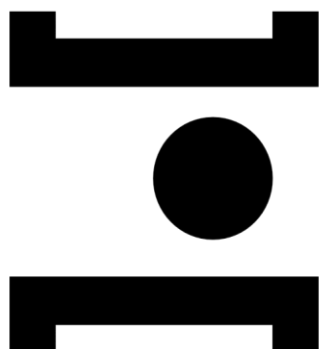


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém**  
**Escola Superior de Saúde de Santarém**



**POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM**

**O PAPEL DA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO NO  
BURNOUT DOS TÉCNICOS SUPERIORES DE DIAGNÓSTICO E  
TERAPÊUTICA NA ÁREA DA RADIOLOGIA**

**Dissertação**

**Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde**

**Ângela Maria Barroso Silva Costa de Barros e Cunha**

**Orientação:**

**Susana Cristina Henriques Leal**

**Fevereiro, 2023**

Financiamento:

Esta dissertação obteve financiamento da FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia no âmbito do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (projeto n.º UID/CED/04748/2020).

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação representa a conclusão de um ciclo muito importante na minha vida académica e gostaria de agradecer a todos os que me apoiaram neste percurso.

Em primeiro lugar agradeço à Professora Doutora Susana Leal a partilha de conhecimentos, a disponibilidade total, a paciência e o incentivo que me possibilitou terminar esta dissertação.

À Professora Doutora Sandra Oliveira os meus agradecimentos pelo apoio prestado na escolha deste tema, a sua disponibilidade e simpatia durante todo o percurso deste mestrado em Gestão de Unidades em Saúde.

À minha família, marido e filhos pelo carinho e paciência demonstrada e por terem “adiado” os momentos de companhia.

Às colegas Ana Lúcia Sobral e Isabel Borges os meus agradecimentos pela amizade e motivação ao longo destes anos. Foi muito importante conseguirmos ultrapassar as dificuldades com humor.

À minha amiga Cecília pelo incentivo para que terminasse esta dissertação.

Em especial aos colegas por terem colaborado no inquérito, o meu agradecimento, consciente que sem a participação de todos, este estudo não seria possível.

## RESUMO

Os conceitos de Qualidade de Vida no Trabalho e *burnout* são temas muito divulgados no meio académico, no entanto escasseiam os estudos que os relacionem. Esta dissertação pretende avaliar a relação existente entre a Qualidade de Vida no Trabalho e os níveis de *burnout* nos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, na área da radiologia.

Esta pesquisa visa investigar: (a) a relação entre a Qualidade de Vida no Trabalho e as diferentes dimensões de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), (b) a inter-relação do género com a Qualidade de Vida no Trabalho e o *burnout*; e (c) como o número de horas de trabalho semanais se inter-relacionam com a Qualidade de Vida no Trabalho ou com o *burnout*.

Este estudo enquadra-se ao nível das metodologias quantitativas, de tipo transversal e de carácter descritivo-correlacional. A colheita de dados foi operacionalizada com um inquérito por questionário e a amostra obtida abarca 140 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica. Consequentemente analisou-se a consistência interna das escalas e os dados foram submetidos a tratamento estatístico (médias, correlações, regressões lineares e testes de Mann-Whitney). A avaliação dos resultados sugere que, quando as condições para a Qualidade de Vida no Trabalho não estão reunidas, os Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica apresentam maior tendência para a exaustão emocional e despersonalização verificando-se um desgaste profissional e emocional. Observou-se também que o género masculino tem uma melhor relação com a Qualidade de Vida no Trabalho e apresentam menores níveis de *burnout*, nomeadamente na exaustão emocional. Seguindo a mesma análise, os resultados sugerem que o género feminino é mais propenso à exaustão emocional. Consoante os horários praticados, assim se verificaram as diferenças no bem-estar, na conciliação casa-trabalho e na ausência de *stress*: quanto menos horas trabalhadas pelos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, maiores os níveis de Qualidade de Vida no Trabalho.

Pretende-se que esta investigação seja um contributo para a literatura, influenciando a gestão das organizações de saúde e seja motivo de reflexão para a promoção de bem-estar dos profissionais.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida no Trabalho; *burnout*; exaustão emocional; despersonalização; realização pessoal; género; horário de trabalho; Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.

## ABSTRACT

The concepts of Quality of Work Life at work and *burnout* are widely published subjects in the academic milieu. Yet, there are few studies that correlate them. This dissertation attempts to evaluate and link the existent connection between Quality of Work Life and the levels of *burnout* of Higher Diagnostic and Therapeutic Technicians in the field of radiology.

This research aims to investigate: (a) the relation between Quality of Work Life and the different dimensions of *burnout*, (emotional exhaustion, depersonalization, and personal fulfilment); (b) the interrelation of gender with Quality of Work Life and *burnout*; and (c) how the number of work hours per week correlate with the Quality of Work Life and *burnout*.

This study is framed within the quantitative, transversal, and correlational-descriptive methodologies. Data collection was obtained by means of an inquiry containing a questionnaire and the sampling comprises 140 Higher Diagnostic and Therapeutic Technicians. Pursuant to our aim, the internal consistency of the shifts was analyzed as well, and data obtained was submitted to statistical treatment (averages, correlations, hierarchical linear regressions, and Mann-Whitney tests).

The results of the evaluation suggest that, when the conditions for a Quality of Work Life aren't met, a greater tendency for emotional exhaustion and depersonalization was shown by Higher Diagnostic and Therapeutic Technicians corroborating an emotional and professional distress.

It was observed as well that male gender has more resilience as far as Quality of Work Life is concerned and that their level of *burnout* is lower. Within the frame of the same analysis, the results suggest that female professionals are more prone to emotional exhaustion.

The differences observed as far as their well-being is concerned depend on the shifts, on the relationship work-family life and in the absence of *stress*: the less hours worked, the better level of Quality of Work Life.

This investigation is intended to contribute to literature, to encourage health organizations to investigate this important matter and to promote the well-being of health professionals.

**Keywords:** Quality of Work Life; *burnout*; emotional exhaustion; depersonalization, personal fulfilment; gender e work schedule; Higher Diagnostic and Therapeutic Technicians.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO .....	iii
ABSTRACT .....	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE FIGURAS .....	vii
ÍNDICE DE TABELAS .....	viii
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO .....	4
2.1 Conceitos da Qualidade de Vida no Trabalho.....	4
2.2 Evolução do Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho .....	7
2.3 Modelos de Qualidade de Vida no Trabalho .....	9
2.3.1 Modelo de Richard Walton.....	9
2.3.2 Modelo de Hachman and Oldman.....	12
2.3.3 Modelo de Westley.....	12
2.3.4 Modelo de Werter and Davis.....	13
2.3.5 Modelo de Nadler and Lawer .....	13
2.3.6 Modelo de Easton e Van Laar .....	14
3 BURNOUT .....	18
3.1 Evolução dos Conceitos de <i>Burnout</i> .....	18
3.2 Modelos Explicativos de <i>Burnout</i> .....	20
3.2.1 Modelo de Cherniss.....	20
3.2.2 Modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter .....	21
3.2.3 Modelo de Maslach e Jackson .....	21
3.2.4 Modelo de Leiter .....	23
3.2.5 Modelo de Copenhagen Burnout Inventory.....	24
3.2.6 Modelo de Oldenburg Burnout Inventory.....	24
3.3 Antecedentes do <i>Burnout</i> .....	25
4 TÉCNICOS SUPERIORES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA ÁREA DA RADIOLOGIA.....	27
5 MODELO TEÓRICO E HIPÓTESES EM ESTUDO .....	30
6 MÉTODO.....	37
6.1 Apresentação Geral e Tipo de Estudo .....	37

6.2	Caracterização da Amostra .....	37
6.3	Instrumento de Recolha de Dados .....	39
6.4	Procedimentos de Recolha e Preparação dos Dados .....	45
6.5	Análise dos Dados.....	46
6.5.1	Análise de Consistência Interna.....	47
6.5.2	Teste de aderência à Normalidade.....	48
7	RESULTADOS.....	50
7.1	Médias, Desvios-padrão e Correlações .....	50
7.2	Avaliação dos Níveis de Burnout .....	55
7.3	Como a QVT Explica a Avaliação dos Níveis de Burnout?.....	55
7.3.1	Como a QVT Explica os Níveis de Exaustão Emocional?.....	55
7.3.2	Como a QVT Explica os Níveis de Despersonalização.....	57
7.3.3	Como a QVT Explica os Níveis de Realização Pessoal.....	59
7.4	Explorando os Dados .....	61
7.4.1	Teste de Mann-Whitney para o Género .....	61
7.4.2	Teste de Mann-Whitney para o Horário no Trabalho .....	64
8	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	68
9	CONCLUSÃO .....	75
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	78
	Anexo A - Instrumento de Trabalho.....	89
	Anexo B - Autorização da Comissão Ética do HDS, EPE .....	95

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Modelo conceptual .....	30
<b>Figura 2</b> - Representação da média das variáveis em estudo para a variável género .....	62
<b>Figura 3</b> - Representação da média das dimensões de burnout para a variável género .....	64
<b>Figura 4</b> - Representação da média das variáveis em estudo para a variável horário no trabalho .....	65
<b>Figura 5</b> - Representação da média das dimensões de burnout para a variável horário no trabalho .....	67

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Categorias conceituais da QVT.....	11
<b>Tabela2</b> - Evolução do conceito de QVT.....	14
<b>Tabela3</b> -Variáveis em estudo.....	31
<b>Tabela 4</b> - Hipóteses em estudo.....	32
<b>Tabela 5</b> - Caracterização da amostra.....	39
<b>Tabela 6</b> - Escala das dimensões de Work-Related Quality of Life Scale-2 (WQRoL-2).....	41
<b>Tabela 7</b> - Escala das dimensões de Inventory -Human Services Survey (MBI-HSS) .....	44
<b>Tabela 8</b> - Alfa de Cronbach para as dimensões da escala WQRoL-2 .....	47
<b>Tabela 9</b> - Alfa de Cronbach para as dimensões da escala MBI-HSS .....	48
<b>Tabela 10</b> - Teste de aderência à Normalidade .....	49
<b>Tabela 11</b> - Medidas descritivas-Médias e Desvios padrão .....	51
<b>Tabela 12</b> - Média, desvio padrão e coeficientes de correlação de Spearman .....	54
<b>Tabela 13</b> - Resultados das dimensões de Inventory -Human Services Survey (MBI-HSS).....	55
<b>Tabela 14</b> - Resultados da regressão linear múltipla para a Exaustão Emocional.....	56
<b>Tabela 15</b> - Resultados da regressão linear múltipla para a Despersonalização .....	58
<b>Tabela 16</b> - Resultados da regressão linear múltipla para a Realização Pessoal .....	60
<b>Tabela 17</b> - Medidas descritivas e Teste de Mann-Whitney para o género .....	63
<b>Tabela 18</b> - Medidas descritivas e Teste de Mann-Whitney para o horário no trabalho .....	66

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CID-11**- *International Classification of Diseases 11th Revision*

**IPSantarém** - Instituto Politécnico de Santarém

**HDS, EPE** - Hospital Distrital de Santarém, EPE

**MBI** - *Maslach Burnout Inventory*

**MBI-GS**- *Maslach Burnout Inventory-General Survey*

**MBI-HSS**- *Maslach Burnout Inventory -Human Services Survey*

**MBI-SS**-*Maslach Burnout Inventory- Student Survey*

**MBI-ES**- *Maslach Burnout Inventory-Educators Survey*

**WRQoLS-1** - *Work-Related Quality of Life Scale-1*

**WRQoLS-2** - *Work-Related Quality of Life Scale-2*

**OMS**- *Organização Mundial de Saúde*

**PNSOC**- *Plano Nacional de Saúde Ocupacional*

**QWL**- *Quality of Work Life*

**QV** - *Qualidade de Vida*

**QVT** - *Qualidade de Vida no Trabalho*

**TSDT** - *Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica*

## 1 INTRODUÇÃO

O tema central desta dissertação é a qualidade de vida no trabalho (QVT) e a relação com os níveis de *burnout* nos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) da área da radiologia.

A QVT tem sido um tema debatido por muitos autores e, considerado como uma componente global da vida do trabalhador, essencial para a satisfação no trabalho e na vida (Gonçalves Dias et al., 2016). Porém, a literatura não é unânime quanto ao conceito de QVT, assistindo-se ao desenvolvimento de várias teorias que, em última análise convergem na relação da QVT com o bem-estar das pessoas no trabalho (Sirgy et al., 2001).

Nas últimas décadas o desenvolvimento de novas tecnologias levou a um aumento da competitividade, à adoção de novos modelos de gestão e a maiores exigências na qualificação dos trabalhadores. Neste contexto, as condições de trabalho e de remuneração originaram melhorias nos locais de trabalho que, se fizeram acompanhar de uma evolução dos conceitos de QVT (Nadler et al., 1983). Os primeiros estudos sobre a temática da QVT centravam-se na melhoria de produtividade, tendo evoluído para conceitos que abrangem o equilíbrio entre o trabalho e a família, o *burnout*, o *stress*, a satisfação no trabalho e emoções no trabalho (Hoonakker & Korunka, 2008; Rodrigues et al., 2013; Walton, 1973). Assim sendo, a QVT é um conceito teórico e abrangente que compreende a experiência do indivíduo no trabalho e este conceito é influenciado pelos fatores diretos e indiretos que afetam a satisfação no trabalho e o bem-estar geral (Danna & Griffin, 1999). A evolução das políticas de gestão permitem aos trabalhadores analisarem e percecionarem a satisfação, a segurança e as perspetivas de desenvolvimento e crescimento enquanto indivíduos (Ahmad, 2013).

Adicionalmente, para este estudo foram considerados os conceitos de QVT fundamentados por Easton e Van Laar (2019) e Fontinha (2018), com um modelo que integra uma escala WRQoL-2 (*Work-Related Quality of Life*) que permite avaliar a satisfação dos trabalhadores e, que se revela importante para planear intervenções, monitorizar o trabalho e avaliar o efeito da mudança organizacional. Esta escala contempla sete dimensões: controlo no trabalho; compromisso dos trabalhadores com a organização; bem-estar geral; conciliação família-trabalho; satisfação no trabalho e na carreira; qualidade geral da vida no trabalho; *stress* no trabalho e condições de trabalho (Easton & Van Laar, 2013, Fontinha et al., 2018).

Ainda, neste estudo se reflete o conceito de *burnout*, que segundo Maslach e Jackson (1986) se define como síndrome multifatorial constituída por exaustão emocional, desumanização/despersonalização e reduzida realização no trabalho podendo ser observado em indivíduos com profissões de interação/ajuda a outras pessoas. A necessidade de aprofundar o tema do *burnout* deve-se à sua atualidade e importância na avaliação dos riscos psicossociais que surgem em contexto profissional (Moreira et al., 2021).

A confirmar a atualidade e a relevância do *burnout*, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incluir o *burnout* na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11 – *International Classification of Diseases 11th Revision*), em vigor desde janeiro de 2022, definido como estado de esgotamento físico e mental, resultante da atividade profissional (World Health Organization, 2022). Acresce-se que a OMS pretende desenvolver diretrizes baseadas em evidências de bem-estar mental no local de trabalho, dado que o *burnout* tem repercussões associadas ao emprego e desemprego (Serviço Nacional Saúde, 2019).

Este tema tem vindo a ser motivo de estudo para os profissionais de saúde abordando as suas causas, efeitos e estratégias de prevenção (Liebschutz & Physician, 2014).

Perante o facto de não existirem muitos estudos em Portugal que reflitam o tema da QVT relacionada com os níveis de *burnout* determinou a seleção do tema, assim como a seleção do grupo profissional dos TSDT da área da radiologia, dado ser a área profissional da autora do estudo. Neste contexto, estes profissionais contribuem para o diagnóstico de doenças e dadas as características da profissão, são considerados população de “risco elevado” por serem trabalhadores expostos a radiação ionizante no seu local de trabalho (C. Santos et al., 2016).

Este estudo situa-se numa revisão da literatura dos construtos QVT e *burnout* e no estudo dos mesmos num contexto empírico. Para avaliação dos TSDT da área da radiologia, o instrumento de QVT selecionado foi a escala WRQoL-2 (*Work-Related Quality of Life*) e para análise dos níveis de *burnout* a escolha recaiu no MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory*) que é uma escala largamente difundida e validada em português, para os profissionais de saúde. Nesta avaliação foram, ainda, integradas variáveis sociodemográficas que caracterizassem a amostra e que se pretende associar e correlacionar às dimensões destas escalas.

Após um período de exploração, com revisão da literatura para um enquadramento teórico, formula-se o modelo conceptual e prossegue-se à apresentação da questão para investigação:

*Será que QVT dos TSDT da área da radiologia está relacionada com a presença de burnout?*

Assim sendo, o objetivo geral deste trabalho é investigar, entre os TSDT da área da radiologia, a relação da QVT e o *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). Consequentemente, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Estudar a relação que existe entre a QVT e a exaustão emocional nos TSDT na área da radiologia;
- Estudar a relação que existe entre a QVT e a despersonalização nos TSDT na área da radiologia;
- Estudar a relação que existe entre a QVT e a realização pessoal nos TSDT na área da radiologia;
- Analisar se as perceções de QVT e os níveis de *burnout* nos TSDT na área da radiologia divergem em função do género e do horário de trabalho.

Esta dissertação inicia com o enquadramento teórico que inclui os conceitos e o desenvolvimento dos construtos em análise. Seguidamente, apresenta-se a metodologia adotada, o modelo conceptual e as hipóteses que sustentam este estudo. Para o capítulo do método explicita-se o estudo quantitativo e prossegue-se com o instrumento de medida, a caracterização da amostra e os procedimentos utilizados. Em seguida, apresentam-se e analisam-se os resultados recorrendo a testes estatísticos. Complementa-se esta investigação com a discussão dos resultados, as conclusões do trabalho e sugestões para estudos posteriores que venham a enriquecer e valorizar a temática.

## **2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**

Abordar o tema da QVT implica compreender a trajetória e a contribuição dos diferentes autores para a temática, assim como os seus limites.

Neste capítulo apresentam-se várias considerações sobre o objeto em estudo, dando especial relevância ao que existe na literatura através da apresentação de conceitos, da evolução do construto e dos modelos teóricos resultantes da reflexão desta temática. O desenvolvimento da QVT tem sido motivo de pesquisa científica em áreas da Gestão, da Psicologia do Trabalho e da Saúde no Trabalho (Sampaio, 2012).

### **2.1 Conceitos da Qualidade de Vida no Trabalho**

O conceito de QVT não é unânime e diversos autores têm proposto definições que relevam aspetos dos locais de trabalho, enquanto outros destacam fatores como personalidade, bem-estar, ou fatores mais latos que contribuem para a felicidade e satisfação de vida (Easton & Van Laar, 2018). Este termo é abrangente e deve ser aplicado às mudanças no trabalho, às necessidades dos trabalhadores e incorporar empregadores socialmente responsáveis (Walton, 1973). A QVT, como conceito, valoriza a melhoria da qualidade de vida resultante de cargos mais satisfatórios e produtivos (Werther & Davis, 1983).

A QVT define-se como parte da qualidade de vida global e na análise que o trabalhador faz do seu contexto profissional, assim como a influencia que o trabalho tem na sua vida (VanLaar et al., 2007).

O conceito QVT relaciona o compromisso das condições de vida e o ambiente laboral, com inclusão de bem-estar, garantia de saúde, segurança física, mental, social, e a capacidade para criar ambientes seguros de trabalho (Claudia et al., 2017).

Por outro lado, para a OMS o conceito da Qualidade de Vida (QV) é “a perceção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1998, p. 1570). O uso da expressão “Qualidade de Vida” no contexto de trabalho pressupõe a associação de melhores condições de trabalho e das instalações físicas assim como, medidas favoráveis aos trabalhadores (atualização de salários e redução de horas de trabalho mensal), embora implique custos adicionais para as empresas (Fernandes &

Gutierrez, 1988). A preocupação para com a saúde no trabalho e a relação com QV originou um novo indicador – QVT – fomentando o aparecimento de modelos teóricos (Pedroso & Pilatti, 2009). Deste modo, a contemporaneidade dos conceitos e a valorização do trabalho comprometem as organizações para o inevitável bem-estar dos trabalhadores. A evolução e globalização económica, os novos paradigmas da gestão organizacional e as alterações culturais relacionam um difícil compromisso entre a qualidade de vida e a estabilidade financeira das empresas (Limongi-França, 2004). Por conseguinte, a definição de QVT assenta em três conceitos: o humanismo (com base na motivação ou na satisfação), o envolvimento do trabalhador (em decisões de gestão) e o bem-estar (Sampaio, 2012). Contribui igualmente para o conceito de QVT, a preocupação com a saúde dos trabalhadores, as relações entre os indivíduos e a satisfação com o trabalho (Pereira, 2018).

O desenvolvimento de conceitos mais abrangentes como a Qualidade de Vida Global define a QVT como parte da qualidade de vida geral, que é influenciada pelo trabalho. O modelo Van Laar e Fontinha (2018), que relaciona variáveis como conciliação casa-trabalho, satisfação de trabalho e carreira, controlo no trabalho e condições de trabalho, considera que estas variáveis influenciam positivamente o compromisso do trabalhador e a ausência de *stress* no trabalho. Numa última fase, estas duas variáveis relacionam-se com o bem-estar geral (Fontinha et al., 2018).

Segundo Chiavenato (2014), o conceito de QVT relaciona os aspetos físicos, ambientais, assim como os aspetos psicológicos do trabalho. Ainda, para o mesmo autor, o conceito de QVT integra duas vertentes antagónicas: as necessidades e as reivindicações dos trabalhadores, no sentido do bem-estar e satisfação no trabalho, em oposição aos interesses das organizações, para potenciar a produtividade e qualidade (Chiavenato, 2014).

Para além disso, a QVT afeta as atitudes individuais e de grupo influenciando comportamentos como motivação, participação ativa no trabalho, inovação e adaptação ao meio ambiente contribuindo, para que os resultados das organizações sejam de qualidade, competitivos e produtivos. Para Chiavenato (2014), a QVT representa o elevado grau de satisfação dos trabalhadores, dentro das organizações.

O conceito de QVT engloba uma diversidade de fatores como:

- a) satisfação com o trabalho executado;
- b) possibilidades de futuro na organização;

- c) reconhecimento pelos resultados alcançados;
- d) salário percebido;
- e) benefícios auferidos;
- f) relacionamento humano dentro da equipa e da organização;
- g) ambiente psicológico e físico de trabalho;
- h) liberdade de atuar e responsabilidade de tomar decisões;
- i) possibilidades de estar integrado e participar ativamente (Chiavenato, 2014, p.420).

No atual contexto empresarial e industrial, o fator motivação tem especial relevância no compromisso e na melhoria do desempenho das atividades laborais dos funcionários (Zamberlan, 2015). Assim, na última década manifestou-se um maior conhecimento da QVT resultante das informações obtidas pela observação dos ambientes de trabalho. As empresas foram evoluindo de práticas essencialmente operacionais e de carácter legislativo para atividades mais corporativas e estratégicas (Limongi-França, 2004).

As alterações sociais têm possibilitado o desenvolvimento de legislação que tem vindo proteger o trabalhador. O conceito de QVT tem evoluído ao englobar como responsabilidade social da empresa, a humanização no trabalho, o atendimento das necessidades e as ambições humanas (Fernandes, 1996). A produtividade nas empresas também se relaciona com outras soluções mais orientadas para a humanização no trabalho e Nadler e Lawler (1983, citado por Fernandes, 1996) afirmam que a QVT é “vista como uma maneira de pensar a respeito das pessoas, do trabalho e das organizações” (Fernandes, 1996, p. 44).

Outros autores integram, no conceito de QVT, fatores não só relacionados com o trabalho (satisfação no trabalho, remuneração ou relação social no trabalho), mas também fatores relacionados com a satisfação com a vida e o bem-estar (Danna & Griffin, 1999).

A QVT foi também conceptualizada como algo dinâmico que depende de fatores físicos, tecnológicos e sociopsicológicos, que reestruturam as organizações e influenciam a cultura, com efeitos na produtividade das empresas e no bem-estar do trabalhador (Fernandes, 1996).

Adicionalmente, os conceitos de QVT têm normalmente como preocupação o grau de satisfação do trabalhador com a empresa, as condições de trabalho, o ambiente geral e a promoção da saúde (Limongi-França, 1996). Para este autor, a definição de QVT:

é um conjunto de ações de uma empresa que envolve diagnóstico e implementação de

melhorias com inovações de gestão, tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, visando proporcionar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho (Albuquerque & Limongi-França, 1998, p. 2).

Assim, as diversas abordagens, quer por psicólogos industriais, quer por autores na área da gestão, apresentam a QVT como um constructo associado ao bem-estar dos funcionários, sendo definida como a satisfação das diversas necessidades dos funcionários, decorrente dos recursos, atividades e resultados oriundos da participação no local de trabalho (Sirgy et al., 2001).

Ainda, a QVT é essencial na prática de modelos estratégicos para garantirem o sucesso das organizações e potencializarem o desempenho dos trabalhadores (Carneiro, 2018).

## **2.2 Evolução do Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho**

O movimento da QVT teve origem em meados do século XX, onde os primeiros estudos seguiram uma abordagem sociotécnica relacionada com a produtividade. A QVT evoluiu para outro conceito, centrado no trabalho e na satisfação do trabalhador, com consequências para a saúde e bem-estar geral dos trabalhadores (Fernandes, 1996). O conceito de QVT, originário do movimento da Escola das Relações Humanas, tem como base análises de Elton Mayo (1929), na *Western Electric* (Chicago), tendo contribuído para estudos de satisfação no trabalho, comportamento humano e motivação dos trabalhadores (Wilmar do Nascimento, 2010).

Na Europa, Eris Trist (1950), no *Tavistock Institute of Human Relation* (Londres) direcionou os estudos para as organizações, para as relações de trabalho (entre pares e entre os trabalhadores e as chefias) e para as condições de trabalho focadas na produtividade (Soares, 2018).

O trabalho de Maslow (1954) merece relevância ao conceber a Teoria das Necessidades, composta por cinco necessidades fundamentais e distribuídas em forma de pirâmide: fisiológicas, segurança, amor, estima e auto realização (Vasconcelos, 2001). A base da pirâmide representa a primeira necessidade e, neste modelo só é possível atingir o pico da pirâmide (autorrealização) após as outras necessidades de base estarem completas. Esta teoria contribui para a identificação dos fatores motivacionais e é possível a variação individual, o que confere um aumento de motivação dos trabalhadores (Sampaio, 2009).

Ainda, para o autor McGregor (2015), o desenvolvimento da Teoria X e Y descreve um conceito, em que os gestores se apresentam como dominantes no seio das organizações e pressupõem o

controlo comportamental dos trabalhadores. O desenvolvimento de novas teorias com pontos de vista antagónicos na gestão revelam que na teoria X a gestão é autocrática, resultante numa fraca motivação dos trabalhadores, enquanto a teoria Y procura estabelecer relações de colaboração entre gestores e trabalhadores e harmonizar as necessidades individuais e os objetivos das organizações (McGregor, 2015).

Na segunda metade do século XX tiveram origem teorias com desenvolvimento em conceções que associavam a produtividade à satisfação individual, englobando também a realização profissional e o bom desempenho do trabalhador (McGregor, 1960, citado por Nascimento e Pessoa, 2007).

A evolução das sociedades desencadeou, nos Estados Unidos, uma maior ênfase da gestão das organizações para o bem-estar dos trabalhadores, aliada aos objetivos das organizações e à produtividade (Soares, 2018).

No decorrer dos anos setenta do século XX, com a crise energética, as organizações depararam-se com problemas de gestão e de sobrevivência relegando o interesse da QVT para segundo plano, não valorizando a satisfação dos trabalhadores. Após esta década, motivada pelo declínio da competitividade das organizações nos Estados Unidos face ao mundo empresarial, desencadeou-se uma nova fase, com interesse em técnicas de gestão japonesas (Círculos de Controlo de Qualidade-CCQ), no desenvolvimento de abordagens sobre a QVT. Verificou-se, nos anos oitenta, o interesse perante a qualidade de vida dos trabalhadores, em simultâneo com o desenvolvimento organizacional aliado à produtividade e à QVT (Nascimento & Pessoa, 2007). Nesta década observou-se uma evolução da QVT, com uma maior valorização do trabalho e participação ativa dos trabalhadores, que passaram a questionar e a reivindicar os seus direitos (Nadler et al., 1983). Na década de noventa, a preocupação das organizações para a QVT abrange áreas como a saúde dos trabalhadores, relações humanas e aspetos ambientais e considera-se indispensável como ferramenta de gestão para gestores e trabalhadores. Ainda para Fernandes (1996), a QVT é considerada uma estratégia para conciliar os interesses dos trabalhadores e das organizações (Fernandes, 1996).

Segundo Chiavenato (2014), as organizações devem incluir nos objetivos de gestão, critérios de qualidade de vida, com foco na satisfação dos trabalhadores. Neste sentido, a gestão deve ser orientada para minimizar as necessidades coletivas, associar fatores ambientais, físicos e psicológicos adequados ao sucesso e a vantagens competitivas (Ribeiro & Santana, 2015).

A competitividade entre as organizações, resultante da explosão tecnológica e da divulgação da informação, reforçou a preocupação com o bem-estar dos trabalhadores, com a motivação e satisfação, de modo a atingir metas produtivas e se destacarem nos mercados (Ribeiro & Santana, 2015).

A subjetividade do conceito de QVT veio fomentar a existência de diversos modelos teóricos que se passam a apresentar.

### **2.3 Modelos de Qualidade de Vida no Trabalho**

Os modelos relacionados com o tema da QVT foram desenvolvidos com diferentes perspetivas e análises conceptuais.

No que respeita à formulação de modelos para avaliação da QVT e à sua implementação nas organizações, estes só têm viabilidade se se identificarem os fatores e os critérios de QV. Posteriormente à teoria das necessidades, a decisão de melhoria da QVT levou à identificação de indicadores de QV e ao desenvolvimento de modelos mais específicos, como o modelo de Walton (1973), Wesley (1979), Werter e Davis (1981), Nadler e Lawer (1983).

Para este subcapítulo passaremos a descrever os modelos mais relacionados com o nosso estudo.

#### **2.3.1 Modelo de Richard Walton**

O modelo conceptual de Richard Walton (1973) propõe a avaliação da QVT nas organizações, sendo considerado, no meio académico como um modelo pioneiro, amplo e com um conjunto de critérios que permite avaliar a satisfação no trabalho. A origem do desenvolvimento de um instrumento de medida, para uma melhor avaliação da QVT, deve-se ao facto do autor considerar que as sociedades industriais desvalorizavam os valores ambientais e humanos e davam primazia aos objetivos de produtividade, evolução tecnológica e crescimento económico (Walton, 1973).

Para Walton (1973), o ambiente de trabalho deve ser humanizado com tarefas adequadas, conferindo autonomia, responsabilidade, reconhecimento e a promoção do desenvolvimento pessoal do trabalhador, de forma que o ambiente de trabalho esteja positivamente relacionado com a saúde económica da organização (Carneiro, 2018). Ainda, para este autor, a importância de medidas implementadas nas organizações, com objetivos de melhorias na gestão, na

tecnologia e em ambientes de trabalho devem ter como base áreas do conhecimento vastas e abrangentes como: saúde, ecologia, ergonomia, psicologia, sociologia, economia, administração e engenharia (Limongi-França, 1996).

A importância da QVT e a relação direta com a valorização humana e ambiental levou à implementação de modelos para que “os cargos se mostrem mais produtivos e satisfatórios, com vantagem para as pessoas e organizações, mediante a reformulação do desenho de cargos e postos de trabalho” (Walton, 1973, p.52).

O modelo de Richard Walton (1973) estuda a correlação entre a produtividade, a satisfação e a motivação dos colaboradores, com resultados de eficácia na organização. A implementação deste modelo permite a mensuração da QVT e avaliar a percepção dos colaboradores, relativamente aos indicadores de QVT nas organizações, nos diferentes níveis hierárquicos (Trindade, 2017).

Deste modo, o modelo foi considerado como a contribuição mais valiosa dos anos setenta, com a proposta de mensuração de QVT, constituída por oito categorias conceptuais:

- Compensação justa e adequada (remuneração e equidade);
  - Condições de trabalho (jornada de trabalho e ambiente);
  - Uso e desenvolvimento de capacidades (autonomia, habilidades e informações);
  - Oportunidade de crescimento e segurança (carreira, crescimento e segurança);
  - Integração social à organização (sem preconceitos, relacionamento e comunidade);
  - Constitucionalismo (direitos, privacidade e liberdade);
  - Trabalho e espaço total de vida (tempo entre família e trabalho);
  - Relevância social da vida no trabalho (valorização, imagem, responsabilidade social)
- (Walton, 1973).

As oito categorias ao serem correlacionadas permitem avaliar a percepção dos trabalhadores para a sua situação no trabalho, conforme Tabela 1 (Walton, 1973).

**Tabela 1**
*Categorias conceptuais da QVT*

<b>CRITÉRIOS</b>	<b>INDICADORES DE QVT</b>
Compensação justa e adequada	Equidade interna e externa Justiça na compensação Partilha de ganhos de produtividade
Condições de trabalho	Jornada de trabalho razoável Ambiente físico seguro e saudável Ausência de insalubridade
Uso e desenvolvimento de capacidades	Autonomia Autocontrolo relativo Qualidades múltiplas Informações sobre o processo total de trabalho
Oportunidade de crescimento e segurança	Possibilidade de carreira Crescimento pessoal Perspetiva de avanço salarial Segurança de emprego
Integração social na organização	Ausência de preconceitos Igualdade Mobilidade Relacionamento Senso Comunitário
Constitucionalismo	Direitos de proteção ao trabalhador Privacidade pessoal Liberdade de expressão Tratamento imparcial Direitos trabalhistas
Trabalho e espaço total de vida	Papel balanceado do trabalho na vida pessoal Papel balanceado no trabalho Estabilidade de horários Poucas mudanças geográficas Tempo para lazer da família
Relevância social	Imagem da empresa Responsabilidade social da empresa Responsabilidade pelos produtos Práticas de emprego

Fonte: Elaborado por Fernandes (1996, p.46) baseado em Walton (1973)

A QVT associa-se tanto a fatores que influenciam diretamente o trabalho (remuneração justa e adequada, ambientes de trabalho seguros e saudáveis, desenvolvimento pessoal, segurança no trabalho, valorização da profissão na organização e na sociedade e o respeito das leis e normas sociais), como a outros fatores que influenciam indiretamente, nomeadamente a relação do indivíduo no seio da sociedade (Timosi et al., 2009).

Atualmente, o modelo de Richard Walton (1973) apresenta dificuldade de implementação devido às diferenças existentes nas organizações e nas relações de trabalho, comparativamente aos contextos laborais dos anos setenta quando foi desenvolvido (Sampaio, 2012).

### **2.3.2 Modelo de Hackman and Oldman**

O modelo de Hackman e Oldman é um instrumento de trabalho, publicado em 1975, centrado nos resultados das organizações para variáveis como motivação, satisfação no trabalho, absentismo e *turnover* e, ainda, qualidade no desempenho de tarefas. Para que se obtenham resultados que sustentem a QVT, a importância dos estados psicológicos críticos implica que os trabalhadores tenham a perceção do significado do seu trabalho, da responsabilidade da sua atividade nos resultados das organizações e o conhecimento da realidade do seu trabalho para a organização (Pizzolato et al., 2013).

### **2.3.3 Modelo de Westley**

O modelo de Westley (1979) propõe a avaliação do ambiente no trabalho em articulação com a QVT. Este modelo foi publicado nos Estados Unidos, em 1979, e, segundo o autor, os problemas no trabalho têm origem nas seguintes dimensões, que devem ser analisadas individualmente:

- Económica: Equidade salarial;
- Política: Estabilidade no emprego;
- Psicológica: Possibilidade de auto-realização;
- Sociológica: Participação ativa na realização das tarefas, com a distribuição de responsabilidade na equipa (Fernandes, 1996).

No estudo de Westley (1979), a humanização no trabalho é imprescindível para a QVT, a fim de minimizar as problemáticas identificadas que promovem a injustiça no trabalho, a instabilidade no emprego, a carência de leis que protejam os trabalhadores e a ausência de valorização pessoal. Perante a realidade dos factos identificam-se as causas e as consequências de cada problemática e inferem-se melhorias com possíveis soluções (Timosi et al., 2009). A integração

dos trabalhadores nas organizações com responsabilização e participação ativa nas tarefas e nos resultados financeiros leva a soluções e promove a QVT (Pinhal, 2012).

#### **2.3.4 *Modelo de Werther and Davis***

Para o modelo de Werther e Davis, a QVT pode ser influenciada por fatores ambientais, organizacionais e comportamentais e o modelo pretende analisar o conteúdo e designação dos cargos. Estes autores defendem que o trabalho depende da avaliação individual e a rotina no trabalho pode ser um fator negativo para a QVT. As alterações e reestruturações dos cargos devem ser planeadas e, de acordo com as necessidades do trabalhador e da organização, pois os cargos são o elo entre as pessoas e a organização. Para a Werther e Davis, a QVT é um desafio real para as organizações (Werther & Davis, 1991).

#### **2.3.5 *Modelo de Nadler and Lawer***

O estudo realizado por Nadler e Lawer (1983) pretendeu definir a QVT segundo um conceito claro, reunindo definições em diferentes épocas e contextos. A análise espaço-temporal de conceitos de QVT, no período entre 1959 e 1982 valoriza um modelo, cuja estrutura deve ser implementada em programas futuros. Para efetividade e sucesso destes programas pretende-se que o construto QVT proporcione benefícios com a avaliação das condições de trabalho e a análise das áreas a serem intervencionadas (Pedroso & Pilatti, 2009) (Tabela 2).

**Tabela 2**
*Evolução do conceito de QVT*

<b>CONCEPÇÕES EVOLUTIVAS DA QVT</b>	<b>CARACTERÍSTICAS OU VISÃO</b>
1. QVT como uma variável (1959-1972)	Reação do indivíduo ao trabalho. Investigava-se como melhorar a QVT para o indivíduo.
2. QVT como uma abordagem (1969-1974)	O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo, procurou-se trazer melhorias tanto ao empregado como à direção
3. QVT como um método (1972-1975)	Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. A QVT era vista como sinónimo de grupos autónomos de trabalho, enriquecimento de cargo, integração social e técnica.
4. QVT como um movimento (1975-1980)	Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos “administração participativa” e “democracia industrial” eram frequentemente ditos como ideais do movimento de QVT.
5. QVT como tudo (1979-1982)	Como solução contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais
6. QVT como nada (futuro)	No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará apenas de um “modismo” passageiro.

*Nota:* Nadler e Lawler (1983 adaptado por Fernandes, 1996, p.42)

A teoria segundo a qual, para as organizações, os trabalhadores servem somente para executar tarefas foi ultrapassada, considerando-se que atualmente estes são capacitados, participam e planeiam, colaborando ativamente para o sucesso da empresa (Chiavenato, 2014). Resumidamente, o modelo de Nadler e Lawer reconhece a prioridade para os fatores que determinam o sucesso dos programas de QVT, mas não identificam os indicadores necessários à avaliação da QVT (Pedroso & Pilatti, 2009).

### **2.3.6 Modelo de Easton e Van Laar**

Para avaliar e melhorar a QVT, a utilização da escala WRQoL (Work-Related Quality of Life) tem sido motivo de estudos no Reino Unido, em diversas universidades, escolas, sindicatos e outras organizações de relevância no Reino Unido. Foi elaborado um documento “Working Together”, em 1998, pelo Departamento de Saúde do Reino Unido, no sentido de se implementar um

inquérito anual aos trabalhadores, para referenciar e desenvolver medidas de promoção para a QVT. Com este inquérito pretendeu-se definir e avaliar a perceção dos trabalhadores para a QVT, dentro das organizações. Estes estudos desenvolveram o conceito da QVT, de forma mais abrangente, para o fator bem-estar individual e qualidade de vida (QV), não se focando simplesmente na satisfação profissional (Easton & Van Laar, 2018).

A escala WRQoL é uma medida baseada em evidências de QVT e fornece informações sobre a satisfação dos trabalhadores, o que permite planejar, monitorizar, intervir e medir efeitos das mudanças organizacionais (Van Laar et al., 2007). A QVT reflete a influencia direta que o trabalho tem no trabalhador, assim como noutros fatores indiretos que resultam na satisfação, no trabalho e no bem-estar geral (Danna & Griffin, 1999). O desenvolvimento da escala, com base numa amostra alargada de pessoal do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido permitiu identificar e estruturar a mesma em seis dimensões comportamentais mensuráveis: satisfação do trabalho e da carreira, bem-estar geral, controlo no trabalho, *stress* no trabalho, condições de trabalho; e conciliação casa-trabalho (Özgenel, 2021).

Inicialmente a escala da WRQoL-1 surgiu com 23 questões, para medir a perceção da qualidade de vida dos trabalhadores, identificar os problemas existentes no trabalho e relacionar com o trabalhador as dimensões identificadas. Neste sentido, o estudo pretendeu validar a escala e desenvolver um modelo que incluísse a relação do compromisso dos trabalhadores e relacionasse as condições de trabalho, a satisfação do trabalho e carreira, o controlo de trabalho, em ausência de *stress* no trabalho. Esta escala pode ser acrescida de uma 24ª questão que se utiliza, na análise de dados, para medir a fiabilidade e validade dos artigos (Easton & Van Laar, 2018). A escala de WRQoL-1 desenvolvida por Easton e Van Laar (2012) evoluiu de 23 questões para mais três questões, a fim de permitir maior abrangência na valorização do trabalho e no compromisso dos trabalhadores (Meyer & Maltin, 2010). A elaboração de estudos têm confirmado que se trata de uma escala com propriedades psicométricas fortes e que tem demonstrado ter boa fiabilidade e validade (Van Laar et al., 2007).

Os autores desenvolveram posteriormente a WRQoL-2 com 32 questões, considerando as seis dimensões (Easton & Van Laar, 2018). Os autores Fontinha, Van Laar e Easton (2018) definiram que a QVT resulta da influência do trabalho e que integra o conceito de qualidade de vida global (Fontinha et al., 2018). A escala WRQoL-2 testada por Fontinha, Van Laar e Easton (2018) pretende mediar a variável ausência de *stress* com a variável empenhamento para com a organização e relacionar ambas com a variável bem-estar geral (Fontinha et al., 2018). O modelo

testado medeia as perceções dos trabalhadores para com as variáveis descritas da escala WRQoL-1 e relaciona-as com a ausência de *stress* e o empenhamento com as organizações e, por último, traduz-se numa relação positiva com o bem-estar geral. O modelo conceptual atual na escala WRQoL-2 integra as sete dimensões: Controlo no Trabalho; Compromisso dos trabalhadores com a Organização; Bem-Estar Geral; Conciliação Casa-Trabalho; Satisfação no Trabalho e na Carreira; Qualidade Geral da Vida no Trabalho; *Stress* no Trabalho e Condições de Trabalho que passamos a definir mais detalhadamente (Fontinha et al., 2018).

**Controlo no trabalho.** O trabalhador tem a perceção que controla a sua atividade pela liberdade em expressar as suas opiniões e participar nas decisões do processo produtivo (Easton & Van Laar, 2019). Segundo Spector (2002, citado por Easton e Van Laar, 2018), o bem-estar e saúde podem ser fortemente influenciados pela perceção individual de controlo do trabalho que os trabalhadores considerarem adequado (Easton & Van Laar, 2018).

**Empenhamento.** Pode-se definir o empenhamento como afetivo (o trabalhador está envolvido emocionalmente com a organização), normativo (o trabalhador sente uma obrigação para com o seu trabalho e para com a organização), instrumental (o trabalhador tem consciência dos custos associados à sua permanência ou ausência na organização) (Meyer & Maltin, 2010).

A importância do empenhamento dos trabalhadores para com as organizações está relacionada com a QVT. O trabalho de equipa, a remuneração, as relações sociais no trabalho e o aumento de carga no trabalho estão diretamente relacionados com o empenhamento no trabalho (Danford et al., 2008). A satisfação no trabalho e a atitude de permanência são preditores significativos de empenhamento com a organização associados a menor probabilidade de saírem (Meyer & Maltin, 2010). A inclusão na escala WRQoL-2 de três questões pretende medir a importância do empenhamento dos trabalhadores com as organizações (Fontinha et al., 2018).

**Bem-estar geral.** Avalia como o indivíduo se sente consigo próprio e até que ponto está satisfeito na vida, independentemente da sua situação com o trabalho. A avaliação do bem-estar psicológico e saúde física em geral valoriza a qualidade de vida e, a satisfação no trabalho. Realça-se a importância da saúde ocupacional nas organizações, com programas para avaliação dos riscos de saúde mental, nos locais de trabalho (Easton & Van Laar, 2018).

**Conciliação casa-trabalho.** No modelo atual, a dimensão reflete a sensibilidade da organização em apoiar o trabalhador, para que consiga conciliar o trabalho com a vida familiar. A dimensão relaciona as questões que integram o equilíbrio profissional e o grau de perceção dos

trabalhadores para o controlo que sentem no trabalho, dentro e fora da organização, com benefício mútuo do trabalhador, da organização e da sociedade. A valorização dos horários, das medidas sociais e dos ambientes de trabalho contribuem para o equilíbrio entre os trabalhadores e as organizações (Fontinha et al., 2018).

Os conflitos na conciliação família-trabalho podem originar sequelas físicas e psicológicas, causados por horários prolongados, com excesso de carga horária e estão associados a aumento de risco de *burnout* (Shanafelt et al., 2012).

**Satisfação no trabalho e na carreira.** A dimensão reflete a perceção do trabalhador para com o trabalho incluindo a progressão na carreira, o reconhecimento, a remuneração, a formação e o desenvolvimento pessoal proporcionado pela organização (Easton & Van Laar, 2018). Pode-se atribuir para esta dimensão a relação com o local de trabalho e com a realização profissional (Fontinha et al., 2018). A importância dos locais de trabalho para os trabalhadores, ao ser analisada nesta dimensão, representa o grau de influência para autoestima elevada e para a perceção de bem-estar no trabalho (Easton & Van Laar, 2013).

**Stress no trabalho.** A dimensão pretende medir a pressão exagerada a que um trabalhador está sujeito no ambiente de trabalho (Easton & Van Laar, 2019). A gestão do *stress* pelas organizações e pelos trabalhadores tem tido um papel relevante, bem como a manutenção de ambientes de trabalho saudáveis. O *stress* no trabalho tem influência na motivação, produtividade do trabalhador e implicações para a saúde com necessidade de promoção de medidas de intervenção (Dollard & Metzger, 1999).

**Condições de trabalho.** Avaliam qual o grau de satisfação do trabalhador relativamente à segurança no trabalho e aos recursos disponíveis, para realizar o trabalho de forma eficaz (Easton & Van Laar, 2018). Para esta dimensão realça-se a importância da saúde ocupacional nas organizações e a preocupação com os ambientes de trabalho (Fontinha et al., 2018).

### 3 BURNOUT

O conceito de *burnout* tem sofrido uma evolução resultante das alterações sociais, culturais e dos estudos efetuados sobre a temática. Neste capítulo apresenta-se a evolução dos conceitos de *burnout*, os modelos teóricos subjacentes aos conceitos com os respetivos instrumentos de medida e, ainda, os antecedentes de *burnout*.

#### 3.1 Evolução dos Conceitos de *Burnout*

O conceito de *burnout* emerge na década de setenta, por intermédio de Freudenberger (1974) que descreveu como colapso físico e emocional (“*burning to exhaustion*”) resultante dos sinais e sintomas, identificados em si próprio e nos seus colegas (Marôco et al., 2016). Para Freudenberger (1974), o conceito de *burnout* define-se como “estado de fadiga ou frustração surgido pela devoção a uma causa, por uma forma de vida ou, por uma relação que fracassou no que respeita à recompensa esperada” e encontra-se associada ao trabalho (Freudenberger, 1974, p.162).

De acordo, com Maslach e Jackson (1981), o *burnout* foi definido como um estado de exaustão físico, emocional e mental, resultante de relações sociais complexas e, normalmente associado ao trabalho (Maslach & Jackson, 1981). Para estes autores, define-se *burnout* como um transtorno multifatorial que engloba exaustão emocional, despersonalização/desumanização e fraco desempenho dos profissionais que interagem com outras pessoas (Maslach & Jackson, 1981). Assim sendo, as pesquisas estabeleceram que o construto de *burnout* tem três dimensões subjacentes, que proporcionaram a evolução de uma teoria multidimensional (Maslach et al., 2001).

No desenvolvimento de vários referenciais teóricos, os que referem *burnout* como síndrome integram, preferencialmente, os profissionais que trabalham em ações assistenciais ou de ajuda. Para estes profissionais são observáveis sinais e sintomas de *burnout* que são procedentes do esgotamento emocional (pelo constante contacto com pessoas nos locais de trabalho), de uma fraca perceção de eficácia para a profissão e, de relações intersociais distantes, podendo mesmo ser consideradas desumanizadas (Maslach, 2014).

Para os autores Maslach e Leiter (1997), no conceito de *burnout* o trabalho é definido como um problema. Desta forma, redefinem as três dimensões: para a dimensão exaustão - considera-se a fadiga, a ansiedade e, em situações limite a depressão; para o cinismo/despersonalização – o

distanciamento nas relações intersociais no trabalho e ao próprio trabalho; para realização pessoal - diminuição de sentimentos de eficácia no trabalho (Maslach et al., 1997).

Outros estudos demonstraram que os profissionais refletiam a acumulação de conflitos crónicos no trabalho e *stress* emocional, com base nas três dimensões de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal) (Maslach, 2014). Pode-se definir *burnout* como uma experiência limite de *stress* que decorre de relações complexas, em contexto de trabalho (Vicente et al., 2014).

Para Maslach e Schaufeli (1993), o conceito de *burnout* coincide, com estudos desenvolvidos anteriormente, ao serem valorizados os sintomas e sinais relacionados com a exaustão emocional e mental, fadiga e depressão. Estes autores, Maslach e Schaufeli (1993) valorizam o trabalho e a sua influência para o desenvolvimento de sintomas comportamentais e mentais nos trabalhadores. Ainda consideram que o conceito de *burnout* abrange trabalhadores que não tinham manifestações de distúrbios psicológicos antes dos sintomas e que as atitudes e comportamentos negativos são consequência do problema, traduzindo-se em desempenho fraco e comportamentos negativos (Maslach & Schaufeli, 2013).

De igual forma, o conceito de *burnout* é definido como um reflexo de um processo contínuo de incapacidade para lidar com o trabalho. Estes sentimentos de inadequação para o trabalho podem resultar em desgaste físico e emocional, associados a sintomas físicos, perturbações psicológicas, dificuldade nas relações sociais e acompanhados de baixa produtividade, podendo levar, em situações limite, ao suicídio (Do Nascimento Ferreira & De Lucca, 2015).

Para os autores Schaufeli e Greenglass (2001), *burnout* pode ser considerado um estado de exaustão física, emocional e mental como consequência de um envolvimento a longo prazo, em situações emocionalmente exigentes, em contexto de trabalho (Schaufeli & Greenglass, 2001). A situação no trabalho tem implicações claras no desencadear do *burnout* individual (Maslach et al., 2001).

O conceito de *burnout* como síndrome psicossocial surge na sequência da influência prolongada a condições de *stress* e de relações interpessoais complicadas no trabalho. Ao ser considerado como um estado psicológico negativo no trabalho, o *burnout* caracteriza-se pela exaustão, baixa motivação, sensação de baixa produtividade, comportamentos disfuncionais no trabalho. Esta alteração na postura para o trabalho é gradual e resulta da diferença entre a realidade e a

perceção que o trabalhador tem, desenvolvendo, em simultâneo, estratégias de *cooping* inadequadas (Schaufeli & Buunk, 2004).

Adicionalmente, a definição de *burnout*, como uma resposta ao *stress* no trabalho de forma crónica, manifesta-se com a deterioração cognitiva (diminuição de realização pessoal no trabalho e baixa motivação), afetiva (perceção de perda de capacidade física e desgaste emocional) podendo desencadear reações negativas com os clientes, acompanhadas de atitudes de frieza e distanciamento (Gil-Monte, 2003).

Acrescenta-se que o *burnout* é definido como um processo que resulta do *stress* profissional que, numa primeira análise, é provocado pelo desequilíbrio entre os recursos individuais e as exigências no trabalho, numa outra fase manifestam-se os sintomas de exaustão e fadiga e por último, desencadeiam-se alterações comportamentais manifestadas com distanciamento pelos outros e excessiva preocupação consigo próprio (Nunes, 2017).

O conceito de *burnout*, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - (CID-11), é uma síndrome que resulta de *stress* crónico no local de trabalho que não foi eficazmente gerido (Filho, 2019; Organização Pan-Americana da Saúde, 2019.) Os fatores de risco psicossociais do trabalho são indutores de esgotamento físico, emocional e psíquico e resultam numa diminuição da satisfação no trabalho, em atitudes de despersonalização ou distanciamento emocional (Moreira et al., 2021).

## **3.2 Modelos Explicativos de *Burnout***

Neste capítulo são abordados alguns modelos teóricos que sustentam os conceitos de *burnout* e instrumentos de medida que permitem avaliar os índices *burnout* nos profissionais.

### **3.2.1 Modelo de Cherniss**

O modelo definido por Cherniss (1980, citado por Richardesen e Burke, 1995) considera que os profissionais se adaptam às diferentes realidades do trabalho e refere *burnout* como um processo de adaptação psicológica ou de *cooping*, como resposta para diferentes origens de *stress*. Este modelo permite caracterizar o *burnout* associado a indivíduos com profissões que cuidam de terceiros, causado por fatores organizacionais (trabalho stressante e repetitivo) e pessoais (relação casa-família, atividades extra profissão) ou outros fatores que contribuem para que o trabalhador se afaste a nível psicológico do trabalho (Carlotto et al., 2012).

O estudo qualitativo efetuado por Cherniss (1980 citado por Vara, 2007) a profissionais de diversas áreas, em início de carreira (advogados, professores, enfermeiros e profissionais de saúde mental) pelo período de dois anos, processou-se em três etapas. A primeira etapa estabelece a diferença entre o que o profissional proporciona à organização (os seus recursos) e o que recebe no trabalho (exigências laborais). Numa segunda fase desenvolve-se um desequilíbrio que leva a sentimentos de frustração perante o trabalho e *stress*. O profissional passa a considerar mais os seus interesses e a desvalorizar os interesses da organização ou dos outros. Esta segunda fase é uma resposta emocional ao desequilíbrio mencionado na primeira fase e, manifesta-se pelo cansaço emocional e físico. Por último, a terceira fase caracteriza-se pelos mecanismos de *cooping* face aos sentimentos de fracasso (Vara, 2007)

### **3.2.2 Modelo de Golembiewski, Munzenrider e Carter**

O modelo apresentado por Golembiewski e colaboradores (1983) expõe a síndrome de *burnout* constituído por três dimensões (despersonalização, reduzida realização pessoal e exaustão emocional) com base no modelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1981), com diferenças que causaram alguma controvérsia (Pinteus, 2001). Para este modelo a despersonalização desenvolve-se numa primeira fase e surge como medida de defesa para sentimentos de mal-estar, em relação às pessoas para quem trabalha, com uma reduzida realização pessoal e por conseguinte, nível elevado de exaustão emocional (Richards & Burke, 1995).

Este modelo desenvolve diversas fases e a despersonalização é determinante para desencadear o *burnout*, ao influenciar negativamente a realização pessoal. Para outras situações, o desenvolvimento de níveis elevados para a despersonalização e realização pessoal pode apresentar níveis baixos para a dimensão exaustão emocional. Deste modo, foi possível avaliar que o modelo se processa em fases, de forma sequencial não sendo necessário passar por todas as fases para atingir níveis de *burnout* (Benevides-Pereira, 2012).

### **3.2.3 Modelo de Maslach e Jackson**

O modelo tridimensional desenvolvido por Maslach e Jackson (1981) resultou num instrumento para avaliação de *burnout* que veio a ser o mais difundido em investigações empíricas, denominado MBI (Vicente et al., 2013). Estes autores tinham o objetivo de avaliar os profissionais que trabalhavam em áreas dos serviços humanos e de saúde e definiram o *burnout* como síndrome de exaustão emocional e cinismo. A exaustão emocional leva a sentimentos de

incapacidade a nível psicológico. Ainda, neste desenvolvimento, as atitudes para o “outro” são de carácter negativo e de cinismo. Os profissionais têm uma avaliação negativa de si próprios, desvalorizando o seu trabalho e sentindo-se pouco realizados pelo seu desempenho (Maslach & Jackson, 1981). Este modelo é caracterizado por três dimensões, nomeadamente:

**Exaustão emocional** - associa-se a sentimentos de esgotamento dos recursos emocionais e físicos e à percepção que o trabalhador tem de inadequação em relação ao trabalho (Maslach, 2014). Esta componente tem um papel central no processo de *burnout*, representa o estado em que o trabalhador não tem capacidade para ajudar o outro e desenvolve sentimentos negativos (Moreno Zimenez et al., 2005). Esta componente representa a dimensão individual para a caracterização de *stress* no *burnout* (A. Santos, 2009).

**Cinismo ou despersonalização** - corresponde a uma primeira adoção de atitudes negativas perante o trabalho, como reação à sobrecarga registada na exaustão emocional e uma adaptação à falta de energia e motivação (Maslach & Jackson, 1981). Esta componente, inicialmente registada como indiferença pode evoluir para desumanização (Pereira et al., 2021). Esta componente despersonalização/cinismo representa a dimensão interpessoal do *burnout* (A. Santos, 2009).

**Realização pessoal** - resulta de uma autoavaliação negativa, no final de todo o processo (Maslach & Jackson, 1981). Esta componente relaciona-se com uma diminuição de sentimentos, de competência, perda de produtividade no trabalho e consciência da sua inaptidão para responder às expectativas dos “outros” (Maslach, 2014). Pode-se considerar que a realização pessoal representa a autoavaliação do *burnout* (A. Santos, 2009).

Considerando outros autores, o *burnout* pode ser desencadeado pela exaustão emocional evoluindo para a despersonalização ou, este processo pode ser desencadeado diretamente da exaustão emocional e influenciar negativamente a realização pessoal (Vara, 2007).

As primeiras investigações demonstraram a preocupação para o diagnóstico e avaliação de *burnout* e, com a evolução do construto foi possível desenvolver diferentes instrumentos de medida (Vicente et al., 2013).

A construção do instrumento de medida foi baseada em entrevistas aos profissionais que trabalhavam em áreas assistenciais, o que permitiu caracterizar *burnout* (Maslach et al., 2001). A sistematização teórica, o rigor metodológico, amostras com dimensão, que possibilitassem fazer comparações, marcou a diferença como técnica e instrumento de avaliação sendo, então

possível o desenvolvimento do MBI (Jackson, 1997). Desta forma, foi possível a definição de síndrome de *burnout* como exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981).

O desenvolvimento deste instrumento, através de um programa de pesquisas psicométricas permitiu a elaboração de uma escala válida, trifactorial, de tipo Likert com sete itens (Marôco & Tecedeiro, 2009).

Como forma de ultrapassar as limitações e, pela evidência de que *burnout* não se desenvolvia unicamente, em ambientes de profissionais assistenciais foi desenvolvido o instrumento de medida *Maslach Burnout Inventory- Student Survey* (MBI-SS), numa versão de 16 itens que permite avaliar profissionais de áreas diferentes (Maslach et al., 1997). Este instrumento inclui as três dimensões: esgotamento emocional, cinismo e eficácia profissional e, verifica-se uma nova conceptualização de *burnout*, como uma crise na relação com o trabalho podendo, no entanto não ser derivado de conflitos interrelacionais no trabalho. A última dimensão - eficácia profissional - corresponde à subescala da realização profissional, mas centra-se simplesmente no trabalho (Moreno Zimenez et al., 2005). Atualmente existem mais três versões distintas, derivadas da escala MBI, a escala *Maslach Burnout Inventory-Human Services* (MBI-HSS) para profissionais da área da saúde (escala utilizada no instrumento de medida do nosso estudo), uma escala *Maslach Burnout Inventory-Educators Survey* (MBI-ES) com 22 itens, para profissionais relacionados a contextos educacionais e, uma outra adaptada por Schaufeli, Martinez et al. (2002) para profissões mais genéricas adaptado à população trabalhadora em geral *Maslach Burnout Inventory -General Survey* (MBI-GS), constituída por 16 itens (Vicente et al., 2013).

#### **3.2.4 Modelo de Leiter**

O modelo desenvolvido por Leiter (1983) tem como principal relevo para o *burnout*, a dimensão exaustão emocional e, está associado a níveis elevados de despersonalização e baixos níveis de realização pessoal. Para o autor, a exaustão emocional é consequência da sobrecarga de trabalho e dos conflitos interrelacionais no trabalho que descreve, como uma reação ao *stress* ocupacional. A exaustão emocional tem grande impacto na tentativa inadequada de gestão de relacionamentos interpessoais provocando níveis elevados de despersonalização (Maslach et al., 2001). Para ambientes de trabalho exigentes, os trabalhadores ficam sujeitos a situações de *stress* prolongado e a despersonalização resulta deste facto (Leiter, 1983, citado por Richards & Burke, 1995).

### **3.2.5 Modelo de Copenhagen Burnout Inventory**

Este modelo surge como alternativa ao MBI e a escala de medida *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) consiste em três escalas que permite medir:

- **burnout individual** - avalia a exaustão física e psicológica vivenciada pelo indivíduo. Aplica-se a todos os profissionais e refere os sintomas de exaustão física ou mental que, por vezes, podem estar relacionados com o trabalho;
- **burnout relacionado com o trabalho** - avalia a perceção dos profissionais para a exaustão no trabalho e a fadiga física e psicológica;
- **burnout relacionada com os clientes** - analisa os sintomas de exaustão no trabalho que está relacionado com os clientes e pode ser aplicado a profissionais de saúde (Fonte, 2011).

Este modelo foi desenvolvido para indivíduos que trabalham em serviços humanos resultante de um estudo prospetivo de *Burnout-Project on Burnout Motivation and Job Satisfaction* (PUMA). Para avaliação, estas escalas apresentam fiabilidade elevada e validade para o instrumento CBI e revelaram a possibilidade de correlações com medidas de fadiga e bem-estar psicológico. Os resultados do estudo preveem perturbações do sono, ausências no trabalho e mesmo a intenção de abandonar os postos de trabalho. Com esta escala foi possível analisar, ao longo do tempo, as alterações que surgiram ao nível da exaustão dos profissionais (Kristensen et al., 2007).

### **3.2.6 Modelo de Oldenburg Burnout Inventory**

A escala Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) deriva de MBI e integra duas dimensões, a exaustão e a falta de compromisso com o trabalho, composta por oito questões relativas a cada dimensão, numa escala tipo Likert de quatro pontos (Moreno Zimenez et al., 2005).

Inicialmente a escala OLBI foi desenvolvida para profissionais de todas as áreas, destinou-se a analisar o conceito de *burnout* pretendendo-se ultrapassar as dificuldades psicométricas da escala MBI-GS (Demerouti et al., 2001). Neste modelo, a exaustão resulta das exigências e pressão no trabalho que se verificam durante longos períodos de tempo e, a falta de compromisso no trabalho refere-se a uma perda de identidade com o trabalho (Demerouti et al., 2010).

Atualmente, esta escala tem sido selecionada para outros estudos, como refere o Guia Técnico nº 3- Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de

Trabalho, como instrumento de avaliação específico para o diagnóstico de *burnout* e encontra-se traduzida e validada para português (Moreira et al., 2021; Sinval et al., 2019).

### **3.3 Antecedentes do *Burnout***

O conceito de *burnout* tem sido um referencial para estudos e fundamental para a compreensão do tema. Ao definir *burnout*, como síndrome de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, este conceito permitiu contextualizar o trabalho em profissionais centrados na prestação de serviços (Maslach et al., 1997). Com esta definição de *burnout* e associando-a a uma reação disfuncional na acumulação de *stress* profissional, a investigação direcionou-se para os antecedentes de *burnout* (Maslach, 1998).

Os estudos focados nos profissionais de saúde, que têm como objetivos cuidar e satisfazer as necessidades dos doentes, consideram que estes são especialmente vulneráveis a um conjunto de variáveis físicas, psicológicas e sociais (Gil-Monte, 2003).

Os fatores indutores de *burnout* podem ser de natureza individual e incluem as variáveis sociodemográficas (sexo, habilitações literárias, estado civil, filhos) ou de natureza organizacional (antiguidade na organização, horário de trabalho, carga de trabalho, trabalho por turnos, hierarquia no trabalho) (Benevides Pereira, 2002; Queiros et al., 2013).

Para as variáveis organizacionais e de acordo com análise de literatura, também devem ser valorizadas a falta de controlo no trabalho, o sentimento de fraca recompensa, a falta de justiça e o conflito de valores (Maslach et al., 2001). A relação do trabalhador com o trabalho e o ambiente de trabalho é importante e deve ser analisada de forma global (Fonte, 2011).

Pode-se referir como principais antecedentes organizacionais do *burnout*:

**Sobrecarga de trabalho.** Este antecedente denomina-se como carga de trabalho excessiva não sendo possível recuperar levando a exaustão emocional. Outras situações, em que os trabalhadores não estão aptos para os cargos e é exigido esforço elevado (Pinto & Ramos, 2013);

**Falta de controlo.** Verifica-se para situações em que os trabalhadores não participam nas decisões da organização, não têm autonomia no trabalho revelam sentimentos de ineficácia para o trabalho. Está associado à reduzida realização pessoal com impacto em níveis de *burnout* elevados;

**Sentimento de recompensa insuficiente.** Os trabalhadores sentem que há um desequilíbrio entre o desempenho e a recompensa que pode não ser só financeira. Também se reconhece a importância da valorização social e na realização de um trabalho com qualidade. Estes sentimentos estão associados à ineficácia que são importantes para desencadear *burnout*;

**Ausência de comunidade.** Alterações nas relações de trabalho que podem ser influenciadas pelo elogio dos pares e quando estão adaptados aos locais de trabalho e à função. Releva-se uma partilha de valores e a troca emocional que afirma a adesão do trabalhador ao grupo de trabalho. Os problemas são os conflitos crónicos nas relações de trabalho que são indutores de *stress* e de *burnout*;

**Falta de justiça.** Têm grande importância nas relações de trabalho e no respeito entre os colegas que influencia o ambiente de trabalho e o sentimento de comunidade. As desigualdades nos vencimentos e na distribuição do trabalho podem desenvolver sentimentos de exaustão emocional por serem tratados de forma desigual. A injustiça pode desenvolver sentimentos de cinismo em relação de trabalho;

**Conflito de valores.** Pode ocorrer quando se verifica diferença entre os valores do trabalhador da organização e as exigências da profissão. Os princípios éticos podem desenquadrar o trabalhador com a organização e as expectativas dos trabalhadores podem ser muito diferentes da realidade das organizações (Maslach et al., 2001, Maslach, 2009).

#### **4 TÉCNICOS SUPERIORES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA ÁREA DA RADIOLOGIA**

A história dos TSDT portugueses teve uma origem prática e fora do espaço académico, começando com a reforma de Ricardo Jorge em 1901, que resultou na criação de um “*Laboratório de Analyse Clinica*”. Esta reforma já projetava cinco das áreas de diagnóstico e terapêutica (C. Silva et al., 2018; Lopes, 2010).

As formações práticas eram desenvolvidas nos hospitais, na orla da medicina e, consequentemente, do poder médico (C. Silva et al., 2018). A formação atual e as características dos TSDT portugueses são de data recente, sendo através do Decreto-Lei nº 414/71 de 27 de setembro, que se deu origem à Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica e se estabeleceu o regime legal que veio permitir a “estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência” (Decreto-Lei n.º 414/71, 1971, nº 1).

No final da década de 70, o Decreto-Regulamentar nº 87/77 criou a carreira de “Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica”, que integrava já à época 13 grupos profissionais (audiometristas, cardiografistas, dietistas, ergo terapeutas, fisioterapeutas, neurofisiografistas, optometristas, ortofonistas, ortoptistas, preparadores de laboratório, protésicos, radiografistas e radioterapeutas) (Decreto Regulamentar N° 87/77, 1977, Art. 1º -2).

Através do Decreto-Lei nº 371/82 de 10 de setembro, no seu Artigo 1º. – São criadas as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Coimbra e Porto, que se sucedem aos centros de formação (C. Silva et al., 2018).

Ainda nesta década, estes profissionais deixam de ser designados por “Técnicos Auxiliares” para passarem a ser designados por “Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica” através do Decreto-Lei nº 384-B/85 (Decreto-Lei N° 384-B/85, 1985). Com a promulgação da Portaria nº 549/86 de 24 de setembro, estabeleceu-se que “são condições gerais de recrutamento dos candidatos a posse do 12º ano de escolaridade (1º curso), com área A (saúde) do 11º ano” (Portaria N°549/86, 1986, Seção II artigo 9º a).

Com efeito, a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica inserindo-se nos corpos especiais da saúde criados pelo Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de junho (Decreto-Lei n.º 184/89, 1989), veio a dar origem à necessidade de um novo estatuto de carreira, articulando-o com a reformulação do ensino e integração no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico,

em 1993 (Soares, 2020). No final da década de noventa, com a publicação do Decreto-Lei nº. 320/99, definiram-se os princípios gerais em matéria do exercício das profissões de diagnóstico e terapêutica, procedendo à sua regulamentação. O exercício destas profissões ficou dependente do título profissional reconhecido pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde, reforçando a sua regulamentação e a sua afirmação social (C. Silva et al., 2018).

Finalmente, o diploma 564/99 de 21 de dezembro confere à carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica um estatuto e evidencia o papel dos profissionais no sistema de saúde, associado a uma escala salarial adequada aos níveis de formação e a um desempenho profissional com complexidade e responsabilidade. Assim, de acordo com o diploma supra, o técnico de diagnóstico e terapêutica desenvolve a sua atividade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e da gestão (Decreto-Lei Nº 564/99, 1999).

Ainda, segundo o Decreto-lei n.º 564/99 de 21 de dezembro, cumpre aos técnicos de diagnóstico e terapêutica assumir responsabilidades ao nível da gestão nas organizações públicas. Compete aos técnicos de diagnóstico e terapêutica colaborar com a equipa médica que prescreve e requisita meios complementares de diagnóstico e terapêutica, orientando o utente na execução do exame ou administração de terapêutica, para que se obtenha, de forma criteriosa, o melhor diagnóstico. A alteração da carreira releva a necessidade de uma reestruturação que compatibilize o exercício com o processo de reforma do ensino, refletido no novo grau académico previsto na Portaria n.º 505-D/99, de 15 de julho. Finalmente foi considerada a figura de técnico-diretor integrada nos novos modelos de organização hospitalar (Decreto-Lei No 564/99, 1999).

Por último, em 31 de agosto de 2017, o Decreto-Lei nº 110 definiu um novo regime legal e uma nova designação da carreira – TSDT, em regime de contrato de trabalho nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, integradas no SNS. Verifica-se com este decreto a uniformização do sistema para o reconhecimento recíproco das qualificações, independentemente do local de trabalho e da natureza jurídica da relação de emprego (Decreto-Lei n.º 110/2017, 2017).

O Decreto-Lei nº 111/2017 de 31 de agosto, estabelece o regime da carreira especial de TSDT com o enquadramento jurídico do disposto na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, o que era uma necessidade integrada na reforma da Administração Pública, embora a reformulação das carreiras dos atuais TSDT tenha ficado a aguardar as devidas alterações, como aliás tem sido a evolução histórica desta carreira (Decreto-Lei n.º 111/2017, 2017).

Para além da evolução da carreira, a atividade profissional de TSDT na área da radiologia implica a exposição a radiação ionizante, e são considerados população de risco elevado estando estes profissionais obrigados a legislação que regula as fontes de emissão, a atividade profissional e os espaços de trabalho (Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro e suas alterações, introduzidas pela Lei n.º 42/2012, de 28 de agosto, pela Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro, pelo Decreto-Lei n.º 88/2015, de 28 de maio, pela Lei n.º 146/2015, de 9 de setembro). Perante as entidades empregadoras é da responsabilidade das mesmas assegurar a proteção eficaz dos trabalhadores expostos a fatores de risco profissional (radiação ionizante) para garantia da saúde, da segurança e bem-estar dos trabalhadores expostos (Lei N.º 102/2009, 2009).

Assim, os TSDT têm procurado o reforço da credenciação e de uma autonomia cada vez maior, e, por outro lado, o Estado procura maximizar o exercício do seu controlo na regulação profissional e desenvolvimento da formação do grupo, pese embora as falhas ocorridas ao longo dos anos neste processo, conforme se verificou (C. Silva et al., 2018; P. Soares, 2020).

Por conseguinte, um dos desafios hoje existentes nas organizações é precisamente proporcionar aos seus colaboradores o necessário suporte para que eles possam planear e implementar um projeto de carreira e de vida que seja, quer compatível com os objetivos da organização, quer compatível com as suas competências, interesses e valores (C. Silva et al., 2018; P. Soares, 2020).

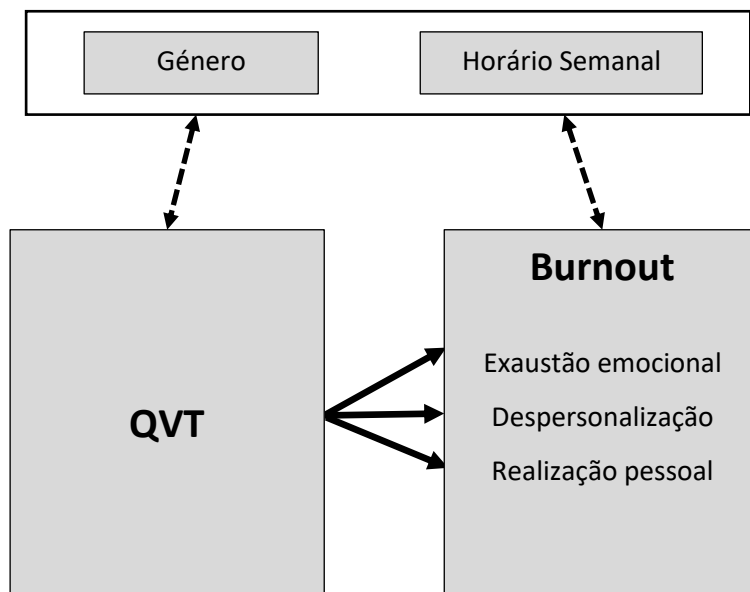
## 5 MODELO TEÓRICO E HIPÓTESES EM ESTUDO

O presente estudo foi baseado no modelo conceptual ilustrado na Figura 1. Ao delinear a investigação, com base na literatura, pretende-se demonstrar qual a relação entre a QVT e a presença de *burnout* nos TSDT da área da radiologia. Neste modelo conceptual propõem-se a relação entre a QVT e a síndrome de *burnout*, bem como a inter-relação dos construtos com as variáveis sociodemográficas dos TSDT.

Perante o modelo apresentado pretende-se investigar: a) relação entre a QVT e o *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal); b) a inter-relação da variável demográfica género com a QVT e o *burnout*; e c) a inter-relação do horário dos profissionais com a QVT e o *burnout*.

**Figura 1**

*Modelo conceptual*



Na Tabela 3 representam-se as variáveis em estudo que irão integrar o instrumento de recolha de dados sendo que umas caracterizam os participantes do estudo e outras são referentes à QVT e ao *burnout*.

**Tabela 3**

*Variáveis em estudo*

<b>VARIÁVEIS EM ESTUDO</b>	
<b>Variável dependente</b>	<b><i>Burnout</i></b> Exaustão emocional Despersonalização Realização pessoal
<b>Variável independente</b>	<b>Qualidade de Vida no Trabalho</b> Controlo no trabalho Empenho no trabalho Bem-estar no trabalho Conciliação casa-trabalho Satisfação no trabalho Qualidade Geral da Vida no Trabalho <i>Stress</i> no trabalho Condições de trabalho
<b>Variável de controlo</b>	Género Idade Estado civil Dependentes Horário semanal Habilitações literárias Horário por turnos

Na tentativa de resposta ao problema de investigação e à interrogação estruturada formulam-se as hipóteses de investigação que são respostas temporárias e provisórias (Vilelas, 2009). Na sequência do estudo e dos objetivos formularam-se as seguintes hipóteses (Tabela 4).

**Tabela 4**
*Hipóteses em estudo*

<b>HIPÓTESES EM ESTUDO</b>	
<b>H1</b>	A QVT está negativamente relacionada com os níveis de <i>Burnout</i>
<b>H1a</b>	A QVT está negativamente relacionada com os níveis de exaustão emocional
<b>H1b</b>	A QVT está negativamente relacionada com os níveis de despersonalização
<b>H1c</b>	A QVT está positivamente relacionada com os níveis de realização pessoal
<b>H2</b>	Os homens apresentam maiores níveis de QVT
<b>H3</b>	Os homens apresentam menores níveis de <i>Burnout</i>
<b>H4</b>	Os profissionais com horário de 35 horas ou menos, por semana, apresentam maiores níveis de QVT
<b>H5</b>	Os profissionais com horário de 35 horas ou menos, por semana, apresentam menores níveis de <i>Burnout</i>

Nesta fase passamos a analisar as hipóteses formuladas neste estudo.

No que respeita à hipótese H1 procura-se encontrar relações entre a QVT e os níveis de *burnout*.

#### **H1: A QVT está negativamente relacionada com os níveis de Burnout**

Verificam-se estudos a demonstrar que os problemas ergonómicos e a influência do trabalho na vida preveem níveis elevados de *burnout*, em oposição a atitudes de compromisso organizacional, autonomia, participação e confiança que têm efeitos negativos nos níveis de *burnout* (Cetrano et al., 2017).

Também existem evidências que maior controlo no trabalho pode ser um fator de bem-estar e saúde dos trabalhadores, contrariando reações de conflito no trabalho, reações emocionais negativas (ansiedade) e problemas de saúde (dores de cabeça, doenças cardiovasculares) (Spector, 2002).

Ainda, para o autor Tuuli e Karisami (1999, citado por Leal, 2021), a QVT está relacionada de forma negativa com o *burnout* que resulta dos vários conflitos existentes nos locais de trabalho, da monotonia no trabalho e das exigências inerentes às funções desempenhadas (Leal et al., 2021).

Para Oshagbemi (1999, citado por Easton e Van Laar, 2018), a satisfação no trabalho pode ser definida como uma resposta emocionalmente positiva na relação com o trabalho (Easton & Van Laar, 2018).

Os trabalhadores que estão integrados em ambientes de trabalho exigentes e apresentam expectativas elevadas e irrealistas para a realização profissional e que não tinham registo de problemas de foro mental, podem apresentar sintomas e sinais de *burnout* (comportamentos negativos em relação ao trabalho, exaustão emocional e diminuição de desempenho profissional) (Maslach & Shaufeli, 2013).

A qualidade do serviço prestado aos utentes encontra-se comprometida pela realidade preocupante da evidência de síndrome de *burnout* nos profissionais de saúde (Rosa & Carlotto, 2005).

No que respeita às hipóteses H1a, H1b, H1c em que se relaciona a QVT para as três dimensões do *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) pretende-se comprovar a relação negativa da QVT com as dimensões exaustão emocional e despersonalização e a relação positiva da QVT para com a dimensão realização pessoal, o que vai ao encontro com o previsto na revisão da literatura.

#### **H1a: A QVT está negativamente relacionada com os níveis de exaustão emocional**

As organizações com clima organizacional desfavorável contribuem para resultados negativos na força de trabalho, com efeitos de *burnout* e insatisfação no trabalho (Sloane et al., 2011). Os profissionais de saúde estão sujeitos a grandes exigências das organizações e encontram-se emocionalmente e fisicamente exaustos. Além dos locais de trabalho, a família e a vida pessoal absorvem a energia e o entusiasmo destes profissionais (Maslach et al., 1997).

Nos anos setenta, Freudenberger (1974) analisou e descreveu que os profissionais de saúde mental sofriam de uma síndrome “*staff burnout*” composta por exaustão, desilusão e isolamento (Freudenberger, 1974).

#### **H1b: A QVT está negativamente relacionada com os níveis de despersonalização**

Os profissionais do género masculino lidam com a exaustão emocional através da despersonalização, destacando-se dos profissionais do género feminino que apresentam comportamentos mais afetivos (Maslach & Jackson, 1981).

### **H1c: A QVT está positivamente relacionada com os níveis de realização pessoal**

Para esta hipótese, pode-se pensar que os profissionais empenhados no seu trabalho procuram demonstrar as suas capacidades, resolver problemas com conhecimento da totalidade do processo de trabalho, assumindo a responsabilidade desde o início até final dos resultados (Maslach et al., 1997).

Relativamente à hipótese H2 procura-se evidenciar que a variável género (sexo masculino) tem melhor QVT.

### **H2: Os homens apresentam maiores níveis de QVT**

Para Rego (2006, citado por Amorim, 2016), ao considerar que a satisfação profissional contribui para a QVT, descreve que este fator se relaciona com as características individuais de cada profissional, com as relações interpessoais, o clima organizacional e a remuneração.

No entanto, para este estudo as evidências estatísticas referem que em contexto laboral, os profissionais homens apresentam maior insatisfação que os profissionais do género feminino (Amorim, 2016). Contudo, Maslach e Jackson (1985) referem que as mulheres conseguem gerir melhor os conflitos em ambientes de trabalho, o que sugere que apresentam melhores níveis de QVT.

Também Cunha, Rego e Cardoso (2006) referem que a satisfação profissional se encontra relacionada com as características pessoais inerentes a cada trabalhador, pelo e que, segundo os mesmos autores, as evidências estatísticas demonstram que relativamente à idade, os colaboradores mais jovens demonstram menor insatisfação em contexto laboral, comparativamente a outros colaboradores com mais anos de experiência e com mais vínculo à organização. No que concerne ao género, o sexo masculino demonstra maior insatisfação com o trabalho comparativamente com o género feminino.

No que respeita às causas intrínsecas à organização, os mesmos autores referem que os fatores de satisfação e insatisfação profissional remetem para os aspetos salariais, para as relações interpessoais e para o clima organizacional (Amorim, 2016).

### **H3: Os homens apresentam menores níveis de Burnout**

A hipótese H3 está de acordo com o estudo realizado por Carloto (2011) para uma amostra de profissionais de saúde-enfermeiros. Para este estudo as mulheres apresentam maiores níveis de *burnout* (Carloto, 2011). No entanto, os estudos nem sempre estão de acordo com a literatura e para Carloto (2011): os homens apresentam maiores níveis de despersonalização por motivos culturais, provavelmente não demonstram os seus sentimentos e apresentam atitudes de maior distanciamento para com os doentes (Carloto, 2011).

### **H4: Os profissionais com horário de 35 horas ou menos, por semana, apresentam maiores níveis de QVT**

Estudos em que se reduziu o número de horas trabalhadas de 40 para 35 horas semanais demonstram resultados positivos na QVT, por se verificar melhor aproveitamento do tempo, melhor concentração no período de trabalho. Ainda se observou uma melhor QVT fora do trabalho, por ser possível uma conciliação do trabalho-família existindo mais tempo para a realização de outras atividades (Carneiro & Ferreira, 2007).

A QVT não está somente relacionada com a satisfação no trabalho, mas também com o efeito na qualidade de vida além do trabalho, quando se reúne tempo para atividades culturais, familiares, realizar exercício físico e relações sociais (Sirgy et al., 2001).

### **H5: Os profissionais com horário de 35 horas ou menos, por semana, apresentam menores níveis de Burnout**

Os profissionais de saúde que trabalham em mais do que uma organização, em sobrecarga horária, com adaptação a diferentes normas de trabalho e acréscimo de doentes tendem a apresentar elevados níveis de despersonalização (R. Santos, 2015). Um outro estudo permite demonstrar que horários prolongados influenciam negativamente a relação casa-trabalho e aumentam o risco de *burnout* (Shanafelt et al., 2012).

Porém, o estudo de Carloto (2011) evidenciou que os profissionais que trabalham cerca de 20 a 30 horas apresentam maiores níveis de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional, comparativamente com os que praticam horários de 40 horas por semana. Este estudo contraria a hipótese H5, podendo os resultados ser explicados pelo facto dos profissionais exercerem funções em diversas instituições, não acompanharem a totalidade

do processo de trabalho, lidarem com mais chefias, mais colegas de trabalho e ainda, com acumulação de vínculos, resultando em maiores níveis de despersonalização (Carlotto, 2011).

## **6 MÉTODO**

Neste capítulo aborda-se a metodologia utilizada no estudo, de modo a concretizar os objetivos anteriormente definidos e as hipóteses teoricamente testadas. Nesta fase definiu-se o tipo de estudo, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos de recolha e a preparação dos dados, a amostra e a técnica de análise de dados.

### **6.1 Apresentação Geral e Tipo de Estudo**

No que respeita ao tipo de investigação, este estudo pode classificar-se como investigação aplicada, por basear-se em evidências (Kumar, 2011). Trata-se de um estudo quantitativo por ser abordado de forma estruturada por instrumentos de medida e é um estudo descritivo por fornecer a descrição dos dados. Para além disso, é um estudo correlacional por estabelecer uma covariação das variáveis e a associação de uma variável com outras variáveis (Fortin, 2000).

### **6.2 Caracterização da Amostra**

A amostra selecionada para o estudo é composta por TSDT da área da radiologia e procurou-se incluir todos os profissionais desta categoria profissional que trabalhem em instituições de saúde a nível nacional, quer públicas ou privadas.

Dada a inviabilidade de constituir uma amostra probabilística, com base nos dados estatísticos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) optou-se, por utilizar uma técnica de amostragem não probabilística, por redes. A escolha efetuou-se, tendo em consideração que a amostra não inclui todos os elementos da população, não sendo possível avaliar o erro estatístico do estudo (Vilelas, 2009).

Assim, passando à fase seguinte, o inquérito foi divulgado por email, ao grupo dos TSDT do Serviço de Imagiologia do HDS, pelas associações profissionais (*ATARP-Associação Portuguesa dos Técnicos de Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear, NUCLIRAD-Núcleo de Desenvolvimento dos Técnicos de Radiologia*) e pelo sindicato que integra os trabalhadores da área profissional (*SINDITE-Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica*).

Atendendo ao mencionado anteriormente, a recolha de dados decorreu de 2 de novembro a 14 de dezembro de 2021 e para efeitos estatísticos a amostra ficou constituída por 140 participantes.

Constituíram critérios de inclusão dos TSDT, reunir habilitações académicas para o exercício da profissão de TSDT da área da radiologia, trabalhar em instituições públicas ou privadas a nível nacional, ter consentido em participar no estudo, após esclarecimento informado dos objetivos da investigação. Foram ainda definidos os critérios de exclusão para os profissionais que não são TSDT da área da radiologia.

Os dados foram importados e agrupados para uma base de dados e utilizado o IBM SPSS® Statistics 27.0.1, o qual foi usado para análise de dados.

Para este estudo apresenta-se a caracterização da amostra, nomeadamente a informação referente às variáveis género, idade, estado civil (casado/ união de facto ou outros), se tem dependentes, habilitações literárias (mestrado/ doutoramento, licenciatura/ bacharelato), qual o horário semanal (horário semanal 35h/ ou menos, horário semanal de 40 h ou mais horas) e se trabalha por turnos.

A amostra é composta por 140 participantes, maioritariamente do género feminino (n:103; 73,6%).

O grupo etário dos 30 aos 39 anos é o que tem maior representatividade (n:45; 32,1%). O TSDT com menor idade tem 24 anos e nesta amostra verifica-se a existência de um trabalhador com 67 anos.

As afirmações que melhor descrevem o estado civil são representadas por elementos casados ou em união de facto (n:97; 69,3%), comparativamente com o número de elementos solteiros (n:30; 21,4%).

Verifica-se que cerca de 59,3 % (n:83) dos inquiridos têm dependentes a seu cargo.

No que respeita às habilitações literárias, a maioria (n:112; 80%) dos TSDT possuem licenciaturas e ou bacharelato.

A importância do horário semanal está expressa na distribuição da amostra, com uma representação maioritária de TSDT que praticam um horário semanal de 35 horas ou menos (n:94; 67,1%). Verifica-se, ainda, que 32,9% (n:46) têm um horário de 40 horas semanais ou mais horas. A distribuição dos elementos que trabalham por turnos (n:92; 65,7%) é maioritária nesta amostra.

Apresentam-se os dados que caracterizam a amostra (Tabela 5).

**Tabela 5**
*Caracterização da amostra*

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA ABSOLUTA (N)	PERCENTAGEM (%)
<b>Género</b>	Masculino	37	26,4
	Feminino	103	73,6
<b>Idade</b>	até 29 anos	14	9,9
	30-39 anos	45	32,1
	40-49 anos	34	24,3
	50-59 anos	40	28,7
	60 ou +anos	7	5,0
<b>Estado Civil</b>	Casado(a)/união de facto	97	69,3
	Divorciado	10	7,1
	Separado	3	2,1
	Solteiros	30	21,4
<b>Dependentes</b>	Sim	83	59,3
	Não	57	40,7
<b>Habilitações</b>	Bacharelato	6	4,3
	Licenciatura	106	75,7
	Mestrado	26	18,6
	Doutoramento	2	1,4
<b>Horário</b>	Menos 35 horas	2	1,4
	35 horas	92	65,7
	40 horas	11	7,9
	Mais de 40 horas	35	25,0
<b>Turnos</b>	Sim	92	65,7
	Não	48	34,3

Nota: Total N=140

### 6.3 Instrumento de Recolha de Dados

Para atingir os objetivos propostos, construiu-se um questionário com as escalas Work-Related Quality of Life Scale-2 (WRQoL-2) e Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS).

Os dados para este estudo foram recolhidos através de um questionário online, na plataforma Survey Monkey, o que permitiu a divulgação por email, quer a nível individual, quer através de associações profissionais.

Todas as perguntas foram de resposta obrigatória, condição necessária para conclusão e submissão do instrumento.

Este questionário, constituído por quatro partes, inicia-se com uma apresentação do inquérito, prosseguindo com a escala Work-Related Quality of Life Scale-2 (WRQRoL-2) (Easton & Van Laar, 2019), continuando com a escala Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) (Jackson, 1997, Silva & Pereira, 2020) e terminando com uma caracterização sociodemográfica (Anexo A).

Assim, a parte I refere-se à uma apresentação do estudo e ao consentimento informado que assegura a anonimização dos dados, a participação voluntária e a privacidade dos participantes. Neste inquérito garante-se a utilização dos dados unicamente para fins de investigação e, que o tratamento das respostas foi efetuado de forma global, assegurando-se o acesso dos resultados aos participantes.

A parte II constituída pela escala Work-Related Quality of Life Scale-2 (WQRoL-2) (Easton & Van Laar, 2019) pretende testar o modelo de QVT definido como a parte da qualidade de vida global que é influenciada pelo trabalho, composta por 32 itens e subdividida em sete dimensões. Esta escala inclui as seguintes questões: controlo no trabalho (q02, q12, q23, q30), empenhamento no trabalho (q26, q27, q28), bem-estar no trabalho (q04, q09, q10, q15, q17, q21), conciliação casa trabalho (q05, q06, q14, q25), satisfação no trabalho (q03, q08, q11, q18, q20), qualidade geral da vida no trabalho (q32), ausência de *stress* no trabalho (q07, q19, q24, q29) e para as condições de trabalho (q13, q16, q22, q31). A versão 2 da escala (WQRoL-2) apenas inclui 28 dos 32 itens identificados na tabela 6. A alteração realizada por Easton e Van Laar WRQLS-2 deve-se à análise e procedimentos de melhoria das propriedades da escala.

Trata-se de uma escala tipo Likert de 1 a 5 itens, variando desde 1= “discordo totalmente”, 2= “discordo”, 3= “neutro”, 4= “concordo” e 5= “concordo totalmente” (Fontinha et al., 2018).

Na Tabela 6 apresentam-se as dimensões que incluem a escala *Work-Related Quality of Life Scale-2 (WQRoL-2)*.

**Tabela 6**
*Escala das dimensões de Work-Related Quality of Life Scale-2 (WQRoL-2)*

<b>CÓDIGO</b>	<b>DIMENSÕES</b>	<b>ITEM</b>
q02	Controlo no Trabalho	Consigo expressar opiniões e influenciar mudanças na minha área de trabalho
q12	Controlo no Trabalho	Participo nas decisões que me afetam na minha área de trabalho
q23	Controlo no Trabalho	Participo nas decisões que afetam diretamente as pessoas à minha volta
q30	Controlo no Trabalho	Tenho oportunidades suficientes para questionar os superiores sobre mudanças no trabalho
q26	Empenhamento no Trabalho	A organização tem uma boa comunicação com os empregados
q27	Empenhamento no Trabalho	Tenho orgulho em dizer aos outros que faço parte desta organização
q28	Empenhamento no Trabalho	Eu recomendaria esta organização como sendo boa para trabalhar
q04	Bem-estar no Trabalho	Sinto-me bem neste momento
q09	Bem-estar no Trabalho	Ultimamente tenho-me sentido infeliz e deprimido
q10	Bem-estar no Trabalho	Estou satisfeito com a minha vida
q15	Bem-estar no Trabalho	Na maioria dos aspetos, a minha vida aproxima-se ao ideal
q17	Bem-estar no Trabalho	Geralmente, as coisas correm-me bem
q21	Bem-estar no Trabalho	Ultimamente, de modo geral, tenho-me sentido razoavelmente feliz
q05	Conciliação Casa-Trabalho	O meu empregador proporciona-me os meios adequados e flexibilidade para que eu possa adequar o trabalho à minha vida familiar
q06	Conciliação Casa-Trabalho	Atualmente, as minhas horas de trabalho/ritmo de trabalho adequam-se às minhas circunstâncias pessoais

q14	Conciliação Casa-Trabalho	O meu superior promove ativamente horários/ritmos de trabalho flexíveis
q25	Conciliação Casa-Trabalho	Consigo alcançar um equilíbrio saudável entre o meu trabalho e a minha vida familiar
q01	Satisfação no Trabalho	Tenho um conjunto claro de metas e objetivos que me permitem fazer o meu trabalho
q03	Satisfação no Trabalho	Tenho a oportunidade de usar as minhas competências no trabalho
q08	Satisfação no Trabalho	Quando faço um bom trabalho, isso é reconhecido pelo meu superior
q11	Satisfação no Trabalho	Sou encorajado a desenvolver novas competências
q18	Satisfação no Trabalho	Estou satisfeito com as oportunidades profissionais que tenho aqui
q20	Satisfação no Trabalho	Estou satisfeito com a formação que recebo para desempenhar o meu trabalho atual
q32	Qualidade Geral da Vida no Trabalho	Estou satisfeito com a qualidade geral da minha vida profissional
q07	<i>Stress</i> no Trabalho	Sinto-me frequentemente sob pressão no trabalho
q19	<i>Stress</i> no Trabalho	Sinto altos níveis de <i>stress</i> no trabalho com frequência
q24	<i>Stress</i> no Trabalho	Tenho prazos inatingíveis
q29	<i>Stress</i> no Trabalho	Sou pressionado para trabalhar horários prolongados
q13	Condições de Trabalho	O meu empregador proporciona-me o que preciso para fazer o meu trabalho com eficácia
q16	Condições de Trabalho	Eu trabalho num ambiente seguro
q22	Condições de Trabalho	As condições de trabalho são satisfatórias
q31	Condições de Trabalho	Estou contente com o ambiente físico onde costumo trabalhar

Fonte: Easton, S. A., & Laar, D. L. V. (2019). WRQoL-2 Scale.  
[http://www.qowl.co.uk/researchers/qowl\\_downloads\\_qnr\\_overview.html](http://www.qowl.co.uk/researchers/qowl_downloads_qnr_overview.html)

Relativamente à utilização da escala WRQoL (incluindo os itens da versão WRQoL-2), esta encontrava-se em língua inglesa. Utilizou-se a versão traduzida para português, realizada no âmbito do projeto Qualidade de Vida no Trabalho do Centro de Investigação em Qualidade de Vida, a qual seguiu os seguintes passos (Borsa et al.; 2012; Brislin, 1970):

1. Tradução de inglês para português por dois profissionais bilingues com experiência de tradução;
2. Retroversão de português para inglês por dois profissionais bilingues com experiência de tradução, distintos dos profissionais referidos em 1;
3. Compilação das duas traduções e retroversões em tabela comparativa e realização de um *focus group* com os quatro tradutores e três especialistas no tema da QVT para o encontro, por consenso, da tradução final.

A parte III é constituída pela escala Maslach Burnout Inventory -Human Services Survey (MBI-HSS), validada para uma amostra de profissionais portugueses (Vicente et al., 2013) e que permitiu aferir os níveis de *burnout* nas três dimensões, designadamente exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981). A versão da escala MBI-HSS deriva do instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), desenvolvido por Christina Maslach e Susan Jackson (1981) com o objetivo de avaliar a síndrome de *burnout* em profissionais que trabalhavam em áreas dos serviços humanos e de saúde (Maroco & Tecedor, 2009).

A escala composta por 22 itens avalia a exaustão emocional (b1, b2, b3, b6, b8, b13, b14, b16, b20), a despersonalização (b5, b10, b11, b15, b22) e a realização pessoal (b4, b7, b9, b12, b17, b18, b19, b21).

Os itens foram mensurados numa escala de Likert de 7 pontos, que varia entre 0 e 6 pontos, sendo que 0 corresponde a “Nunca” e 6 a “Todos os dias”. Este questionário é um dos mais utilizados para validar a frequência e a intensidade de *burnout* (Maslach et al., 1997). A escala possui uma estrutura tri-fatorial, obedecendo à conceptualização do Burnout proposta por Christina Maslach (Vicente et al., 2013). Na Tabela 7 apresentam-se as dimensões da escala *Inventory -Human Services Survey (MBI-HSS)*.

**Tabela 7**
*Escala das dimensões de Inventory -Human Services Survey (MBI-HSS)*

<b>DIMENSÕES DO BURNOUT</b>	<b>QUESTÕES</b>	<b>ITENS</b>
Exaustão Emocional	1	Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho
	2	Sinto-me esgotado ao fim do meu dia de trabalho
	3	Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho
	6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante
	8	O meu trabalho deixa-me exausto
	13	Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo
	14	Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego
	16	Trabalhar diretamente junto e com pessoas causa-me muito stress
	20	Sinto-me no limite das minhas forças
Despersonalização	5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objetos” impessoais
	10	Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível com as pessoas
	11	Preocupa-me o facto de o trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente
	15	Não me importo grandemente com o que acontece aos doentes
	22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas
Realização pessoal	4	Eu compreendo facilmente como os doentes se sentem
	7	Lido de forma muito eficazmente com os problemas dos doentes

	9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das pessoas
	12	Sinto-me cheio de energia
	17	Posso criar facilmente um ambiente relaxante com os doentes
	18	Sinto-me estimulado após trabalhar junto dos doentes
	19	No trabalho que desempenho tenho realizado coisas validas
	21	No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma calma

*Fonte:* Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) - Maslach & Jackson (1986), citados por C. Nogueira (2016) validada para a população portuguesa por Vicente, et al., (2013).

A escala de MBI-HSS já se encontrava traduzida para português e validada para os profissionais de saúde em Portugal (Vicente et al., 2013). Para o autor “a escala não permite o cálculo de uma pontuação global de Burnout” (Maroco & Tecedor, 2009, p. 228).

A escala exibe uma classificação de um nível elevado de *burnout* para valores elevados nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização e um valor baixo para a dimensão realização pessoal (Gil-Monte, 2003).

A parte IV referente aos dados sociodemográficos e profissionais pretende caracterizar a amostra do estudo, nomeadamente quanto ao género, à idade, ao estado civil, aos dependentes, às habilitações literárias, ao período de horário semanal, à antiguidade na organização, aos turnos, ao vínculo laboral, à situação face ao trabalho (teletrabalho), ao contacto com doentes ou doença Covid-19 e à caracterização da organização.

#### **6.4 Procedimentos de Recolha e Preparação dos Dados**

Na fase inicial desta investigação, em 6 de abril de 2021, foram assegurados os princípios formais e éticos com a formalização dos pedidos ao Conselho de Administração do Hospital Distrital de Santarém, EPE e Comissão de Ética, do HDS, EPE, com intuito de obter autorização para a realização do estudo e aplicação do instrumento de recolha de dados, aos TSDT da instituição hospitalar.

Para a viabilização do estudo foram elaborados documentos, nomeadamente o protocolo do estudo, a declaração do orientador da dissertação do Instituto Politécnico de Santarém (IP Santarém) para a formalização do estudo integrado no Mestrado de Gestão em Unidades em Saúde (MGUS) e definidos os procedimentos a realizar na recolha, tratamento e divulgação dos dados. Em simultâneo foi solicitada autorização à direção do Serviço de Imagiologia, para aplicação do instrumento de recolha de dados aos TSDT que atualmente trabalham na instituição. No decurso destas formalidades e para que não fossem violados princípios éticos e normas, foi possível iniciar o estudo após a concessão de autorização favorável para a utilização do questionário por parte das entidades competentes – autorização do CE do HDS, EPE (Anexo B).

Posteriormente, realizou-se um pré-teste do instrumento de medida junto de 12 participantes a fim de se avaliar o nível de compreensão e facilidade no seu preenchimento. Não se registou a necessidade de correções ao questionário e os participantes consideraram-no adequado procedendo-se à distribuição do mesmo.

O questionário foi enviado, por email, com o link de acesso à plataforma do *Survey Monkey* e esteve disponível para preenchimento de 2 de novembro a 14 de dezembro de 2021. Pelo respeito das normas e princípios éticos, o consentimento livre e esclarecido dos profissionais inquiridos é realizado com a introdução explicativa do estudo e a decisão pelo preenchimento do questionário. O preenchimento é efetuado em regime de voluntariado, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes, pelo disposto na lei de proteção de dados. O questionário encontra-se disponível no Anexo A.

## **6.5 Análise dos Dados**

Para esta fase do estudo recorreu-se a procedimentos de análise exploratória com recurso a métodos estatísticos de análise descritiva para melhor apresentar os dados do estudo. A informação recolhida e a aplicação dos métodos estatísticos pretendem identificar erros na introdução de dados, ordenar e agrupar os dados em tabela e em seguida efetuar as análises e correlações entre as variáveis para monitorizar os dados estatísticos.

A análise estatística engloba procedimentos de análise com medidas de estatística descritiva (frequência absolutas, médias e desvios padrão) e análise estatística multivariada e inferencial (análise de consistência interna, análises de correlações e testes de normalidade).

Neste processo utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a Normalidade com uma avaliação de nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula para valores  $\alpha = 0,05$ . Considera-se que, para uma determinada probabilidade de erro se rejeita a  $H_0$  se  $p \leq 0,05$ .

Prosseguindo este estudo, utiliza-se o teste não paramétrico adequado, teste Mann-Whitney, para comparar as funções de distribuição de uma variável.

### **6.5.1 Análise de Consistência Interna**

Iniciam-se os procedimentos de análise de precisão para estudo da estabilidade e fiabilidade das escalas, através da análise de consistência interna das escalas (*Alfa de Cronbach*).

Segundo Cronbach (1951), a consistência interna da escala depende do índice  $\alpha$  que estima a uniformidade com que os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento com valores entre 0 e 1 (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Para WQRoL-2, como os valores do *Alfa de Cronbach* são superiores a 0,80, em todas as dimensões, conclui-se que a escala apresenta boa consistência interna (Tabela 8).

#### **Tabela 8**

*Alfa de Cronbach para as dimensões da escala WQRoL-2*

<b>DIMENSÕES DE WROQL2</b>	<b>ITEM</b>	<b>ALPHA CRONBACH</b>
Controlo no trabalho	3	0,80
Empenhamento no trabalho	3	0,88
Bem-estar no trabalho	5	0,85
Conciliação Casa-Trabalho	3	0,81
Satisfação no trabalho	5	0,82
Condições de trabalho	4	0,86
Ausência de <i>stress</i>	4	0,80

A análise da consistência interna da escala MBI-HSS avaliada pelo índice de *Alfa de Cronbach* apresenta um nível bastante satisfatório, atendendo que apresenta valores acima de  $\alpha = 0,74$ , conforme Tabela 9.

**Tabela 9**

*Alfa de Cronbach para as dimensões da escala MBI-HSS*

<b>DIMENSÕES MBI-HSS</b>	<b>QUESTÕES</b>	<b>ALPHA CRONBACH</b>
Exaustão emocional	9	0,92
Despersonalização	5	0,75
Realização pessoal	8	0,74

Alguns autores consideram que a escala tem fragilidades relativamente à forma como as questões foram elaboradas, com realce para o facto de nas dimensões exaustão emocional e despersonalização, estas estarem formuladas pela negativa e para a realização pessoal, as questões serem redigidas pela positiva (Demerouti et al., 2001).

### **6.5.2 Teste de aderência à Normalidade**

Os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, bem como, os de Shapiro-Wilk são apresentados na Tabela 10 e permitem verificar se as variáveis não seguem uma distribuição normal.

Para as variáveis deste estudo, observa-se valores de  $p < 0,05$ , logo rejeita-se a  $H_0$  e ao nível de significância de 5% existe evidência estatística, podendo concluir-se que, as variáveis em análise não seguem uma distribuição normal. Deste modo, a análise de coeficientes de correlação de Spearman<sup>1</sup>, ( $\rho$ ) é uma alternativa não paramétrica ao R de Pearson<sup>10</sup>, quando não se verifica o pressuposto da normalidade (Pestana & Gageiro, 2014) (Tabela 10).

---

<sup>1</sup> O coeficiente de correlação de Spearman varia entre -1 e 1. Sugere que  $R_0$  ( $\rho$ ) menor que 0,2 indica uma correlação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por último, entre 0,9 e 1 muito alta [o mesmo raciocínio aplica-se para as correlações negativas] (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2011).

**Tabela 10**
*Teste de aderência à Normalidade*

	KOLMOGOROV-SMIRNOV <sup>a</sup>			SHAPIRO-WILK		
	Estatística	gl	<i>p</i>	Estatística	gl	<i>p</i>
Controlo no trabalho	0,112	140	0,000	0,950	140	0,000
Empenhamento no trabalho	0.125	140	0,000	0,949	140	0,000
Bem-estar	0.175	140	0,000	0,947	140	0,000
Conciliação Casa-Trabalho	0.149	140	0,000	0,956	140	0,000
Satisfação	0.095	140	0,004	0,968	140	0,002
Ausência de <i>stress</i>	0.084	140	0,018	0,983	140	0,086
Condições de trabalho	0,124	140	0,000	0,927	140	0,000
Exaustão emocional	0,091	140	0,007	0,951	140	0,000
Despersonalização	0,169	140	0,000	0,890	140	0,000
Realização pessoal	0,126	140	0,000	0,967	140	0,002

<sup>a</sup> Correção de *Lilliefors*

## 7 RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os resultados desta pesquisa. Começa-se por apresentar as estatísticas descritivas e as correlações entre variáveis, fazendo uso do coeficiente de correlação de Spearman. Procedeu-se ao cálculo através de medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio-padrão) e de associação (coeficiente de correlação de Spearman) para:

- as variáveis de controlo (género, idade, estado civil, horário semanal, habilitações literárias e horários por turnos),
- a variável QVT e suas dimensões (controlo no trabalho, empenhamento no trabalho, bem-estar no trabalho, conciliação casa-trabalho, satisfação no trabalho, ausência de *stress* e condições de trabalho),
- a variável *burnout* e suas dimensões (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal).

De modo a analisar a relação entre as variáveis dependentes e independentes foram, posteriormente, aplicados modelos de regressão linear múltipla hierárquica e a restante exploração de dados.

### 7.1 Médias, Desvios-padrão e Correlações

Relativamente à QVT (escala WRQoL-2; escala tipo Likert de cinco pontos) destacam-se os valores médios mais elevados para as dimensões bem-estar no trabalho (média de 3,29,  $dp=0,74$ ), conciliação casa-trabalho (média de 3,24,  $dp=0,88$ ) e condições no trabalho (média de 3,09,  $dp=0,88$ ).

Nas restantes dimensões de QVT, os valores médios encontram-se ligeiramente abaixo do ponto médio da classe: controlo no trabalho (média de 2,98,  $dp=0,88$ ), empenhamento no trabalho (média de 2,94,  $dp=0,91$ ), satisfação no trabalho (média de 2,86,  $dp=0,77$ ), ausência de *stress* no trabalho (média de 2,99,  $dp=0,78$ ). A QVT global apresenta uma média de 3,06 ( $dp=0,67$ ).

Para a escala *Burnout Maslach Inventory* (MBI-HSS; escala tipo Likert de 7 pontos), as dimensões exaustão emocional (média de 2,40,  $dp=1,41$ ) e despersonalização (média de 1,31,  $dp=1,17$ ) apresentam um resultado abaixo do ponto médio, enquanto a realização pessoal apresenta valor médio ligeiramente acima do ponto médio da classe (média de 4,15,  $dp=0,99$ ), o que

sugere que os indivíduos podem ter alguma exaustão emocional e despersonalização, no entanto estão moderadamente realizados profissionalmente (Tabela 11).

**Tabela 11**

*Medidas descritivas-Médias e Desvios padrão*

	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>N</b>
Controlo no trabalho	2,98	0,88	140
Empenhamento no trabalho	2,94	0,91	140
Bem-estar no trabalho	3,29	0,74	140
Conciliação casa-trabalho	3,24	0,88	140
Satisfação no trabalho	2,86	0,77	140
Condições de trabalho	3,09	0,78	140
Ausência de <i>stress</i>	2,99	0,88	140
QVT	3,06	0,67	140
Exaustão Emocional	2,40	1,41	140
Despersonalização	1,31	1,17	140
Realização Pessoal	4,15	0,99	140

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

No sentido de se efetuar a análise de associação entre as variáveis, recorreu-se aos coeficientes da análise de correlação de *Spearman* (atendendo que as variáveis não seguem uma distribuição normal).

Pela análise da Tabela 12 quanto às variáveis de controlo e às correlações entre si observa-se:

- o sexo masculino tem uma correlação positiva com os indivíduos que têm dependentes ( $r=0,20$ ,  $p<0,05$ ) e com habilitações ao nível do mestrado ou doutoramento ( $r=0,23$ ,  $p<0,01$ ), sugerindo que os indivíduos do sexo masculino têm mais filhos e têm um maior nível educacional;
- a idade apresenta uma correlação positiva com indivíduos casados ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ) e uma correlação negativa com os indivíduos que fazem turnos ( $r=-0,29$ ,  $p<0,01$ ). Para este resultado sugere-se que os indivíduos com mais idade são casados e fazem menos turnos;

- os indivíduos casados apresentam uma correlação positiva com o ter dependentes ( $r=0,58$ ,  $p<0,01$ ) e uma correlação negativa com o fazer turnos ( $r=-0,32$ ,  $p<0,01$ ), sugerindo que os indivíduos casados tendem a ter mais filhos e a fazer menos turnos;

No que se refere às variáveis de controlo e sua associação com as variáveis independentes:

- o sexo masculino apresenta uma correlação significativa positiva com o controlo no trabalho ( $r=0,17$ ,  $p<0,05$ ), com o bem-estar no trabalho ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ) e com as condições de trabalho ( $r=0,18$ ,  $p<0,05$ ). Os resultados sugerem que o sexo masculino percebe maior controlo no trabalho, maiores níveis de bem-estar e percebe melhores condições de trabalho;
- Quem tem horários de 35 horas semanais ou menos apresenta um nível de *stress* menor ( $r=0,25$ ,  $p<0,01$ ), tem uma melhor conciliação casa-trabalho ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ) e sente maiores níveis de bem-estar no trabalho ( $r=0,17$ ,  $p<0,05$ ).

Analisando a Qualidade Geral de Vida no Trabalho (QVT), verifica-se que apresenta uma correlação positiva com o sexo masculino ( $r=0,17$ ,  $p<0,05$ ); os resultados sugerem que os indivíduos do sexo masculino apresentam uma maior qualidade geral de vida no trabalho.

As restantes variáveis de controlo não apresentam correlações significativas com as diferentes dimensões de Qualidade de Vida no Trabalho.

No que concerne às dimensões da Qualidade de Vida no Trabalho observa-se uma correlação positiva e muito significativa com a variável Qualidade Geral de Vida no Trabalho (QVT). As diferentes dimensões QVT – controlo no trabalho, empenhamento no trabalho bem-estar no trabalho, conciliação casa-trabalho, satisfação no trabalho, ausência de *stress* no trabalho e condições no trabalho – também apresentam correlações positivas entre si.

Passa-se agora a analisar as correlações relativas às variáveis dependentes - a dimensão exaustão emocional apresenta correlações negativas para os indivíduos do sexo masculino ( $r=-0,25$ ,  $p<0,01$ ) e para quem trabalha menos de 40 horas ( $r=-0,19$ ,  $p<0,05$ ). Estes resultados sugerem que os indivíduos do sexo masculino e quem trabalha menos de 40 horas têm menores níveis de exaustão emocional.

Quando se analisam as diferentes dimensões da QVT (controlo no trabalho, empenhamento no trabalho bem-estar no trabalho, conciliação casa-trabalho, satisfação no trabalho, ausência de

*stress* no trabalho e condições no trabalho) apresentam uma correlação negativa com a exaustão emocional e com a despersonalização e uma correlação positiva com a realização profissional. Estes resultados sugerem que os indivíduos que apresentam maiores níveis de QVT tendem a apresentar menores níveis de *burnout*.

As médias, os desvios-padrão e os coeficientes de correlação de Spearman constam na Tabela 12. São complementados com a apresentação dos valores de *Alfa de Cronbach*, para as variáveis independentes e dependes em estudo.

**Tabela 12**
*Média, desvio padrão e coeficientes de correlação de Spearman*

	Média	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Género (a)	0,26	0,44																		
2. Idade	43,27	10,15	0,03																	
3. Estado civil (b)	0,69	0,46	0,12	0,32**																
4. Dependentes (c)	0,59	0,49	0,20*	0,07	0,58**															
5. Habilitações (d)	0,20	0,40	0,23**	0,16	0,02	-0,02														
6. Horário (e)	0,67	0,47	0,01	0,09	0,06	0,16	0,16													
7. Turnos (f)	0,66	0,48	0,09	-0,29**	-0,32**	-0,11	-0,02	-0,03												
8. Controlo no Trabalho	2,98	0,88	0,17*	0,13	0,05	-0,02	-0,03	-0,12	-0,10	(0,80)										
9. Empenhamento no Trabalho	2,94	0,91	0,13	-0,08	0,04	0,06	-0,09	-0,03	0,02	0,61**	(0,88)									
10. Bem Estar no Trabalho	3,29	0,74	0,24**	0,01	0,08	0,06	0,05	0,17*	0,09	0,59**	0,63**	(0,85)								
11. Conciliação Casa Trabalho	3,24	0,88	0,01	0,02	-0,03	0,01	-0,05	0,21*	-0,06	0,38**	0,50**	0,58**	(0,81)							
12. Satisfação no Trabalho	2,86	0,77	0,15	0,03	0,06	-0,03	-0,07	-0,14	-0,02	0,76**	0,68**	0,61**	0,38**	(0,82)						
13. Ausência Stress no Trabalho	2,99	0,78	0,14	-0,08	-0,05	-0,01	-0,08	0,25**	0,16	0,31**	0,45**	0,51**	0,60**	0,33**	(0,80)					
14. Condições_trab	3,09	0,88	0,18*	0,03	0,02	0,02	-0,03	-0,08	0,05	0,67**	0,75**	0,69**	0,56**	0,70**	0,52**	(0,86)				
15.QVT	3,05	0,70	0,17*	0,14	0,03	0,01	0,04	0,04	0,01	0,80**	0,83**	0,82**	0,72**	0,80**	0,66**	0,90**	(0,80)			
16. Exaustão_em	2,40	1,41	-0,25**	-0,07	-0,01	-0,00	0,03	-0,19*	-0,12	-0,41**	-0,47**	-0,61**	-0,56**	-0,49**	-0,70**	-0,48**	-0,66**	(0,92)		
17. Despersonal	1,31	1,17	-0,10	-0,13	-0,13	-0,10	0,10	-0,01	0,07	-0,23**	-0,31**	-0,26**	-0,32**	-0,33**	-0,35**	-0,31**	0,54**	-0,37**	(0,75)	
18. Realização_pess	4,15	0,99	0,13	0,08	-0,08	-0,08	-0,06	0,05	0,01	0,50**	0,51**	0,56**	0,39**	0,47**	0,33**	0,50**	-0,41**	0,35**	0,57**	(0,74)

\* A correlação é significativa para  $p < 0.05$  (bilateral).

\*\*A correlação é significativa para  $p < 0.01$  (bilateral).

Entre parêntesis: Alfa de Cronback; (a) M:1; F:0;(b) casado, união de facto:1outros:0; (c) dependentes:1; não dependentes:0; (d) mestrado, Phd:1; licenciatura, bacharelato:0; (e) horário 35 h ou menos de 35 h:1; horário 40 h:0; (f) turnos:1; não turnos:0

## 7.2 Avaliação dos Níveis de Burnout

Considerando os *cut-off scores* indicados em Silva e Pereira (2020) procede-se, ainda, à classificação dos níveis de *burnout* em elevado, médio e baixo<sup>2</sup>. Nesta amostra, 45% (n=63) releva ter baixa exaustão emocional, 55% (n=77) baixa despersonalização e 21% (n=30) elevada realização pessoal. Por sua vez, 32% (n=45) mostram elevada exaustão emocional, 26% (n=37) elevada despersonalização e 44% (n=61) baixa realização pessoal (Tabela 13).

**Tabela 13**

*Resultados das dimensões de Inventory -Human Services Survey (MBI-HSS)*

DIMENSÃO DO BURNOUT	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR CATEGORIAS		
	Elevado	Médio	Baixo
Exaustão emocional	n=45 32%	n=32 23%	n=63 45%
Despersonalização	n=37 26%	n=26 19%	n=77 55%
Realização pessoal	n=30 21%	n=49 35%	N=61 44%

## 7.3 Como a QVT Explica a Avaliação dos Níveis de Burnout?

O modelo conceptual proposto para o estudo pode ser testado empiricamente por regressões lineares múltiplas. A partir de três modelos de regressão linear múltipla testou-se o quanto a QVT explica cada uma das dimensões da variável dependente *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) que se apresenta de seguida. Neste processo estão integradas todas variáveis de controlo, para os três modelos elaborados.

### 7.3.1 Como a QVT Explica os Níveis de Exaustão Emocional?

Começou-se por testar a hipótese H1a – A QVT está negativamente relacionada com os níveis exaustão emocional (Tabela 14). Numa primeira fase testou-se o efeito das variáveis de controlo

<sup>2</sup> *Cut-off scores* de exaustão emocional: Elevado:  $\geq 27$ ; Médio: 19-26; Baixo: 0-18. *Cut-off scores* de despersonalização: Elevado  $\geq 10$ ; Médio: 6-9; Baixo: 0-5. *Cut-off scores* de realização pessoal: Elevado  $\geq 40$ ; Médio: 34-39; Baixo: 0-33 (Thorsen et al., 2011, citados em Silva e Pereira, 2020).

na exaustão emocional (modelo 1; Tabela 14). Das diferentes variáveis de controlo emergiram como significativas o género masculino ( $b=-0,30$ ,  $p<0,01$ ), as habilitações ao nível de mestrado ou doutoramento ( $b=0,20$ ,  $p<0,05$ ), o horário de 35 horas ou menos ( $b=-0,21$ ,  $p<0,05$ ). Assim, os homens apresentam menores níveis de exaustão emocional, tal como quem trabalha 35 ou menos horas, enquanto os profissionais com habilitações ao nível de mestrado ou doutoramento estão mais exaustos emocionalmente. As variáveis de controlo explicam 14,4% da variância da exaustão emocional, sendo o modelo de regressão linear significativo ( $F_{(7,132)}=3,163$ ,  $p<0,01$ ).

**Tabela 14**

*Resultados da regressão linear múltipla para a Exaustão Emocional*

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
<b>Variáveis de Controlo</b>			
Género	-0,30**	-0,16*	-0,14*
Idade	-0,08	-0,06	-0,11
Estado civil	0,00	0,03	0,07
Dependentes	0,07	0,02	-0,02
Habilitações	0,20*	0,10	0,06
Horário	-0,21*	-0,17**	-0,01
Turnos	-0,12	-0,09	-0,02
<b>Variáveis Independentes</b>			
QVT	--	-0,65**	--
Controlo no trabalho	--	--	0,05
Empenhamento no trabalho	--	--	-0,02
Bem-estar	--	--	-0,26**
Conciliação casa-trabalho	--	--	-0,18*
Satisfação com o trabalho	--	--	-0,27**
Ausência de stress	--	--	-0,44**
Condições de trabalho	--	--	0,20*
R <sup>2</sup>	14,4%	54,5%	66,7%
R <sup>2</sup> ajustado	9,8%	51,8%	63,0%
R <sup>2</sup> Change	14,4%*	40,2%*	52,4%**
F	3,163**	19,636%**	17,894**

*Nota:* Níveis de significância utilizados para análise \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; Coeficientes betas estandarizados  
F=testa a significância da regressão R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação (medida da dimensão do efeito da variável independente sobre a variável dependente)

Género:M:1; F:0; Estado civil: casado, união de facto:1, outros:0; Habilitações: mestrado, Phd:1; licenciatura, bacharelato:0;  
Horário:35h ou menos de 35h:1, horário 40h:0; Turnos: turnos:1; não turnos:0.

No modelo 2 adicionou-se o constructo de QVT, apresentando-se significativo ( $b=-0,65$ ,  $p<0,01$ ). Assim, quanto maiores os níveis de QVT percebidos pelos TSDT da área da radiologia, menor a sua exaustão emocional. A QVT explica 40,2% ( $R^2$  Change) da variância única da exaustão emocional, sendo o modelo de regressão linear significativo ( $F(8,131) = 19,636$ ,  $p<0,01$ ), ao qual está associado um  $R^2$  ajustado, de 51,8%.

Para melhor compreender o efeito das diferentes facetas da QVT, desenhou-se um terceiro modelo considerando estas facetas desagregadas (modelo 3). Destas, emergiram como significativas o bem-estar ( $b=-0,26$ ,  $p<0,01$ ), a conciliação casa-trabalho ( $b=-0,18$ ,  $p<0,05$ ), a satisfação com o trabalho ( $b=-0,27$ ,  $p<0,01$ ), a ausência de *stress* ( $b=-0,44$ ,  $p<0,01$ ) e as condições de trabalho ( $b=0,20$ ,  $p<0,05$ ); ou seja, quanto maior o bem-estar, maior a conciliação entre o trabalho e a vida familiar, maior a satisfação com o trabalho e menor o *stress*, menor a exaustão emocional.

Porém, quanto melhores as condições de trabalho, maior a exaustão emocional. As dimensões de QVT explicam 63,0% ( $R^2$ ajustado) da exaustão emocional, sendo o modelo significativo ( $F_{(14,125)} = 17,894$ ,  $p<0,01$ ).

A evidência permite corroborar a hipótese H1a.

### **7.3.2 Como a QVT Explica os Níveis de Despersonalização**

Continuou-se com o teste da hipótese H1b -A QVT está negativamente relacionada com os níveis despersonalização.

Para estudar o efeito da QVT na despersonalização aplicou-se a regressão linear múltipla hierárquica que compreende 3 modelos (Tabela 15).

**Tabela 15**
*Resultados da regressão linear múltipla para a Despersonalização*

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
<b>Variáveis de Controlo</b>			
Género	-0,10	-0,02	-0,03
Idade	-0,13	-0,12	-0,14
Estado civil	-0,04	-0,02	-0,01
Dependentes	-0,04	-0,06	-0,08
Habilitações	0,17	0,11	0,09
Horário	-0,03	0,00	0,06
Turnos	0,05	0,07	0,08
<b>Variáveis Independentes</b>			
QVT	--	-0,39**	--
Controlo no trabalho	--	--	0,19
Empenhamento no trabalho	--	--	0,03
Bem-estar	--	--	-0,05
Conciliação casa-trabalho	--	--	-0,25*
Satisfação com o trabalho	--	--	-0,31*
Ausência de <i>Stress</i>	--	--	-0,15
Condições de trabalho	--	--	0,01
R <sup>2</sup>	6,1%	20,7%	26,3%
R <sup>2</sup> ajustado	1,1%	15,8%	18,1%
R <sup>2</sup> Change	6,1%	14,6%**	20,2%**
F	1,229	4,266**	3,194**

*Nota:* Níveis de significância utilizados para análise \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; Coeficientes betas estandardizados  
F=testa a significância da regressão R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação (medida da dimensão do efeito da variável independente sobre a variável dependente).

Género:M:1; F:0; Estado civil: casado, união de facto:1, outros:0; Habilitações: mestrado, Phd:1; Licenciatura, bacharelato:0;  
Horário:35h ou menos de 35h:1, horário 40h:0; Turnos: turnos:1; não turnos:0.

Começou-se por testar o efeito das variáveis de controlo na despersonalização (modelo 1). De acordo com a análise efetuada, no modelo 1, as variáveis de controlo explicam 6,1% da despersonalização, porém o modelo de regressão não é significativo ( $F_{(7,132)} = 1,229$ ,  $p > 0,05$ ).

No modelo 2 adicionou-se o constructo de QVT, apresentando-se significativo ( $b=-0,39$ ,  $p<0,01$ ). A QVT explica 14,6% ( $R^2$  Change) da variância da despersonalização, sendo o modelo de regressão linear significativo ( $F_{(8,131)}=4,266$ ,  $p<0,01$ ).

No modelo 3, pretende-se desenvolver e melhor compreender a QVT. Ao desagregar-se as dimensões surgiram como significativas conciliação casa-trabalho ( $b=-0,25$ ,  $p<0,05$ ) e satisfação com o trabalho ( $b=-0,31$ ,  $p<0,05$ ) (modelo 3).

Quando os TSDT conseguem uma melhor conciliação da casa com trabalho e com a família, maior a satisfação para o trabalho, o que sugere uma menor despersonalização. As dimensões de QVT permitem explicar 18,1% ( $R^2$  ajustado) da despersonalização, sendo o modelo significativo ( $F_{(14,125)}=3,194$ ,  $p<0,01$ ).

A evidência permite corroborar a hipótese H1b.

### **7.3.3 Como a QVT Explica os Níveis de Realização Pessoal**

A partir da hipótese H1c: A QVT está positivamente relacionada com os níveis realização pessoal. Para estudar o efeito da QVT na realização pessoal (Tabela 16), aplicou-se uma série de modelos de regressão linear múltipla hierárquica.

**Tabela 16**
*Resultados da regressão linear múltipla para a Realização Pessoal*

	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
<b>Variáveis de Controlo</b>			
Género	0,20*	0,07	0,06
Idade	0,12	0,11	0,11
Estado civil	-0,10	-0,13	-0,15
Dependentes	-0,08	-0,04	-0,05
Habilitações	-0,16	-0,07	-0,09
Horário	0,05	0,02	0,01
Turnos	0,01	-0,01	-0,02
<b>Variável Independente</b>			
QVT	--	0,57**	--
Controlo no trabalho	--	--	0,21
Empenhamento no trabalho	--	--	0,19
Bem-estar	--	--	0,36**
Conciliação casa-trabalho	--	--	0,04
Satisfação	--	--	-0,06
Ausência de stress	--	--	-0,03
Condições de trabalho	--	--	-0,03
R <sup>2</sup>	6,5%	37,0%	41,3%
R <sup>2</sup> ajustado	1,5%	33,2%	34,7%
R <sup>2</sup> Change	6,5%	30,5%**	34,8%
F	1,309	9,618**	6,277**
<i>Nota:</i> Níveis de significância utilizados para análise * $p < 0,05$ ; ** $p < 0,01$ ; Coeficientes betas estandardizados F=testa a significância da regressão R <sup>2</sup> =coeficiente de determinação (medida da dimensão do efeito da variável independente sobre a variável dependente). Género:M:1; F:0; Estado civil: casado, união de facto:1, outros:0; Habilitações: mestrado, Phd:1; Licenciatura, bacharelato:0; Horário:35h ou menos de 35h:1, horário 40h:0; Turnos: turnos:1; não turnos:0.			

Começou-se por testar o efeito das variáveis de controlo na realização pessoal (modelo 1). De acordo com a análise efetuada no modelo 1, as variáveis de controlo explicam 6,5% da realização pessoal, porém o modelo de regressão não é significativo ( $F_{(7,132)} = 1,309$ ,  $p < 0,05$ ).

No modelo 2 adicionou-se o constructo de QVT, apresentando-se significativo ( $b = 0,57$ ,  $p < 0,01$ ). Assim, quanto maior os níveis de QVT percebidos pelos TSDT da área da radiologia, maior a

sua realização pessoal. A QVT explica 30,5% ( $R^2$  Change) da variância da realização pessoal, sendo o modelo de regressão linear significativo ( $F_{(8,131)}=9,618, p<0,01$ ).

Numa terceira fase considerou-se as diferentes facetas da QVT desagregadas (modelo 3). O terceiro modelo permitiu que emergisse como significativa o bem-estar ( $b=0,36, p<0,01$ ). Este resultado sugere que o bem-estar influencia de forma positiva a realização profissional. As dimensões de QVT explicam 41,3% ( $R^2$ ajustado) da realização pessoal, sendo o modelo significativo ( $F_{(14,125)}=6,277, p<0,01$ )

A evidência permite corroborar a H1c.

## **7.4 Explorando os Dados**

Neste subcapítulo passamos à apresentação das diferenças na QVT e no *burnout* devido às variáveis sociodemográficas (género, horário de trabalho).

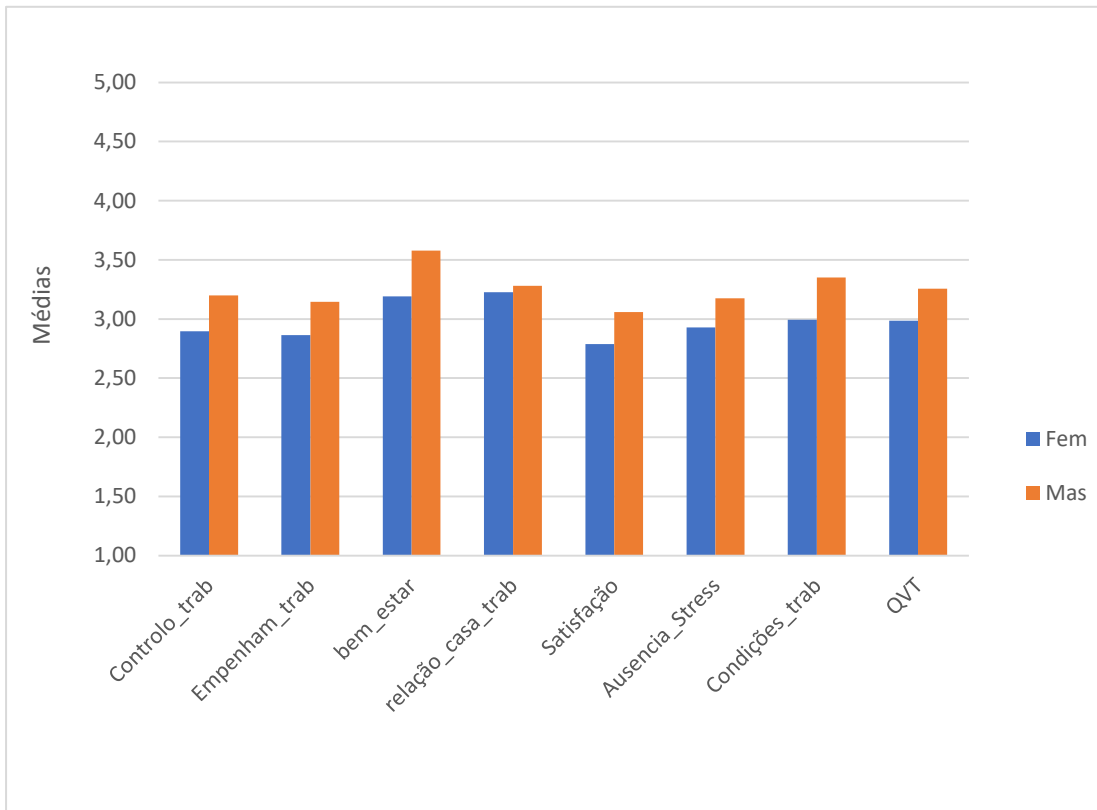
Pretende-se avaliar a existência de diferenças significativas nos valores centrais (e.g., média) entre grupos. De acordo com a análise efetuada no subcapítulo 7.1 as variáveis não seguem uma distribuição normal e o número de observações também não é muito elevado, pelo que recorrer-se-á ao teste não paramétrico de Man-Whitney (Marôco, 2021).

### **7.4.1 Teste de Mann-Whitney para o Género**

Começa-se por testar H2: Os homens apresentam maiores níveis de QVT. A hipótese de que os homens apresentam maiores níveis de QVT foi avaliada pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney. Analisando os resultados verifica-se que existe evidência estatística para dizer que os homens têm *scores* mais elevados relativamente às mulheres e que diferem quanto às dimensões bem-estar, condições no trabalho e QVT. As diferenças observadas foram estatisticamente significativas, pois  $p < 0,05$  (Figura 2).

**Figura 2**

*Representação da média das variáveis em estudo para a variável género*



Quanto às outras dimensões, de acordo com os resultados, pode-se afirmar que não existem diferenças significativas entre os géneros relativamente às dimensões controlo no trabalho, empenhamento no trabalho, conciliação casa-trabalho, satisfação no trabalho e ausência de stress (Tabela 17). Os dados permitem corroborar H2.

**Tabela 17**
*Medidas descritivas e Teste de Mann-Whitney para o género*

	<b>GÉNERO</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>TESTE MANN - WHITNEY U</b>
Controlo no trabalho	Feminino	103	2,90	0,89	0,0504
	Masculino	37	3,20	0,84	
Empenhamento no trabalho	Feminino	103	2,86	0,91	0,1332
	Masculino	37	3,14	0,88	
Bem-estar	Feminino	103	<b>3,19</b>	0,77	<b>0,0047</b>
	Masculino	37	<b>3,58</b>	0,57	
Conciliação casa-trabalho	Feminino	103	3,23	0,90	0,8915
	Masculino	37	3,28	0,83	
Satisfação	Feminino	103	2,79	0,78	0,0822
	Masculino	37	3,06	0,75	
Ausência de <i>Stress</i>	Feminino	103	2,93	0,81	0,1040
	Masculino	37	3,18	0,69	
Condições de trabalho	Feminino	103	<b>2,99</b>	0,91	<b>0,0356</b>
	Masculino	37	<b>3,35</b>	0,74	
QVT	Feminino	103	<b>2,98</b>	0,68	<b>0,0434</b>
	Masculino	37	<b>3,26</b>	0,60	
Exaustão emocional	Feminino	103	<b>2,61</b>	1,43	<b>0,0033</b>
	Masculino	37	<b>1,80</b>	1,16	
Despersonalização	Feminino	103	1,37	1,19	0,2444
	Masculino	37	1,16	1,14	
Realização pessoal	Feminino	103	4,07	1,03	0,1124
	Masculino	37	4,38	0,82	

Notas: M: Médias; DP: Desvio Padrão; N: Amostra \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Prosegue-se para o teste de H3: Os homens apresentam menores níveis de *Burnout*. A hipótese de que os homens apresentam maiores níveis de *burnout* foi também avaliada pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Analisando os resultados verifica-se que os homens apresentaram scores mais baixos do que as mulheres na dimensão exaustão emocional e as diferenças observadas foram estatisticamente

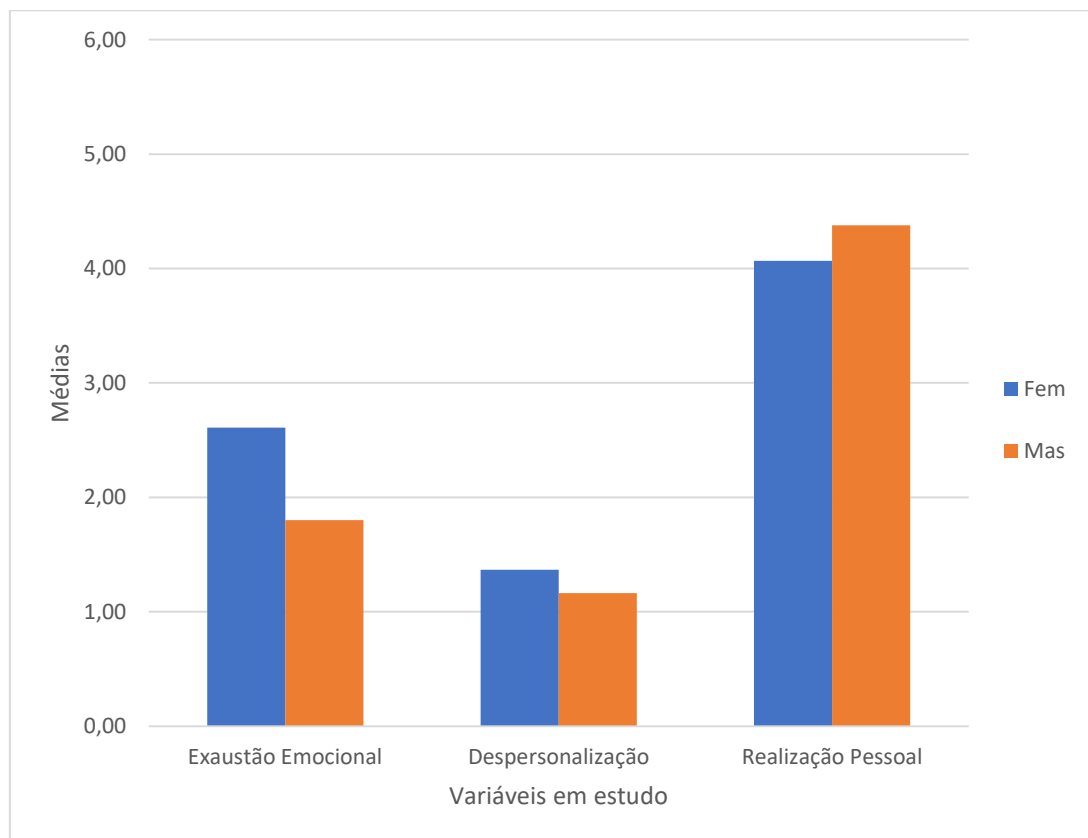
significativas, pois  $p < 0,05$ .

Quanto às outras dimensões, de acordo com os resultados, pode-se afirmar que não existem diferenças significativas entre os géneros relativamente à média das dimensões despersonalização e realização pessoal. Os dados permitem corroborar parcialmente H3.

De igual forma pode ser confirmado e analisado pela Figura 3.

### Figura 3

*Representação da média das dimensões de burnout para a variável género*



#### 7.4.2 Teste de Mann-Whitney para o Horário no Trabalho

Prosegue-se com o teste da H4: Os profissionais com horário de 35 horas ou menos, por semana, apresentam maiores níveis de QVT. A hipótese de que os profissionais com horário de 35 horas ou menos apresentam maiores níveis de QVT foi também avaliada pelo teste

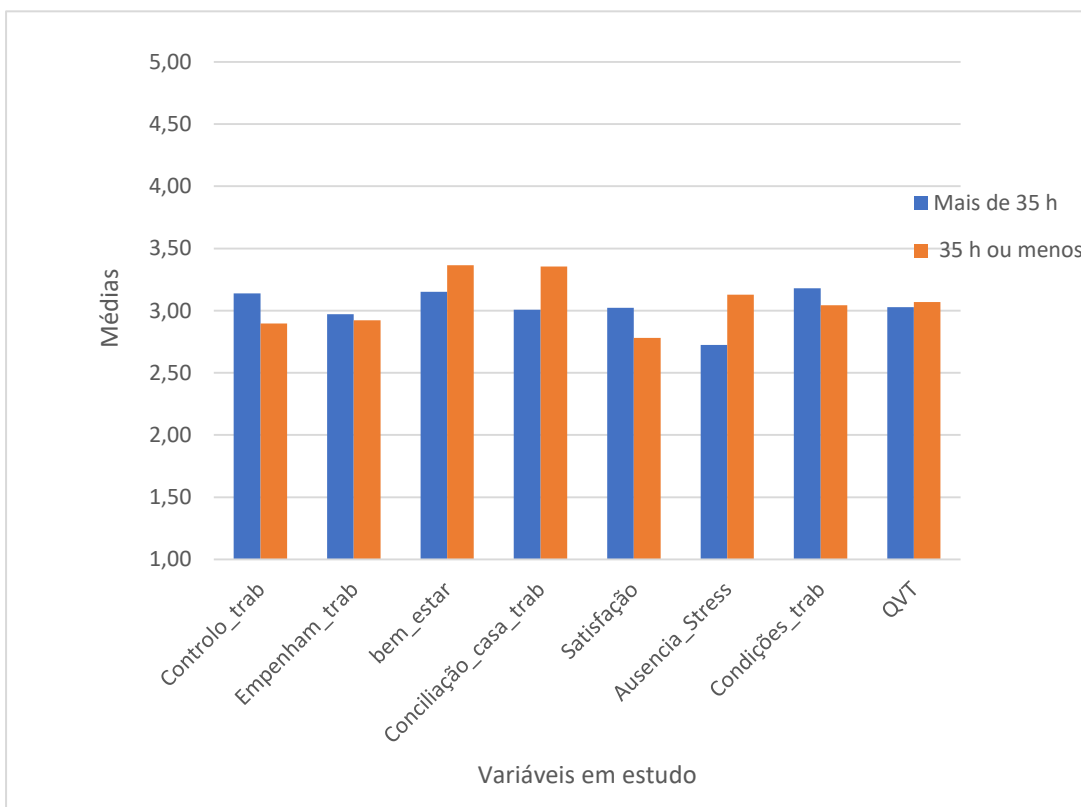
não paramétrico de Mann-Whitney.

Analisando os resultados através da Tabela 17, verifica-se que os profissionais com horário de 35 horas ou menos apresentaram *scores* mais altos do que os profissionais com mais de 35 horas, nas dimensões bem-estar, conciliação casa-trabalho e na ausência de *stress*. As diferenças observadas foram estatisticamente significativas, com  $p < 0,05$ , para as dimensões bem-estar e conciliação casa-trabalho e  $p < 0,01$  para a dimensão ausência de *stress*.

O mesmo pode ser confirmado e analisado pela Figura 4.

**Figura 4**

*Representação da média das variáveis em estudo para a variável horário no trabalho*



Quanto às outras dimensões, de acordo com os resultados, pode-se afirmar que não existem diferenças significativas devido aos horários de trabalho quanto às dimensões controlo no trabalho, empenhamento no trabalho, satisfação no trabalho, condições de trabalho e QVT (Tabela 18). As evidências permitem corroborar parcialmente H4.

**Tabela 18**
*Medidas descritivas e Teste de Mann-Whitney para o horário no trabalho*

	HORÁRIO DE TRABALHO	N	M	DP	TESTE MANN- WHITNEY U
Controlo no trabalho	Mais de 35 h	46	3,14	0,90	0,1458
	35 ou menos horas	94	2,90	0,86	
Empenhamento no trabalho	Mais de 35 h	46	2,97	0,97	0,7025
	35 ou menos horas	94	2,92	0,88	
Bem-estar	Mais de 35 h	46	3,15	0,66	<b>0,0486</b>
	35 ou menos horas	94	<b>3,36</b>	0,77	
Conciliação casa-trabalho	Mais de 35 h	46	3,01	0,81	<b>0,0146</b>
	35 ou menos horas	94	<b>3,35</b>	0,90	
Satisfação	Mais de 35 h	46	3,02	0,76	0,0937
	35 ou menos horas	94	2,78	0,77	
Ausência de <i>Stress</i>	Mais de 35 h	46	2,72	0,82	<b>0,0038</b>
	35 ou menos horas	94	<b>3,13</b>	0,73	
Condições de trabalho	Mais de 35 h	46	3,18	0,88	0,3197
	35 ou menos horas	94	3,04	0,88	
QVT	Mais de 35 h	46	3,03	0,66	0,5975
	35 ou menos horas	94	3,07	0,67	
Exaustão emocional	Mais de 35 h	46	<b>2,74</b>	1,42	<b>0,0277</b>
	35 ou menos horas	94	2,23	1,38	
Despersonalização	Mais de 35 h	46	1,35	1,19	0,8867
	35 ou menos horas	94	1,30	1,17	
Realização pessoal	Mais de 35 h	46	4,12	0,92	0,5517
	35 ou menos horas	94	4,16	1,02	

*Nota:* M: Médias; DP: Desvio Padrão; N: Amostra \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001\*

Prossegue-se com o teste da H5: Os profissionais com horário de 35 horas ou menos por semana, apresentam menores níveis de *burnout*.

A hipótese de que os profissionais com horário de 35 horas ou menos apresentam menores níveis de *burnout* foi também avaliada pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Analisando os resultados através da tabela, verifica-se que os profissionais com horário de

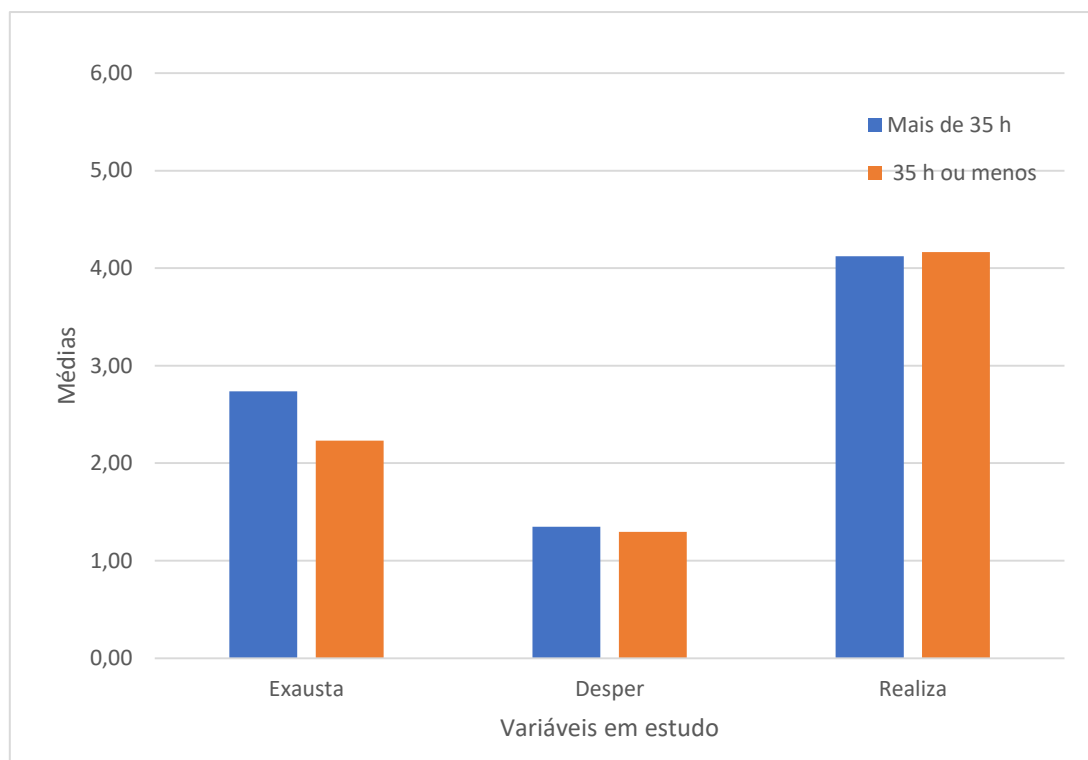
35 horas ou menos apresentaram *scores* mais baixos do que os profissionais com mais de 35 horas apenas na dimensão exaustão emocional e a diferença observada foi estatisticamente significativa, com  $p < 0,05$ .

Quanto às outras dimensões, de acordo com os resultados, pode-se afirmar que não existem diferenças significativas entre os horários de trabalho relativamente à média das dimensões despersonalização e realização pessoal. A H5 é, portanto, parcialmente corroborada.

Os resultados podem ser confirmados pela Figura 5.

**Figura 5**

*Representação da média das dimensões de burnout para a variável horário no trabalho*



## 8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo visa apresentar uma pesquisa sobre a relação da QVT e o *burnout* entre os TSDT da área da radiologia. Ao selecionar este grupo profissional entendeu-se contribuir para o aumento de pesquisas na área, relacionado com o facto de estes profissionais estarem sob pressão na sua atividade laboral em parte, pelo contacto com os doentes, o que acontece de igual forma com outros profissionais de saúde (Khalafallah et al., 2020). Ficou evidente o interesse em compreender a perceção dos TSDT da área da radiologia para a relação entre a QVT e o *burnout*, assim como entender o impacto das atitudes e comportamentos dos mesmos.

Pelo exposto, os objetivos delineados neste estudo procuraram caracterizar a perceção entre os TSDT da área da radiologia, na relação entre os construtos, mais especificamente para as três dimensões de *burnout*, exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Ainda, foi objetivo analisar se a perceção de QVT e dos níveis de *burnout* nos profissionais em estudo divergem, em função do género e do horário de trabalho.

Relativamente à QVT, a análise dos resultados reflete a perceção dos participantes para níveis acima do ponto médio nas dimensões: bem-estar no trabalho (M:3,29; dp=0,74), conciliação casa-trabalho (M:3,24, dp=0,88) e condições no trabalho (M: 3,09, dp=0,88). Estes dados apresentam níveis pouco acima do ponto médio podendo-se inferir que os participantes sentem uma QVT moderada. Verificou-se pelos resultados que as restantes dimensões da QVT assinalam valores ligeiramente abaixo do ponto médio da escala: controlo no trabalho (média de 2,98, dp=0,88), empenhamento no trabalho (média de 2,94, dp=0,91), satisfação no trabalho (média de 2,86, dp=0,77), ausência de *stress* no trabalho (média de 2,99, dp=0,78). O resultado global da dimensão QVT (M:3,06; dp=0,78) sugere que os trabalhadores têm uma perceção mediana da sua QVT, de acordo com as necessidades individuais, sociais, psicológicas e dos locais de trabalho. Assim sendo, foram sentidos pelos trabalhadores níveis moderados de QVT. Comparativamente, no estudo de Wang et al.(2020) realizado em cinco hospitais na China, os enfermeiros percecionaram um nível médio-alto de QVT (3.40±0.61), estando estes dados no sentido desta dissertação. Para Wang et al. (2020) os profissionais de saúde estão sujeitos ao rápido desenvolvimento da ciência e da tecnologia, bem como às exigências e atualizações dos procedimentos de trabalho, o que deverá certamente influenciar os resultados para a QVT dos enfermeiros (Wang et al., 2020).

Ao invés, o estudo de Almugren & Zedan (2020) direcionado para TSDT efetuado em hospitais da Arábia Saudita, tendo como base a escala WRQoL-2, estes profissionais percecionaram elevados níveis de QVT. No estudo Almugren & Zedan (2020) comparou os TSDT com os enfermeiros, ambos estão sujeitos aos mesmos desafios, com cargas horárias semelhantes, sob grande pressão no trabalho e as suas funções envolvem especialização técnica, integrados em equipas multidisciplinares. Os dados que decorrem deste estudo sugerem que os elevados níveis de QVT podem contribuir para a criação de ambientes de trabalho mais saudáveis (Almugren & Zedan, 2020).

Num outro estudo de Fontinha et al.(2018) utilizando o mesmo instrumento (WRQoL-2), mas direcionado a profissionais da área da educação verificou-se que os docentes apresentaram perceções menos favoráveis para a QVT com resultados significativos, no que refere ao controlo no trabalho, ao empenho no trabalho e às condições de trabalho (Fontinha et al., 2018).

A análise descritiva desta dissertação para as dimensões de *burnout*, nomeadamente a exaustão emocional (M:2,40; dp=1,41) e a despersonalização (M:1,31; dp=1,17), ambas apresentam uma pontuação abaixo do ponto médio para a escala de MBI-HSS sugerindo-se que os trabalhadores não apresentam elevados níveis de exaustão emocional e de despersonalização perante o trabalho. Relativamente à dimensão realização profissional a pontuação reporta um valor acima do ponto médio, o que pode inferir que os trabalhadores estão moderadamente realizados profissionalmente (M: 4,15; dp=0,99). Em relação à classificação efetuada para os níveis de *burnout* o estudo revela que 45% (n=63) releva ter baixa exaustão emocional, 55% (n=77) baixa despersonalização e 21% (n=30) elevada realização pessoal e com estes dados sugere-se que os TSDT apresentam níveis moderados a baixos para a classificação de *burnout*.

Os resultados divergem nos diferentes estudos direcionados a profissionais de saúde. Numa análise efetuada por Marôco et al. (2016) a nível nacional, a médicos e enfermeiros, entre 2011 e 2013, cerca de 21,6% dos inquiridos apresentaram níveis moderados de *burnout* e 47,8% níveis elevados de *burnout* (Marôco et al., 2016). Assim, e comparativamente, os resultados de Marôco et al. (2016) encontram-se acima dos registados na avaliação desta dissertação.

Relativamente ao estudo efetuado por Silva e Pereira, (2020), para os TSDT da área da radiologia das instituições de saúde da região do Porto, em que se analisou o risco de *burnout*, para estes profissionais, apresentaram-se resultados com níveis moderados para a dimensão exaustão emocional e despersonalização e níveis baixos para a realização pessoal. Embora os resultados

de Silva e Pereira (2020) evidenciem níveis moderados de *burnout* verifica-se que alguns profissionais exibem elevados níveis de exaustão emocional (39,9%), de despersonalização (29,5%) e níveis baixos para a realização pessoal (48,4%), o que alerta para a necessidade de intervenção de suporte emocional dos profissionais de saúde como garantia de bem-estar (Silva & Pereira, 2020). Em comparação, para Pereira et al.(2021) os TSDT apresentam níveis moderados de *burnout*, mas com resultados mais expressivos que a análise nesta dissertação. Assim sendo, a presença de *burnout* entre os profissionais de saúde tem grande impacto nas organizações e na prestação de cuidados de saúde (Pereira et al., 2021).

As hipóteses de investigação formuladas foram totalmente ou parcialmente confirmadas. Em primeiro lugar, confirma-se a existência de uma relação negativa entre a QVT e os níveis de *burnout*, pela hipótese 1 (H1- A QVT está negativamente relacionada com os níveis de *Burnout*), sendo possível afirmar-se que, quanto maior a perceção da QVT, menores serão os níveis de *burnout* dos TSDT da área da radiologia. A primeira evidência obtém-se pelos coeficientes de correlação de *Spearman* (Tabela 12). Conforme demonstra a análise das diferentes dimensões da QVT (controlo no trabalho, empenhamento no trabalho, bem-estar no trabalho, conciliação casa-trabalho, satisfação no trabalho, ausência de stress no trabalho e condições no trabalho) apresentam uma correlação negativa com a variável exaustão emocional (H1a-A QVT está negativamente relacionada com os níveis exaustão emocional) e com a variável despersonalização (H1b-A QVT está negativamente relacionada com os níveis despersonalização) e uma correlação positiva com a variável realização profissional (H1c- A QVT está positivamente relacionada com os níveis realização pessoal). Com estes resultados obtém-se uma primeira evidência que confirmam as hipóteses H1a, H1b e H1c.

Para uma análise mais profunda testou-se, por regressões lineares múltiplas, o quanto a QVT explica cada uma das dimensões de *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal).

Numa primeira fase testou-se o efeito da variável exaustão emocional, no qual a qualidade geral de vida no trabalho (QVT) explica 51,8 % da variância única da exaustão emocional e emergiram como significativas as variáveis bem-estar, a conciliação casa-trabalho, a satisfação com o trabalho, a ausência de *stress* e as condições de trabalho. As evidências permitem corroborar a hipótese H1a.

Continuando os testes correlação linear para a dimensão despersonalização e QVT explica 14,6% ( $R^2$  Change) da variância da despersonalização como significativas a conciliação casa-trabalho e a satisfação com o trabalho. As evidências destes resultados permitem corroborar a hipótese H1b; por conseguinte sugere-se uma menor despersonalização no trabalho, por parte destes profissionais.

Ainda, para a variável realização pessoal apresenta-se como significativo e explica-se com o valor de 30,5% ( $R^2$  Change) da variância da realização pessoal. Por conseguinte, o bem-estar emergiu como significativo, o que permite sugerir que a QVT influencia de forma positiva a realização pessoal. Por consequência estes resultados permitem corroborar a H1c.

Embora na presente dissertação não se expressem níveis elevados de exaustão emocional, o facto de emergirem resultados como significativos para a dimensão condições no trabalho está em consonância com o estudo de Marôco et al. (2016) que revela, que em Portugal, a perceção de más condições de trabalho foi o maior preditor de *burnout* para o estudo que incluía médicos e enfermeiros, apontando para a necessidade de intervenção a nível da saúde ocupacional (Marôco et al., 2016). Os profissionais passam muito tempo ao longo da sua vida nos locais de trabalho que deveriam ser valorizados, proporcionando dignidade e significado de vida, de forma a contribuir para a promoção e prevenção da saúde mental (Leal da Costa, 2019).

A investigação realizada por Vala et al. (2017), em que os médicos apresentam níveis elevados de exaustão emocional (66%), e de despersonalização (39%) e, ainda baixa realização profissional (30%) exprimem a necessidade de intervenção urgente, dados os registos alarmantes de prevalência de *burnout* na população médica portuguesa.

Por conseguinte, devem as organizações adotar medidas preventivas e reparadoras perante os primeiros sinais de *burnout* entre os profissionais de saúde que percecionam níveis baixos de realização pessoal e elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização (Martins, 2017).

Em segundo lugar, atendendo às associações significativas existentes entre o género e o horário de trabalho e, algumas dimensões de QVT e *burnout*, aprofundou-se o estudo da diferença entre as variáveis através do teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Assim, a hipótese 2 (H2: Os homens apresentam maiores níveis de QVT) é corroborada e os resultados apresentam evidência estatística, confirmando que, em média os homens apresentam maiores níveis de bem-estar, condições de trabalho e QVT (Figura 2).

Comparativamente o estudo realizado por Almugren & Zedan,(2020), em seis unidades hospitalares (*National Guard Health Affairs*) na Arábia Saudita, para TSDT que realizam exames de ressonância magnética, os resultados evidenciam elevados níveis de QVT, mas não registam resultados significativos para a variável género. O estudo de Almugren e Zedan (2020) apenas exhibe resultados significativos para o género masculino, relativamente ao bem-estar e ao empenhamento no trabalho. Estes resultados também podem sugerir que os homens apresentam maiores níveis de bem-estar (Almugren & Zedan, 2020).

Ao analisar os fatores relacionados com a QVT no estudo efetuado por Wang et al. (2020), as mulheres exibem melhores resultados que os homens, para o bem-estar. Estes dados ainda evidenciaram diferenças estatisticamente significativas para a satisfação com o trabalho e a carreira, contrariando os resultados obtidos nesta dissertação.

Em terceiro lugar, em relação à hipótese 3 (H3: Os homens apresentam menores níveis de *burnout*), os resultados apresentam-se abaixo dos valores médios da escala para as dimensões exaustão emocional e despersonalização. O que sugere que os participantes apresentam níveis de *burnout* moderados a baixos e, para a dimensão realização pessoal exibem-se resultados acima do ponto médio - uma vez que a questão se apresenta pela positiva - e, desta forma os participantes apresentam alguma realização pessoal. Analisando os resultados da dissertação, os homens apresentam *scores* mais baixos do que as mulheres na dimensão exaustão emocional para diferenças estatisticamente significativas, o que não acontece nas restantes dimensões de *burnout* (Figura 3).

De acordo com a literatura, o *burnout* está associado principalmente a mulheres e para Carlotto (2011) e Schaufeli e Greenglass (2001), estes consideram que as mulheres apresentam resultados mais elevados para exaustão emocional e, que os homens exibem resultados mais representativos para a dimensão despersonalização.

Em quarto lugar, quando são estudados os efeitos da intervenção da variável horário no trabalho sobre as variáveis de QVT e *burnout* prossegue-se com o teste da hipótese 4 (H4: Os profissionais com horário de 35 horas ou menos, por semana, apresentam maiores níveis de QVT). Os resultados demonstram que os TSDT que trabalham 35 horas ou menos apresentam *scores* mais altos do que os profissionais com horários com mais de 35 horas nas dimensões bem-estar, conciliação casa-trabalho e ausência de stress e exibem diferenças estatisticamente

significativas para as dimensões bem-estar e relação casa-trabalho e a dimensão ausência de stress (Figura 4). As evidências permitiram corroborar parcialmente H4.

De referir que no estudo de Silva (2021) os enfermeiros em Portugal trabalham em média 35 horas podendo trabalhar em horários fixos (segunda a sexta-feira), ou em horários rotativos (turnos), incluindo os fins-de-semana. Para Silva (2021), a QVT é influenciada pelo horário de trabalho (turnos) praticado pelos participantes, mas só se verificam diferenças estatísticas significativas para a situação familiar e conciliação casa-trabalho ( $p=0,000$ ). Ainda, os participantes responderam que a elaboração de horários deveria ser uma área que poderia trazer melhorias na sua QVT (Silva, 2021).

Moura (2012) descreve que ao analisar a relação entre o tipo de horário e a escala de satisfação com o trabalho, os enfermeiros apresentam-se ligeiramente mais satisfeitos ao praticarem horário fixo, do que os que trabalham com horário por turnos (Moura, 2012).

Ainda, Pinheiro et al. (2017) referencia que os profissionais de saúde que trabalham em horários por turnos, principalmente no turno noturno descrevem ter sentimentos de insatisfação para com o trabalho e isolamento social, compreensível com a privação dos períodos mais valorizados socialmente pela família. Assim, Pinheiro et al. (2017) propõe a adoção de estratégias que melhorem as condições de trabalho dos profissionais que trabalham por turnos (Pinheiro et al., 2017).

Em último lugar, analisando os resultados referentes à hipótese 5 (H5: Os profissionais com horário de 35 horas ou menos por semana, apresentam menores níveis de *burnout*) os TSDT com horário de 35 horas ou menos apresentaram *scores* mais baixos do que os profissionais com mais de 35 horas para as dimensões exaustão emocional registando-se diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ), o que não sucede para as restantes dimensões de *burnout*. A hipótese H5 é corroborada parcialmente.

Também se constatou no estudo de R. Santos (2015) diferenças estatisticamente significativas para a variável horário no trabalho relativamente à dimensão exaustão emocional. O autor descreveu que os profissionais de saúde que praticam horários por turnos exibem níveis mais elevados de exaustão emocional, uma vez que estes horários se tornam mais desgastantes (R. Santos, 2015).

Por outro lado, para Vicente et al. (2014) os indivíduos que trabalham além do horário normal apresentam resultados significativos para a dimensão despersonalização, comparativamente a outros profissionais que trabalham menos horas. Os resultados do estudo de Vicente et al. (2014) sugerem que os profissionais que trabalham muitas horas e estão sujeitos a fatores de *stress* ocupacional, desenvolvem mecanismos de defesa que providenciam o distanciamento necessário para continuar a trabalhar (Vicente et al., 2014).

## 9 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo principal relacionar a QVT e os níveis de *burnout* para os TSDT da área da radiologia. A pertinência do tema deve-se à sua atualidade e aos poucos estudos ainda existentes a associar estes dois construtos, assim como a identificação das causas que mais influenciam a relação entre a QVT e o *burnout*.

Com base nos resultados obtidos, os homens apresentam menores níveis de exaustão emocional, assim como quem trabalha 35 ou menos horas. Quanto maiores os níveis de QVT percebidos pelos TSDT da área da radiologia menor a exaustão emocional. De igual modo, uma melhor conciliação casa-trabalho e família e maior satisfação para o trabalho, conduz a menores níveis de despersonalização. Para além do mencionado, o bem-estar influencia de forma positiva a realização pessoal e quanto maiores os níveis de QVT percebidos, maior a realização pessoal.

No que se refere à variável género, os homens evidenciam melhores resultados para o bem-estar, condições no trabalho e QVT. A avaliação mais pormenorizada evidenciou que os homens conseguem lidar melhor com a QVT e apresentam menores níveis de *burnout* para a dimensão exaustão emocional, não se verificando diferenças estatísticas para a variável género, relativamente à despersonalização e à realização pessoal.

Relativamente ao horário semanal, os TSDT da área da radiologia que trabalham 35 horas ou menos apresentam melhores resultados para o bem-estar, conciliação casa-trabalho e ausência de *stress*. Assim, pode-se afirmar que os profissionais evidenciam níveis maiores de QVT para o horário de 35 horas ou menos. Ainda se pôde observar que os TSDT que praticam este horário apresentam menores níveis de exaustão emocional, não evidenciando o horário semanal resultados significativos para as dimensões despersonalização e realização pessoal.

Sendo, assim, as hipóteses H1a, H1b, H1c, que relacionam a QVT com *burnout* para as dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal respetivamente, são totalmente suportadas neste estudo. Relativamente às diferenças existentes na QVT e no *burnout*, uma análise mais detalhada permite corroborar parcialmente que os homens apresentam maiores níveis de QVT (H2) e menores níveis de *burnout* (H3). Ainda para a hipótese em que os TSDT percebem maiores níveis de QVT para um horário semanal de 35 horas ou menos (H4), esta é parcialmente corroborada, bem como a hipótese em que se pratica o mesmo horário sendo percebidos menores níveis de *burnout* (H5).

Em síntese, torna-se perceptível que os TSDT percecionam níveis moderados de QVT e, que apresentam níveis moderados de *burnout*, podendo-se afirmar que os profissionais definem a existência de alguma realização pessoal.

Assim, pretende-se com este estudo divulgar os resultados e promover a sua interpretação, no seio das organizações de saúde. Ademais, considera-se pertinente que os TSDT, que integram equipas multidisciplinares e constituem peças fundamentais nas organizações, participem com o seu contributo para a gestão. O estudo encontra-se de acordo com as atuais orientações do SNS para a integração de locais saudáveis de trabalho no seio das organizações, assim como na preocupação para com os riscos psicossociais (relatórios PNSOC e guias da DGS). Em conclusão, consideram-se relevantes as medidas de prevenção da saúde mental dos TSDT, a implementação e desenvolvimento de locais de trabalho saudáveis como um contributo para a QVT.

No que concerne à aplicação prática, este estudo apresenta-se como um contributo para as organizações de saúde e sugere-se que seja tido em conta o impacto dos horários de trabalho para a QVT e para a saúde mental dos profissionais. Ainda, a utilização do instrumento de medida WRQoL-2 foi considerada pertinente podendo ser alargado este estudo a outros profissionais de saúde, a fim de se obter para uma visão mais ampla das possíveis relações entre as variáveis.

Em relação às limitações deste estudo, foi possível identificar que a amostra deveria ser mais expressiva, podendo colocar em causa a representatividade da população dos TSDT. Adicionalmente, o facto de ser uma amostragem por conveniência apresenta limitações por condicionar e generalizar os resultados sem precisão estatística. Outra limitação está relacionada com o facto de o instrumento de medida não ter sido aplicado, de forma sistemática, em todas instituições de saúde públicas e privadas a nível nacional.

Com a finalidade de melhor compreender o impacto da QVT e a relação com os níveis de *burnout*, a seleção dos TSDT da área da radiologia deveu-se ao facto de não existirem muitos estudos que envolvam estes profissionais e considera-se pertinente a realização de estudos comparativos.

Em conclusão, a perceção dos TSDT para a relação da QVT com os níveis de *burnout* determinaram resultados que demonstraram a relevância desta temática. Desta forma torna-se essencial a incrementação de estratégias, investindo em medidas de desenvolvimento para a

QVT, com a finalidade de atingir benefícios quer para os profissionais quer para as organizações de saúde.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ahmad, S. (2013). Paradigms of Quality of Work Life. *Journal of Human Values*, 19(1).  
<https://doi.org/10.1177/0971685812470345>
- Albuquerque, L. G., & Limongi-França, A. C. (1998). Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. In *Revista de Administração da Universidade de São Paulo* (pp. 41–43).  
<http://rausp.usp.br/wp-content/uploads/files/3302040.pdf>
- Almugren, G., & Zedan, H. (2020). A Study of the Quality of Work Life Among Magnetic Resonance Imaging Technologists in National Guard Health Affairs Hospitals in KSA. *Research Square*, 1–28. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-72762/v1>
- Amorim, M. R. C. G. (2016). *A Satisfação e a Qualidade de Vida no Trabalho dos Colaboradores de Unidades Funcionais do ACES Dão Lafões*. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Viseu.  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21932/1/Tese%20Margarida%20Amorim.pdf>
- Assembleia da República. (2009). Lei n.º 102/2009. *Diário Da República n.º 176/2009, Série I de 2009-09-10, 176*, 6167–6192. <https://dre.pt/application/file/489947>
- Benevides-Pereira, A. T. (2012). Considerações sobre a Síndrome de Burnout e o seu Impacto no Ensino. *Boletim de Psicologia*, LXII, 155–168.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v62n137/v62n136a05.pdf>
- Benevides Pereira, A. (2002). *Burnout: Quando o Trabalho ameaça o Bem-Estar do Trabalhador* (São Paulo : Casa do Psicólogo (Ed.); 1ª Ed).  
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1314.pdf>
- Brislin, R. W. (1970). Back-Translation for Cross Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol.1. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Carlotto, M. S, Librelotto, R., Pizzinato, A., & Barcinski, M. (2012). Prevalence and factors associated with burnout syndrome in special education teachers [Prevalência e factores associados à síndrome de burnout nos professores de ensino especial]. *Análise Psicológica*, 30(3), 315–327. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84873267703&partnerID=40&md5=0775a7929969da0c7eec3040826180e1>
- Carlotto, M. S. (2011). O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem The impact of sociodemographic and professional variables on Burnout syndrome in nursing staff. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(1), 165–185. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a10.pdf>

- Carneiro, L. (2018). Qualidade De Vida No Trabalho. In *Revista Interface Tecnológica* (1ª ed., Vol. 17, Issue 1). UFBA. [https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/559730/2/eBookQualidade de Vida no Trabalho.pdf](https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/559730/2/eBookQualidade%20de%20Vida%20no%20Trabalho.pdf)
- Carneiro, L. L. (2018). *Qualidade de Vida no Trabalho* (1st ed.). Salvador: UFBA,PRODEP. <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/559730/2/eBook%20Qualidade%20de%20Vida%20no%20Trabalho.pdf>
- Carneiro, T., & Ferreira, M. (2007). *Redução de jornada melhora a qualidade de vida no trabalho? A experiência de uma organização pública brasileira*. 7, 131–158. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v7n1/v7n1a07.pdf>
- Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., Manthorpe, J., & Amadeo, F. (2017). *How are compassion fatigue , burnout , and compassion satisfaction affected by quality of working life ? Findings from a survey of mental health staff in Italy*. 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2726-x>
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas:O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (Editora Manole Ltda (Ed.); 4.ed).
- Claudia, M., Hipólito, V., Aparecida, V., Ii, M., Inês, M., Iii, M., & I, G. L. G. (2017). Qualidade de vida no trabalho : avaliação de estudos de intervenção. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 70(1), 189–197. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0069>
- Danford, A., Richardson, M., Stewart, P., Tailby, S., & Upchurch, M. (2008). Partnership, high performance work systems and quality of working life. *New Technology, Work and Employment*, 23(3), 151–166. <https://doi.org/10.1111/j.1468-005X.2008.00210.x>
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and Well-Being in the Workplace : A Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management* 25(3), 357–384. <https://doi.org/10.1177/014920639902500305>
- Decreto-Lei n.º 110/2017. (2017). *Diário Da República, 1ª Série - n.º 168 - 31 de Agosto de 2017*. <https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2017/08/16800.pdf>
- Decreto-Lei n.º 184/89. (1989). *Diário Da República Nº 126/1989, Série I*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/184-1989-609807>
- Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro. (1999). *Diário Da República, I série-A(nº 295)*, 9083–9100. <https://files.dre.pt/1s/1999/12/295a00/90839100.pdf>
- Decreto Regulamentar n.º 87/77. (1977). *Diário Da República, I Série - Número 301 de 30 de Dezembro de 1977*. <https://dre.tretas.org/pdfs/1977/12/30/plain-52782.pdf>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). *The Job Demands – Resources Model of Burnout*. May 2014. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

- Demerouti, Evangelia, Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and Work Engagement : A Thorough Investigation of the Independency of Both Constructs Burnout and Work Engagement : A Thorough Investigation of the Independency of Both Constructs of Technology. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(3), 209–222. <https://doi.org/10.1037/a0019408>
- Do Nascimento Ferreira, N., & De Lucca, S. R. (2015). Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de são paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 18*(1), 68–79. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
- Dollard, M., & Metzger, J. (1999). Psychological Research , Practice , and Production : The Occupational Stress Psychological Research , Practice , and Production : The Occupational Stress Problem. *International Journal of Stress Management, May 2014*. <https://doi.org/10.1023/A>
- Douglas McGregor. (2015). Douglas McGregor: Theory X and Theory Y. Thinker 026. *Chartered Management Institute McGregor's Theory X and Theory Y, 5*. <https://doi.org/10.34293/management.v9i3.4538>
- Easton, S., & Van Laar, D. (2019). *Escala da Qualidade de Vida Relacionada com o Trabalho- WRQoL-2 Scale*. <http://www.qowl.co.uk/researchers/WRQoL%20User%20manual%202nd%20Ed%20ebook%20Feb%202018%2055.pdf>
- Easton, S., & Laar, D. Van. (2013). *QoWL (Quality of Working Life)—What, How, and Why?* 3(10), 596–605. DOI:10.17265/2159-5542/2013.10.006
- Easton, S., & Van Laar, D. (2018). User Manual for the Work-Related Quality of Life (WRQoL) Scale Second edition A Mesasure of Quality of Working Life. *University of Portsmouth, 83*. <http://www.qowl.co.uk/researchers/WRQoL%20User%20manual%202nd%20Ed%20ebook%20Feb%202018%2055.pdf>
- Fernandes, E. (1996). *Qualidade De Vida No Trabalho Como Medir para Melhorar*. Casa da Qualidade Editora Ltda.
- Fernandes, E. C., & Gutierrez, L. H. (1988). Qualidade de vida no trabalho (QVT) - uma experiência brasileira. *Revista de Administração, 23*(9), 29–38. <https://www.revistas.usp.br/rausp/article/view/179990/166564>
- Fonte, C. M. S. (2011). Adaptação e validação para Português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI). *[Dissertação]*, 138. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/18118>
- Fontinha, R., Van Laar, D., & Easton, S. (2018). Quality of working life of academics and

- researchers in the UK: the roles of contract type, tenure and university ranking. *Studies in Higher Education*, 43(4), 786–806. <https://doi.org/10.1080/03075079.2016.1203890>
- Fortin, M. (2000). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. , ISBN: 9789728383107. (Loures: & Lusociência (Eds.); 2ª EDIÇÃO). Lusociência.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gil-Monte, P. R. (2003). El Síndrome De Quemarse Por El Trabajo (Síndrome De Burnout) En Profesionales De Enfermería. *Revista Electrónica Internacinal PSY*, 1(1), 19–33. <https://www.redalyc.org/pdf/2313/231318052004.pdf>
- Gonçalves Dias, E., Rodrigues dos Santos, A., Santos Souza, E. L., Mendes Ladeia Araújo, M., Silveira Alves, J. C., & Martins Mishima, S. (2016). Qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Cubana de Enfermeria*, 32(4), 126–137. [https://www.researchgate.net/publication/321697944\\_Quality\\_of\\_life\\_in\\_the\\_work\\_of\\_health\\_professionals\\_from\\_a\\_basic\\_health\\_unit](https://www.researchgate.net/publication/321697944_Quality_of_life_in_the_work_of_health_professionals_from_a_basic_health_unit)
- Jackson, S. E. (1997). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. January. [https://www.researchgate.net/publication/277816643\\_The\\_Maslach\\_Burnout\\_Inventory\\_Manual](https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual)
- Khalafallah, A. M., Lam, S., Gami, A., Dornbos, D. L., Sivakumar, W., Johnson, J. N., & Mukherjee, D. (2020). Burnout and career satisfaction among attending neurosurgeons during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 198(August), 106193. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.106193>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. B., Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. B., & Christensen, K. B. (2007). *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. 8373. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kumar, J. (2011). *Research Methodology A step-by-step guide for beginners*. (3ª ed.) SAGE Publications Ltd. [http://www.sociology.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/06/Ranjit\\_Kumar-Research\\_Methodology\\_A\\_Step-by-Step\\_G.pdf](http://www.sociology.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/06/Ranjit_Kumar-Research_Methodology_A_Step-by-Step_G.pdf)
- Leal da Costa, M. J. H. M. dos S. (2019). *Promoção da Saúde Mental no Trabalho: estudo observacional de determinantes psicossociais e presentismo*. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48451/1/ulsd735697\\_td\\_Maria\\_Costa.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/48451/1/ulsd735697_td_Maria_Costa.pdf)
- Leal, S., Ruivo, P., & Morgado, S. (2021). A Systematic Literature Review Of The Quality Of

- Working Life And Employee Outcomes. *Management, Tecnology and Tourism: Social Value Creation*.
- [https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3395/1/2021\\_Leal%20etal%20Ebook-Artigo\\_QVT.pdf](https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3395/1/2021_Leal%20etal%20Ebook-Artigo_QVT.pdf)
- Liebschutz, J. M., & Physician, H. R. (2014). *Physician Burnout : Coaching a Way Out Physician Burnout : Coaching a Way Out*. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3144-y>
- Limongi-França, A. C. (1996). *Indicadores Empresariais de Qualidade de Vida no Trabalho esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufacturas com certificação ISO 9000*. Tese de Doutorado, Universidade de S. Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12132/tde-14042009-113324/publico/tesedoutoradoLimongi.pdf>
- Limongi-França, A. C. (2004). Qualidade De Vida No Trabalho QVT: Conceitos e Práticas nas Empresas da Sociedade Pós-Industrial. In *São Paulo: Atlas S.A* (2nd ed.). Editora Atlas S.A.
- Maroco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS STATISTICS 27* (8ª Edição).
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach ? Questões antigas e soluções modernas ?* 4(1), 65–90. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016a). [Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level]. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016b). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional [Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level]. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
- Maroco, J., & Tecedreiro, M. (2009). *Inventário de burnout de maslach para estudantes portuguesas*. 10(2), 227–235. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1090/1/PSD%202009%2010%282%29%20227-235.pdf>
- Martins, C. R. (2017). *Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: causas, consequências, prevenção e tratamento*.
- Maslach, C. (1998). *A multidimensional theory of burnout. Theories of organizational stress*. January 1998, 68–85. [https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/263847970\\_Burnout\\_A\\_Multidimensional\\_Perspective/links/02e7e](https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/263847970_Burnout_A_Multidimensional_Perspective/links/02e7e)

53c08fcc055e5000000/Burnout-A-Multidimensional-Perspective.pdf

Maslach, Christina. (2014). *Burnout: A Multidimensional Perspective*. January 1993. <https://doi.org/10.4324/9781315227979-3>

Maslach, Christina, & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, Christina, Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. *The Maslach Burnout Inventory*, 3(May 2016), 191–217. [https://www.researchgate.net/profile/Christina-](https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf)

[Maslach/publication/277816643\\_The\\_Maslach\\_Burnout\\_Inventory\\_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf)

Maslach, Christina, Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 5, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Maslach, Christina, & Schaufeli, W. (2013). *Historic and Conceptual Development of Burnout*. <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/043.pdf>

Meyer, J. P., & Maltin, E. R. (2010). Employee commitment and well-being: A critical review, theoretical framework and research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 323–337. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.007>

Decreto-Lei n.º 414/71, Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27 (1971). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/414-1971-632740>

Ministério da Saúde. (1985). Decreto-Lei n.º 384-B/85. *Diário Da República n.º 225/1985, 2º Suplemento, Série I de 1985-09-30*. <https://files.dre.pt/1s/1985/09/22502/00050009.pdf>

Ministério da Saúde. (1986). Portaria 549/86 de 24 de Setembro. *Diário Da República N.º 220/1986, Série I, 2709–2713*. <https://files.dre.pt/1s/1986/09/22000/27092713.pdf>

Decreto-Lei n.º 111/2017, Diário da República 5244 (2017). <https://dre.pt/application/conteudo/108079190>

Moreira, S., Nunes, C., Nogueira, J. R., Dias, C., Rodrigues, C., Leite, E. S., Alentejo, E., Castro, I., Dias, J. B., Frasquilho, M. A., Maria João Manzano, Chambel, M. J., Freitas, M., Paula Domingos, Antunes, S., & Galhardo, T. (2021). *Guia Técnico n.º 3- Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho* (Guia Técnico n.º 3 Plano Nacional de Saúde Ocupacional). [https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso\\_guia3-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso_guia3-pdf.aspx)

Moreno Zimenez, B., Munoz, A., Hernandez, E., & Benadero, M. (2005). *Breve Historia del Burnout a traves de sus Instrumentos de Evaluacion*. [https://www.researchgate.net/publication/256296176\\_Breve\\_historia\\_del\\_burnout\\_a\\_tr](https://www.researchgate.net/publication/256296176_Breve_historia_del_burnout_a_tr)

aves\_de\_sus\_instrumentos\_de\_evaluacion\_-2

- Moura, S. C. M. (2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem* [Instituto Politécnico de Bragança]. [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8024/1/Moura\\_Sandra.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8024/1/Moura_Sandra.pdf)
- Nadler, D., Hackman, R., & Lawler, E. E. (1983). *Comportamento Organizacional*. Campus (January 1, 1983).
- Nascimento, L. F. do, & Pessoa, R. W. A. (2007). Qualidade de Vida no Trabalho: Uma Questão de Responsabilidade Social. *Revista Eletrônica de Administração*, 13(3), 587–611. <https://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/39964>
- Nogueira, C. (2016). *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1864/1/Carlos\\_Nogueira.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1864/1/Carlos_Nogueira.pdf)
- Nunes, A. (2017). Programa de Intervenção Para Prevenção do Burnout em Unidades de Cuidados Éticos: Um dever ético. *Tese de Doutoramento. Instituto de Bioética. Universidade Católica Portuguesa*, 527. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24180/1/101702639.pdf>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2019). *CID: burnout é um fenômeno ocupacional*. Notícias. <https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional>
- Özgenel, M. (2021). The effect of quality of life work on organizational commitment: A comparative analysis on school administrators and teachers. *Elementary Education Online*, 20(1), 129–144. <https://doi.org/10.17051/ilkonline.2021.01.018>
- Spector, Paul E. (2016). Employee Control and Occupational Stress. *Current Directions in Psychological Science*, 11(4), 133–136. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00185>
- Pedroso, B., & Pilatti, L. A. (n.d.). *Revisão Literária dos Modelos Clássicos de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: um Debate Necessário*. [https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/evolucao\\_cap21.pdf](https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/evolucao_cap21.pdf)
- Pedroso, B., & Pilatti, L. A. (2009). Notas Sobre o Modelo de Qualidade de Vida no Trabalho de Walton: uma revisão literária. *Conexões: Revista Da Faculdade de Educação Física Da UNICAMP*, v.7(n.3), 29–43. <https://pdfs.semanticscholar.org/ba6f/7f17e9a4933edd5a033648759a0a188731d4.pdf>
- Pereira, J. M., Silva, C., Freitas, D., & Salgado, A. (2021). Burnout among Portuguese radiographers during the COVID-19 pandemic. *Radiography*, xxxx. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2021.05.001>
- Pereira, V. (2018). *Qualidade de Vida e Satisfação no Trabalho para Gestores de Unidades de*

- Saúde. Universidade da Beira Interior Ciências Sociais e Humanas.  
[https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9702/1/6495\\_14326.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9702/1/6495_14326.pdf)
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (6end Ed.). Editora Sílabo, Lisboa. <https://doi.org/978-972-618-775-2>
- Pinhal, C. I. R. (2012). *Qualidade de vida no trabalho: estudo de caso numa ONG*. Instituto Politécnico de Setúbal. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4174/1/Tese\\_Vers%C3%A3o%20Final-CD.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4174/1/Tese_Vers%C3%A3o%20Final-CD.pdf)
- Pinheiro, A., Carvalho, E. S. De, & Cardim, A. (2017). *Trabalho Noturno Na Vida Dos Enfermeiros*. 6(2), 177–185. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1292>
- Pinteus, M. (2001). *A Síndrome de Burnout em Fisioterapeutas que Tratam de Bebés e Crianças com Paralesia Cerebral*. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/806>
- Pinto, J., & Ramos, I. (2013). *Stress E Emergência Médica : Níveis E Fatores De Stress Em Profissionais De Emergência Pré – Hospitalar*. 1–15. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0659.pdf>
- Pizzolato, B. P., Moura, G. L. de, & Silva, A. H. (2013). *Qualidade de Vida no Trabalho: uma discussão sobre os modelos teóricos*. 1–16. <https://www.eumed.net/ce/2013/qualidade-vida-trabalho.pdf>
- Ribeiro, L. A., & Santana, L. C. (2015). Qualidade de vida no trabalho: fator decisivo no desempenho organizacional. *Revista de Iniciação Científica - RIC Cairu*, 2(2), 75–96.
- Richardse, A. M., & Burke, R. J. (1995). *Models of Burnout : Implications for Interventions*. 2(1), 31–43.
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). *Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar*. 1–15. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v8n2/v8n2a02.pdf>
- Sampaio, J. R. (2009). O Maslow desconhecido : uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. *Revista de Administração - RAUSP*, vol 44, pag 5-16.
- Sampaio, J. R. (2012). Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 12(1), 121–136. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572012000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572012000100011)
- Santos, A. (2009). Burnout nos Enfermeiros dos Serviços de Psiquiatria de Doentes Agudos Um contributo para a Gestão. In *Business*. <http://repositorio.iscte-iul.pt>
- Santos, C. S., Rosário, P., Moreira, S., Telo, E., Manzano, M. J., Leite, E. S., Teixeira, J., Alves, J.,

- Salgado, L., Menano, L., & Dias, J. B. (2016). *Guia Técnico n.º 1-Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Radiação Ionizante* (C. S. Santos, P. Rosário, & S. Moreira (Eds.)). Direção Geral da Saúde. [http://projects.itn.pt/JGAlves/DGS\\_Guia\\_Tec\\_01.pdf](http://projects.itn.pt/JGAlves/DGS_Guia_Tec_01.pdf)
- Santos, R. (2015). *Burnout : Um estudo em profissionais de saúde* [Instituto Politécnico de Setúbal]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10513/1/Dissertação de mestrado\\_RebeccaSantos.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10513/1/Dissertação_de_mestrado_RebeccaSantos.pdf)
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2004). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In & C. L. C. (Eds. . In M. J. Winnubst (Ed.), *The Handbook of Work and Health Psychology: Second Edition*. <https://doi.org/10.1002/0470013400.ch19>
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health, 16*(5), 501–510. <https://doi.org/10.1080/08870440108405523>
- Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W., Satele, D., West, C., Sloan, J., & Oreskovich, M. (2012). *Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. 172*(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Silva, C. A. V., & Pereira, J. M. (2020). Risco de burnout nos técnicos de radiologia das unidades de saúde do Porto. *Saúde & Tecnologia, 23*(1), 38–50. <https://doi.org/10.25758/set.2251>
- Silva, C., Abrantes, A., Soares, P., Silva, T., Almeida, R., & Ribeiro, L. (2018). Formação e desenvolvimento profissional dos técnicos de diagnóstico e terapêutica em Portugal. *Desenvolvimento e Sociedade, 3*(5), 143–162. [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24583/1/10\\_Carlos\\_formation\\_TDT - pp 143-162.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/24583/1/10_Carlos_formation_TDT_-_pp_143-162.pdf)
- Silva, C. M. G. (2021). *O Trabalho por Turnos e Qualidade de Vida no Trabalho do Enfermeiro* [Instituto Politécnico de Santarém]. [https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/4027/1/CeliaMariaGomesdaSilva\\_Mestrado\\_GUS.pdf](https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/4027/1/CeliaMariaGomesdaSilva_Mestrado_GUS.pdf)
- Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S., & Marôco, J. (2019). *Transcultural Adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory ( OLBI ) for Brazil and Portugal. 10*(March). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00338>
- Sirgy, M. J., Lee, D., Efraty, D., Siegel, P., & Dong-Jin Lee. (2001). A New Measure of Quality of Work Life ( QWL ) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research, 55*(September), 241–302. <https://doi.org/10.1023/A>
- Sloane, D. M., Clarke, S. P., Poghosyan, L., & Cho, E. (2011). *Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. June 2014*. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>

- SNS. (2019, May 28). *Stress profissional*. Notícias de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/05/28/stress-profissional/>
- Soares, C. (2018). *As Práticas de Responsabilidade Social e a Qualidade de Vida no Trabalho: Um Estudo de Caso Aplicado a uma Organização de Economia Social Dissertação* [Instituto Politécnico de Santarém]. [https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/2707/1/CatiaAlexandraMartinhoSoares\\_Mestrado\\_GOES.pdf](https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/2707/1/CatiaAlexandraMartinhoSoares_Mestrado_GOES.pdf)
- Soares, P. (2020). Dinâmicas De Ação Dos Fisioterapeutas Portugueses - Tendências, Problemas E Perspectivas. *A Sociologia e as Questões Interpostas Ao Desenvolvimento Humano* 3, 121–134. <https://doi.org/10.22533/at.ed.38920281010>
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Elsevier Science, Ltd.*, 46(12), 1569–1585.
- Timosi, L., Pedroso, B., Pilatti, L. A., & De Francisco, A. C. (2009). Adaptação do modelo de Walton para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho. *Revista Da Educação Física/UEM*, 20(3), 395–405. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v20i3.5780>
- Trindade, P. (2017). *Qualidade de Vida no Trabalho segundo o Modelo de Walton: um estudo de caso ligado à percepção dos servidores efetivos da Câmara dos Deputados*. Monografia (Graduação em Administração) - Faculdade de Tecnologia e Ciências Sociais Aplicadas, Centro Universitário de Brasília. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13915/1/21450867.pdf>
- Vala, J., Pinto, A. M., & Lopes, R. C. (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal : Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final*. [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT\\_OM.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT_OM.pdf)
- VanLaar, D., Edwards, J. A., & Easton, S. (2007). *The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers*. June. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04409.x>
- Vara, N. (2007). *Burnout e Satisfação no Trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar*. [Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88975/2/169361.pdf>
- Vasconcelos, A. F. (2001). Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Caderno de Pesquisas Em Administração*. <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/06/qualidade-de-vida-no-trabalho-origem.pdf>
- Vicente, Carla S., Oliveira, R. A., & Marôco, J. (2013). Análise fatorial do inventário de burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1),

- 152–167. [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2494/1/PSD\\_14\\_152-167.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2494/1/PSD_14_152-167.pdf)
- Vicente, Carla Susana, Oliveira, R. A., & Maroco, J. (2014). *Prevalence of Burnout among Professionals Who Care for Elderly and Chronically Ill Patients*. November, 1933–1940. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.517196>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento* (M. Robalo (Ed.); 3ª Edição). Edições Silabo.
- Walton, R. E. (1973). *Quality of Working Life : What Is It ?* 15(1), 11.
- Wang, L., Wang, X., Liu, S., & Wang, B. (2020). Analysis and strategy research on quality of nursing work life. *Medicine (United States)*, 99(6). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019172>
- Werther, W. B. J., & Davis, K. (1991). *Administração de Pessoal e Recursos Humanos* (3ª ed).
- William B. Werther Jr., & Davis, K. (1983). *Administração de pessoal e recursos humanos* (McGraw-Hil). São Paulo : McGraw-Hill, 1983.
- Wilmar do Nascimento. (2010). *Qualidade de Vida no Trabalho : origem , evolução e conceitos – uma revisão bibliográfica*. 1966. <https://silo.tips/download/qualidade-de-vida-no-trabalho-origem-evoluao-e-conceitos-uma-revisao-bibliografi>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7647465/pdf/1518-8787-rsp-54-104.pdf>
- Zamberlan, L. (2015). Qualidade De Vida No Trabalho : O Caso Do Câmpus. *Xv Colóquio Internacional de Gestão Universitária-CIGU*, 1–14. [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/136031/101\\_00132.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/136031/101_00132.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## ANEXOS

### Anexo A - Instrumento de Trabalho

#### O Papel da Qualidade de Vida no Trabalho na Síndrome de Burnout

No âmbito da realização do Mestrado de Gestão de Unidades em Saúde, da Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém (Instituto Politécnico de Santarém), proponho-me desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema “O Papel da Qualidade de Vida no Trabalho na Síndrome de Burnout nos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica da Área da Radiologia” e será dirigido aos profissionais desta investigação, a nível nacional.

O presente estudo tem como objetivo perceber, caracterizar e relacionar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) com a Síndrome de Burnout contribuindo para o conhecimento das condições de trabalho e de possíveis intervenções de melhoria em contexto de trabalho.

Apenas a sua colaboração permitirá a realização do trabalho e das suas respostas o sucesso deste estudo. Obrigada!

#### Consentimento Informado

Caros participantes, obrigado por aceitarem responder a este inquérito. Não há respostas certas ou erradas. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

O inquérito vai demorar 15 minutos a preencher.

O que acontecerá com as suas informações/respostas? Os dados registados serão utilizados apenas de acordo com a finalidade do estudo (objetivos académicos). Todos os dados serão processados sem nome, número de identificação ou outro tipo de informação diretamente reconhecível. Não será possível identificá-lo nos resultados do estudo quando estes forem publicados.

Participação voluntária: a sua participação neste estudo é voluntária. Este estudo dirige-se a pessoas maiores de 18 anos. Tem a possibilidade de recusar ou desistir do estudo, a qualquer momento, sem indicar um motivo específico. Não será penalizado por isto.

Privacidade: as informações retidas são apenas as respostas que dará no inquérito. Nenhuma informação identificável, como endereço IP, será gravada.

Divulgação de material e dados: as suas respostas serão incorporadas com as respostas dos outros participantes num grande ficheiro com todos os dados, ou seja, os dados serão tratados como um todo e não individualmente e não poderão ser identificadas.

Informações sobre os resultados do estudo: tem direito a receber informações sobre os resultados do estudo. Entre em contato com Angela Barros e Cunha - 190100035@esg.ipsantarem.pt

### Qualidade de Vida no Trabalho

Seguidamente, são-lhe apresentadas diversas afirmações relativas ao seu trabalho. Use a escala seguinte para indicar o grau em que concorda ou discorda de cada uma das afirmações.

Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

#### Até que ponto concorda com as seguintes afirmações?

1	Tenho um conjunto claro de metas e objetivos que me permitem fazer o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>
2	Consigo expressar opiniões e influenciar mudanças na minha área de trabalho.	<input type="checkbox"/>
3	Tenho a oportunidade de usar as minhas competências no trabalho.	<input type="checkbox"/>
4	Sinto-me bem, neste momento.	<input type="checkbox"/>
5	O meu empregador proporciona-me os meios adequados e flexibilidade para que eu possa adequar o trabalho à minha vida familiar.	<input type="checkbox"/>
6	Atualmente, as minhas horas de trabalho/ritmo de trabalho adequam-se às minhas circunstâncias pessoais.	<input type="checkbox"/>
7	Sinto-me frequentemente sob pressão no trabalho.	<input type="checkbox"/>
8	Quando faço um bom trabalho, isso é reconhecido pelo meu superior.	<input type="checkbox"/>
9	Ultimamente tenho-me sentido infeliz e deprimido.	<input type="checkbox"/>
10	Estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>
11	Sou encorajado a desenvolver novas competências.	<input type="checkbox"/>
12	Participo nas decisões que me afetam na minha área de trabalho.	<input type="checkbox"/>
13	O meu empregador proporciona-me o que preciso para fazer o meu trabalho com eficácia.	<input type="checkbox"/>
14	O meu superior promove ativamente horários/ritmos de trabalho flexíveis.	<input type="checkbox"/>
15	Na maioria dos aspetos, a minha vida aproxima-se ao ideal.	<input type="checkbox"/>
16	Eu trabalho num ambiente seguro.	<input type="checkbox"/>
17	Geralmente, as coisas correm-me bem.	<input type="checkbox"/>
18	Estou satisfeito com as oportunidades profissionais que tenho aqui.	<input type="checkbox"/>
19	Sinto altos níveis de stress no trabalho, com frequência.	<input type="checkbox"/>
20	Estou satisfeito com a formação que recebo para desempenhar o meu trabalho atual.	<input type="checkbox"/>
21	Ultimamente, de modo geral, tenho-me sentido razoavelmente feliz.	<input type="checkbox"/>
22	As condições de trabalho são satisfatórias.	<input type="checkbox"/>

- |    |   |                          |
|----|---|--------------------------|
| 23 | Participo nas decisões que afetam diretamente as pessoas à minha volta.                   | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Tenho prazos inatingíveis.  | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Consigo alcançar um equilíbrio saudável entre o meu trabalho e a minha vida familiar.     | <input type="checkbox"/> |
| 26 | A organização tem uma boa comunicação com os empregados.                                  | <input type="checkbox"/> |
| 27 | Tenho orgulho em dizer aos outros que faço parte desta organização.                       | <input type="checkbox"/> |
| 28 | Eu recomendaria esta organização como sendo boa para trabalhar.                           | <input type="checkbox"/> |
| 29 | Sou pressionado para trabalhar horários prolongados.                                      | <input type="checkbox"/> |
| 30 | Tenho oportunidades suficientes para questionar os superiores sobre mudanças no trabalho. | <input type="checkbox"/> |
| 31 | Estou contente com o ambiente físico onde costumo trabalhar.                              | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Estou satisfeito com a qualidade geral da minha vida profissional.                        | <input type="checkbox"/> |

---

Fonte: Easton, S. A., & Laar, D. L. V. (2019). WRQoL-2 Scale. Retrieved from [http://www.qowl.co.uk/researchers/qowl\\_downloads\\_qnr\\_overview.html](http://www.qowl.co.uk/researchers/qowl_downloads_qnr_overview.html)

## Estudo de Síndrome de Burnout

Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey  
(MBI-HSS)

Na escala seguinte são-lhe apresentadas afirmações que se referem ao seu trabalho e à maneira como se sente no emprego. Em cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento e indicar o grau desde “nunca” a “todos os

Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

dias”.

### Até que ponto concorda com as seguintes afirmações?

1	Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>
2	Sinto-me esgotado ao fim do meu dia de trabalho.	<input type="checkbox"/>
3	Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	<input type="checkbox"/>
4	Eu compreendo facilmente como os doentes se sentem.	<input type="checkbox"/>
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objetos” impessoais.	<input type="checkbox"/>
6	Trabalhar com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.	<input type="checkbox"/>
7	Lido de forma muito eficaz com os problemas dos doentes.	<input type="checkbox"/>
8	O meu trabalho deixa-me exausto.	<input type="checkbox"/>
9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida das pessoas.	<input type="checkbox"/>
10	Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível com as pessoas.	<input type="checkbox"/>
11	Preocupa-me o facto de o trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.	<input type="checkbox"/>
12	Sinto-me cheio de energia.	<input type="checkbox"/>
13	Sinto-me frustrado com o trabalho que realizo.	<input type="checkbox"/>
14	Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego.	<input type="checkbox"/>
15	Não me importo grandemente com o que acontece aos doentes.	<input type="checkbox"/>
16	Trabalhar diretamente junto e com pessoas causa-me muito stress.	<input type="checkbox"/>
17	Posso criar facilmente um ambiente relaxante com os doentes.	<input type="checkbox"/>
18	Sinto-me estimulado após trabalhar junto dos doentes.	<input type="checkbox"/>
19	No trabalho que desempenho tenho realizado coisas válidas.	<input type="checkbox"/>
20	Sinto-me no limite das minhas forças.	<input type="checkbox"/>
21	No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma calma.	<input type="checkbox"/>
22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	<input type="checkbox"/>

Fonte: Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) – Maslach & Jackson (1986), validada para a população portuguesa por Vicente et al. (2013).

### Variáveis De Controlo

<b>Género:</b>	<b>Na organização onde trabalha mais horas, há quantos anos</b>
Feminino ____	trabalha nesta organização? ____
Masculino ____	Profissão? _____
<b>Idade:</b> _____	

<b>Estado civil:</b> -Solteiro _____ -Casado _____ -Divorciado _____ -Viúvo _____ -Outro _____
<b>Dependentes:</b> -Filhos _____ -Outros _____
<b>O seu período normal de trabalho semanal é de quantas horas?:</b> _____
<b>Trabalha por turnos?</b> Sim ___ Não ___
<b>Indique o vínculo laboral que o liga à entidade patronal onde exerce o seu trabalho principal:</b> Contrato a tempo completo (35/40 horas semanais) _____ Contrato de trabalho a tempo parcial (menos de 35 horas semanais) _____ Regime de prestação de serviços ou avença (recibo verde) _____ Outra situação? ___ Especifique por favor: _____
<b>Quais as suas habilitações literárias completas? (quais os estudos mais elevados que completou)</b> Ensino Básico (até ao 9º ano) _____ Secundário (10º-12º ano) _____ Bacharelato/TESP/CET _____ Licenciatura _____ Mestrado _____ Doutoramento _____
<b>COVID-19:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exerço funções em que tenho contacto direto com doentes ou potenciais doentes Covid-19? Sim ___ Não ___</li><li>• Desde que começou a pandemia teve algum teste positivo Covid-19? Sim ___ Não ___</li><li>• Desde que começou a pandemia algum outro elemento do seu agregado familiar teve um teste positivo Covid-19? Sim ___ Não ___</li><li>• Desde que começou a pandemia esteve em isolamento profilático? Sim ___ Não ___</li></ul>

<b>No momento atual qual a situação que melhor descreve a sua situação face ao trabalho?</b> ___ Estou totalmente em teletrabalho ___ Estou totalmente em trabalho presencial ___ Estou em teletrabalho/trabalho presencial de forma rotativa ___ Outra situação? Qual? _____
---

Agradecemos, agora, que nos facultasse alguns elementos acerca da sua organização:

**Sector:**

Privado (i.e. com fins lucrativos) \_\_\_\_

Público \_\_\_\_

Cooperativo/Social (i.e. sem fins lucrativos) \_\_\_\_

**Número de pessoas que trabalham na organização:**

10 trabalhadores ou menos \_\_\_\_

11 – 49 trabalhadores \_\_\_\_

50 – 249 trabalhadores \_\_\_\_

250 ou mais trabalhadores \_\_\_\_

Santarém, 26 abril de 2021


### Apreciação e Votação do Parecer

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para estudo clínico intitulado “O Papel da Qualidade de Vida no Trabalho na Síndrome de Burnout nos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica-Radiologia” a desenvolver no Hospital de Santarém no âmbito da dissertação de mestrado da aluna Ângela Maria Barroso Silva Costa de Barros e Cunha, a ser desenvolvida no âmbito do mestrado em Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém. A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização do estudo depois de reunida toda a documentação necessária. Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética do HDS

RESULTADO DA VOTAÇÃO: PARECER FAVORÁVEL

O Presidente da Comissão de Ética



Dr. Paulo Sintra