelo teórico baseou-se em pressupostos sustentados pela literatura, tendo sido testadas as hipóteses formuladas, que apontam a satisfação no trabalho e o *burnout* como variáveis-chave na explicação da intenção de *turnover* (Schaufeli & Taris, 2014; Lee & Ashforth, 1996). Além disso, a mediação parcial observada da satisfação intrínseca na relação entre *burnout* e *turnover* alicerçou-se na Teoria das Necessidades de Maslow (1943) e na Teoria dos Dois Fatores de Herzberg (1959), que diferenciam fatores motivacionais (intrínsecos) de fatores higiênicos (extrínsecos) no contexto laboral.

Os resultados desta investigação corroboram consistentemente as evidências teóricas prévias, confirmando a complexa inter-relação entre os constructos no contexto da saúde em Portugal. Os modelos testados exploraram as conexões entre as variáveis sociodemográficas e profissionais, a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover*.

De acordo com os objetivos delineados para este estudo “Analisar a relação entre a satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover* dos profissionais de saúde”, procurou-se estudar as relações entre as variáveis e de que forma estas variáveis contribuíram para a intenção de *turnover* dos profissionais de saúde.

H1 – *Burnout* e satisfação no trabalho

Os resultados revelaram que 50 % dos participantes deste estudo reportam um baixo nível de satisfação no trabalho, contrastando com apenas 8,9%, que apresenta nível alto de satisfação.

No que diz respeito ao *burnout*, os dados mostram um retrato preocupante: a maioria dos profissionais relata níveis elevados de exaustão emocional (64,3%) e despersonalização (42,6%), enquanto mais de dois terços revelam sentir baixos níveis

de realização pessoal (67,9%), o que reforça a presença significativa de burnout na amostra. Considerando o efeito combinado das três dimensões de burnout, 76 participantes (19,4%) manifestam sintomas desta síndrome, dos quais 72 participantes são enfermeiros, o que é relevante dada a preponderância desta categoria profissional na amostra.

Os resultados demonstraram que o *burnout* exerce um impacto negativo e significativo sobre a satisfação no trabalho, corroborando a H1 e indo ao encontro dos resultados de estudos prévios (Maslach & Leiter, 2016; Bakker & Demerouti, 2007). Este achado sugere que altos níveis de *burnout* tendem a diminuir os níveis de satisfação dos profissionais, o que reforça os argumentos de Maslach et al. (2001), que reconhecem que o *burnout* prejudica dimensões essenciais do trabalho, como envolvimento, entusiasmo e realização pessoal.

De modo geral, os resultados mostram que o *burnout* está significativamente associado a menores níveis de satisfação no trabalho, tanto na sua dimensão intrínseca (H1a) como extrínseca (H1b). A relação é mais acentuada no que diz respeito à satisfação intrínseca ($b = 0,152$; $p < 0,001$), sugerindo que profissionais que experienciam maior exaustão e desgaste emocional tendem a sentir menos realização, propósito e autonomia no trabalho. Ainda que a relação com a satisfação extrínseca também seja estatisticamente significativa ($b = 0,124$; $p < 0,001$), ela é um pouco menos expressiva, o que reforça a ideia de que os fatores internos ao próprio trabalho têm um peso mais relevante na forma como os profissionais vivenciam o *burnout*. Estes resultados vão ao encontro das perspectivas teóricas de Herzberg (1959) e Locke (1976), que destacam a importância dos fatores motivacionais intrínsecos para o bem-estar e a motivação no contexto laboral.

H2 – Satisfação no trabalho e intenção de *turnover*

Relativamente à H2, os dados revelam que a satisfação no trabalho está negativamente relacionada com a intenção de *turnover*, ou seja, profissionais mais satisfeitos demonstram menor propensão a desejar ou planejar deixar a organização. Este resultado confirma achados de estudos anteriores (Mobley, 1977; Tett & Meyer, 1993), que indicam que a satisfação é um dos preditores mais consistentes da intenção de *turnover*. Os achados estatísticos mostram que a satisfação intrínseca apresentou influência significativa sobre a intenção de *turnover* (H2a), enquanto a satisfação extrínseca não demonstrou significância estatística (H2b) suficiente para afirmar que influencia negativamente a intenção de turnover dos profissionais de saúde. Quanto

maior for a satisfação intrínseca menor será a intenção de saída, reforçando a importância dos fatores motivacionais internos para a retenção dos profissionais. Estes resultados não são totalmente coerentes com as conclusões de Smerek e Peterson (2007) e Lee et al. (2022), que reforçam a relevância e influência dos fatores extrínsecos na satisfação e permanência dos profissionais no local de trabalho; neste estudo a satisfação intrínseca tem um papel mais importante na decisão de permanência do profissional da instituição de saúde.

H3 – *Burnout* e intenção de *turnover*

Os achados deste estudo corroboram a terceira hipótese (H3) ou seja, o *burnout* influencia significativamente a intenção de *turnover*, alinhando-se com estudos como o de Schaufeli e Enzmann (1998) e Aiken et al. (2002), que evidenciam que o desgaste emocional e a exaustão profissional aumentam a predisposição para o abandono da profissão ou da organização. Assim, a presença de *burnout* eleva a probabilidade de os profissionais pensarem em sair ou efetivamente saírem da instituição de saúde.

A forte correlação positiva entre *burnout* e intenção de *turnover* evidenciada no estudo é consistente com os achados de Dyrbye et al. (2017) e West et al. (2018), que apontam para o *burnout* como um forte preditor de abandono de funções, com implicações para a sustentabilidade organizacional, devido ao aumento dos custos associados ao *turnover*. É importante salientar que o *burnout*, descrito como elevada exaustão emocional, reduzida realização pessoal e elevados sentimentos de despersonalização, pode comprometer o desempenho e a relação com os doentes, impactando negativamente a qualidade dos cuidados, como já evidenciado por Tawfik et al. (2019).

Este dado é bastante interessante e particular, sendo que o atual contexto de escassez de recursos humanos no setor da saúde tem vindo a aumentar exponencialmente, reforçando que o *burnout* é uma verdadeira ameaça à estabilidade das equipas e retenção dos profissionais de saúde nas organizações de saúde e continuidade de cuidados de qualidade e excelência.

H4 – Efeito mediador da satisfação no trabalho

Por último, a hipótese H4 confirmou o papel mediador da satisfação no trabalho na relação entre *burnout* e intenção de *turnover*. Este resultado sustenta que a satisfação no trabalho pode atenuar ou agravar os efeitos negativos do *burnout* sobre a intenção de *turnover*, um achado consistente com o modelo de conservação de recursos de

Hobfoll (1989), segundo o qual os recursos psicológicos, como a satisfação, podem funcionar como barreiras protetoras contra o stress ocupacional.

Foi possível identificar que a satisfação intrínseca (H4a) exerce um papel mediador significativo, enquanto a satisfação extrínseca (H4b) não apresentou este efeito, o que reforça a ideia de que os elementos mais relacionados ao significado e à valorização do trabalho possuem maior peso na retenção dos profissionais (Hackman & Oldham, 1976).

Os achados deste estudo confirmam que a satisfação com o trabalho desempenha um papel mediador relevante na relação entre o *burnout* e a intenção de *turnover*, reforçando a importância das dinâmicas emocionais no ambiente laboral dos profissionais de saúde. Este resultado vai ao encontro dos estudos de Maslach e Jackson (1981) e Schaufeli et al. (2009).

Os resultados deste estudo corroboram, também, a relevância tanto dos fatores organizacionais quanto dos fatores individuais neste processo, suportando a necessidade de formulação de estratégias centradas na promoção do bem-estar psicológico, equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, desenvolvimento de lideranças mais humanizadas e reconhecimento contínuo pelo trabalho desenvolvido pelo profissional. Estas estratégias revelam-se essenciais, não apenas porque promovem a satisfação no trabalho, como também reduzem o *burnout* e diminuem a propensão ao *turnover*, aspetos fundamentais para a retenção e comprometimento dos profissionais.

Além disso, a abordagem multidimensional que integra fatores individuais e organizacionais mostrou ser uma poderosa forma para analisar a complexidade da relação entre satisfação, *burnout* e *turnover*, em consonância com as propostas de Liu et al. (2012) e Nica e Potcovaru (2017).

Outro aspeto relevante identificado neste estudo foi a uniformidade entre os resultados obtidos entre profissionais de diferentes setores tanto o público e como no privado, a evidência sugere que, independentemente do contexto organizacional, a gestão adequada dos fatores determinantes da satisfação e a redução do *burnout* devem constituir uma das principais prioridades estratégicas na área dos recursos humanos no setor da saúde. Assim, a presente investigação não apenas reforça achados já consolidados na literatura, mas também contribui com dados específicos do contexto português, particularmente em organizações públicas e privadas do setor da saúde, ampliando a compreensão sobre os determinantes da satisfação, *burnout* e *turnover*.

Este estudo reitera, ainda, o que dita a Teoria de Maslow sobre as necessidades humanas (1943) – ambientes organizacionais que não asseguram as necessidades de segurança, reconhecimento e autorrealização tendem a conceber elevados níveis de *burnout* e, conseqüentemente, maior intenção de *turnover*.

Do ponto de vista teórico, o estudo contribui para a consolidação de modelos integradores que compreendem a satisfação, o *burnout* e o *turnover* como fenômenos interrelacionados, e não isolados, apontando para a importância de análises dinâmicas e contextuais em futuras investigações.

Em resumo, a discussão dos resultados reforça a importância de compreender as relações entre satisfação no trabalho, *burnout* e intenção de *turnover*, oferecendo *insights* importantes para a gestão organizacional e para a promoção de um ambiente de trabalho saudável e motivador. A satisfação intrínseca parece ter um papel central na retenção de profissionais, superando até a extrínseca nesse aspeto. A categoria profissional, nomeadamente ser enfermeiro, também tem um efeito direto na intenção de saída. As estratégias de retenção dos profissionais devem consideradas para prevenção e redução do nível de *burnout* e aumentar a realização profissional e satisfação intrínseca, principalmente nos Enfermeiros.

Por fim, reconhecer os profissionais de saúde como pessoas e não apenas como um recurso, sendo, estes, essenciais para garantir ambientes de trabalho saudáveis, motivadores e sustentáveis. Torna-se, assim, claro que nas instituições de saúde seja cada vez mais importante estabelecer políticas e programas que promovam a satisfação, previnam e reduzam o *burnout* de forma a reduzir e evitar o *turnover* dos profissionais de saúde. As organizações de saúde devem investir no desenvolvimento e capacitação de líderes que valorizem estas dimensões, criando ambientes de trabalho mais saudáveis, motivadores e sustentáveis.

7. Conclusão

Esta dissertação teve como objetivo analisar a complexa relação entre a tríade: o *burnout*, a satisfação no trabalho, e a intenção de *turnover* dos profissionais de saúde em Portugal. Os resultados confirmam relações significativas; estes revelam que níveis elevados de *burnout* e baixos níveis de satisfação, sobretudo na dimensão intrínseca, estão significativamente associados a uma maior intenção de deixar a organização.

O estudo evidenciou as seguintes relações:

- O *burnout* e a satisfação no trabalho: Existe uma influência negativa do *burnout* sobre a satisfação no trabalho. Profissionais de saúde com menores níveis de exaustão emocional e stress relacionado com o trabalho, tendem estar mais satisfeitos com o trabalho.

- O *burnout* e a intenção de *turnover*: O *burnout* apresenta uma correlação positiva com a intenção de *turnover*. Profissionais de saúde que experienciam altos níveis de *burnout* demonstram maior intenção de *turnover*.

- Satisfação no trabalho e a intenção de *turnover*: A satisfação no trabalho intrínseca influencia diretamente a intenção de *turnover*. Profissionais de saúde satisfeitos intrinsecamente com o seu trabalho expressam menor intenção de *turnover*.

- Papel mediador da satisfação no trabalho: Confirma-se que a satisfação no trabalho atua como mediador entre o *burnout* e a intenção de *turnover*. O *burnout* afeta a satisfação no trabalho, que, por sua vez, influencia a intenção de *turnover*, o que significa que existe uma relação indireta entre variáveis, ou seja, o *burnout* não tem impacto direto na *intenção de turnover* isoladamente, mas também contribui indiretamente para reduzir a satisfação no trabalho. A satisfação intrínseca tem um efeito mediador significativo, já a satisfação extrínseca não se observou um efeito mediador significativo.

Em síntese, os resultados revelam que o *burnout* tem um impacto direto e indireto significativo na intenção de *turnover*, sendo parcialmente mediado pela satisfação no trabalho. A satisfação intrínseca demonstrou um efeito mediador significativo, reduzindo a intenção de saída, enquanto a satisfação extrínseca, embora afetada pelo *burnout*, não apresentou um papel mediador relevante. Aproximadamente 30% do efeito total do *burnout* sobre a intenção de *turnover* foi explicado pela via indireta, destacando o papel protetor da satisfação intrínseca.

As conclusões obtidas reforçam a necessidade urgente de implementar políticas organizacionais que priorizem a melhoria das condições de trabalho, o reconhecimento profissional, o apoio emocional, equilíbrio pessoal e profissional e desenvolvam estilos de liderança transformacional.

Este estudo destaca, ainda, a relevância de estratégias de gestão que visem, a promoção de ambientes organizacionais mais satisfatórios, a prevenção e redução do *burnout* através de ações organizacionais com cuidados individualizados, o fortalecer a ligação emocional e o compromisso dos profissionais com a organização, aumento da satisfação no trabalho, melhorar as condições extrínsecas e intrínsecas e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Esses achados sustentam as teorias clássicas da motivação, da satisfação no trabalho e do *burnout* ou esgotamento profissional, como as propostas por Herzberg, Locke e Maslach, e mostram que a atenção a fatores intrínsecos (sentido do trabalho, reconhecimento, desenvolvimento pessoal) é, inclusive, mais importante do que a atenção a fatores extrínsecos (salário, condições de trabalho), para a retenção dos profissionais de saúde.

O investimento no bem-estar e na satisfação dos profissionais de saúde não é apenas uma necessidade ética, mas também uma estratégia indispensável, para a sustentabilidade organizacional e a excelências dos cuidados, no setor da saúde. Em particular, num cenário global e atual em que a escassez de profissionais e a pressão sobre os sistemas de saúde tendem a agravar-se, as organizações de saúde que investem na promoção de ambientes de trabalho saudáveis, motivadores, produtivos e humanizados tendem a obter melhores resultados.

As organizações também beneficiam com a melhoria do clima organizacional, refletindo-se na retenção dos profissionais de saúde, aumento da produtividade, qualidade dos cuidados, o que vem a refletir também na valorização da imagem e reputação organizacional.

Finalmente, os resultados apresentados contribuem para a literatura académica e prática da gestão de unidades de saúde, fornecendo evidências que poderão apoiar a construção de intervenções eficazes para a gestão de recursos humanos na área da saúde. Os achados deste estudo contribuem também teoricamente para reforçar modelos explicativos do comportamento organizacional que consideram a satisfação uma variável central na saúde mental e permanência dos profissionais nas organizações no setor da saúde.

Investir na satisfação (intrínseca) dos profissionais de saúde, não é apenas uma medida de gestão, mas um compromisso estratégico com a qualidade de cuidados, sustentabilidade dos sistemas de saúde e de respeito pelo valor humano que sustenta estas organizações.

7.1. Limitações do estudo

Neste estudo a primeira limitação reside no desenho transversal da investigação, que permite identificar associações, mas não estabelece relações de causalidade. Assim, embora se tenha observado uma correlação significativa entre as variáveis estudadas, não se pode afirmar com certeza a direção do efeito entre satisfação, burnout e intenção de turnover.

A amostra, apesar de robusta em termos numéricos (n=392), foi constituída apenas por profissionais do setor da saúde em Portugal, limitando a generalização dos resultados a outros contextos culturais, geográficos ou setoriais.

Em terceiro lugar, a utilização de um método de recolha de dados baseado em questionário autopreenchido pode ter introduzido viés de resposta, como a desejabilidade social, levando os participantes a fornecerem respostas mais favoráveis do que aquelas que realmente experienciam.

Outro ponto a considerar é que fatores contextuais não analisados, como estilos de liderança, características organizacionais específicas ou políticas institucionais, podem também influenciar significativamente a relação entre satisfação, *burnout* e *turnover*, representando uma variável omitida que poderia ter impactado os resultados.

A demora na emissão do parecer pela comissão de ética da unidade hospitalar inicialmente selecionada para o estudo levou à necessidade de adaptar a estratégia de recolha de dados, resultando numa alteração da composição global da amostra.

Assim, a amostra ficou constituída por profissionais de uma unidade hospitalar específica e, adicionalmente, pela divulgação do questionário através das redes sociais, o que permitiu obter uma maior variabilidade na tipologia das unidades de saúde representadas.

Foi efetuado outro pedido de parecer à Comissão de Ética do Politécnico de Santarém, que permitiu uma colheita de dados pelas redes sociais a profissionais de saúde de outras unidades de saúde de Portugal, constituído assim uma amostra maior e com maior variabilidade de classe e setor (não sendo de uma organização específica).

7.2. Implicações práticas

Esta dissertação não se limita apenas a uma análise teórica, mas oferece implicações práticas muito valiosas e relevantes. Os resultados deste estudo têm implicações importantes para a gestão de recursos humanos no setor da saúde em Portugal. A pertinência deste estudo assenta no facto da tríade apresentar construtos multidimensionais, que muitas vezes são influenciados por fatores relacionados não só com o indivíduo, mas também a fatores organizacionais.

A interligação evidenciada entre a tríade satisfação no trabalho, o *burnout* e a intenção de *turnover* sublinha a necessidade imperativa de abordagens estratégicas e integradas para a gestão de pessoas.

Do ponto de vista organizacional, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de estratégias integradas de gestão de pessoas, para melhorar tanto os fatores intrínsecos com extrínsecos, que podem reduzir significativamente a intenção de *turnover*. Promover a satisfação vai muito além de garantir condições materiais adequadas, pois envolve também, o reconhecimento do trabalho, a valorização das competências e a criação de um ambiente organizacional positivo e saudável.

Além disso, os gestores de pessoas devem sinalizar e identificar precocemente grupos de risco e desenvolver estratégias de retenção dos profissionais de saúde. A identificação da satisfação como variável mediadora destaca o seu papel estratégico na manutenção do bem-estar dos profissionais. O foco na satisfação intrínseca é um achado importante para a retenções dos profissionais de saúde.

Ressalta-se, ainda, a importância da monitorização contínua dos níveis de *burnout* através de instrumentos validados, possibilitando a identificação de sinais de esgotamento e a intervenção precoce. As organizações que priorizam a redução do *burnout* e a melhoria da satisfação intrínseca obtêm benefícios tangíveis, com uma maior retenção de talentos, aumento da produtividade e da qualidade dos cuidados/atendimento e a melhoria do clima e reputação da organização (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2009, p. 86–108).

Com base nestas implicações, propõem-se as seguintes intervenções práticas para melhor gerir os recursos humanos, visando a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e sustentáveis. Um dos principais caminhos para a melhoria das condições de trabalho, passa pela implementação de estratégias como: flexibilização de horários, escalas mais equilibradas/cargas de trabalho realistas que permitam equilibrar as vida

profissional e pessoal, aumento dos recursos de trabalho, como a autonomia, o reconhecimento formal e informal, valorização do trabalho individual e coletivo e o feedback estruturado (Scanlan & Still, 2019).

Paralelamente, é essencial investir na prevenção e gestão ativa do *burnout*. Nesse sentido, disponibilização de apoio psicológico e desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental e bem-estar, com sessões de acompanhamento emocional, baseados em *mindfulness*, grupos de apoio e atividades promotoras de autocuidado.

A promoção de iniciativas de apoio entre pares, aliado à adoção de políticas que permitam o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal. Outra possibilidade é fomentar o desenvolvimento do capital psicológico, que inclui ganhos de competências como resiliência, otimismo e autoeficácia para capacitação dos profissionais para lidar melhor o stress e a pressão inerente às suas funções (Zambrano-Chumo & Guevara, 2024).

Outro eixo estratégico é a promoção de uma cultura organizacional positiva e de reconhecimento, investindo em planos de carreira e políticas de valorização profissional, de forma a assegurar o reconhecimento, o desenvolvimento contínuo, independentemente do nível hierárquico. Complementarmente destaca-se a importância de desenvolver liderança transformacional e humanizada, capaz de alinhar os objetivos individuais aos organizacionais, promover a inspiração, motivação escuta ativa, oferecer feedback construtivo e apoiar a gestão emocional das equipas, através de sessões de *coaching* para líderes de equipa e formação em inteligência emocional.

Deste modo, mitigar o *burnout* não deve ser visto apenas um problema individual, mas como uma responsabilidade organizacional estratégica, orientada para a sustentabilidade dos serviços de saúde e a retenção do capital humano. A integração de políticas de bem-estar, reconhecimento e valorização no plano estratégico das instituições representa um investimento essencial na qualidade, segurança e continuidade dos cuidados em saúde.

Por fim, projetos futuros devem visar a retenção de profissionais de saúde com elevada intenção de *turnover*, o que requer um plano estratégico que promova intervenções preventivas, motivacionais e estruturais, de modo a consolidar ambientes de trabalhos saudáveis e sustentáveis, alinhados com as necessidades humanas e organizacionais. É igualmente importante divulgar os resultados deste estudo à organização de saúde que emitiu parecer favorável ao estudo e através da publicação do estudo em artigo científico, com objetivo de melhorar das práticas organizações no setor da saúde.

7.3. Investigação futura

Reconhecendo as limitações deste estudo – nomeadamente o seu desenho transversal e não inclusão de variáveis organizacionais – considera-se pertinente sugerir caminhos para investigações futuras que possam aprofundar a compreensão sobre a problemática em análise.

Seria interessante realizar no futuro:

- Estudo longitudinal, para analisar a evolução da satisfação, do *burnout* e da intenção de *turnover* ao longo do tempo, permitindo estabelecer relações mais robustas.
- Metodologia mista para melhor compreensão e maior profundidade dos fatores que influenciam a satisfação no trabalho, o *burnout* e a decisão de *turnover* dos profissionais de saúde.
- Estudo comparativo entre setores, classe profissionais e países, ou seja, investigar a nível nacional e internacional e comparação entre setor privado e público, para evidenciar fatores culturais e estruturais que moderam a relação entre as variáveis.
- Aprofundamento das variáveis extrínsecas: Embora tenha sido observado que a satisfação extrínseca não apresentou efeito mediador significativo, seria interessante explorar futuras investigações com maior profundidade e o porquê dessa ausência de mediação ou se outros fatores poderiam apresentar um impacto diferente.
- Inclusão de variáveis organizacionais e contextuais: estilos de liderança, liderança transformacional, compromisso organizacional, o suporte e clima organizacional, cultura organizacional, autonomia profissional, carga de trabalho, políticas de saúde e as condições socioeconómicas, permitindo amplificar o fenómeno em estudo.

Acredita-se que esta dissertação constitui um contributo sólido e valioso para a compressão das dinâmicas laborais no setor da saúde em Portugal, fornecendo uma base importante para a realização de novas investigações que possam aprofundar, validar e expandir o conhecimento sobre as políticas de gestão dos recursos humanos no setor da saúde.

8.Referências bibliográficas

- Adu, E., Li, F., Boahemaa, L., Antwi, M. O., & Bofo-Arthur, A. (2019). Empirical Review Analysis of Overview of the Concept of Psychological Capital and Healthcare Employee Behaviours. *International Journal of Scientific Research in Science and Technology*, 93-103. <https://www.academia.edu/download/65347584/6128.pdf>.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 91–93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., ... & Mijakoski, D. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International archives of occupational and environmental health*, 89, 1059-1075. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1143-5>
- Allen, D. G., Bryant, P. C., & Vardaman, J. M. (2010). Retaining talent: Replacing misconceptions with evidence-based strategies. *Academy of Management Perspectives*, 24(2), 48–64. <https://doi.org/10.5465/amp.24.2.48>
- Almeida, L. S. (1995). *Satisfação profissional e motivação no trabalho docente*. [Tese de doutoramento]. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Apriani, N., & Siregar, D. A. (2023). The effect of job satisfaction, work environment and organizational commitment on turnover intention. *Journal Mantik*, 7(1), 311–317. <https://doi.org/10.31219/osf.io/kpw5f>
- Arnold, K. A., Turner, N., Barling, J., Kelloway, E. K., & McKee, M. C. (2007). Transformational leadership and psychological well-being: The mediating role of meaningful work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 193–203. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.193>

- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1990). *Transformational leadership development: Manual for the Multifactor Leadership Questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Becker, G. S. (1964). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. New York: Columbia University Press.
- Belete, A. K. (2018). Turnover intention influencing factors of employees: An empirical work review. *Journal of Entrepreneurship & Organization Management*, 7(3), 253. <https://doi.org/10.4172/2169-026X.1000253>
- Bergamini, C. W. (2008). *Motivação nas organizações*. (5ª ed.). Atlas
- Buitendach, J. H., & De Witte, H. (2005). *Job insecurity, extrinsic and intrinsic job satisfaction and affective organisational commitment of maintenance workers in a parastatal*. *South African Journal of Business Management*, 36(2), 27–37. <https://doi.org/10.4102/sajbm.v36i2.631>
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36–41. <https://doi.org/10.1097/00006199-199301000-00007>
- Breevaart, K., Bakker, A. B., Hetland, J., Demerouti, E., Olsen, O. K., & Espevik, R. (2014). Daily transactional and transformational leadership and daily employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(1), 138–157. <https://doi.org/10.1111/joop.1204>
- Campion, M. A. (1991). Meaning and measurement of turnover: Comparison of alternative measures and recommendations for research. *Journal of applied psychology*, 76(2), 199-212. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=de30c49a7f9cc0715218800fc65b0162bf52ee84>.
- Campos, J. A. D. B., Carlotto, M. S., & Marôco, J. (2013). Copenhagen Burnout Inventory—Student version: Adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(1), 87–97. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100010>
- Carrillo-García, C., Solano-Ruíz, M. D. C., Martínez-Roche, M. E., & Gómez-García, C. I. (2013). Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age.

Revista latino-americana de enfermagem, 21(06), 1314-1320.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/85yGSQBhsgmBGRSRMf6kVBt/?lang=en>.

Chasco, C., & Aznárez, I. (2000). *Psicología de las organizaciones: conceptos, modelos y aplicaciones*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Chen, X., Ran, L., Zhang, Y., Yang, J., Yao, H., Zhu, S., & Tan, X. (2019). Moderating role of job satisfaction on turnover intention and burnout among workers in primary care institutions: a cross-sectional study. *BMC public health*, 19, 1-10.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-7894-7>.

Christen, M., Iyer, G., & Soberman, D. (2006). Job satisfaction, job performance, and effort: A reexamination using agency theory. *Journal of marketing*, 70(1), 137-150.
<https://doi.org/10.1509/jmkg.70.1.137.qxd>

Collini, S. A., Guidroz, A. M., & Perez, L. M. (2015). Turnover in health care: the mediating effects of employee engagement. *Journal of nursing management*, 23(2), 169-178. <https://doi.org/10.1111/jonm.12109>

Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621-656.
<https://doi.org/10.5465/amr.1993.9402210153>

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: Usando SPSS para Windows* (3ª ed.). Artmed.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Peeters, M. C., & Breevaart, K. (2021). New directions in burnout research. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 30(5), 686-691. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1979962>

Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). *Empathy and emotion regulation in health professionals: The role of compassion fatigue*. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003>

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., ... & Meyers, D. (2017). Burnout among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM perspectives*, 7(7), 1-11. <https://doi.org/10.31478/201707b>

- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Sciences Press.
- Egozi Farkash, H., Lahad, M., Hobfoll, S. E., Leykin, D., & Aharonson-Daniel, L. (2022). Conservation of Resources, Psychological Distress, and Resilience During the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Public Health*, 67, 1604567. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604567>
- Ferreira, M., & Sousa, L. (2006). Satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6, 37–46.
- Ferreira, R. J., Silva, M. C., & Oliveira, L. M. (2023). Burnout and job satisfaction among nurses during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 135, 104318. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104318>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistic*. (5th ed.) SAGE Publications Ltd.
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., & Farand, L. (2018). Variables associated with job satisfaction among mental health professionals. *PloS one*, 13(10), e0205963. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205963>
- Folger, R., & Cropanzano, R. (1998). *Organizational justice and human resource management*. Sage Publications.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização* (5.^a ed.). Lusociência.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Vraka, I., Siskou, O., Konstantakopoulou, O., Meimeti, E., & Kaitelidou, D. (2023). Increased job burnout and reduced job satisfaction for nurses compared to other healthcare workers after the COVID-19 pandemic. *Nursing Reports*, 13(3), 1090–1100. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030095>

- González-Morales, M. G., Peiró, J. M., Rodríguez, I., & Greenglass, E. R. (2010). Coping and distress in organizations: The role of gender in work stress. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 341–363. <https://doi.org/10.1037/a0019941>
- Hapsari, F. R. P., Murti, B., & Tamtomo, D. (2023). Meta Analysis of Factors Associated with Job Satisfaction in Health Workers. *Journal of Health Policy and Management*, 8(3), 214-223. <http://www.thejhpm.com/index.php/thejhpm/article/download/337/201>.
- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2012). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: A review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18(7), 804–814. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x>
- Hayes, A. F. (2018). *Introdução à mediação, moderação e análise de processos: Uma abordagem baseada em regressão* (Trad. de A.F. Hayes). Penso.
- Heidari, S., Parizad, N., Goli, R., Mam-Qaderi, M., & Hassanpour, A. (2022). Job satisfaction and its relationship with burnout among nurses working in COVID-19 wards: A descriptive correlational study. *Annals of Medicine and Surgery*, 82, 104591. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104591>
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. John Wiley & Sons.
- Hom, P. W., & Griffeth, R. W. (1995). *Employee turnover*. South-Western College Publishing.
- Hom, P. W., & Griffeth, R. W. (2001). *Retaining valued employees*. Sage Publications.
- Hoppock, R. (1935). *Job Satisfaction*. Harper and Brothers.
- Horowitz, S., Hoff, K., & Milanovic, B. (2009). Government turnover: Concepts, measures and applications. *European Journal of Political Research*, 48(1), 107-129. <https://www.academia.edu/download/67036487/Government-TurnoverEJPR.pdf>.
- Huang, X., Chen, H., Gao, Y., Wu, J., Ni, Z., Wang, X., & Sun, T. (2022). Career calling as the mediator and moderator of job demands and job resources for job satisfaction in health workers: a cross-sectional study. *Frontiers in psychology*, 13, 856997. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.856997>

- Jesus, A. d., Pitacho, L., & Moreira, A. (2023). Burnout and suicidal behaviours in health professionals in Portugal: The moderating effect of self-esteem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4325. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054325mdpi.com>
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709–722. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007>
- Jovanovic, B. (1979). Job matching and the theory of turnover. *Journal of political economy*, 87(5, Pt. 1), 972-990. <https://www.academia.edu/download/30737009/20033312110783936.pdf>.
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, 86(1), 80-92. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.1.80>
- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: *Systematic review. International journal of nursing studies*, 119, 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>
- Kalleberg, A. L. (1977). Work values and job rewards: A theory of job satisfaction. *American Sociological Review*, 42(1), 124–143. <https://doi.org/10.2307/2117735>
- Karl, K. A., & Peluchette, J. V. (2006). Does workplace fun buffer the impact of emotional exhaustion on job dissatisfaction? A study of health care workers. *Journal of Behavioral and Applied Management*, 7(2), 128–142.
- Khan, A. J., Bhatti, M. A., Hussain, A., Ahmad, R., & Iqbal, J. (2021). Employee job satisfaction in higher educational institutes: A review of theories. *Journal of South Asian Studies*, 9(3), 257–266. <https://doi.org/10.5430/jsas.v9n3p257>
- Kovacs, C., Stiglbauer, B., Batinic, B., & Gnambs, T. (2018). Exploring different forms of job (dis) satisfaction and their relationship with well-being, motivation and performance. *Applied Psychology*, 67(3), 523–556. <https://doi.org/10.1111/apps.12128>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, B., Lee, C., Choi, I., & Kim, J. (2022). Analyzing determinants of job satisfaction based on two-factor theory. *Sustainability*, *14*(19), 12557. <https://doi.org/10.3390/su141912557>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being* (Vol. 3, pp. 91–134). Elsevier.
- Liu, D., Mitchell, T. R., Lee, T. W., Holtom, B. C., & Hinkin, T. R. (2012). When employees are out of step with coworkers: How job satisfaction trajectory and dispersion influence individual-and unit-level voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, *55*(6), 1360–1380. <https://doi.org/10.5465/amj.2010.0920>
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, *3*(2), 157–189. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(68\)90004-4](https://doi.org/10.1016/0030-5073(68)90004-4)
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297–1349). Rand McNally.
- March, J. G., & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. Wiley.
- Martinez, M. C., Paraguay, A. I. B. B., & Latorre, M. R. D. O. (2004). Relação entre satisfação com aspetos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*, *38*(1), 55–61. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000100009>
- Martins, M. J. D., & Cunha, J. V. (1996). Avaliação do burnout: Adaptação e validação da versão portuguesa do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). Universidade do Minho.
- Martins, H., & Proença, T. (2012). Satisfação no trabalho: Uma análise do contributo de algumas variáveis individuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Gestão*, *26*(1), 45–56.

- Martins, H., & Proença, T. (2012). Minnesota Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and validation in a population of Portuguese hospital workers.
- Martins, J. L., & Silva, R. C. (2024). Burnout e intenção de saída: Estudo com profissionais de enfermagem em contexto hospitalar. *Revista de Psicologia da Saúde*, 16(1), 45–58. <https://doi.org/10.34632/rps.2024.45>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. Macmillan.
- Mengstie, M. (2020). Perceived organizational justice and turnover intention among hospital healthcare workers. *BMC Psychology*, 8(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0387-8>
- Meier, S. T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36(10), 899–910. <https://doi.org/10.1177/001872678303601003>
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
- Mitchell, T. R., Holtom, B. C., Lee, T. W., Sablinski, C. J., & Erez, M. (2001). Why people stay: Using job embeddedness to predict voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, 44(6), 1102–1121. <https://doi.org/10.2307/3069391>

- Mobley, W. H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62(2), 237–240. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.62.2.237>
- Moreira, H. C. S. (2009). *Qualidade de Vida no Trabalho, Empenhamento Organizacional Afetivo e Intenção de Turnover: Que Relações se Estabelecem? Estudo Exploratório*. Universidade de Lisboa.
- Nica, E., & Potcovaru, A. M. (2017). The relationship among leadership, organizational culture and employees' job satisfaction. *Proceedings of the International Management Conference*, 11(1), 393–399.
- O'Connor, K., Neff, D. M., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Oliveira, N. F., da Silva Lemos, M. A., da Silva, M. P., Sousa, J. W. A., & de Queiroz, A. M. (2020). Main aspects related to burnout syndrome in healthcare professionals: An integrative literature review. *International Journal of Pharmaceutical Research & Review*, 9(1), 1–9. <https://www.academia.edu/download/103908516/IJPRR-2020-01-2506.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade (CID-11)*. Genebra: OMS.
- Özpehlivan, M., & Acar, A. Z. (2016). Development and validation of a multidimensional job satisfaction scale in different cultures. *Cogent Social Sciences*, 2(1), 1237003. <https://doi.org/10.1080/23311886.2016.1237003>
- Ozturk, Y. E. (2020). A theoretical review of burnout syndrome and perspectives on burnout models. *Bussecon Review of Social Sciences*, 2(4), 26–35. <https://doi.org/10.36096/brss.v2i4.235>
- Perreira, T. A., Berta, W., & Herbert, M. (2018). The employee retention triad in health care: Exploring relationships amongst organisational justice, affective commitment and turnover intention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), e1451–e1461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14263>

- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33–51). Taylor & Francis.
- Portoghese, I., Galletta, M., Leiter, M. P., Cocco, P., & Campagna, M. (2014). Burnout and workload in the context of nursing: A multidimensional approach. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(3), 452–461. <https://doi.org/10.1111/jan.12226>
- Price, J. L. (1977). *The study of turnover*. Iowa State University Press.
- Ramos, A., de Almeida, H., & Orgambídez, A. (2023). Work engagement, social support, and job satisfaction in Portuguese nursing staff: A winning combination. *Applied Nursing Research*, *68*, 151627. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151627>
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Escala de avaliação do burnout (versão portuguesa do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Roy, A., van der Weijden, T., & de Vries, N. (2017). Relationships of work characteristics to job satisfaction, turnover intention, and burnout among doctors in the district public-private mixed health system of Bangladesh. *BMC Health Services Research*, *17*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2369-y>
- Sampaio, J. R. (2009). O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. *Revista de Administração da USP*, *44*(1), 5–16.
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2019). Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Services Research*, *19*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3841-z>
- Schaufeli, W. B. (2003). Past performance and future perspectives of burnout research. *SA Journal of Industrial Psychology*, *29*(4), 1–15.
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model: A ‘how to’ guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, *46*(2), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, *14*(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>

- Schneider, B. (1975). Organizational climates: An essay. *Personnel Psychology*, 28(4), 447–479. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01386.x>
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences*. Sage Publications.
- Siqueira, M. M. M. de, Gomide Júnior, S., Oliveira, A. G. S., & Andrade, A. L. G. (2014). *Novas medidas do comportamento organizacional: Ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Artmed.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), 107–139. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.495262>
- Smerek, R. E., & Peterson, M. (2007). Examining Herzberg's theory: Improving job satisfaction among non-academic employees at a university. *Research in Higher Education*, 48(2), 229–250. <https://doi.org/10.1007/s11162-006-9042-3>
- Somrit, K., & Romprasert, S. (2022). Human capital and two factor theories on job satisfaction. *Journal of Management & Marketing Review*, 7(1), 31–37. [https://doi.org/10.35609/jmmr.2022.7.1\(5\)](https://doi.org/10.35609/jmmr.2022.7.1(5))
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: Avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Taranu, S. M., Ilie, A. C., Turcu, A. M., Stefaniu, R., Sandu, I. A., Pislaru, A. I., & Alexa-Stratulat, T. (2022). Factors associated with burnout in healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14701. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214701>
- Tarana, I. (2019). Factors affecting turnover intention. *International Journal of Innovation, Creativity, and Change*, 7(9), 251–260. https://www.ijicc.net/images/vol7iss9/7919_Tarana_2019_E_R.pdf
- Tawfik, D. S., Scheid, A., Profit, J., Shanafelt, T., Trockel, M., Adair, K. C., ... & Ioannidis, J. P. (2019). Evidence relating health care provider burnout and quality of care: A

systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 171(8), 555–567. <https://doi.org/10.7326/M19-1152>

Tietjen, M. A., & Myers, R. M. (1998). Motivation and job satisfaction. *Management Decision*, 36(4), 226–231. <https://doi.org/10.1108/00251749810211027>

Vala, J., Monteiro, M. B., & Lima, M. L. (1994). Psicologia social do trabalho. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social* (Vol. II, pp. 351–386). Fundação Calouste Gulbenkian.

Vitali, M. M., Pires, D. E. P. D., Forte, E. C. N., Farias, J. M., & Soratto, J. (2020). Job satisfaction and dissatisfaction in primary health care: An integrative review. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29, e20180181. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0181>

Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. Wiley.

Walkowiak, D., & Staszewski, R. (2019). Nurses' job satisfaction – The factor structure of the Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Journal of Health Study and Medicine*, 2, 77–96. <https://doi.org/10.36145/JHSM.2019.12>

WeiBo, Z., Kaur, S., & Zhi, T. (2010). A critical review of employee turnover model (1938–2009) and development in perspective of performance. *African Journal of Business Management*, 4(19), 4146–4158.

Wei, H., Horsley, L., Cao, Y., Haddad, L. M., Hall, K. C., Robinson, R., Powers, M., & Anderson, D. G. (2023). The associations among nurse work engagement, job satisfaction, quality of care, and intent to leave: A national survey in the United States. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(4), 476–484. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.010>

Weiss, D. J., Dawis, R. V., England, G. W., & Lofquist, L. H. (1967). *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*. University of Minnesota.

West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

- Wright, T. A. (2006). The emergence of job satisfaction in organizational behavior: A historical overview of the dawn of job attitude research. *Journal of Management History*, 12(3), 262–277. <https://doi.org/10.1108/17511340610670107>
- Wright, T., Mughal, F., Babatunde, O. O., Dikomitis, L., Mallen, C. D., & Helliwell, T. (2022). Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(6), 385–401. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287951>
- Yean, T. F., Johari, J., Yahya, K. K., & Chin, T. L. (2022). Determinants of job dissatisfaction and its impact on the counterproductive work behavior of university staff. *SAGE Open*, 12(3). <https://doi.org/10.1177/21582440221123289>
- Zambrano-Chumo, L., & Guevara, R. (2024). Psychological capital and turnover intention: The mediating role of burnout among healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 185. <https://doi.org/10.3390/ijerph21020185>
- Zhang, Y., & Feng, X. (2011). The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 11, 235. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-235>
- Zheng, X., Wang, L., & Zhang, Y. (2016). Job burnout and turnover intention among Chinese primary healthcare staff: The mediating role of job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 16, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1721-4>
- Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 350(1), 69–75. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr031703>

9.Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da CAML/ULSSM

Presidente

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

Vice-Presidente

Prof. Doutora Ana Isabel Lopes

Membros

Prof. Doutor Cláudia Sofia Oliveira Dias Mungu

Prof. Doutor Daniel Caldeira

Prof. Doutora Cláudia Faria

Mestre Enfermeira Graça Roldão

Prof. Doutor João Lavinha

Prof. Doutora Maria do Céu Patrão Neves

Prof. Doutora Patrícia Carrião

Exma. Senhora

Enfermeira Ana Rita Garcia Peixoto

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

Nossa Ref. N.º 239/24

Assunto: Estudo "Satisfação no trabalho, Burnout e intenção de turnover dos Profissionais de Saúde de uma Unidade Hospitalar do Sector Público"

Pela presente se informa que o projeto citado em epígrafe obteve na reunião realizada em 4 de Outubro de 2024 parecer favorável da Comissão de Ética, considerando-se observados os imperativos que fundam as Boas práticas clínicas, os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção e na realização dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos.

No uso das competências próprias constantes do disposto no Decreto-Lei N.º 97/95 de 10 de Maio, e no exercício das suas funções em observância ao deliberado na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril, que aprova a lei da investigação clínica, na sua actual redacção alterada pela Lei n.º 73/2015 de 27/07/15, complementada pelo Decreto-Lei n.º 80/2018 (DR n.º 198 2018, Série I de 2018/10/15) que reforça o papel das comissões de ética no contexto da instituição em que se integram, na sua missão de contribuir para o cumprimento de princípios da ética e da bioética, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, e ainda em harmonia com os regulamentos internos do CHULN, os códigos deontológicos, as convenções, e as recomendações constantes das declarações e diretrizes internacionais, designadamente as Declarações de Helsínquia e de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia, a Comissão de Ética avaliou o estudo que considerava obedecerem aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.

Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais, cujo desígnio visa minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, respeitando os imperativos refletidos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) entrado em vigor em 25 de Maio de 2016 e plenamente aplicável a partir de 25 de Maio de 2018, (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/16), de 27 de abril, publicado no Jornal Oficial da União Europeia, no dia 4 de Maio de 2016, e na Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do CAML

Prof. Doutor João Forjaz de Lacerda

COMISSÃO DE ÉTICA DO CAML

AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ
1649-035 LISBOA
TEL. - 21 780 24 00; FAX - 21 780 56 90
ana.pimento@chln.min-saude.pt

ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117
1749-001 LISBOA
Tel: 217 548 030 - Fax: 217 548 215
www.chln.pt

Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém

PARECER

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER Nº21-2024ESSS/ESGTS

Identificação do Investigador | Ana Rita Peixoto

Identificação do Projeto | *Satisfação no trabalho, o burnout e a intenção de turnover dos profissionais no setor da saúde*

Constata-se que:

- i. É um projeto de conferidor de grau de mestrado;
- ii. Apresenta fundamentação teórica sustentada;
- iii. Apresenta cronograma;
- iv. Inclui o consentimento informado, livre e esclarecido, identificando quem faz a salvaguarda dos dados recolhidos, bem como por quanto tempo são mantidos.

Face ao exposto a Comissão de Ética emite parecer favorável porquanto são cumpridos os requisitos éticos no projeto. Recomenda-se, no entanto, que sejam incluídos no final do consentimento informado, os campos para preenchimento de data e assinatura.

Santarém, 30 de setembro de 2024

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

Anexo 3 – Questionário e Consentimento informado



Satisfação no Trabalho, *Burnout* e Intenção de *Turnover* dos Profissionais de saúde

Caro Profissional de saúde,

Por favor, leia com atenção a seguinte informação acerca do Estudo.

O presente questionário realiza-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém.

Investigador principal:

Ana Rita Garcia Peixoto.

Título do estudo:

Satisfação no Trabalho, *Burnout* e Intenção de *Turnover* dos profissionais de saúde.

Objetivo do estudo:

com este estudo pretende-se recolher dados, que permitam estudar os fatores que influenciam a intenção e efetivação do *turnover* na área da saúde, fatores estes que poderão estar associados às variáveis sociodemográficas e profissionais, (in)satisfação no trabalho e *Burnout*.

Não existem resposta certas ou erradas, o que interessa é responder com consciência, ser sincero (a) e espontâneo (a) nas respostas, escolhendo a opção de resposta que melhor espelhe a sua situação atual e a sua forma de pensar e sentir. Este questionário demora em média 8-10 minutos a ser preenchido e a sua colaboração é essencial para este estudo. Os dados obtidos são protegidos em concordância, com o Regulamento Geral sobre a Proteção de dados (RGPD) e de modo a salvaguardar os seus interesses, o inquirido é anónimo e confidencial. Serão salvaguardados por mim enquanto investigadora principal e pela orientadora desta Dissertação de Mestrado, sendo guardados apenas por um período de 5 anos, após o qual serão totalmente destruídos.

Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Santarém - **PARECER 21-2024ESSS/ESGTS**. e da Comissão de Ética da CAML/ULSSM - **PARECER Ref. º Nº 239/24**

Se necessitar de qualquer esclarecimento **acerca deste estudo pode contactar por favor:**
190100047@esgt.ipsantarem.pt

*** Indica uma pergunta obrigatória**

1. Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, acima explicado. Se concorda em participar no estudo de forma voluntária, basta assinalar.

Marcar apenas uma oval.

Autorizo

Não Autorizo

Pense no seu trabalho

Leia cada afirmação com atenção. Pense na afirmação enquanto decide o quão satisfeito(a) se sente acerca desse aspecto do seu trabalho.

Legenda:

1-Muito insatisfeito(a)

2-Insatisfeito(a)

3-Neutro

4-Satisfeito(a)

5-Insatisfeito(a)

2. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca de **ser capaz de me manter ocupado(a) durante todo o tempo.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Mui Muito satisfeito

3. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da **possibilidade de trabalhar de modo independente no meu cargo.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Mui Muito satisfeito

4. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da oportunidade de **fazer coisas diferentes de tempos a tempos.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Mui Muito satisfeito

5. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da **oportunidade de “ser alguém na vida”.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Mui Muito satisfeito

6. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca do **modo como o meu superior lida com os seus subordinados(as).** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Mui Muito satisfeito

7. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da **competência do meu supervisor na tomada de decisões.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Mui Muito satisfeito

8. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da **possibilidade de fazer coisas que não vão contra a minha consciência/valores.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

9. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da **segurança/ estabilidade que o meu emprego me fornece.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

10. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca da **possibilidade de ajudar outras pessoas.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

11. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **da possibilidade de dizer às pessoas o que fazer.** *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

12. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **da possibilidade de fazer algo em que faça uso das minhas competências** . *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

13. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **da forma como as políticas da instituição são implementadas**. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

14. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **do meu salário e da quantidade de trabalho que realizo**. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

15. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **da possibilidade de progressão profissional**. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

16. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **da possibilidade de tomada de decisões por mim próprio(a)**. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

17. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **da possibilidade de utilização dos meus próprios métodos para a realização do meu trabalho**. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

18. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **das condições de trabalho**. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

19. No meu atual trabalho esta é a forma como eu me sinto acerca **do modo como os meus colegas se relacionam entre si**. *

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Muit Muito satisfeito

43. **No meu trabalho, lido muito calmamente com os meus problemas emocionais. ***

Marcar apenas uma oval.

0 1 2 3 4 5 6

Num Todos os dias

Pense na sua relação com o seu trabalho

Tendo em consideração a escala de 5 pontos seguinte e os seus sentimentos em relação ao seu trabalho, responda às questões abaixo indicadas.

Legenda:

1-Nunca

2-Raramente

3-Ocasionalmente

4-Frequentemente

5-Muito frequentemente

44. **Penso em sair da instituição onde trabalho ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Num Muito frequentemente

45. **Planeio sair da instituição onde trabalho ***

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5

Num Muito frequentemente

46. **Tenho vontade de sair da instituição onde trabalho ***

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Nun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito frequentemente

Caracterização sociodemográfica e profissional

47. **Qual é a sua categoria profissional? ***

Marcar apenas uma oval.

- Médico
- Enfermeiro
- Assistente operacional
- Fisioterapeuta
- Outra: _____

48. **Qual o seu sexo? ***

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
- Masculino

49. **Qual é a sua idade? ***

Marcar apenas uma oval.

- 18 a 25 anos
- 26 a 35 anos
- 36 a 45 anos
- 46 a 55 anos
- 56 a 65 anos
- Mais de 65 anos

50. **Quais são as suas habilitações académicas? ***

Marcar apenas uma oval.

- Até 12º ano (inclusive)
- Curso Profissional
- Licenciatura
- Pós-graduação/Especialidade
- Mestrado/Doutoramento

51. **Qual é a sua relação laboral na instituição? ***

Marcar apenas uma oval.

- Contrato de Trabalho Função Pública ("Funcionário Público")
- Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (CIT)
- Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Incerto (termo certo/ substituição)
- Trabalho independente (Recibos verdes)

52. **Qual é o seu tipo de horário de trabalho? ***

Marcar apenas uma oval.

- Horário fixo/apenas dias úteis
- Horário fixo/ qualquer dia da semana
- Horário rotativo (turnos)
- Horário com turnos de 12 horas

53. **Costuma fazer turnos extra (média mensal)? ***

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum
- Um a dois
- Três a quatro
- Cinco ou mais

54. **Qual é o serviço/ especialidade onde exerce funções? ***

Marcar apenas uma oval.

- Urgência
- Bloco
- Internamento de Medicina
- Cuidados intensivos
- Consulta/ Ambulatório
- Internamento de cirurgia
- Outra: _____

55. **Há quantos anos está na instituição onde trabalha? ***

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16-20 anos
- 21-25 anos
- 26-30 anos
- Mais de 30 anos

56. **Acumula funções noutra instituição? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

57. **Trabalha em que setor? ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- Público
- Privado

Obrigada pela sua participação neste estudo.