



Universidades Lusíada

Maruta, Liana Daniela Vasques Rosa, 1984-

O equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e o impacto no desempenho dos profissionais de saúde

<http://hdl.handle.net/11067/6088>

Metadados

Data de Publicação

2021

Resumo

A vida do indivíduo é dominada, entre outras, pelas esferas familiar e profissional. O tempo é um dos determinantes comuns às duas esferas, sendo preponderante o alcance do equilíbrio entre ambas com vista à maior e melhor qualidade de vida e desempenho profissional. A natureza complexa e multidimensional que caracteriza as práticas dos profissionais de saúde, revela-se um desafio à constante necessidade de adaptação e mudança perante os desafios a que são expostos. Torna-se, portanto, pertinent...

An individual's life is dominated by the family and the professional domains, among others. Time is one of the common determinants of both domains and reaching the right balance between the two is of paramount importance in order to obtain a better quality of life and a better professional performance. The complexity and multidimensional nature that characterizes healthcare professional's practices is one of the major challenges that they need to adapt. Therefore, it reveals the importance and r...

Palavras Chave

Pessoal da área da saúde, Trabalho e família, Qualidade de vida, Padrões de desempenho

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-FCEE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T08:20:44Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

O equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e o impacto no desempenho dos profissionais de saúde

Realizado por:

Liana Daniela Vasques Rosa Maruta

Orientado por:

Prof.^a Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

Constituição do Júri:

Presidente: Prof. Doutor Nuno Miguel Simões Venes
Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia
Arguente: Prof. Doutor Mário Alexandre Guerreiro Antão

Dissertação aprovada em: 15 de outubro de 2021

Lisboa

2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

**O equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e o
impacto no desempenho dos profissionais de saúde**

Liana Daniela Vasques Rosa Maruta

Lisboa

julho 2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

**O equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e o
impacto no desempenho dos profissionais de saúde**

Liana Daniela Vasques Rosa Maruta

Lisboa

julho 2021

Liana Daniela Vasques Rosa Maruta

O equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e o impacto no desempenho dos profissionais de saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional.

Área de especialização: Análise Organizacional

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

Lisboa

Julho 2021

Ficha Técnica

Autora Liana Daniela Vasques Rosa Maruta
Orientadora Prof.^a Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia
Título O equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e o impacto no desempenho dos profissionais de saúde
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MARUTA, Liana Daniela Vasques Rosa, 1984-

O equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e o impacto no desempenho dos profissionais de saúde / Liana Daniela Vasques Rosa Maruta; orientado por Maria Manuela Marques Faia Correia. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional, Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa da Universidade Lusíada.

I - CORREIA, Maria Manuela Marques Faia, 1967-

LCSH

1. Pessoal da área da saúde
2. Trabalho e família
3. Qualidade de vida
4. Padrões de desempenho
5. Universidade Lusíada. Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Medical personnel
2. Work and family
3. Quality of life
4. Performance standards
5. Universidade Lusíada. Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RA410.9.P8 M37 2021

Para a minha *Mummy*

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que caminharam comigo, uns mais próximos, outros mais afastados mas todos fizeram parte da concretização deste projeto que tantas vezes pareceu absurdo e impraticável. Não haja dúvida que a pureza do nosso coração é soberana às injúrias da vida.

À minha orientadora, Professora Doutora Manuela Faia Correia, pela oportunidade que me deu, permitindo fazer este percurso com ela, pelo apoio constante, pela aprendizagem, pela partilha e dedicação sem igual. Por erguer um porto seguro onde pude repousar e recuperar esperança, por vezes esvanecida e pelo voto de confiança concedido. O meu eterno agradecimento pelas palavras que tantas vezes foram a luz e a força para continuar.

À Professora Doutora Tânia Gaspar, por me ter aceite como parte integrante no seu projeto e permitir que através dele pudesse aprender e desenvolver este documento. A sua disponibilidade e prontidão foi desde sempre uma constante, não só na partilha de dados mas também de conhecimento e informação.

Ao Carlos, ao Tomás e ao Miguel, que foram tantas vezes preteridos ao estudo e ao tempo dedicado para que este projeto fosse realizado. Por inúmeras vezes irem buscar “a mamã à escola” quando a noite já se adiantara para ainda estarem um pouco comigo antes de voarem para o mundo dos sonhos. Por permitirem que me recolhesse para me reencontrar neste mundo estudantil que nos privou de momentos conjuntos. Acima de tudo, por todo o carinho e amor.

Não só ao Pai, à Bela, ao Tio Luis e à Tia Paula, mas também à restante família e amigos íntimos que sempre acreditaram nas minhas capacidades e sempre o demonstraram com orgulho. Expressando com vigor o apoio incondicional, sempre com total compreensão do que me envolvia. Todos eles muito exigentes nas expetativas depositadas em mim, mas sempre postulando forte incentivo e cooperação neste resiliente caminho. Espero nunca vos desiludir.

À Miriam, a “pequena” que de desconhecida passou a “colega de turma da fila da frente”, depois a colega de trabalho e mais tarde companheira de estudo e de investigação. Uma nova amiga para todos os momentos presentes e futuros. Sem dúvida do melhor que levo desta aventura.

À Daniela Serpa, que muito me apoiou e motivou em todas fases deste projeto, sempre com uma postura positiva e influenciadora do seu otimismo. A sua alegria contagiante e disponibilidade em todos os momentos são de valor inestimável.

Ao Dr. Ruy Mingas por acreditar que o conhecimento é primordial na vida de todos nós e pela generosidade e bondade de constantemente o proporcionar.

“Tudo o que temos de decidir é o que fazer
com o tempo que nos é dado.”

J.R.R. Tolkien

APRESENTAÇÃO

O Equilíbrio Entre o Trabalho e a Vida Familiar e o Impacto no Desempenho dos Profissionais de Saúde

Liana Rosa Maruta

A vida do indivíduo é dominada, entre outras, pelas esferas familiar e profissional. O tempo é um dos determinantes comuns às duas esferas, sendo preponderante o alcance do equilíbrio entre ambas com vista à maior e melhor qualidade de vida e desempenho profissional. A natureza complexa e multidimensional que caracteriza as práticas dos profissionais de saúde, revela-se um desafio à constante necessidade de adaptação e mudança perante os desafios a que são expostos. Torna-se, portanto, pertinente o estudo e compreensão da sua adaptação às reformas político-organizacionais.

Através da aplicação de um inquérito com o intuito de compreender e avaliar a relação entre o interface trabalho-família, parte integrante dos fatores psicossociais do trabalho, a qualidade de vida e o desempenho a 470 profissionais de saúde em três instituições hospitalares portuguesas públicas, procurou-se perceber se é possível alcançar o equilíbrio entre a relação trabalho-família, a qualidade de vida e o desempenho dos mesmos. A análise estatística foi feita com recurso às técnicas de correlação e regressão linear múltipla.

O estudo revelou uma interação inequívoca entre a relação trabalho-família e a qualidade de vida no desempenho dos profissionais de saúde. Desta forma, a qualidade de vida revela-se como sendo o fator que mais influência tem na *performance* dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: relação trabalho-família; qualidade de vida; desempenho; profissionais de saúde.

PRESENTATION

The Balance Between Work and Family Life and the Impact on the Performance of Healthcare Professionals

Liana Rosa Maruta

An individual's life is dominated by the family and the professional domains, among others. Time is one of the common determinants of both domains and reaching the right balance between the two is of paramount importance in order to obtain a better quality of life and a better professional performance. The complexity and multidimensional nature that characterizes healthcare professional's practices is one of the major challenges that they need to adapt. Therefore, it reveals the importance and relevance of studying and comprehend the adaptation to political-organizational reforms.

The main objective of the present study was to understand and evaluate the relation between the work-family interface, the psychosocial factors at work, the quality of life and the performance; it was intended to find out whether it is possible to reach the necessary balance between work-family relation, quality of life and performance. We run questionnaire to 470 health professionals from three Portuguese public hospital institutions. Correlation and the multiple linear regression techniques were used for statistical data analysis.

The study revealed an unequivocal interaction between the work-family relation and the quality of life in the professional performance of the health professionals. Thus, quality of life is revealed the quality of life is the factor that has a stronger influence in the performance of the health professionals.

Keywords: work-family relation; quality of life; performance; healthcare professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Mapa Conceptual do estudo	58
---	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões do Conflito Trabalho-Família	41
Tabela 2 - Grupo Profissional dos Participantes	59
Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N=470)	60
Tabela 4 – Classificação dos valores de Associação Linear	65
Tabela 5 - Número de itens e subescalas das três versões portuguesas do COPSOQ	68
Tabela 6 - Média, desvio-padrão das escalas e subescalas da relação trabalho-família, qualidade de vida e desempenho	72
Tabela 7 - Caracterização da Subescala do Conflito Trabalho-Família quanto às dimensões, Nº de itens, média, desvio padrão e consistência interna	73
Tabela 8 - Caracterização da Escala de Qualidade de Vida quanto às dimensões, Nº de itens, média, desvio padrão e consistência interna	74
Tabela 9 - Caracterização da Escala de Desempenho dos Profissionais quanto às dimensões, nº de itens, média, desvio padrão e consistência interna	74
Tabela 10 - Correlações das variáveis em estudo (N=470)	75
Tabela 11 - ANOVA – Diferenças entre idades nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)	77
Tabela 12 - ANOVA – Diferenças de género sexual entre as dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)	78
Tabela 13 - ANOVA – Diferenças quanto ao Estado civil nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)	78
Tabela 14 - ANOVA – Diferenças quanto Número de Filhos nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)	79
Tabela 15 - ANOVA – Diferenças quanto ao Nível de Escolaridade nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)	79
Tabela 16 - ANOVA – Diferenças quanto à Situação Profissional nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)	80
Tabela 17 - ANOVA – Diferenças quanto à Satisfação com a Remuneração nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho).....	81
Tabela 18 - ANOVA – Diferenças de idade entre as dimensões Escala de Qualidade de Vida	82
Tabela 19 - ANOVA – Diferenças de género sexual entre as dimensões Escala de Qualidade de Vida	82
Tabela 20 - ANOVA – Diferenças quanto ao Estado Civil nas dimensões Escala de Qualidade de Vida	83

Tabela 21 - ANOVA – Diferenças quanto Número de Filhos nas dimensões Escala de Qualidade de Vida	83
Tabela 22 - ANOVA – Diferenças quanto ao Nível de Escolaridade nas dimensões Escala de Qualidade de Vida.....	84
Tabela 23 - ANOVA – Diferenças quanto à Situação Profissional nas dimensões Escala de Qualidade de Vida	85
Tabela 24 - ANOVA – Diferenças quanto à Satisfação com Remuneração nas dimensões Escala de Qualidade de Vida.....	85
Tabela 25 - ANOVA – Diferenças de idade entre as dimensões na Escala de Desempenho	86
Tabela 26 - ANOVA – Diferenças de género sexual entre as dimensões da Escala de Desempenho	87
Tabela 27 - ANOVA – Diferenças quanto ao Estado civil nas dimensões na Escala do Desempenho	88
Tabela 28 - ANOVA – Diferenças quanto Número de Filhos nas dimensões Escala do Desempenho	88
Tabela 29 - ANOVA – Diferenças quanto ao Nível de Escolaridade nas dimensões Escala do Desempenho.....	89
Tabela 30 - ANOVA – Diferenças quanto à Situação Profissional nas dimensões da Escala do Desempenho.....	89
Tabela 31 - ANOVA – Diferenças quanto à Satisfação com a Remuneração nas dimensões do Desempenho	90
Tabela 32 - Sumarização do Modelo	90
Tabela 33 - ANOVA.....	91
Tabela 34 - Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla	91

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ACEGE - Associação Cristã de Empresários e Gestores
- APA - American Psychological Association
- CLISSIS - Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social
- COMEGI - Centro de Investigação em Organizações, Mercados e Gestão Industrial
- COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PMBQ - Performance Management Behavior Questionnaire
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
- WHO - World Health Organization
- WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1. Introdução	25
2. Revisão bibliográfica	27
2.1. A relação trabalho-família	27
2.1.1. O interface trabalho-família	27
2.1.2. O Conflito trabalho-família	31
2.1.2.1. A Bidirecionalidade do conflito trabalho-família	33
2.1.2.2. Determinantes para o início do conflito trabalho-família	36
2.1.2.2.1. O género	37
2.1.3. O enriquecimento do interface trabalho-família	38
2.1.4. Escalas de medida da relação trabalho-família	40
2.2. A qualidade de vida	43
2.2.1. A evolução do conceito	43
2.2.2. O conceito de qualidade de vida	44
2.2.3. A qualidade de vida e o interface trabalho-família	45
2.2.4. Escalas de medida da qualidade de vida	46
2.3. O desempenho profissional	47
2.3.1. A relação trabalho-família e o desempenho	47
2.3.1.1. O conflito trabalho-família e o desempenho	47
2.3.2. A qualidade de vida e o desempenho	48
2.3.3. A flutuação do nível de desempenho	49
2.3.4. A satisfação no trabalho	51
2.3.5. Escalas de medida do desempenho	52
3. Pergunta de partida e hipóteses	55
4. Método	57
4.1. Justificação do tema	57
4.2. Participantes	58
4.3. Procedimento	60
4.3.1. Seleção da amostra e angariação de participantes	60
4.3.2. O processo de recolha de dados	61
4.3.3. análise e tratamento de dados e procedimentos estatísticos	62
4.4. Instrumentos	67
4.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	67
4.4.2. Relação trabalho-família	67
4.4.3. Qualidade de vida	70
4.4.4. Escala do desempenho dos profissionais	70
4.5. Análise de dados	71

5. Discussão	97
6. Conclusão	101
7. Limitações e sugestões para investigações futuras.....	103
Referências	107
Anexos	123
Lista de anexos.....	125
Anexo A	127

1. INTRODUÇÃO

As esferas profissionais e familiares assumem de forma perentória um lugar central na vida dos indivíduos (Barnett & Hyde, 2001). O interesse verificado pelo estudo em torno da relação trabalho-família, tem produzido inúmeros estudos e publicações científicas que nos permitem aprofundar o conhecimento sobre o tema. É notória a identificação de diversas e evolutivas doutrinas e elementos influentes e influenciadores dessa relação. Desde o conflito ao enriquecimento da relação dos dois domínios é procurada uma tentativa de alcance de um objetivo último: maior e melhor qualidade de vida. Para tal, são apuradas inúmeras perspetivas e abordagens de estudos que nos permitam conhecer e aprofundar conhecimentos, pressupostos e consequências sobre a relação trabalho-família.

Intrinsecamente ligado ao interface trabalho-família, surge o desempenho profissional pelas suas implicações diretas tanto ao nível da *performance* percecionada pela própria pessoa e pelos superiores hierárquicos, mas também pelas relações sociais. O disfuncionamento vivido, sentido e percecionado em todo o ambiente profissional pode originar situações conflituantes e de *stress* que se revelam manifestamente preponderantes na satisfação com a vida e com experiências emocionais, influenciando direta e/ou indiretamente a esfera familiar de cada um. A combinação de todas estas áreas de estudo pode originar dificuldades na gestão e conciliação das mesmas e respetivas implicações na vida de cada pessoa.

Integrada no projeto de investigação sobre a “Gestão global da Saúde – Impacto dos Fatores Organizacionais, Fatores Psicossociais e Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde nos Resultados em Organizações de Saúde” (Gaspar, 2019), com o presente estudo pretende-se então investigar o equilíbrio possível de alcançar ponderando a relação do trabalho com a vida familiar, a qualidade de vida e o desempenho dos profissionais de saúde em organizações de saúde portuguesa. Nomeadamente pretende-se perceber se o desempenho dos profissionais de saúde assume igual nível de relação entre o trabalho e a vida familiar, bem como a qualidade de vida percecionada.

Este trabalho encontra-se dividido em três grandes blocos. Numa primeira parte, é apresentado um enquadramento teórico onde são incluídos o estado da arte sobre conceitos, perspetivas de estudos e investigações efetuadas em cada uma das nossas variáveis centrais. Posteriormente é feita a descrição e caracterização do *design* metodológico do estudo desenvolvido, apresenta-se as hipóteses de estudo e

verificação das mesmas. Por fim, é apresentada a discussão e conclusão dos resultados que combina o enquadramento teórico, com as hipóteses em estudo e com os resultados obtidos. É ainda incluída uma última parte que contém alguns constrangimentos sentidos ao longo do desenvolvimento do documento, bem como sugestões para investigações futuras.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A família e o trabalho são cada vez mais, duas fontes de valorização da vida humana, independentemente da sociedade e da cultura onde se inserem. Considerado como um dos principais preditores da qualidade de vida, a dinâmica que se estabelece entre estes elementos, tem um peso fundamental na satisfação e no bem-estar dos indivíduos (Rodrigues, Barroso, & Caetano, 2010).

Nesta revisão da literatura irão ser abordados temas relacionados com o trabalho e a família, nomeadamente, as formas de interação entre ambos e como esta interface se relaciona com a qualidade de vida percebida pelas pessoas, bem como seu impacto no desempenho profissional de cada pessoa. Para todas as variáveis referidas, além do enquadramento teórico, será ainda feita alusão às formas de medição e estudos científicos realizados.

2.1. A RELAÇÃO TRABALHO-FAMÍLIA

A mudança nos papéis familiares e de trabalho de mulheres e homens é um marco desde o final do século XX e início do século XXI (Barnett & Hyde, 2001). Ainda que em constante mutação nas últimas décadas, a vida familiar permanece como primordial nas sociedades em geral (Torres, 2004). Segundo Santos (2008), a dificuldade de conciliação entre a esfera familiar e profissional, resulta de alterações sociais e no aumento da exigência de cada uma das esferas.

A temática da família e do trabalho revela-se complexa sendo necessários investigações multivariadas para os estudar e correlacionar, bem como o resultado do cruzamento de ambos (Barnett, 1998).

Nos próximos pontos serão apresentados alguns conceitos e construtos sobre esta interface. De seguida, será feita a ligação da relação do trabalho-família para a qualidade de vida e o desempenho profissional.

2.1.1. O INTERFACE TRABALHO-FAMÍLIA

A esfera familiar e profissional implica a realização de diversas atividades que se podem revelar distintas, sequenciais ou até complementares, consoante o nível de conciliação entre elas. Esta relação tem sofrido modificações ao longo do tempo (Frone, Russell, & Barnes, 1995). De forma genérica, verifica-se que o trabalho e a família concorrem numa

competição no que respeita à afetação desses recursos, pois a disponibilização destes assume-se escassa e limitada (Rodrigues, *et al.*, 2010).

Inicialmente, e segundo a teoria da segmentação, o trabalho e a família assumem-se como esferas distintas, sem qualquer tipo de relação, sendo possível distinguir alguns construtos em separado, já que o estudo de cada um dos domínios se realiza de forma independente (Allen & Martin, 2017; Frone, Russell, & Barnes, 1995; Santos, 2008). Segundo Greenglass (2000), a pessoa que trace bem a destriça entre os dois, não será negativamente influenciado no seu desempenho profissional.

Contrariamente ao defendido por Greenglass (2000), a relação das esferas profissional e familiar, tem demonstrado um crescente benefício (Clark, 2000). Também Byron (2005), defende que a conciliação positiva destas duas esferas pode tornar-se vantajosa, criando uma interface entre ambas independentemente da esfera familiar interferir no trabalho ou vice-versa. Importa analisar onde estes domínios coincidem, e como se refletem um no outro, bem como no indivíduo (Aryee, Srinivas, & Tan, 2005).

Frone, Russel e Cooper (1992), referem que os dois domínios não são individualizados, na medida em que as responsabilidades de uma das esferas pode interferir na outra. A escolha sobre a responsabilidade predominante cabe somente a cada pessoa, sendo ela quem determina a assimetria entre as mesmas (Frone, Russel, & Cooper, 1992). Neste sentido, quando as exigências do trabalho interferem com as responsabilidades familiares ou estas influenciam a vida profissional, as pessoas empenham-se mais numa das esferas, de forma a minorar o conflito emergente entre as mesmas (Cinamon, 2006).

Matthews e Barnes-Farrell (2010) definem a flexibilidade dos limites como sendo o grau em que um indivíduo pode ser extraído de um domínio para atender às necessidades do domínio oposto, ou seja, é a crença de um que uma pessoa se adapta de acordo com a envolvente, alternando facilmente entre domínios. Os mesmos autores propõem ainda uma definição ampliada de flexibilidade de limites que inclui duas componentes: a capacidade de flexibilidade e a disposição para a flexibilidade. Os autores conceptualizam a capacidade de flexibilidade como a perceção individual de restrições pessoais e situacionais que afetam a gestão dos limites. Por outro lado, a disposição para flexibilidade é conceituada como uma variável de destriça individual que capta a aptidão para o envolvimento na flexibilidade dos limites.

A relação trabalho-família tem vindo a ser estudada através de várias abordagens, assumindo diferentes perspetivas, entre as quais, a perspetiva negativa, positiva e integradora e a teoria da identidade.

Carlson e Grzymacz (2008), conceptualizaram três modelos teóricos da interface, e a respectiva avaliação da medicação de cada um. A perspectiva negativa da interface, usualmente associada ao conflito, apresenta geralmente consequências negativas e a medição do mesmo encontra-se bastante desenvolvido e escrutinado. A perspectiva positiva da interface, associada a ações positivas resultantes da relação dos dois domínios, tem recebido mais atenção nos estudos efetuados e, em consequência, têm surgido mais escalas de medição da mesma. Por fim, a perspectiva integradora, advoga que pode ser alcançado um equilíbrio na relação do trabalho-família e que o mesmo poderá refletir-se nas pessoas. Os autores defendem que esta última perspectiva é a menos investida em termos de desenvolvimento de escalas de medição, mas que é muito necessária na compreensão e entendimento do equilíbrio da interface.

A perspectiva negativa, segundo os autores, tem sido a mais escrutinada pelo seu conceito central do conflito trabalho-família (Allen & Martin, 2017). Destaca-se o conceito de *spillover*, também este com sentido bilateral, habitualmente relacionado aos estados de espírito (ou experiências vivenciadas), aos valores (princípios morais individuais), às competências e aptidões (capacidade de gestão de situações diversas) e aos comportamentos (atitudes em ambientes variados). Existe *spillover* sempre que os domínios são influenciados ou até transmitidos de uma esfera para a outra, podendo a transmissão ocorrer do âmbito profissional para o familiar como o inverso (Poelmans, Stepanova, & Masuda, 2008; Staines, 1980).

Por oposição à abordagem negativa, têm-se desenvolvido estudos, que permitam apurar uma harmoniosa combinação de tarefas e responsabilidades ao nível pessoal e profissional, que possam traduzir-se num maior e benéfico equilíbrio para as pessoas (Rodrigues *et al.*, 2010; Wayne, Grzywacz, Carlson, & Kacmar, 2007). O paradigma positivo da relação trabalho-família é estabelecido no princípio de que o desempenho de múltiplos papéis (contribuindo para a acumulação de recursos) pode originar impactos positivos sobre a pessoa e o seu bem-estar (Rodrigues *et al.*, 2010). O enriquecimento individual ocorre quando da sinergia das duas esferas resultam experiências potenciadoras de qualidade de vida em cada um dos domínios (Greenhaus & Powell, 2006) ou por outras palavras, quando a vida familiar e profissional combina uma dinâmica de reconhecimento e conciliação recíproco (Chambel & Santos, 2009). Este processo pode originar-se de duas formas distintas: de modo instrumental (quando os recursos adquiridos num papel podem ser transferidos para o desempenho do outro) e de modo afetivo (inclui humores e emoções positivas derivadas do desempenho de um papel) (Greenhaus & Powell, 2006). Estes autores defendem ainda que o acumular

de funções pode fornecer recursos mais extensos para serem aplicados a outras atividades que promovem enriquecimento, em oposição às restrições temporais e situações de *stress* que produzem conflitos.

A perspectiva integradora inclui conceitos como o ajustamento e o equilíbrio entre trabalho e família. Assume que os diferentes papéis desempenhados por cada pessoa podem ser balanceados e geridos equitativamente (Greenhaus, Collins, & Shaw, 2003). Esta perspectiva de ajustamento e de integração de papéis tem por base o equilíbrio entre o trabalho e a família e que este encontra-se relacionado com a perceção e satisfação que cada pessoa tem relativamente à noção do investimento e dedicação em cada papel desempenhado com vista à distribuição equitativa de recursos entre os dois papéis (Carlson & Gryzwacz, 2008).

Frone, Russell e Barnes (1996), argumentaram que, com base na teoria da identidade, os investigadores precisam de examinar simultaneamente os conflitos entre o trabalho e a família bem como os conflitos entre a família e o trabalho para entender na sua plenitude o impacto da interface entre a família e o trabalho na saúde dos trabalhadores.

Frone (2000), examinou ainda a relação entre o conflito trabalho-família e vários tipos de transtornos psiquiátricos através de pesquisa do *National Comorbidity Survey* de uma amostra representativa de 2.700 adultos empregados nos EUA, que eram casados ou eram pais de um filho com 18 anos ou menos. As descobertas revelaram que o conflito trabalho-família e família-trabalho estavam positivamente relacionados ao transtorno de humor, à ansiedade e à dependência de substâncias. Dependendo do tipo de conflito entre a família e o trabalho bem como tipo de distúrbio, os funcionários que assumiram a existência de conflito entre a família e o trabalho revelaram maior probabilidade de terem problemas de saúde mental clinicamente significativos, do que os que não assumiram conflito algum. Este estudo não encontrou suporte para as diferenças entre género sexual. Frone (2000) concluiu ainda que, apesar algumas empresas revelarem um esforço para atender às necessidades dos trabalhadores em relação ao binómio família-trabalho, o mesmo não alcançava a grande maioria dos adultos empregados.

Chandola, Martikainen, Bartley, Lahelma, Marmot, Michikazu, Nasermoaddeli e Kagamimori (2004), realizaram um grande estudo comparativo para examinar se os conflitos trabalho-família e família-trabalho explicavam os efeitos de diferentes combinações de papéis na saúde mental entre homens e mulheres trabalhadores do setor público na Grã-Bretanha, Finlândia e Japão. Os resultados indicaram que os conflitos trabalho-família e família-trabalho tiveram um efeito na saúde mental de

homens e mulheres independentemente um do outro. Segundo os autores, isso sugere que os papéis no trabalho e na família e o equilíbrio entre ambos são importantes para a saúde mental dos trabalhadores de ambos os sexos nas sociedades industrializadas. Obtiveram ainda evidências de que o efeito do conflito entre a família e o trabalho na saúde mental registada no Reino Unido era mais forte nas mulheres, enquanto, verificaram pouca evidência para as diferenças de género sexual, em ambos os tipos de conflito, no Japão e na Finlândia. No caso da Finlândia, os autores atribuem os resultados obtidos (melhor saúde mental nos homens e mulheres e o menor conflito de qualquer tipo) às condições de bem-estar promovidos pelo Estado e apoios em através de políticas de emprego favoráveis à família. Da mesma forma, a pior saúde mental das mulheres trabalhadoras japonesas pode ser atribuída, em parte, aos níveis mais elevados de conflito entre trabalho e família.

2.1.2. O CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA

O conceito mais estudado na literatura em relação ao interface trabalho-indivíduo tem sido o conflito trabalho-família (Allen & Martin, 2017), ainda que se verifiquem constantes mudanças quer ao nível do trabalho, da família e até da circunstância social (Frone, 2000; Grzywacz, Almeida, & McDonald, 2002; Matias, Silva, & Fontaine, 2011). A teoria dos papéis prevê que a dificuldade de conciliação de múltiplos papéis pode levar a tensão e conflito (Frone, Russel, & Cooper, 1992; Greenhaus & Beutell, 1985; Montgomery, Peeters, Schaufeli, & Ouden 2003; Zhang & Liu, 2011).

O conflito trabalho-família é reconhecido como uma emergência bidirecional, distinguindo-se a interferência do trabalho na família, da interferência da família no trabalho (Okonkwo, 2013), o que permite uma compreensão mais completa da relação entre ambos os contextos (Carlson, Kacmar, & Williams, 2000).

Nos últimos anos tem havido um interesse cada vez maior por parte dos investigadores pelo conflito trabalho-família (Allen & Martin, 2017; Carlson *et al.*, 2000; Fiksenbaum, 2014). Tal deve-se, em parte, às mudanças demográficas que têm ocorrido (Vieira, Lopez, & Matos, 2013), à crescente necessidade dos indivíduos adultos cuidarem dos filhos e/ou dos pais idosos (Fiksenbaum, 2014), mas também devida à incerteza da economia atual que tem trazido desafios laborais acrescidos (Fiksenbaum, 2014; Michel, Kotrba, Mitchelson, Clark, & Baltes, 2011), o que juntamente com as responsabilidades pessoais e familiares, origina dificuldades em gerir todas as áreas de vida.

Segundo Min, Matthews, Wayne, Parsons e Barnes-Farrell (2019), é consensualmente aceite pelos investigadores a conceitualização do fenómeno do conflito trabalho-família desenvolvidos por de Greenhaus e Beutell (1985). Estes autores defendem que o conflito entre as esferas do trabalho e da família emerge quando uma pessoa percebe a impossibilidade de conciliação do seu tempo, aliado aos constrangimentos e aos comportamentos.

O conceito de conflito trabalho-família tem, então, por base que a gestão de vários papéis, pode criar conflito entre o trabalho e a vida familiar. O desempenho de múltiplos papéis e a acumulação dos mesmos, pode originar dificuldade em conciliá-los e em dar respostas a todas as exigências específicas de cada um dos domínios (Carlson & Gryzwacz, 2008; Shockley & Allen, 2007). Segundo Kinnunen, Feldt, Geurts e Pulkkinen (2006), o conflito entre papéis é então gerado quando a prática e conciliação de múltiplas funções em simultâneo diminui e torna-se difícil por existir limitação de recursos em cada uma das pessoas. Segundo Netemeyer, Boles e McMurrian (1996), as exigências gerais de cada papel são as responsabilidades, os requisitos, as expectativas, os deveres e os compromissos associados a determinadas funções desempenhas em cada um dos domínios.

Pela revisão da literatura, constata-se que percepção do conflito entre o trabalho e a família está relacionada com a relevância e consumo de recursos que cada um dos papéis assume em cada pessoa (Frone, Russel, & Cooper, 1992; Greenhaus & Powell, 2003). Por outras palavras, a participação num determinado papel assume-se prioritária, quando é entendido que este assume maior importância para a identidade de cada pessoa, mesmo que, por consequência, haja interferência com a disponibilidade que esta tem para o exercício num outro papel. Os constrangimentos causados vão incrementando o surgimento do conflito, que será tanto maior quanto maior for a quantidade de recursos alocados a cada um dos papéis em detrimento do outro, ficando este último, com menor importância em relação ao outro. Segundo Greenhaus & Powell (2003), a participação em papéis distintos e autónomos, varia de acordo com o contexto, a pressão exigida por cada um e as características de cada indivíduo. A abordagem da teoria dos papéis, assume-se como sendo individualista, determinista e limitativa aquando da análise das esferas familiares e profissionais (Grzywacz & Marks, 2000).

São reconhecidos três tipos de conflito trabalho-família: o conflito com base no tempo (*time-based*), que inclui as situações em que as pessoas dedicam mais tempo a uma das esferas em detrimento da outra; o conflito baseado nos constrangimentos (*strain-based*), que surge sempre que os constrangimentos relacionados a um dos domínios

fazem com que as pessoas percecionem maiores dificuldades no seu empenho no outro domínio e, por fim, o conflito com origem nos comportamentos (*behavior-based*), que emerge quando determinados comportamentos exigidos num dos domínios se revelam incompatíveis com os comportamentos esperados noutra (Carlson, *et al.*, 2000; Greenhaus & Beutell, 1985). Os autores consideram assim que, as esferas profissionais e familiares assumem-se distintas cujas exigências e responsabilidades são específicas de cada um dos domínios a que dizem respeito. Qualquer uma destas formas de conflito assume um sentido bidirecional, ou seja, a vida familiar pode interferir negativamente com a esfera profissional, assim como a vida profissional é passível de influir negativamente na estruturação familiar das pessoas (Carlson *et al.*, 2000).

Benligiray e Sönmez (2012), publicaram uma investigação sobre o *commitment* organizacional e o conflito trabalho-família na perspetiva dos médicos e enfermeiros, testada através de três dimensões do compromisso organizacional: compromisso afetivo, compromisso instrumental e compromisso normativo. A análise revelou que a relação entre nível do compromisso organizacional nas três dimensões e o nível de conflito trabalho-família, apesar de fraca é positiva. Os resultados sugerem que quanto mais comprometidos os médicos e os enfermeiros estão no hospital em que trabalham, mais conflitos trabalho-família eles experimentam. Este resultado manteve-se nas três dimensões estudadas. Com base dos resultados obtidos neste estudo, é possível afirmar que, se os funcionários forem apoiados para estabelecer um equilíbrio justo entre suas vidas profissional e familiar, na orientação desses princípios, desenvolverão um forte compromisso com a organização.

2.1.2.1. A BIDIRECIONALIDADE DO CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA

Ainda que as investigações académicas se dediquem tendencialmente a estudar o interface trabalho-família quando a origem do conflito é centrada no trabalho (Greenhaus & Beutell, 1985), e conseqüentemente, a investigação empírica refira mais vezes o conflito que o trabalho gera no domínio familiar do que o inverso (Hill, 2005; Stevens, Minnotte, & Kiger, 2004), o conflito entre as duas esferas é normalmente assumido como bidirecional. É então assumida a distinção entre os dois sentidos da interferência: a que tem origem no trabalho que tem reflexos no seio familiar e a que tem origem na família e se reflete no domínio profissional (Allen & Martin, 2017; Carlson, Kacmar, Wayne, & Grzywacz, 2006; Frone, 2000; Greenhaus & Beutell, 1985; Gutek, Searle, & Klepa, 1991; Netemeyer, *et al.*, 1996; Pinto, 2002; Silva, 2007). Por outras palavras, quando o conflito tem por base questões de âmbito profissional e se repercute na esfera familiar de cada pessoa, são enaltecidas as conseqüências ao nível do

indivíduo e da dinâmica familiar (Frone, 2000). Por outro lado, quando o conflito ocorre na família e se manifesta na esfera profissional, surgem sobretudo consequências no âmbito profissional e individual (Carlson *et al.*, 2000; Frone, 2000).

Quando existem atividades profissionais que interferem no desempenho profissional e performance familiar, emerge a percepção do conflito entre as duas esferas: trabalho e família (Carlson *et al.*, 2006; Frone, Russel, & Cooper, 1992). Existe conflito do trabalho com a família quando o esforço e dedicação para cumprir os requisitos profissionais interferem na capacidade de responder ao papel familiar, ou seja, quando existe a percepção de que a dedicação e responsabilidades familiares são preteridas perante as exigências profissionais (Wharton & Blair-Loy, 2006).

Por outro lado, o conflito da família no trabalho advém da situação oposta, quando os requisitos da vida familiar interferem com as responsabilidades profissionais (Barling Kelloway, & Cheung, 1996). A percepção deste conflito é mais comum em famílias com filhos onde se acumulam as responsabilidades familiares e parentais com as profissionais. O constrangimento gerado pode representar um impedimento para dar resposta às responsabilidades familiares e pode prejudicar a capacidade de uma pessoa construir uma posição positiva no seio familiar. Na vida adulta do ser humano, o papel profissional e pessoal vive-se em simultâneo, fazendo com que existam componentes conflituantes (Frone, Russel, & Cooper, 1992).

Na perspetiva da bidirecionalidade da interferência do trabalho-família, Byron (2005) fez uma investigação meta-analítica através da combinação de vários estudos, para ajudar a determinar os possíveis antecedentes do conflito trabalho-família segundo o esquema de classificação de Eby, Casper, Lockwood, Bordeaux e Brinley (2005). Eby, *et al.*, (2005) classificam os antecedentes em três categorias: variáveis de domínio de trabalho (consideram os fatores diretos do trabalho e do local de trabalho, como o *stress*), variáveis de domínio não-trabalho (consideram as exigências familiares, como o conflito conjugal) e variáveis individuais demográficas (incluem a personalidade, comportamentos e dados demográficos diretos). O resultado dos mais de 60 estudos de Byron (2005) revelou que os antecedentes propostos eram resultados mistos. De forma geral, Byron (2005) concluiu que os fatores relativos ao trabalho relacionam-se mais fortemente com a interferência no trabalho com a família e que alguns fatores não relacionados com o trabalho, estão mais fortemente relacionados com a interferência da família com o trabalho. No que respeita aos fatores demográficos, estes revelaram que se relacionam de forma fraca com ambos. Byron (2005) concluiu ainda que independentemente da direção da interferência das duas esferas, os seus antecedentes

não são únicos e como tal, carecem de intervenções e soluções distintas que visem a redução da sua ocorrência.

A esfera familiar é por si só mais flexível e ajustável do que a profissional. Tal facto, aliado à maior propensão que as pessoas têm para controlar mais o contexto familiar do que o profissional, têm sido os argumentos indigitados para legitimar a maior interferência do trabalho na família do que interferência da família no trabalho (Kinnunen & Mauno, 1998; Somech & Drach-Zahavy, 2007).

À semelhança do conflito trabalho-família, também as práticas profissionais podem incrementar a qualidade de vida no seio familiar, da mesma maneira que as experiências vividas em contexto familiar podem aprimorar a qualidade de vida profissional. Por outras palavras, o enriquecimento do interface trabalho-família também assume índole bidirecional (Hennessy, 2007). Segundo Greenhaus e Powell (2006), a perceção do enriquecimento da relação com origem na família e com reflexos no trabalho é mais elevado que o verificado no sentido inverso. Algumas investigações realizadas, demonstram que a permeabilidade das fronteiras entre o domínio profissional e o familiar são distintas e que as fronteiras da esfera familiar são mais permeáveis e flexíveis às exigências e imposições do domínio profissional (Frone, Russel, & Cooper, 1992; Geurts, Kompier, Roxburgh, & Houtman, 2003; Voydanoff, 2005).

Razak, Yunus e Nasurdin (2011), examinaram a relação entre sobrecarga de trabalho e envolvimento no trabalho com as duas dimensões do conflito trabalho-família: a interferência no trabalho com a família e a interferência familiar no trabalho. O estudo teve como amostra um conjunto de médicos inseridos em hospitais públicos na Malásia. Os resultados revelaram que a sobrecarga de trabalho é um preditor significativo das duas dimensões do conflito entre o trabalho e a família. Quando os médicos percebem que a carga laboral é maior do que podem suportar, é provável que insurjam em exaustão e fadiga, o que pode influenciar negativamente a sua motivação para responder às necessidades de outros domínios, como a família (Aryee *et al.*, 2005). O estudo corroborou ainda o já defendido por Adams, King e King (1996) em que o envolvimento no trabalho não está relacionado com a relação trabalho-família e vice-versa, já que existe a expectativa de que os médicos sejam altamente dedicados e comprometidos com a sua profissão. Para os autores, tais expectativas associadas aos médicos poderão aumentar seu próprio nível de motivação bem como a compreensão conjugal. Sendo assim, o elevado envolvimento profissional não deveria ser uma fonte potencial de conflito entre família e trabalho para os médicos.

De uma forma geral, as imposições de cariz familiar assumem-se mais fortemente relacionadas com o conflito reconhecido entre a família e o trabalho. Por sua vez, para o conflito trabalho-família tem sido assumido como proveniência do mesmo as questões de tensão geradas na esfera profissional (Pereira & Ribeiro, 2014).

2.1.2.2. DETERMINANTES PARA O INÍCIO DO CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA

De forma geral, a revisão da literatura identifica o tempo como antecedente do desequilíbrio do interface trabalho-família. Este assume-se como influente tanto no conflito como no enriquecimento na interação dos dois papéis (Silva, 2007; Zhang & Liu, 2011).

Jansen, Kant, Kristesen e Nijhuis (2003), examinaram os fatores de risco para o início do conflito entre família e trabalho em termos de necessidade de recuperação e fadiga prolongada. Os resultados indicaram alguns fatores que representavam elevado risco para o conflito, tais como: o nível de *performance* elevada, o horário de trabalho, a insegurança, os conflitos com colegas ou com o supervisor, e ainda a conciliação com tarefas domésticas, mas também a existência de filhos dependentes. O conflito entre a família e o trabalho demonstrou ser um forte fator de risco para o surgimento de elevada necessidade de recuperação do trabalho e fadiga.

Pode-se encontrar na literatura, três quadros teóricos que procuram explicar a natureza do conflito trabalho-família: o *spillover*, a compensação e a segmentação. A teoria do *spillover* (Poelmans, *et al.*, 2008; Staines, 1980), referencia que os limites entre as conjunturas laboral e familiar são permeáveis. Assim, o que advir num dos contextos, poderá influenciar positiva ou negativamente as atitudes, comportamentos, emoções e competências da pessoa no outro contexto (Lambert, 1990). Já a teoria da compensação (Staines 1980), postula que a conexão entre os papéis do âmbito profissional e pessoal é inversa, considerando-os incompatíveis quando conjugados em simultâneo (Staines, 1980). Desta forma, verifica-se uma tendência para a pessoa procurar balancear as adversidades de um dos contextos, investindo maior disponibilidade temporal e empenho no outro, ainda que daí possa originar desequilíbrio (Fiksenbaum, 2014). Por oposição às anteriores, a teoria da segmentação, segundo Lambert (1990), considera que não existe qualquer conexão entre os domínios profissionais e familiares, pelo que qualquer envolvimento num deles não impacta no outro, considerando-se, por isso, independentes. Segundo Santos (2008), a segmentação assume-se como um mecanismo intencional das pessoas de inibir as influências indesejadas num domínio sobre o outro.

2.1.2.2.1. O GÉNERO

Neste ponto será brevemente abordado a perspetiva do género sexual na relação entre os domínios profissional e familiar.

A teoria do papel tradicional do género sexual foi abordada por Hill (2005) num estudo que desenvolveu e que contou com 1.314 elementos. Esta investigação permitiu a validação da teoria que defende que os pais que trabalham (também denominados “pais trabalhadores”) tendem a disponibilizar mais tempo ao trabalho remunerado do que ao tempo dedicado às atividades familiares, como os cuidados infantis e tarefas domésticas. Por outro lado, o tempo que as mães que trabalham dedicam ao trabalho remunerado é inferior ao dos homens cerca de 20%. Apesar de ambos serem propensos a assumir tensão no trabalho, as mulheres revelam maior conflito família-trabalho e os homens evidenciam o conflito em sentido inverso gerado em grande parte pelo fraco suporte organizacional percebido.

A revisão da literatura propõe outras perspetivas. É o caso de Duxbury & Higgins (1991), Gutek, *et al.*, (1991) e McElwain, Korabik e Rosin (2005) que, apesar de se verificar maior presença da mulher no mercado de trabalho, associam aos elementos do sexo masculino o fator trabalho, como o seu principal papel desempenhado. Por oposição, aos elementos do sexo feminino é assumido como domínio central a temática da família. Ainda neste seguimento, os autores referem que o trabalho doméstico e a responsabilidade pelo cuidado dos filhos, continua a ser considerados um papel predominantemente feminino. Não obstante, tal destrição de atribuição de papéis, gera impressões diferentes no nível de interferência do trabalho na vida familiar (Zhang & Liu, 2011).

A perceção da qualidade de vida também se revela ambígua quando relacionada com o género sexual. Segundo o estudo de Duxbury e Higgins (1991), a qualidade de vida varia de acordo com o género, uma vez que as mulheres revelam ligação entre a qualidade de vida profissional e em geral, ao passo que os homens, associam a qualidade de vida familiar à geral. Ainda assim, existem estudos que envolvem a ponderação do género na avaliação do bem-estar e do conflito trabalho-família e que não revelam unanimemente diferenças significativas nos resultados (Frone, Russell, & Barnes, 1996).

Segundo Hill (2005) e Zhang e Liu (2011), é notório que a literatura não se revela consensual quanto às diferenças verificadas na perceção do conflito trabalho-família entre homens e mulheres. Por um lado, as mulheres tendem a experienciar mais *stress*

e tensão ao atuarem em vários domínios, o que origina maior percepção do conflito que os homens (Hill, 2005). Por outro lado, as mulheres revelam maior capacidade de gestão do conflito do interface trabalho-família que os homens (Kirchmeyer, 1992a,1992b; 1993). Há estudos que revelam maior percepção do conflito trabalho-família pelas mulheres do que os homens (Gutek *et al.*, 1991; Kmec, 1999) e outros que demonstram total ausência de diferenças de género (Frone, Russell, & Cooper, 1992; Byron, 2005). Nestes últimos estudos são comparadas as percepções de homens e de mulheres sobre o balanço do desempenho de papéis de esferas distintas, onde são identificados os fatores que estão associados ao seu sucesso considerado para cada papel (e.g., Marks & McDermid, 1996; Milkie & Peltola, 1999). Byron (2005), defende que as variáveis demográficas como o género sexual e o estado civil são pobres preditores do conflito trabalho-família. Também McElwain *et al.*, 2005 defendem que os resultados obtidos podem ter por base as diferenças do tipo de trabalho analisado e unicamente ao género dos participantes. Os autores acrescentam que, de forma geral, o trabalho de nível hierárquico superior é exercido por elementos do sexo masculino e que as mulheres exercem funções de nível hierárquico inferior, com menor flexibilidade e domínio sobre as tarefas incluídas na sua esfera profissional. Tal situação poderá predeterminar maior conflito trabalho-família experienciado (McElwain *et al.*, 2005).

Apesar das inúmeras mudanças ao nível profissional, familiar e social, a interação entre os domínios trabalho e família tem assumido um lugar de destaque nas investigações académicas e científicas atuais, permitindo maior compreensão dos elementos família, organização e sociedade em geral (Friedman & Greenhaus, 2000; Frone, 2000; Grzywacz *et al.*, 2002; Silva & Silva, 2015). Esta interação foi mencionada como um dos fatores preditores de bem-estar nos países europeus (Eurofound, 2012). Segundo Kinnunen *et al.*, (2006) o desempenho de múltiplos papéis pode contribuir para a melhoria da condição física e psicológica, assim como pode incrementar a capacidade dos efeitos combinados de ambos os papéis no bem-estar do indivíduo, proporcionando enriquecimento no binómio trabalho-família. No próximo ponto será explorada a perspetiva da interdependência dos domínios da teoria dos papéis.

2.1.3. O ENRIQUECIMENTO DO INTERFACE TRABALHO-FAMÍLIA

De forma a fornecer uma abordagem mais compreensiva e diversificada do estudo da interação do interface trabalho-família, eleva-se a importância atribuída à permeabilidade de cada um dos domínios. Trata-se da teoria das fronteiras que considera que os dois espectros se influenciam mutuamente (Ford, Heinen, &

Langmaker, 2007; Guest, 2002;). Segundo Silva (2007), a abordagem que visa a análise da relação de interdependência entre domínios, nomeadamente o equilíbrio trabalho-família, permite uma análise coerente e mais completa das duas vertentes da teoria dos papéis. Ainda assim, o estudo do enriquecimento trabalho-família tem sido preterido relativamente aos inúmeros estudos que exploram a abordagem do conflito trabalho-família (Carlson *et al.*, 2006).

Greenhaus e Powell (2006), constataram que o conflito e o enriquecimento não constituem conceitos opostos um do outro, mas que podem ser considerados como construtos independentes. Nesse seguimento, os autores defendem que o oposto de enriquecimento não é a existência de conflito, mas sim a ausência de enriquecimento. Assim, e num contexto de paradigma positivo da relação trabalho-família, a teoria da acumulação de papéis (Sieber, 1974), assenta nos efeitos salutareos do envolvimento em múltiplos papéis (Frone, 2003), assim como, na existência de sinergias positivas entre o trabalho e a família. Conclui-se então que a integração das pessoas em múltiplos papéis não é vista como prejudicial, mas, pelo contrário, como benéfica.

Também, Friedman e Greenhaus (2000), sugerem que a coexistência da esfera familiar e profissional não implica que as mesmas se assumam como conceitos hostis e que podem vigorar simultaneamente como aliados ou partidários.

Tal como o conflito, também o enriquecimento do interface trabalho-família, é considerado como bidirecional, isto é, as vivências na esfera do trabalho podem melhorar a qualidade de vida familiar e vice-versa (Hennessy, 2007). Carlson *et al.* (2006), defendem que o enriquecimento do interface trabalho-família, bem como o inverso podem ambos ser considerados como fatores promissores da relação, promovendo o enriquecimento. Se, por um lado, as práticas familiares podem traduzir-se numa melhoria da *performance* profissional, também as experiências profissionais se refletem no incremento da qualidade de vida de cada pessoa. O enriquecimento surge então quando, e sempre, os diversos recursos como o desenvolvimento tanto ao nível pessoal como psicológico, como o afeto, as habilidades e perspetivas, a flexibilidade e a eficiência obtidos a partir de um dos papéis desempenhado por um indivíduo beneficiam o desempenho num outro papel (Carson *et al.*, 2006; Greenhaus & Powell, 2006; Hill, 2005; Kinnunen *et al.*, 2006). Contudo, a perceção do enriquecimento é distinta sendo maior a perceção do enriquecimento família-trabalho do que a de orientação inversa (Greenhaus & Powell, 2006). McNall, Nicklin e Masuda (2010), defendem que o bem-estar no trabalho, bem como o bem-estar subjetivo são influenciados pela forma como as pessoas percecionam a relação trabalho-família.

Segundo Hill (2005), os benefícios obtidos através da *performance* profissional ou familiar, podem assumir-se como moderadores sobre os efeitos negativos do conflito da interface, e assim contribuir para uma melhor saúde mental e física. Grzywacz e Butler (2005), referem que o acumular de múltiplos e variados papéis pode ser salutífera, tanto para os indivíduos como para a sociedade, uma vez que a conciliação dos papéis pode traduzir-se numa melhoria física (ao nível energético e motivacional), bem como numa melhoria da saúde mental do indivíduo. Segundo Barnett e Hyde (2001), esse bem-estar físico e mental adquirido da esfera profissional reflete-se nas atividades de cariz familiar, tornando-se uma influência positiva. Greenhaus e Powell (2006), examinaram a relação que o enriquecimento que o interface trabalho-família pode ter sobre a qualidade de vida do indivíduo, considerando para o efeito as componentes do desempenho elevado e do afeto positivo. Os autores concluíram que o desempenho elevado pode ser influenciado por fatores do domínio pessoal e familiar, da mesma forma que o afeto positivo é também influenciado pela esfera profissional.

2.1.4. ESCALAS DE MEDIDA DA RELAÇÃO TRABALHO-FAMÍLIA

Os estudos sobre o conflito trabalho-família, revelam que esta variável influencia inúmeros resultados incluindo distúrbios psicológicos, satisfação no trabalho, *commitment* organizacional e satisfação com a vida (Frone, Russell, & Cooper, 1992).

Como já referido anteriormente, no que respeita ao interface trabalho-família, a literatura tem maior foco no conflito trabalho-família de forma unidirecional (quando o conflito com origem no trabalho se reflete e interfere na esfera familiar) (Allen & Martin, 2017; Greenhaus & Beutell, 1985). Com o reconhecimento da bidirecionalidade do conflito da interface, (Frone, Russell, & Cooper, 1992; Greenhaus & Beutell, 1985), bem como das distintas formas de conflito trabalho-família (Netemeyer *et al.*, 1996) foi sendo utilizado uma ampla variedade de escalas para medi-lo (Carlson *et al.*, 2000).

Carlson *et al.* (2000), através da análise da literatura existente até então, desenvolveram uma medida multidimensional, que incorpora as seis dimensões do conflito trabalho-família. As seis dimensões da interface resultam da combinação de formas e direções do conflito, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Dimensões do Conflito Trabalho-Família

		Direções do Conflito Trabalho-Família	
		Interferência do Trabalho na Família	Interferência da Família no Trabalho
Formas de Conflito Trabalho-Família	Tempo	Com base no tempo	Com base no tempo
		Interferência do Trabalho na Família	Interferência da Família no Trabalho
	Tensão	Com base na tensão	Com base na tensão
		Interferência do Trabalho na Família	Interferência da Família no Trabalho
	Comportamento	Com base no comportamento	Com base no comportamento
		Interferência do Trabalho na Família	Interferência da Família no Trabalho

Fonte: Carlson *et al.*, 2000, p. 251.

A escala é composta por 18 itens com 3 elementos de medição para cada uma das seis dimensões. A cada um dos itens ou afirmações corresponde uma escala, tipo *Likert*, de 1 a 5, sendo 1 - discordo fortemente; 2 – discordo; 3 - não concordo nem discordo; 4 - concordo e 5 - concordo frequentemente (Carlson *et al.* 2000).

O resultado final desta escala assume-se como abrangente e com alcance a toda a representação teórica da interface, com boas propriedades psicométricas (Matthews, Kath, & Barnes-Farrell, 2010) de forma a garantir resultados adequados e conclusões apropriadas sobre as propriedades de medida do instrumento (Echevarría-Guanilo, Gonçalves &, Romanoski, 2017). Com base nesta escala, e dependendo do foco de pesquisa, foram realizados estudos utilizando não só a sua medida total (e.g. Bruck, Allen, & Spector, 2002, utilizaram 18 itens) como também recorrendo apenas às subescalas da mesma (e.g. Witt & Carlson, 2006, usaram 9 itens).

Surge então uma medida reduzida desta versão composta por apenas 3 item, desenvolvida por Matthews *et al.* (2010), igualmente válida, preditiva e consistente. Esta medida reduzida é adequada para projetos longitudinais do tipo diário.

Min *et al.*, (2019) dedicaram-se a estudar as diversas escalas existentes e utilizadas de forma não consensual entre investigadores, com o objetivo de elaborar uma comparação sistemática e estudo de validade concorrente das mesmas. Min *et al.*, (2019) acreditam as que discrepâncias entre os estudos são, parcialmente, causados por diferenças na forma como o conflito do trabalho na família é medido. Os investigadores sugerem então que é necessária maior atenção à natureza das escalas e ao seu alinhamento com os objetivos de pesquisa (Min *et al.*, 2019). Foram realizadas

duas investigações segundo a teoria clássica de teste e a teoria de resposta ao item¹ em quatro escalas existentes de conflito trabalho-família que diferem em várias características (como o domínio de conteúdo, número de itens e escala de resposta) para avaliar as propriedades psicométricas das mesmas. As quatro escalas estrategicamente selecionadas foram: Netemeyer, Boles e McMurrian (1996), Carlson, Kacmar e Williams (2000), Grzywacz, Frone, Brewer e Kovner (2006) e Fisher, Matthews e Gibbons (2016).

Os resultados do primeiro estudo de Min *et al.* (2019), (N = 605) sugerem que, embora as análises fatoriais confirmatórias indiquem que escalas diferentes se relacionam com o mesmo construto de ordem superior, a magnitude do relacionamento entre o conflito trabalho-família e os seus correlacionados varia sistematicamente em função da escala em consideração. Além de replicar esses resultados no segundo estudo (N = 583), os mesmos autores, aplicaram uma abordagem da teoria da resposta ao item para demonstrar que diferentes escalas fornecem diferentes níveis de precisão de medição para os entrevistados que experimentam diferentes níveis de conflito trabalho-família.

No conjunto das investigações, os resultados sugerem que os investigadores devem dar relevância à escolha da metodologia utilizada para estudar o conflito trabalho-família, reconhecendo que é possível obter resultados significativamente diferentes consoante a escala utilizada, principalmente em função das características dominantes na sua amostra.

De forma a proporcionar uma escala reduzida e com características psicométricas semelhantes à escala inicial desenvolvida por Carlson *et al.* (2006), os investigadores que se dedicam a aprofundar o efeito do enriquecimento potencial da relação trabalho-família, Kacmar, Cwawford, Carlson, Ferguson e Whitten (2014) desenvolveram uma nova e reduzida escala para medir o enriquecimento nos domínios do trabalho e da família de forma eficiente e minimizando o tempo de pesquisa.

Outro instrumento com base multidimensional foi desenvolvido com o intuito de tentar explicar o *stress* no trabalho como consequência última das rígidas exigências no trabalho e baixo apoio social (Kristensen, Hannerz, Hogh, & Borg, 2005). A abordagem do Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ – desenvolvido e validado por

¹ Teoria Clássica de Teste (TCT), é uma técnica psicométrica amplamente utilizada que permite o estudo das propriedades de um conjunto de itens que constituem um determinado teste, assumindo igual precisão de medição (confiabilidade) em todos os entrevistados. A Teoria de Resposta ao Item (TRI), também é uma técnica psicométrica, mas que tem em consideração a precisão da medição, uma vez que estuda e avalia individualmente as propriedades de cada item (Andrade, Tavares, & Valle, 2000; Min *et al.*, 2019; Marôco, 2014; Pestana e Gageiro, 2008)

Borg e Kristensen (2000), com a colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen*, tenta cobrir a amplitude do construto dos fatores psicossociais (“...caraterísticas inerentes às condições e organização do trabalho que afetam a saúde dos indivíduos, através de processos psicológicos e fisiológicos.”) (Silva *et al.*, 2011, p.3). Este instrumento revelou-se válido para análise e prevenção dos riscos psicossociais (Moncada, Serrano, Corominas, Camps, & Giné, 2008), e na área da saúde ocupacional (Silva *et al.*, 2011).

Nos pontos seguintes será aprofundado o tema da qualidade de vida, nomeadamente o conceito e forma de avaliação da mesma.

2.2. A QUALIDADE DE VIDA

No que se refere ao bem-estar, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-o como sendo um estado global de saúde física e psicológica, conforto e felicidade. Esta definição vai ao encontro da descrição feita pelo *Oxford English dictionary* (2015). Também o conceito de Qualidade de Vida (QV), foi assumido pela OMS como “...a sendo a perceção de uma pessoa sobre 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.” (WHOQOL Group, 1994, p.28). O bem-estar e a QV ficam então diretamente ligados ao conceito de saúde, também enunciado pela OMS como sendo a completo estado de bem-estar físico, mental e social e não unicamente caracterizado pela ausência de doença (WHO, 1964).

2.2.1. A EVOLUÇÃO DO CONCEITO

O conceito de Qualidade de Vida foi inicialmente abordado por cientistas sociais, filósofos e políticos (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, & Pinzon, 1999). Após a Segunda Guerra Mundial, o termo passou a estar associado com a noção de sucesso relacionado com a melhoria geral do padrão de vida. São exemplos, a obtenção de casa própria, carro, salário e bens diversos adquiridos. Foi muitas vezes utilizado para criticar políticas relacionadas ao crescimento económico (Holmes & Dickerson, 2003; Paschoal, 2001). O conceito evoluiu além do crescimento económico, visando também o desenvolvimento social, como educação, saúde e lazer (Paschoal, 2001). Posteriormente passou a valorizar também a satisfação, qualidade de relacionamentos, realização pessoal, perceção de bem-estar, felicidade, solidariedade e liberdade (Holmes & Dickerson, 2003). Percebe-se assim, que existe uma evolução do conceito visando incluir na sua definição aspetos objetivos, mas também subjetivos.

2.2.2. O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Farquhar (1995), enunciou a definição de Qualidade de Vida em quatro tipos de classificações: as globais (o conceito assume-se como subjetivo e individual), as que dividem o conceito em componentes (permitindo melhor operacionalização do conceito, ainda que existam fatores que não sejam contemplados ou aprimorados), as focalizadas (onde se assume uma subdivisão das demais definições por componentes focalizadas) e as combinadas (combinam todas as definições anteriores ou seja, são os conceitos gerais e globais, que detalham pelo menos um dos componentes). O mesmo autor refere que deve ser utilizada a expressão qualidade de vida relacionada à saúde quando a mesma é utilizada em estudos onde se assume como medida geral, sendo utilizada como o estado de saúde de uma pessoa.

Outras pesquisas têm sido desenvolvidas abordando o bem-estar, tanto em geral quanto em diferentes contextos, incluindo o contexto do trabalho (Paz, Fernandes, Carneiro, & Melo, 2020). Segundo Paz *et al.*, (2000), a qualidade de vida no trabalho é um construto que incorpora medidas objetivas e subjetivas (Hannif, Burgess, & Cornell, 2008), e apresenta duas dimensões: a dimensão organizacional e dimensão da satisfação das necessidades dos funcionários. O modelo proposto por Walton (1973) define qualidade de vida no trabalho como a preocupação de uma organização com os valores humanísticos e ambientais, considerando oito critérios essenciais e abrangentes para alcançá-la. Com base neste modelo, Ribeiro, Paz, Caldas e Santos (2012) propuseram o conceito de qualidade de vida restrito às organizações, referindo-se a ambientes organizacionais positivos e saudáveis que possibilitem o bem-estar de seus componentes e tendo como foco a qualidade de vida da coletividade, assumindo assim, a qualidade de vida do trabalho como responsabilidade da liderança.

Apesar de não totalmente definido, a Qualidade de Vida, vai além dos fatores relacionados com a saúde, incluindo também aspectos relativos ao bem-estar físico, funcional, emocional e mental, o trabalho, família, amigos e outras circunstâncias do cotidiano (Gil, 1994).

Atualmente o conceito mais aceite de Qualidade de Vida inclui um número vasto de dimensões previamente debatidas nas abordagens de caráter geral ou holística (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012). A definição de que qualidade de vida é considerado por Minayo, Hartz e Buss (2000), como um conceito cultural cuja revisão, discussão e adequação à evolução do conhecimento e da sociedade é implícita e necessária com regularidade. Nem sempre se encontra consenso neste conceito, sendo, por vezes,

contraditório. A definição desenvolvida pelo Grupo WHOQOL pressupõe a natureza subjetiva da avaliação que está absorta no contexto cultural, social e ambiental, ou seja, é a percepção de qualidade de vida de cada elemento que é considerada (Fleck *et al.*, 1999; Fleck, 2000). O conceito assume então três aspetos subjacentes: a subjetividade, a multidimensionalidade (incluindo a dimensão física, psicológica e social) e a presença de dimensões positivas e negativas (Fleck *et al.*, 1999; Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona, & Paredes, 2006).

2.2.3. A QUALIDADE DE VIDA E O INTERFACE TRABALHO-FAMÍLIA

Como já referido, tanto ao nível organizacional como familiar e até individual, são influenciados pelas implicações que o tipo e a relação instituída entre a esfera profissional e a familiar (Jacobs & Gerson, 2004). Apesar de não existir uma vasta literatura sobre a relação da qualidade de vida e o enriquecimento trabalho-família (Hill, 2005), neste ponto será abordado não só o enriquecimento como também o conflito do interface trabalho-família.

Pela revisão da literatura, é possível encontrar estudos que revelam correlação entre o conflito trabalho-família e as esferas profissional, doméstica, a satisfação com a vida, o bem-estar e saúde em geral. A correlação verificada no estudo de Netemeyer *et al.* (1996), é globalmente negativa e a mesma também foi demonstrada assumindo a bidirecionalidade do conflito (Allen, Herst, Bruck, & Sutton, 2000; Netemeyer *et al.*, 1996). A nível pessoal, o conflito entre os domínios profissional e familiar revela impactos negativos variados, como por exemplo a menor saúde mental e física, *stress*, fadiga, menor satisfação com a vida, maior apetência para desenvolver estilos de vida negativos e *burnout* (Frone, Russel, & Cooper, 1992; Hill, 2005). Quando o desempenho de um dos papéis interfere muito e frequentemente *na performance* do outro, a qualidade de vida associada ao segundo papel, é de alguma forma afetada e/ou influenciada (Frone, 2003).

Por outro lado, segundo Voydanoff (2002) existem evidências em estudos que revelam que pessoas de ambos os sexos que desempenhem múltiplos papéis, apresentam índices mais elevados de bem-estar psicológico do que pessoas que não acumulam um número tão elevado de papéis a desempenhar em simultâneo. Segundo Silva (2007), esta situação ocorre quando o cumprimento de um dos papéis resulta num conjunto de recompensas externas (como a remuneração) e internas (como a satisfação pessoal e autorrealização). Assim, assumindo o pressuposto de que a gestão de múltiplos papéis promove uma melhor *performance* a nível individual, então maiores índices de

enriquecimento poderão estar relacionados com a maior satisfação nos domínios profissional, pessoal e inclusive maior envolvimento organizacional (Aryee *et al.*, 2005).

2.2.4. ESCALAS DE MEDIDA DA QUALIDADE DE VIDA

Existem inúmeras formas de avaliar a qualidade de vida, fazendo variar os instrumentos utilizados para a avaliação da mesma de acordo com o *approach* e objetivos de estudo. Contudo, qualquer um dos instrumentos assume um perfil generalizador e padronizado (Farquhar, 1995). São exemplos o instrumento *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) desenvolvido para avaliar a qualidade de vida sempre que o foco em estudo é a saúde. Também o WHOQOL é um instrumento desenvolvido com o propósito de avaliar a qualidade de vida em termos gerais (Pereira *et al.*, 2012).

O SF-36 é um instrumento constituído por 36 itens, abrangendo oito dimensões da qualidade de vida: capacidade funcional, limitação por aspetos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais e saúde mental, deixando, no entanto, de fora domínios relacionados com a cultura de cada inquirido (Serra *et al.*, 2006).

O WHOQOL, elaborado pelo grupo denominado por *World Health Organization Quality of Life*, com o intuito de avaliar a qualidade de vida geral das pessoas com enfoque transcultural, tendo maior evidência na área da saúde grupal e social. Dantas, Sawanda e Malerbo (2003) consideram este instrumento multicultural, já que o mesmo foi testado e validado em diversos países culturalmente distintos. Desta forma, os autores consideram que o instrumento é apto a comprar resultados entre populações e culturas distintas. Relativamente a este instrumento, existe uma versão longa, o WHOQOL-100 e outra mais curta, o WHOQOL-Bref.

Como já referido anteriormente, a qualidade de vida aborda, entre outros aspetos a saúde psicológica, bem-estar físico, relações sociais e condições ambientais (Pagnin & Queiroz, 2015) e, embora os profissionais de saúde sejam treinados para atender a esses aspetos durante o seu percurso académico, a sua própria qualidade de vida, pode diminuir durante esse período (Pagnin & Queiroz, 2015). Um estudo desenvolvido na Arábia Saudita com objetivo avaliar a confiabilidade e a validade do instrumento árabe WHOQOL-BREF entre estudantes de medicina, revelou que o instrumento utilizado é válido e confiável para avaliar a qualidade de vida entre estes estudantes, ainda que o género e o ano letivo não tenham tido impacto na qualidade de vida dos mesmos. O

estudo revelou ainda que uma baixa qualidade de vida durante o período acadêmico, poderá ter consequências na qualidade de vida futura (Ibrahim *et al.* 2014). É sugerido que a análise e promoção da qualidade de vida dos estudantes de medicina possa vir a melhorar a *performance* profissional quando estes exercerem a sua atividade (Pagnin & Queiroz, 2015; Zhang, Qu, Lun, Wang, Guo, & Liu, 2012).

Um outro estudo visou determinar o impacto do tipo de especialidade e hospital na qualidade de vida de médicos consultores e residentes, realizado em hospitais líderes em Punjab e Islamabad. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o instrumento World Health Organization Quality of Life – BREF. Foi apontado o *burnout* como grande motivo de preocupação e forte fator de diminuição da qualidade de vida dos médicos. O estudo concluiu ainda que trabalhar em hospitais públicos e a forma de contratação enquanto estagiário foram identificados como fatores de risco para uma pior qualidade de vida (Ghazanfar, Iqbal, & Naseem, 2018).

2.3. O DESEMPENHO PROFISSIONAL

2.3.1. A RELAÇÃO TRABALHO-FAMÍLIA E O DESEMPENHO

A revisão da literatura permite perceber que foram desenvolvidos alguns estudos que analisam o impacto das normas internas das organizações na relação família-trabalho.

A Confederação Empresarial de Portugal publicou em 2018 um estudo elaborado pela *Nova School of Business and Economics* (2018), com o apoio da ACEGE, sobre a conciliação da vida profissional e familiar, procurando abordagens, experiências e práticas da melhor gestão destas duas dimensões. Através deste estudo, foi possível apurar a importância das políticas de conciliação trabalho-família para diminuir o *stress* e a sobrecarga de trabalho. Paralelamente, foi possível perceber que é devesas importante perceber se a empresa deseja e se está preparada para que a vida familiar dos seus colaboradores faça parte integrante da cultura organizacional e se as suas políticas de Recursos Humanos estão alinhadas com a mesma. Adicionalmente foi ainda possível perceber que a larga maioria das empresas não incorpora na sua cultura organizacional e nas suas estratégias de GRH, o pilar da família.

2.3.1.1. O CONFLITO TRABALHO-FAMÍLIA E O DESEMPENHO

Hammer, Helland, Øystein, Kjell, Torvatn e Mahmut (2004) analisaram as contribuições das normas de nível organizacional sobre requisitos de trabalho e relações sociais e conflitos trabalho-família, para o *stress* no trabalho e sintomas de saúde subjetivos numa

amostra de 1.346 funcionários de 56 empresas da indústria norueguesa de alimentos e bebidas. Os resultados mostraram que as normas organizacionais que gerem o desempenho profissional e as relações sociais bem como os conflitos entre família e família e trabalho explicaram significativamente a variação do *stress* no trabalho. O conflito trabalho-família e família-trabalho contribuíram significativamente para a explicação da variação tanto a nível individual como organizacional do *stress* no trabalho. As variáveis de carácter individual no conflito trabalho-família explicaram consideravelmente a variação entre empresas, sugerindo que esse relacionamento pode ser mais forte em algumas empresas e mais fraco em outras. Outros resultados indicaram que o conflito trabalho-família estava significativamente relacionado aos sintomas de saúde. Os investigadores concluíram ainda que, quando as normas organizacionais revelam expectativas sobre alta produtividade, presença constante no trabalho, *commitment* com as necessidades da organização e uma mensagem de que apenas as mais fortes sobrevivem, o conflito entre trabalhadores e a família estaria mais fortemente relacionado ao *stress* no trabalho.

Segundo Motowildo, Borman e Schmit (1997), o desempenho no trabalho está diretamente ligado aos comportamentos de funcionários que se revelam apoiantes dos objetivos organizacionais. Witt e Carlson (2006), colocaram em estudo dois elementos do interface trabalho-família (conflito família-trabalho e enriquecimento família-trabalho) a fim de analisarem a sua relação com o desempenho profissional. Assumiram como moderadores as diferenças individuais de percepção e o suporte organizacional percebido do ambiente de trabalho. Com base na teoria da conservação dos recursos, os autores concluíram que o elevado nível de conflito trabalho-família pode levar a baixo nível de desempenho no trabalho, uma vez que os trabalhadores são motivados a economizar recursos e que esse relacionamento é particularmente característico de pessoas com elevado grau de consciência e que tendem a despender altos níveis de recursos em casa e no trabalho. Também foi possível concluir que quando o suporte organizacional é elevado, é possível reduzir o impacto negativo do conflito trabalho-família no desempenho profissional.

2.3.2. A QUALIDADE DE VIDA E O DESEMPENHO

O equilíbrio entre a vida pessoal e profissional é muitas vezes esvanecido pelo disfuncionamento gerado pelo trabalho (Kets de Vries, 2001). O mesmo autor, defende que, deste podem advir consequências pouco abonatórias ao indivíduo como depressões, alcoolismo, consumo de estupefacientes, entre outros. Kets de Vries

(2001), anuncia ainda alguns fatores como a liderança disfuncional, a sobrecarga e exigência de trabalho, a fraca e escassa comunicação organizacional, a inexistência de progressão de carreira, bem como critérios diferenciados no processo de avaliação e de remunerações, como sendo algumas das causas das patologias mencionadas.

Apesar da vida profissional assumir um papel preponderante e indispensável na felicidade das pessoas, o trabalho não é o único contributo para o alcance da mesma (Gavin e Mason, 2004). Rego (2009), define felicidade, também denominada por “bem-estar psicológico, como uma experiência subjetiva em que as pessoas são ou não felizes mediante o grau em que acreditam que o são ou não. A satisfação com a vida, frequência de experiências emocionais positivas e ausência de experiências emocionais negativas, são três componentes que constituem a mesma (Diener, 2000; Diener & Suh, 1999; Haller & Hadler, 2006).

Num estudo desenvolvido por Rego (2009), com 272 colaboradores de 132 organizações que operam em Portugal, com o intuito de mostrar empiricamente como os níveis de desempenho individual autodeclarado estão associados a cinco dimensões do bem-estar afetivo no trabalho como o conforto, o prazer, o entusiasmo, o vigor e a serenidade. Os resultados revelaram que o bem-estar afetivo no trabalho correlaciona-se positiva e significativamente com o desempenho individual auto-reportado e que globalmente, os indivíduos que experienciam maior energia e entusiasmo são os que assumem melhores níveis de desempenho.

2.3.3. A FLUTUAÇÃO DO NÍVEL DE DESEMPENHO

Relacionado com o construto do desempenho, alguns investigadores assumem as flutuações de curto prazo como significativas na medição do desempenho individual ao nível do trabalho (Beal, Weiss, Barros, & MacDermid, 2005). Na origem destas flutuações diárias de curto prazo surgem as responsabilidades familiares dos trabalhadores e a sua interferência nos assuntos profissionais, afetando conseqüentemente a sua *performance*. Este construto tem estreita ligação com o conceito de conflito trabalho-família apresentado por Greenhaus e Bantell (1985).

Nohe, Michel e Sonntag (2014), dedicaram-se à relação entre conflito família-trabalho e o desempenho no trabalho, numa base diária. O estudo teve como base hipotética a teoria do comportamento dinâmico (Beal *et al.*, 2005) para examinar se o conflito trabalho-família está associado ao desempenho no trabalho, bem como se existe potencial para uma melhor compreensão do desempenho profissional dos funcionários

e se é possível apurar opções facilitadoras da relação. Foram considerados dois mediadores: a concentração diária e o desapego psicológico do trabalho, isto é, o desligamento mental. O estudo de Nohe, Michel e Sonntag (2014), demonstraram que o desapego psicológico do trabalho, durante os períodos de ausência do trabalho atenua a relação negativa entre o conflito trabalho-família e o desempenho profissional, pelo que sugere que os trabalhadores se abstraiam totalmente do trabalho em períodos de descanso. Foi possível concluir ainda que o conflito trabalho-família e a *performance* no trabalho estão negativamente associados, ressaltando a necessidade de políticas formais de trabalho e família que deem resposta às exigências das duas esferas de atuação.

O desempenho também se encontra relacionado com o suporte organizacional percebido. Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch e Rhoades (2001), estudaram o papel da reciprocidade nas relações de suporte organizacional percebido (SOP) com o comprometimento organizacional afetivo dos funcionários e desempenho no trabalho. Para este estudo, os autores conceitualizam o SOP como sendo a atribuição que os funcionários assumem, com base na experiência em relação à intenção (boa ou má) das políticas, normas, procedimentos e ações da organização e como estas afetam os funcionários (Eisenberger *et al.*, 2001). Na sequência do mesmo estudo, foi também assumido o conceito da teoria do suporte organizacional que pressupõe que os funcionários formem crenças gerais sobre o quanto a organização valoriza suas contribuições e se preocupa com seu bem-estar (Eisenberger, Cummings, Armeli, & Lynch, 1997; Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986; Shore & Shore, 1995). Foi ainda conceituado a teoria da reciprocidade que, segundo Gouldner (1960), obriga ao retorno do tratamento favorável. Esta teoria também se aplica a relações laborais, levando os empregados a recompensar o tratamento vantajoso recebido pela sua organização profissional (Mowday, Porter, & Steers, 1982; Rousseau, 1989,1990; Wayne, Shore, & Liden, 1997). Para finalizar, os autores assumem a obrigação sentida como sendo uma crença prescritiva sobre se uma pessoa deve ou não preocupar-se com o bem-estar da organização e ajuda-la a atingir seus objetivos. Desta forma, com base na teoria de reciprocidade, o SOP provocaria nos funcionários a obrigação sentida (através de um maior comprometimento afetivo e maior contributo para os objetivos da empresa) de se preocuparem com o bem-estar da organização e contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais.

Eisenberger *et al.* (2001), investigaram a contribuição da obrigação sentida para as relações do SOP com o comprometimento organizacional afetivo, a espontaneidade

organizacional, o desempenho na função e o comportamento de retração e/ou abandono. Conforme previsto, os resultados revelaram que a relação entre SOP e a obrigação sentida é maior para funcionários com forte ideologia reciprocidade. Esta moderação da relação de obrigação sentida no SOP pela teoria da troca, é consistente com a teoria do suporte organizacional de que o SOP influencia o comprometimento afetivo e o desempenho por meio do processo de reciprocidade.

2.3.4. A SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Foi também já objeto de estudo a gestão do conflito entre a família e o trabalho e o *stress* no trabalho por meio da satisfação no trabalho e o seu impacto no desempenho dos funcionários. Riana, Wiagustini, Dwijayanti e Rihayana (2018), tiveram como objetivo analisar a influência do conflito entre a família e o trabalho e o *stress* no trabalho na satisfação e desempenho no trabalho dos trabalhadores, uma vez que a satisfação no trabalho tem um papel essencial na redução do *stress* laboral e no conflito família-trabalho. Os resultados mostram que o conflito trabalho-família tem uma influência significativa e negativa na satisfação no trabalho bem como no desempenho dos funcionários; o *stress* no trabalho tem uma influência negativa e significativa na satisfação no trabalho, mas insignificante no desempenho dos funcionários. Por outras palavras, a satisfação no trabalho é um mediador essencial na redução do *stress* no trabalho e no conflito entre a família e o trabalho. Os resultados da análise fornecem informações de que o conflito entre a família e o *stress* no trabalho tem um impacto indireto no desempenho dos funcionários por meio da satisfação no trabalho, ou seja, a satisfação no trabalho tem um papel estratégico na redução do *stress* no trabalho e no conflito da família e do trabalho, para que não tenha um impacto significativo no desempenho dos funcionários. O estudo propõe que a satisfação no trabalho pode ser melhorada, através de sentimentos de justiça. Finalmente, o suporte social dos colegas de trabalho e da gestão de topo na forma de implementar políticas direcionadas para a família é muito necessário para manter a satisfação no trabalho.

Vithanage e Arachchige (2017), desenvolveram um estudo sobre o equilíbrio entre o trabalho e a família e o desempenho no trabalho de académicos no Sri Lanka. Ainda que a percepção do equilíbrio entre os mundos seja limitada quando comparada com os países ocidentais, a essência não diverge na sua plenitude. O estudo realizado encontrou uma relação positiva e estatisticamente significativa entre as dimensões do equilíbrio do trabalho e família e o desempenho no trabalho. Concluiu-se ainda que a satisfação é identificada como o principal fator para o desempenho no trabalho. Os

autores concluem ainda que o verdadeiro desempenho está no equilíbrio entre a vida profissional e a vida familiar. De acordo com os resultados deste estudo, as universidades podem melhorar a vida profissional e a vida familiar dos académicos adotando políticas de apoio no trabalho, mas também políticas voltadas para a família que ajudem a criar um ambiente organizacional de apoio familiar (Vithanage e Arachchige, 2017).

2.3.5. ESCALAS DE MEDIDA DO DESEMPENHO

O comportamento de cidadania organizacional, segundo Organ (1988), é o comportamento individual que se considera discricionário, mas que não é reconhecido pelo sistema formal de recompensa e promove o funcionamento eficiente e eficaz da organização, contribuindo para a transformação de recursos, inovação e adaptabilidade da mesma.

Segundo Williams e Anderson (1991), conceptual e empiricamente e surgem duas categorias de comportamentos: os que beneficiam a organização em geral e os que beneficiam indivíduos específicos e por essa via beneficiam, indiretamente, a organização. Esta distinção é importante porque estudos anteriores sugerem que essas duas formas de comportamento podem ter antecedentes diferentes e algumas pesquisas não consideraram ambas as dimensões (e.g. Brief & Motowidlo, 1986; O'Reilly & Chatman, 1986; Smith, Organ, & Near, 1983). Williams e Anderson (1991), desenvolveram um estudo com intuito de demonstrar, por um lado, que o comportamento “extra papel” como comportamento de cidadania organizacional pode ser distinguido do desempenho tradicional de comportamento esperado circunscrito por desempenhar determinado papel, e, por outro, examinar os contributos dos componentes de satisfação no trabalho e compromisso organizacional para prever ambas as dimensões de desempenho do comportamento de cidadania organizacional.

Este estudo com 461 trabalhadores de várias organizações que frequentavam aulas noturnas de MBA, contou com um questionário respondido pelos superiores hierárquicos, e outro questionário aplicado aos trabalhadores que continha as escalas que mediam os componentes afetivos e cognitivos de satisfação no trabalho e de comprometimento organizacional. O instrumento criado pelos investigadores teve por base alguns itens aplicados em estudos anteriores Bateman e Organ (1983), Graham (1986), O'Reilly e Chatman (1986), Organ (1988) e Smith *et al.* (1983), mas também foram desenvolvidos itens novos com base nas definições nas duas categorias de comportamento já referidas e também com base na definição de comportamentos

reconhecidos por sistemas formais de recompensa e fazem parte dos requisitos descritos nas descrições de funções. Foram também utilizadas as dimensões de estimulação positiva e ativação negativa de duas escalas da *Job Affect Scale* (Brief, Burke, George, Robinson, & Webster, 1988; Burke, Brief, George, Roberson, & Webster, 1989; Organ & Konovsky, 1989) para medir o afeto positivo e negativo. Para avaliar a dimensão cognitiva da satisfação no trabalho, foi incluída a escala de cognições no trabalho desenvolvida por Brief e Roberson (1987). Com base em estudos anteriores sobre satisfação no trabalho (e.g., Dawis & Lofquist, 1984), foi elaborado por Williams e Anderson (1991), um modelo de dois fatores propondo dimensões intrínsecas e extrínsecas de cognição no trabalho. Para medição do *commitment* organizacional foram utilizados inicialmente 12 itens mencionados por O'Reilly e Chatman (1986), e posteriormente adaptados.

Os resultados do estudo de Williams e Anderson (1991), confirmaram que as três categorias de comportamento são construtos distintos: comportamento “na função”, comportamento “extra função” que beneficia a organização em geral e comportamento “extra função” que beneficiam indivíduos específicos e por essa via beneficiam a organização de forma indireta. Por outro lado, também, os resultados para o preditor intrínseco de cognições do trabalho sugerem que as crenças sobre as características do trabalho podem estar ligadas ao desempenho do comportamento de cidadania organizacional, ou seja, o desempenho assume-se como variável de cognição do trabalho com comportamento de cidadania organizacional. Por fim, este estudo permitiu constatar que, por um lado, o componente cognitivo extrínseco prediz o desempenho de comportamentos que beneficiem a organização no geral, consistente com os resultados de Scholl, Cooper e McKenna (1987) e Organ e Konovsky (1989) e, por outro, o componente cognitivo intrínseco prediz o desempenho da categoria de comportamentos que beneficiam indivíduos específicos e indiretamente a organização

Mais tarde, Eisenberger *et al.* (2001), estudaram o papel da reciprocidade nas relações de suporte organizacional percebido com o comprometimento organizacional afetivo dos funcionários e desempenho no trabalho, referido anteriormente. Para a medição do desempenho no instrumento criado para o efeito com 41 itens no total, foram utilizados 7 itens do instrumento anteriormente desenvolvido por Williams e Anderson (1991), para avaliação dos trabalhadores em quatro comportamentos de trabalho na função, quatro comportamentos organizacionais espontâneos e quatro comportamentos de exclusão.

Foi desenvolvida por Kinicki, Jacobson, Peterson e Prussia (2013), uma escala multidimensional sobre gestão de desempenho e comportamento organizacional, o

Questionário de Comportamento de Gestão de Desempenho (PMBQ). É assumido pelos autores que a gestão de desempenho representa seu próprio domínio distinto e precisa da sua própria área de estudo e medição. Embora a avaliação de desempenho faça parte do processo de gestão de desempenho, as avaliações e o processo de gestão de desempenho não são os mesmos (den Hartog, Boselie, & Paauwe, 2004). A gestão de desempenho tem sido considerada na literatura de comportamento organizacional como parte integrante de outros construtos mais amplos (e.g., estilos de liderança) (Bass & Avolio, 2000).

A escala então desenvolvida por Kinicki *et al.* (2013), mede o conjunto de comportamentos de gestão de desempenho, auxiliando os gestores na execução eficaz do processo de gestão de desempenho, e pressupõe um processo de gestão integrado com base em modelos existentes, explorando as dimensões conceituais do comportamento de gestão de desempenho: processo de definição de metas, comunicação, *feedback*, *coaching*, fornecer consequências e estabelecer/monitorar as expectativas de desempenho. A escala revelou-se fidedigna e válida num estudo desenvolvido pelos mesmos autores que contou com 676 trabalhadores-estudantes e 5.246 trabalhadores de vários setores profissionais.

3. PERGUNTA DE PARTIDA E HIPÓTESES

Neste estudo, definem-se como variáveis a percepção da relação trabalho-família, a qualidade de vida (QV) experienciada pelos participantes e o desempenho profissional dos profissionais de saúde. Segundo Aryee *et al.* (2005), importa analisar onde estes domínios coincidem, e como se refletem um no outro, bem como no indivíduo. Desta forma, pretende-se analisar se as exigências e responsabilidade ao nível profissional e pessoal bem como a qualidade de vida percebida afetam, e em que medida, o desempenho profissional dos profissionais de saúde.

Com este estudo procura-se dar resposta à pergunta de partida formulada: a relação trabalho-família e a qualidade de vida dos profissionais de saúde relacionam-se com o desempenho profissional destes?

Neste seguimento, foram colocadas as seguintes perguntas derivadas:

- A interação do trabalho com a vida familiar está relacionada com o desempenho dos profissionais de saúde?
- A qualidade de vida percebida pelos profissionais de saúde está relacionada com o desempenho destes?
- Terá a relação trabalho-família, por via do conflito, maior influência sobre o desempenho dos profissionais do que a qualidade de vida percebida?

Através da formulação da questão de partida e sequenciais, apurou-se as seguintes hipóteses de estudo:

H1- A relação trabalho-família está relacionada com o desempenho profissional dos profissionais de saúde

H2- A qualidade de vida está relacionada com o desempenho profissional dos profissionais de saúde.

H3- A relação trabalho-família tem maior influência no desempenho profissional dos profissionais de saúde do que a qualidade de vida percebida.

4. MÉTODO

Neste capítulo, irá ser apresentado e explicado todo o processo de desenvolvimento do estudo, nas várias etapas do processo de pesquisa (Alves, 2010). Serão abordados vários aspetos, como a justificação do tema, o apuramento e seleção da amostra em estudo, o tipo e o *design* da metodologia, a operacionalização das variáveis, os instrumentos utilizados para a recolha de dados e, por fim, o tratamento estatístico dos dados.

4.1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

A presente dissertação está integrada no estudo de investigação sobre a “Gestão Global da Saúde – Impacto dos Fatores Organizacionais, Fatores Psicossociais e Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde nos Resultados em Organizações de Saúde” (Gaspar, 2019), desenvolvido pelas Prof.^a Doutoras Tânia Gaspar e Manuela Faia Correia em parceria com outras entidades. Este projeto assume carácter confidencial, onde o acesso aos dados recolhidos é restrito.² Com o envolvimento de fatores organizacionais, profissionais e económicos, a investigação tem como objetivo principal compreender e caracterizar os profissionais de saúde em Portugal e os respetivos resultados.

O objetivo da investigação passa por “...propor, estudar e validar um modelo compreensivo de avaliação integrado e multidimensional que inclua e articule fatores da organização, dos profissionais e dos resultados para a compreensão, dos fatores promotores da saúde e qualidade de vida dos profissionais e consequências na melhoria global dos resultados, ao nível do desempenho dos profissionais, da satisfação dos doentes e ao nível dos resultados económico/financeiro.” (Gaspar, 2019, p. 16).

Desta forma a presente dissertação aborda três variáveis incluídas no projeto inicial. Pretende-se estudar e relacionar a relação do trabalho e vida familiar, variável associada aos fatores psicossociais do trabalho, a qualidade de vida dos profissionais de saúde e o desempenho profissional dos mesmos.

² O instrumento aplicado aos profissionais de saúde: “Questionário Profissionais de Saúde” encontra-se no Anexo A.

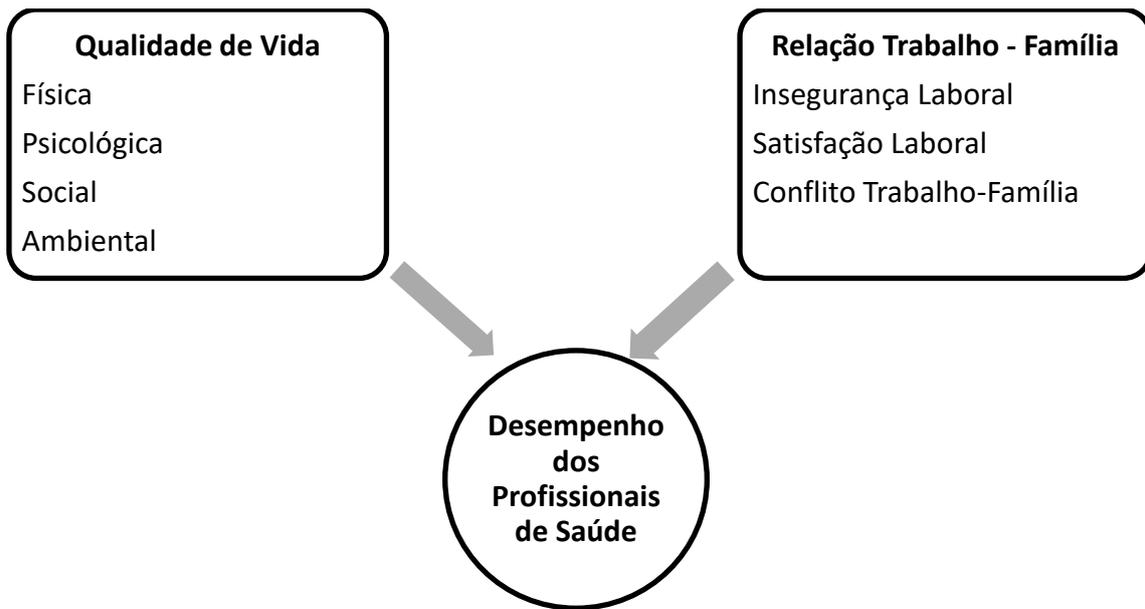


Ilustração 1 - Mapa Conceptual do estudo

4.2. PARTICIPANTES

Considerando o objetivo inicial do estudo de investigação, foram convidados a participar, os seguintes profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros quadros superiores, pertencentes a três hospitais públicos, (Gaspar, 2019).

Os participantes deste estudo constituem uma amostra (*N*) de 470 profissionais de saúde pertencentes a três hospitais públicos, dos quais 351 são profissionais de saúde (74,89%) e 119 (25,11%) são “outros profissionais”, conforme ilustra tabela 1 - Grupo Profissional dos Participantes.

Tabela 2 - Grupo Profissional dos Participantes

Grupo Profissional	N	%
Pessoal Dirigente	5	1.1
Pessoal Médico	64	13.6
Pessoal Enfermagem	182	38.7
Pessoal Informática	2	.4
Pessoal Técnico Superior de Saúde	25	5.3
Pessoal Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	44	9.4
Pessoal Técnico Superior	24	5.1
Pessoal Docente	5	1.1
Outro Pessoal	119	25.3

A amostra é composta maioritariamente (80%) por participantes do sexo feminino, totalizando 376 elementos e apenas 94 inquiridos do sexo masculino. A média de idades dos inquiridos é 44,18 anos sendo que as mesmas são compreendidas entre os 36 e 50 anos ($N=226$; 48,09%), seguindo-se os elementos com 51 anos ou mais ($N=144$; 30,64%) e por fim os elementos até aos 35 anos de idade ($N=100$; 21,28%).

No que respeita à variável “Estado Civil”, a amostra é composta maioritariamente por elementos casados e/ou em união de facto ($N=333$; 70,85%), e os restantes elementos ($N=137$; 29,15%) compõe o grupo dos solteiros e/ou divorciados e/ou viúvos. Do total dos elementos, 334 (71,06%) têm filhos e 136 (28,94%) não têm. Quanto à escolaridade, 262 elementos (55,74%) têm o grau de licenciatura, 131 (27,87%) têm mestrado e/ou doutoramento e apenas 77 elementos (16,38%) têm a escolaridade até ao 12º ano.

A situação laboral da amostra foi analisada de acordo com as seguintes variáveis: “Situação Profissional”, “Horário de Trabalho” e “Satisfação com a Remuneração” e caracteriza-se da seguinte forma: a situação profissional da maioria dos elementos é representada por contratos sem termo, com dedicação exclusiva ($N=223$; 47,45%), seguindo-se os contratos sem termo, sem dedicação exclusiva ($N=185$; 39,36%) e por fim os contratos com termo certo ($N=62$; 13,19%). O horário de trabalho mais praticado são as 35 horas semanais ($N=322$; 68,51%) e apenas 148 elementos praticam 40 ou mais horas semanais (31,49%). De forma generalizada, 443 dos inquiridos mostraram-

se insatisfeitos com a sua remuneração (94,26%), em contraste com os 27 inquiridos (5,74%) que se revelaram satisfeitos com a mesma.

A tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes, apresenta com maior detalhe os dados relativos às características demográficas da amostra deste estudo.

Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N=470)

Característica Sociodemográfica		Frequência N	Percentagem %
Idade	Até 35 anos	100	21,28
	36 a 50 anos	226	48,09
	51 ou mais anos	144	30,64
Género Sexual	Feminino	376	80,00
	Masculino	94	20,00
Estado Civil	Solteiro / Divorciado / Viúvo	137	29,15
	Casado/União de Facto	333	70,85
Filhos	Sim	334	71,06
	Não	136	28,94
Escolaridade	Até 12 ano	77	16,38
	Licenciatura	262	55,74
	Mestrado / Doutoramento	131	27,87
Tipo de Profissional	Profissionais	351	74,89
	Outros Profissionais	119	25,11
Situação Profissional	Contrato com termo certo	62	13,19
	Contrato sem termo	408	86,81
Horário de Trabalho	35 horas	322	68,51
	40 horas ou mais	148	31,49
Satisfação com a Remuneração	Insatisfação com remuneração (0-7)	443	94,26
	Satisfação com remuneração (8-10)	27	5,74

4.3. PROCEDIMENTO

4.3.1. SELEÇÃO DA AMOSTRA E ANGARIAÇÃO DE PARTICIPANTES

A seleção da amostra teve por base a profissão dos trabalhadores das instituições hospitalares seleccionadas, neste caso, foram seleccionados todos os profissionais de saúde (com e sem formação superior). A divulgação da investigação e a angariação de participantes para a mesma foi realizada através de envio de *e-mails* com a informação relativa ao projeto que estava a ser desenvolvido, demonstrando a importância da

participação no mesmo. Aquando da seleção da amostra, foi utilizado um método de amostragem não probabilística por conveniência³. Foram convidados a integrar o estudo todos membros da administração, da gestão e os profissionais de saúde acima referidos que desempenhem a sua atividade profissional no serviço de internamento e no serviço de urgência (Gaspar, Correia, Coelho, Baya, Torres, Heitor & Dias 2019).

4.3.2. O PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Segundo Marconi e Lakatos (2005), a recolha de informação, através de instrumentos específicos e adequados, pode ser entendida como um processo organizado, posto em prática para se obter informação de múltiplas fontes, com o objetivo último de passar de um nível de conhecimento para outro.

No projeto de investigação inicial desenvolvido no CLISSIS e COMEGI, onde este estudo se insere, foram utilizados vários instrumentos de recolha de dados previamente validados de forma a construir um questionário global que abrangesse a totalidade das variáveis em estudo.

O questionário apresentado à amostra (Anexo A) foi construído com o intuito de identificar e compreender os fatores organizacionais, psicossociais e profissionais que influenciam a qualidade de vida, desempenho dos profissionais de saúde e outros resultados (Gaspar *et al.*, 2019).

Para obtenção de um parecer favorável à aplicação do instrumento construído para o procedimento da recolha de dados, o estudo foi submetido à Comissão de ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, do Centro Hospitalar Lisboa Norte da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Foi atribuído o parecer favorável com Ref.^a nº 35/19 (Gaspar *et al.*, 2019).

Após identificação dos hospitais a serem incluídos no estudo, o projeto foi apresentado às administrações dos hospitais e respetivos colaboradores e posteriormente submetido às comissões de ética e Conselhos de Administração dos três hospitais participantes no estudo, dos quais se pretende manter anonimato. Dos três hospitais foram emitidos pareceres favoráveis. Para a implementação do projeto foram realizadas reuniões com

³ O método de amostragem não probabilística por conveniência, aplica-se quando se pretende obter dados de um grupo específico e previamente definido de acordo com o estudo que se pretende realizar (Marôco, 2014). Este método tem a vantagem de ser objetivo e, por isso mais rápido, mas por outro lado os resultados e conclusões apenas se podem aplicar à amostra, não podendo ser extrapolados para o universo.

os diretores clínicos das especialidades envolvidas para apresentação do projeto e envolvimento no processo de recolha de dados (Gaspar *et al.*, 2019).

Com o consentimento e aprovação da administração das instituições hospitalares em estudo, foi remetido um *e-mail* prévio, com intuito de sensibilizar os destinatários à participação no estudo. Posteriormente, através de outro *e-mail*, o questionário foi remetido, cujo acesso realizou-se através de *link* e o preenchimento *online*. Na página inicial do instrumento figurava uma carta de consentimento informado seletiva para a fase de preenchimento. Assim, apenas se o participante assinalasse deliberadamente o seu consentimento, teria acesso ao questionário proposto (Gaspar *et al.*, 2019). O instrumento construído por Gaspar *et al.*, (2019), contém uma introdução genérica, onde são referidos o âmbito, a finalidade e a garantia de confidencialidade dos dados. De seguida são apresentadas as questões, agrupadas por escalas previamente selecionadas, pela seguinte ordem: caracterização sociodemográfica do participante, cultura organizacional, qualidade de vida, fatores psicossociais do trabalho, satisfação dos colaboradores e desempenho.

4.3.3. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS E PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Nesta secção serão apresentados os procedimentos utilizados para se proceder ao tratamento dados do presente estudo.

Como já referido anteriormente, após definição do objeto e amostra a estudar, os dados foram recolhidos através de questionário disponibilizado através de *link* enviado por *e-mail* a todos os profissionais de saúde de três instituições hospitalares públicas. Uma vez que o presente estudo está integrado numa investigação mais abrangente desenvolvido pelas Prof.^a. Doutoras Tânia Gaspar e Manuela Faia Correia em parceria com outras entidades, os dados recolhidos são de disponibilidade restrita e assumem o pressuposto da confidencialidade.

Para a construção do instrumento a disponibilizar aos profissionais de saúde, para além da caracterização demográfica, foram utilizadas a subescala do interface trabalho-família (integrada nos fatores psicossociais do trabalho), escala da qualidade de vida e por fim, a escala do desempenho.

Através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, foi analisada a caracterização sociodemográfica, bem como a análise das estatísticas descritivas que descrevem sucintamente algumas das variáveis utilizadas na amostra de dados selecionada (Hill & Hill, 2016). Os mesmos autores identificam a média, a mediana, a

moda, o desvio padrão, a variância e o intervalo interquartil, mas referem também que todos os coeficientes de correlação são também importantes, uma vez que identificam a relação entre duas variáveis.

Na análise da amostra testada, é igualmente importante a análise da normalidade da distribuição das variáveis, sendo que, segundo Marôco (2003), é possível assumir como pressuposto, o teorema do limite central. Este aplica-se em amostras de grande dimensão ($N > 30$) em que a sua distribuição aproxima-se da distribuição normal, assumindo-se como tal, a sua normalidade. A amostra do presente estudo é de $N=470$, pelo que a distribuição das variáveis na amostra em estudo pressupõe como sendo normal.

Posteriormente procede-se à validação dos diversos instrumentos utilizados através da realização do estudo de fiabilidade e de validade de construto dos mesmos. Segundo Hill e Hill (2016), os conceitos de fiabilidade e validade são distintos, ou seja, uma medida pode ter boa fiabilidade, mas baixa validade, pelo que a existência de fiabilidade adequada é imprescindível, mas não garante a validade adequada. A fiabilidade está relacionada com a precisão e a constância de um instrumento de medida (e.g. *Alpha de Cronbach*, que será explorado mais abaixo). A validade é também um elemento de avaliação da qualidade do instrumento de medida, pois permite saber se este representa corretamente o que se pretende medir. Por outras palavras, a fiabilidade está relacionada com a estabilidade ou consistência de uma medida, a validade averigua a validade dessa mesma medida (Hill & Hill, 2016; Marôco, 2003).

Para Hill e Hill (2016), Pereira e Patrício (2016) e Pestana e Gageiro (2008), a avaliação dos valores do *Alpha de Cronbach* (α) é uma das medidas mais utilizadas para a verificação da fiabilidade de um grupo de variáveis de um teste psicométrico para uma amostra de respondentes. Considerando os dados disponibilizados, foram analisadas algumas qualidades métricas dos instrumentos de medida, como a consistência interna para a subescala da interface trabalho-família de Kristensen *et al.* (2005), escala de medida da qualidade de vida desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS e escala de desempenho profissional de Kinicki, *et al.* (2013), uma vez mais através do programa SPSS.

Para obter a consistência interna através do *Alpha de Cronbach* é necessário ter conhecimento da caracterização de cada item no que respeita à média e desvio padrão de cada um; a média, desvio padrão e correlação dos itens que compõem o fator e por fim a relação entre cada item e o fator (Pestana & Gageiro, 2008).

Assim este coeficiente é apurado segundo a fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{(k - 1)} \left(1 - \frac{\text{soma das variâncias de cada item}}{\text{variância total dos } k \text{ itens}} \right)$$

k representa o número de itens no questionário

Fonte: Hill & Hill, 2016, p. 147

Desta forma, quando o *Alpha de Cronbach* apresenta um valor superior a 0,90 é considerado *Excelente*, entre 0,80 e 0,90 é visto como *Bom*, entre 0,70 e 0,80 é *Razoável*, entre 0,60 e 0,70 é *Fraco* e, menor que 0,60 é considerado *Inaceitável* (Hill & Hill, 2016; Pereira & Patrício, 2016; Pestana & Gageiro, 2008). Esta análise é importante para que o investigador possa apurar quais os itens que contribuem bem e menos bem para a fiabilidade interna do questionário (Pestana & Gageiro, 2008).

Procedeu-se também à avaliação do nível de correlação entre as diferentes variáveis, tendo em conta o coeficiente de correlação de *Pearson* (*r*), ou seja, analisa a relação de uma variável com as outras e também entre si (Pereira & Patrício, 2016). Esta correlação indica que a intensidade de uma variável é tendencialmente acompanhada em média pela intensidade de uma outra, no mesmo sentido ou em sentido inverso (Pestana & Gageiro, 2008). A correlação de *Pearson* é uma técnica paramétrica da estatística que lida com parâmetros. Estas estatísticas assumem um pressuposto de que existe uma relação linear entre duas variáveis e que os valores da amostra assumem uma distribuição normal, como é o caso na amostra selecionada no presente estudo (Hill & Hill, 2016; Marôco, 2013; Pestana & Gageiro, 2008).⁴ Trata-se de uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, variando entre -1 e 1, não tendo associada qualquer relação de causa-efeito. Assim, quanto mais próximo de 1 o coeficiente se encontrar, mais forte e positiva é a relação entre as variáveis (ou seja, quando uma aumenta a outra tenderá a aumentar também). Contrariamente, quanto mais o coeficiente se aproximar de -1, significa que a correlação linear existente é forte, embora negativa entre as variáveis. Não existe qualquer relação linear entre variáveis quando o coeficiente é 0 ou próximo deste (Marôco & Bispo, 2005; Pestana & Gageiro, 2008). Segundo Hill e Hill (2016), quando os dados são recolhidos por questionário,

⁴ Existem outras técnicas estatísticas do tipo *paramétrico* (e.g., *teste de t*, *análise da variância* e *a regressão linear*). Também existem técnicas *não-paramétricas*. Estas não recorrem a parâmetros e não assumem a normalidade da distribuição de uma amostra e permitem analisar valores numa escala ordinal ou nominal (e.g., *teste do Qui-quadrado*, *o teste de Wilcoxon* o *teste entre medianas* e *a correlação de Spearman*)

como é o caso do presente estudo, o nível de significância $\alpha = 0,1$ pode-se considerar aceitável, assumindo que o tamanho mínimo da amostra é de 30 casos.

Segundo Pestana e Gageiro (2008), é sugerido que em ciências exatas se interprete o coeficiente de correlação de *Pearson* segundo a seguinte relação (igualmente aplicável às correlações negativas):

Tabela 4 – Classificação dos valores de Associação Linear

R	Associação Linear
0,00 a 0,20	muito baixa
0,20 a 0,39	baixa
0,40 a 0,69	moderada
0,70 a 0,89	alta
0,90 a 1,00	muito alta

Fonte: Adaptado a partir de: Pestana e Gageiro (2008, p. 181)

O *p-value* é então, considerado como sendo o menor valor de α^5 a partir do qual se rejeita a hipótese nula (Marôco, 2014). Desta forma quanto menor o *p-value*, a evidência de rejeição da hipótese nula é maior, pelo que se for assumido que *p-value* é menor que o nível de significância definida inicialmente $\alpha=0,05$, não se deve considerar este resultado como absoluto, uma vez que existem outros níveis de significância como 0,01 e 0,001 (Marôco, 2014). O autor refere ainda, que em testes bilaterais “o *p-value* é a probabilidade de obter um valor inferior ou igual ao valor negativo da estatística de teste.” (Marôco, 2014, p. 55), desta forma, a maioria dos softwares estatísticos, considera o *p-value* bilateral que representa o dobro do *p-value* unilateral.

Para análise da variância da amostra, é utilizado o teste *t-student*, sendo possível obter as tabelas ANOVAS, (*Analysis of Variance*), metodologia proposta por Sir Ronald Fisher no caso de a distribuição da amostra em estudo apresentar-se como normal e as variâncias populacionais forem homogêneas. Com as tabelas ANOVAS é possível obter a comparação entre médias dentro das amostras ou grupos (variância residual) mas também a variância entre as amostras ou grupos de duas ou mais variáveis. É possível ainda apurar as diferenças estatisticamente significativas (Marôco, 2014; Pereira & Patrício, 2016; Pestana & Gageiro, 2008). Com a análise destas tabelas é possível estudar não só o efeito de cada uma das variáveis independentes, mas também a

⁵ Quando numa investigação se decide rejeitar a hipótese nula, assume-se a probabilidade da mesma estar errada (*erro do Tipo I*), daí que se procura sempre minimizar a probabilidade de erro (Pestana & Gageiro, 2008)

eventual influência que cada uma delas pode exercer sobre o comportamento da variável dependente (Pestana & Gageiro, 2008).⁶ A correta análise das tabelas é efetuada através da interpretação da média, desvio-padrão, dos F (estatística de teste para cada conjunto de hipóteses e que permite obter o rácio das médias dos quadrados) com a correspondente significância associada. A interpretação dos resultados tem como base a comparação dos valores estimados da variância entre grupos e dentro deles, sendo que quando esta é grande o suficiente relativamente à variabilidade dentro dos grupos é possível rejeitar a hipótese de que todas as populações apresentam médias iguais (Marôco, 2014; Pereira & Patrício, 2016).

Uma vez que também é pretendido perceber o poder explicativo da variabilidade de uma ou mais variáveis em função de outras é necessário recorrer a um Modelo de Regressão Linear Múltipla (MRLM) (St. Aubyn & Venes, 2011). Segundo Hill e Hill (2016), “A técnica da regressão linear múltipla utiliza uma combinação ponderada das variáveis independentes (que se designa por estimativa da variável dependente) para prever os valores da variável dependente.” (p.294), por outras palavras, esta técnica analisa a relação entre a variável dependente e um conjunto de variáveis independentes, tratando-se de uma técnica estatística, descritiva e inferencial (Pestana & Gageiro, 2008). Procedeu-se então à elaboração de uma regressão linear múltipla, sendo o desempenho a variável dependente e a relação trabalho-família e a qualidade de vida as variáveis independentes. Para se perceber se pelo menos uma das variáveis independentes influencia a variação da variável dependente, ou se, por outro lado, todas influenciam e em simultâneo a variável dependente, apura-se o “R Square” ou Coeficiente de Determinação (R^2). Contudo a comparação simples dos coeficientes de regressão para avaliar a importância de cada variável independente no modelo não é válida, uma vez que estas são medidas em unidades diferentes (Marôco, 2003; Pestana & Gageiro, 2008). Para que a importância de cada variável independente no modelo possa ser comparada é necessário utilizar as variáveis padronizadas (Marôco, 2003). Através da análise dos valores absolutos dos coeficientes de correlação padronizados, vulgo “coeficientes beta”, é possível concluir quais as variáveis que mais contribuem para explicar o comportamento do desempenho. Os testes t , permitem testar as hipóteses nulas de inexistência de uma relação linear entre a variável desempenho e cada uma das outras variáveis em estudos (Pestana & Gageiro, 2008). Através do nível de significância associado a qualquer um dos modelos dos testes t , é possível decidir

⁶ Segundo Pereira e Patrício (2016), a ANOVA distingue-se dos testes t pelo número de situações a testar em cada variável, sendo que nos testes t só podem ser testados duas situações para uma variável e na ANOVA podem ser testadas diversas situações.

se certas variáveis independentes podem ser ou não eliminadas da equação de regressão.

4.4. INSTRUMENTOS

Considerando que o foco de estudo na presente dissertação são as variáveis já identificadas, serão apresentados e analisados os seguintes instrumentos de recolha de dados: caracterização demográfica, subescala do interface trabalho-família (integrada nos fatores psicossociais do trabalho), escala da qualidade de vida e por fim, a escala do desempenho. Todas as questões constantes nos três instrumentos utilizados são constituídas por perguntas fechadas, que segundo Hill e Hill (2016), os inquiridos apenas podem escolher as alternativas apresentadas no questionário apresentado. Os mesmos autores também apresentam o facto de, ao utilizar este tipo de questões, torna-se mais fácil analisar (e por vezes de forma mais sofisticada) os dados recolhidos como sendo uma das vantagens. Por outro lado, se as questões forem elaboradas de forma a que se obtenha respostas com pouco conteúdo e evasivas, estas podem revelar conclusões demasiado simples, o que é visto como uma desvantagem deste tipo de questões.

4.4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Com o intuito de melhor caracterizar a amostra, foi apresentado aos inquiridos numa fase inicial do questionário, algumas questões relativas aos seus dados pessoais como: idade, género sexual, estado civil, agregado familiar, nível de escolaridade, tempo de serviço, área de formação/especialidade, nível de satisfação com a remuneração⁷ situação de prestação de serviços/tipo de contrato/conciliação com outros locais de trabalho.

4.4.2. RELAÇÃO TRABALHO-FAMÍLIA

Para analisar a relação do trabalho-família utilizou-se a dimensão do interface trabalho-família que integra a escala dos fatores psicossociais do trabalho, o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ II*, formato de 2007, versão média. Este formato resulta da revisão do original COPSQ, desenvolvido e validado por Kristensen e Borg no ano de 2000 com a colaboração do *Danish National Institute for Occupational Health*

⁷ No que respeita à satisfação com a remuneração, foi sugerido, em entrevista aos peritos de saúde, que decorreu na primeira fase do estudo global, não perguntar diretamente pela remuneração auferida pelos trabalhadores.

in *Copenhagen*. Através da aplicação de uma abordagem multidimensional, este instrumento inclui diversos construtos dos fatores psicossociais (Kristensen *et al.*, 2005). O COPSOQ apresenta-se em três versões em termos de dimensão do questionário e reúne consenso internacional quanto à sua validade na avaliação das dimensões psicossociais mais relevantes no contexto laboral (Silva *et al.*, 2011).

Para o COPSOQ-II (reformulação do questionário original em 2007) foram criadas três versões: a curta (com 23 dimensões e 40 itens), a média (com 28 dimensões e 87 itens) e a longa (com 41 dimensões e 128 itens), sendo que as duas primeiras incluem apenas dimensões psicossociais com evidências epidemiológicas de relação com a saúde (Silva *et al.*, 2011), conforme tabela 2. No instrumento criado por Gaspar *et al.* (2019), foi utilizada a versão curta.

Tabela 5 - Número de itens e subescalas das três versões portuguesas do COPSOQ

	Nº Itens		
	Versão Curta	Versão Média	Versão Longa
EXIGÊNCIAS LABORAIS			
Exigências quantitativas	2	3	3
Ritmo de trabalho	1	1	1
Exigências cognitivas	2	3	3
Exigências emocionais	1	1	3
Exigências de esconder emoções	-	-	4
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E CONTEÚDO			
Influência no trabalho	1	4	4
Possibilidade de desenvolvimento	2	3	3
Variação no trabalho	-	-	1
Significado do trabalho	2	3	3
Compromisso face ao local de trabalho	1	2	3
RELAÇÕES SOCIAIS E DE LIDERANÇA			
Previsibilidade	2	2	2
Recompensas (Reconhecimento)	2	3	3
Transparência do papel laboral desempenhado	1	3	4
Conflitos de papéis laborais	-	3	4
Qualidade de liderança	1	4	4
Apoio social de supervisores	1	3	3
Apoio social dos colegas	-	3	3
INTERFACE TRABALHO-INDIVÍDUO			
Insegurança laboral	1	1	4
Satisfação laboral	1	4	4
Conflito Trabalho/Família	2	3	3
Conflito Família/Trabalho	-	-	2
VALORES NO LOCAL DE TRABALHO			
Confiança vertical	2	3	3

	Nº Itens		
	Versão Curta	Versão Média	Versão Longa
Confiança horizontal	-	2	3
Justiça e respeito	2	2	4
Comunidade social no trabalho	1	2	3
Responsabilidade social	-	-	4
PERSONALIDADE			
Autoeficácia	1	2	6
SAÚDE E BEM ESTAR			
Saúde geral	1	1	1
<i>Stress</i>	2	2	4
<i>Burnout</i>	2	2	4
Problemas em dormir	1	2	4
<i>Stress</i> somático	-	-	5
<i>Stress</i> cognitivo	-	-	4
Sintomas Depressivos	1	2	4
COMPORTAMENTOS OFENSIVOS			
Número de subescalas	26	29	35
Número de questões	41	76	119

Fonte: Silva et al., 2011, pp. 8-9

Todos os itens das três versões são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos: 1 - Nunca/quase nunca, 2- Raramente, 3- Às vezes, 4 – Frequentemente e 5- Sempre ou 1 – Nada/quase nada, 2- Um pouco, 3- Moderadamente, 4-Muito e 5 – Extremamente.

Destacam-se dois pressupostos deste instrumento: o facto de este permitir que sejam utilizadas dimensões ou subescalas de modo independente de acordo com a pertinência do estudo em questão e a obrigatoriedade da participação direta dos trabalhadores para avaliação correta dos riscos psicossociais que estes percebem. De acordo com as recomendações do mesmo, o questionário foi aplicado individualmente, com anonimato e confidencialidade assegurados aos elementos da amostra (Silva et al., 2011).

Para o presente estudo, foram unicamente considerados os resultados obtidos na subescala relativa ao interface trabalho-indivíduo, composto por 1 item da dimensão da Insegurança laboral (e.g., “Sente-se preocupado em ficar desempregado?”), 4 itens da dimensão da Satisfação laboral (e.g., “Quão satisfeito está com as condições físicas do seu local de trabalho?” para avaliar as condições físicas do local de trabalho e “Quão satisfeito está com a forma como as suas capacidades de trabalho são utilizadas?” para avaliar a percepção com a satisfação da sua *performance*) e 3 itens da dimensão conflito trabalho-família (e.g., “Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?” para aferir o modo como o trabalho afeta a vida privada).

4.4.3. QUALIDADE DE VIDA

O WHOQOL-BREF foi o instrumento utilizado para analisar e medir a variável qualidade de vida. Este instrumento é uma versão mais reduzida do WHOQOL-100, preservando as características psicométricas satisfatórias desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS (Fleck, 2000; Serra *et al.*, 2006).

O construto desenvolvido assume-se válido e aplicável à população portuguesa, já que as correlações entre as diferentes dimensões são todas estatisticamente significativas, no estudo de campo quantitativo da versão abreviada do instrumento desenvolvido por Serra *et al.* (2006).

O WHOQOL-BREF conta com 26 questões, duas das quais (item 1 e 2), mais gerais, avaliam separadamente a percepção geral da qualidade de vida e da saúde (e.g., "Como avalia a sua qualidade de vida?"). As restantes 24 questões organizam-se em quatro domínios da qualidade de vida: Física, composta por 7 itens (e.g., "Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?); Psicológica, composta por 6 itens (e.g., "Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?); Relações Sociais, composta por 3 itens (e.g., "Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?) e Ambiental, composta por 8 itens (e.g., "até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?). Estas questões são avaliadas numa escala tipo Likert de 5 pontos: 1 – Muito má, 2- Má, 3- Nem boa nem má, 4 – Boa e 5 – Muito boa.

Para o presente estudo foi utilizada toda a escala o instrumento WHOQOL-BREF por ser de mais fácil aplicação, ou neste caso, para melhor integração num instrumento constituído por várias escalas e cujo preenchimento não ocupasse muito tempo. Foram utilizadas as quatro dimensões que compõe a escala: física, psicológica, relações sociais e ambiente

4.4.4. ESCALA DO DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS

Para medir o Desempenho dos profissionais de saúde foi utilizada uma versão traduzida e adaptada da *Performance Management Behavior Questionnaire* (PMBQ) de Kinicki *et al.* (2013). O estudo desenvolvido pelos autores, teve por base 8 amostras de várias origens, com o intuito de desenvolver uma escala multidimensional que fosse confiável (Kinicki *et al.*, 2013). Foi então proposto um modelo simplificado, facilmente aplicados em várias organizações e posteriormente testado por outros autores (Kinicki *et al.*, 2013). Uma vez que o instrumento construído pelos autores revelou ser uma medida

fidedigna e válida, o mesmo foi utilizado na sua totalidade na construção do instrumento final utilizado no presente estudo.

Desta forma, contribuíram para o instrumento final utilizado por Gaspar *et al.* (2019), os 27 itens do instrumento PMBQ. Este encontra-se organizado em 6 dimensões: Processo de estabelecimento de objetivos, com 5 itens (e.g. “Garante que as metas de desempenho estão ligadas aos objetivos estratégicos ou operacionais do hospital.”); Comunicação, com 4 itens (e.g. “É acessível e disponível para conversar com outras pessoas.”); Feedback, com 5 itens (e.g. “Dá um feedback honesto.”); *Coaching*, com 5 itens (e.g. “Ajuda as pessoas a desenvolverem as suas competências.”); Estabelecimento de consequências, com 3 itens (e.g. “Recompensa o bom desempenho.”) e Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho, com 5 itens (e.g. “Comunica as expetativas relacionadas com a qualidade.”).

O intervalo de resposta da escala de Kinicki *et al.* (2013), foi a mesma que integrou o instrumento do presente estudo, e trata-se de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos: 1- nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Frequentemente; 5 –sempre).

4.5. ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo irá ser descrito os resultados obtidos no estudo empírico não sem antes verificar as qualidades métricas das escalas. Seguidamente serão analisados os resultados obtidos nos testes utilizados a fim de confirmar ou infirmar as hipóteses previamente formuladas para estudo.

Foi produzida uma tabela de frequências para analisar a estatística descritiva, permitindo o cálculo da média e desvio-padrão das escalas e subescalas da relação trabalho-família, qualidade de vida e desempenho. De seguida foi medida a consistência interna das escalas, através da avaliação do resultado do coeficiente *Alpha de Cronbach*. Para validar as várias dimensões das escalas, desenvolveu-se uma matriz das correlações tendo em conta os coeficientes de correlação de *Pearson*. Por fim, foi ainda produzido um estudo de regressão linear para validar a predição que a relação trabalho família e qualidade de vida têm no desempenho.

Análise descritiva

Na tabela seguinte encontram-se as medidas descritivas para cada uma das dimensões das 3 escalas estudadas.

Tabela 6 - Média, desvio-padrão das escalas e subescalas da relação trabalho-família, qualidade de vida e desempenho

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Interface T-F - Satisfação laboral	470	1,00	5,00	2,9989	0,78363
Interface T-F - Conflito trabalho-família	470	1,00	5,00	2,8504	1,05322
Interface T-F - Insegurança laboral	470	1,00	5,00	2,0000	1,28962
Interface Trabalho-Família - Total	470	1,00	5,00	2,8504	1,05322
Qualidade de Vida Física	470	1,86	5,00	3,8830	0,58295
Qualidade de Vida Psicológica	470	2,00	4,83	3,8085	0,44846
Qualidade de Vida Social	470	1,00	5,00	3,8489	0,74844
Qualidade de Vida Ambiental	470	1,38	4,88	3,4963	0,54555
Qualidade de Vida - Total	470	1,75	4,96	3,7599	0,49057
Desempenho - Processo de estabelecimento de objetivos	352*	1,00	5,00	2,8994	0,93516
Desempenho – Comunicação	352*	2,00	5,00	4,0320	0,53029
Desempenho – <i>Feedback</i>	352*	1,70	5,00	3,5642	0,62463
Desempenho - <i>Coaching</i>	352*	1,00	5,00	3,7233	0,67273
Desempenho - Estabelecimento de consequências	352*	1,00	5,00	3,5994	0,80531
Desempenho - Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	352*	1,00	5,00	3,8557	0,65761
Desempenho dos profissionais de saúde - Total	352*	1,81	5,00	3,5977	0,48937
N válido (<i>listwise</i>)	470				

* O grupo dos "Outros Profissionais", constituídos por 119 elementos, não procedeu ao preenchimento da escala de desempenho por se referir a um tipo de trabalho com muito pouca autonomia e como tal, a escala de gestão de desempenho não se adequa às suas tarefas. Por esse motivo o total de respostas obtidas para esta escala é inferior ao total da amostra (N=470)

Pela análise dos valores apresentados é possível concluir que a satisfação laboral dos trabalhadores é globalmente moderada, da mesma forma que consideram que o trabalho afeta de forma moderada a vida pessoal e familiar, sendo que 70,85% dos

inquiridos são casados ou estão em união de facto. Por outro lado, a média dos inquiridos considera-se pouco satisfeito com a (in)segurança sentida quanto ao vínculo contratual, apesar de 86,81% dos inquiridos se encontrar vinculado com contrato sem termo com a sua entidade patronal.

No que respeita à qualidade de vida, a maioria dos entrevistados, considera-se globalmente satisfeito com a qualidade de vida experienciada, contribuindo muito para tal os fatores considerados na qualidade de vida física e social.

Por fim, no que respeita ao desempenho dos profissionais de saúde, importa ressaltar que os elementos caracterizados por “Ouros Profissionais” não responderam a esta parte do questionário uma vez que é um tipo de trabalho com muita autonomia. No que respeita aos restantes participantes, e que representam 74,89% dos entrevistados, é possível observar que globalmente consideram que cumprem com alguma frequência os comportamentos avaliados nos diversos itens do desempenho. Os comportamentos associados ao estabelecimento de objetivos são, genericamente, os menos exercidos pelos profissionais de saúde, em contraste com a comunicação que é frequentemente utilizada entre os elementos.

Qualidades métricas

Para a subescala do conflito trabalho-família foi apurado *Alpha de Cronbach* para duas das três dimensões analisadas, ambos considerados como bons.

Tabela 7 - Caracterização da Subescala do Conflito Trabalho-Família quanto às dimensões, Nº de itens, média, desvio padrão e consistência interna

Dimensão	Nº itens	Média	Desvio Padrão	Alpha de Cronbach
Satisfação Laboral	4	3,00	0,78	0,81
Conflito Trabalho-Família	3	2,85	1,05	0,87

Nota: A dimensão Insegurança Laboral não tem *alpha de Cronbach* por ter apenas 1 item no instrumento utilizado no estudo.

Para a escala da qualidade de vida foi apurado um *Alpha de Cronbach* global para os 24 itens = 0,79, também considerado como razoável segundo Hill e Hill (2016). A Tabela 8 revela a consistência interna das quatro dimensões da escala bem como para a escala global.

Tabela 8 - Caracterização da Escala de Qualidade de Vida quanto às dimensões, Nº de itens, média, desvio padrão e consistência interna

Dimensão	Nº itens	Média	Desvio Padrão	Alpha de Cronbach
WHOQOL-26	24	3,76	0,49	0,79
Qualidade de Vida Física	7	3,88	0,58	0,87
Qualidade de Vida Psicológica	6	3,81	0,45	0,84
Qualidade de Vida Social	3	3,85	0,75	0,64
Qualidade de Vida Ambiental	8	3,50	0,55	0,78

No que respeita à escala do desempenho profissional, o *Alpha de Cronbach* para os 27 itens analisados foi de 0,92, considerada excelente segundo Hill e Hill (2016).

Tabela 9 - Caracterização da Escala de Desempenho dos Profissionais quanto às dimensões, nº de itens, média, desvio padrão e consistência interna

Dimensão	Nº itens	Média	Desvio Padrão	Alpha de Cronbach
Desempenho dos profissionais de saúde	27	3,60	0,49	0,92
Processo de estabelecimento de objetivos	5	2,90	0,94	0,91
Comunicação	4	4,03	0,53	0,86
<i>Feedback</i>	5	3,56	0,62	0,85
<i>Coaching</i>	5	3,72	0,67	0,91
Estabelecimento de consequências	3	3,60	0,81	0,93
Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	5	3,86	0,66	0,73

A análise da consistência interna dos itens das dimensões da escala utilizada, revela que globalmente os itens são internamente consistentes, sendo que apenas uma dimensão na escala da qualidade de vida é considerada fraca. Trata-se da dimensão da Qualidade de Vida Social, com $\alpha=0,64$. Assim pode-se concluir que o instrumento utilizado é maioritariamente internamente consistente.

A Tabela 9 apresenta a matriz das correlações de *Pearson (r)* das variáveis em estudo.

Tabela 10 - Correlações das variáveis em estudo (N=470)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. Desempenho dos profissionais de saúde	1														
2. Desempenho - Processo de estabelecimento de objetivos	,637**	1													
3. Desempenho - Comunicação	,448**	0,008	1												
4. Desempenho - <i>Feedback</i>	,805**	,392**	,295**	1											
5. Desempenho - <i>Coaching</i>	,779**	,296**	,299**	,631**	1										
6. Desempenho - Estabelecimento de consequências	,717**	,267**	,334**	,533**	,514**	1									
7. Desempenho - Estabelecimento e monitorização de expectativas de desempenho	,736**	,261**	,314**	,498**	,516**	,519**	1								
8. Interface T-F - Insegurança laboral	-0,002	0,046	0,065	-0,057	-0,018	-0,003	-0,040	1							
9. WHOQOL-26	,337**	,190**	,296**	,256**	,172**	,263**	,279**	-0,007	1						
10. Qualidade de Vida Física	,272**	,197**	,207**	,172**	,113*	,227**	,232**	-0,001	,844**	1					
11. Qualidade de Vida Psicológica	,285**	,151**	,264**	,239**	,181**	,214**	,192**	0,012	,728**	,494**	1				
12. Qualidade de Vida Social	,268**	,119*	,271**	,239**	,139**	,196**	,221**	0,063	,708**	,438**	,547**	1			
13. Qualidade de Vida Ambiental	,301**	,182**	,226**	,227**	,167**	,213**	,260**	-0,051	,842**	,593**	,496**	,489**	1		
14. Interface T-F - Satisfação laboral	,373**	,346**	,279**	,224**	,246**	,190**	,222**	,098*	,486**	,377**	,326**	,324**	,475**	1	
15. Interface T-F - Conflito trabalho-família	-0,020	-0,025	-0,065	-0,039	0,015	0,068	-0,029	-0,083	-,375**	-,350**	-,199**	-,269**	-,300**	-,259**	1

***. A correlação é significativa no nível 0,001 (bilateral).

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

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Através da matriz das correlações das variáveis em estudo é possível perceber o grau de correlação entre a Relação Trabalho-Família, a Qualidade de Vida e o Desempenho dos profissionais de saúde. De forma geral, numa análise preliminar, permite perceber que a maior parte das associações se revelam muito baixas e baixas e em menos quantidade existem associações moderadas e altas e nenhuma associação linear muito alta. É ainda possível verificar que existem bastantes correlações entre variáveis, sendo que a maioria delas tem elevada significância estatística com $p < 0,01$ e apenas três correlações com $p < 0,05$. Os restantes que não têm significância, não revelam qualquer relação entre variáveis (e.g. a insegurança laboral e todas as restantes, com exceção da satisfação laboral).

Desempenho

O desempenho assume relação baixa e positiva com a qualidade de vida e com a satisfação laboral ($r=0,337$; $r=0,373$, ambos $p < 0,01$). Desta forma, quando existe propensão para o aumento de uma das variáveis, as restantes variáveis tendem a aumentar também. Contudo a relação entre a insegurança laboral e o conflito trabalho-família apresentam coeficientes de correlação de *Pearson* negativos e sem significância estatística ($r=-0,020$; $r=-0,020$).

Interface trabalho-família:

A insegurança laboral e a satisfação laboral (ambas do interface trabalho-família) relacionam-se de forma muito baixa, ainda que de forma positiva com $r=0,098$ e $p < 0,05$. Desta forma pode-se dizer com o aumento de umas das variáveis, muito pouca variação vai-se verificar na satisfação laboral. É ainda possível verificar que não existe qualquer tipo de relação com as demais variáveis: qualidade de vida ($r=-0,007$; n.s.) e conflito trabalho-família ($r=-0,083$; n.s.)

A satisfação laboral e conflito trabalho-família, relacionam-se de forma baixa e negativa, apresentando coeficientes de correlação de *Pearson* de $r=-0,259$, com $p < 0,01$. Assim, quanto maior for a satisfação laboral ou conflito trabalho-família, a outra variável tenderá a diminuir.

Qualidade de Vida

Da análise realizada, que a qualidade de vida e a satisfação laboral se relacionam, mas de intensidade moderada, onde $r=0,486$ com $p < 0,01$. De forma geral verifica-se que quanto maior for a propensão para a qualidade de vida aumentar a satisfação laboral

dos inquiridos terá também propensão para aumentar e vice-versa. De forma inversa e com intensidade baixa e negativos, a qualidade de vida e o conflito trabalho família também se relacionam sendo o $r=-0,375$ e $p<0,01$. Desta forma, e de forma inversa à evolução anterior, quando existe propensão para uma das variáveis aumentara a outra terá propensão a diminuir.

Análise da Variância

Nas tabelas seguintes serão apresentados os valores obtidos para as diferenças entre grupos de cada dimensão de todas as escalas utilizadas no desenvolvimento deste estudo, considerando os elementos sociodemográficos da amostra. Desta forma será possível perceber a interação entre as diversas variáveis. Para tal, serão apresentadas as tabelas ANOVAS com os valores obtidos referentes às idades, ao género, ao estado civil, ao número de filhos, ao nível de escolaridade, à situação profissional e à satisfação com a remuneração.

Subescala do interface trabalho-indivíduo

Tabela 11 - ANOVA – Diferenças entre idades nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)

Interface Trabalho-Indivíduo	Até 35 anos		36 a 50 anos		51 ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Insegurança Laboral	2,25	1,45	2,03	1,27	1,78	1,17	4,14**
Satisfação Laboral	3,07	0,81	2,94	0,79	3,04	0,75	1,08(n.s.)
Conflito Trabalho-família	3,02	1,19	2,81	1,02	2,80	0,99	1,65(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$;

Podem-se verificar diferenças estatisticamente significativas entre os participantes no que respeita à insegurança laboral ($F(467;1,64)=4,14$; $p<0,01$), sendo que são os trabalhadores até aos 50 anos que revelam maior insegurança no trabalho, sobretudo os elementos até aos 35 anos de idade que revelam maior insegurança no trabalho, cuja média de respostas foi de 2,25. A satisfação laboral e o conflito trabalho-família não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários

($F(2;0,66)=1,08$ e $F(2;1,83)=1,65$, respetivamente. Desta forma é possível perceber que a média da insegurança laboral é distinta entre os grupos etários considerados.

Tabela 12 - ANOVA – Diferenças de género sexual entre as dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)

Interface Trabalho-Indivíduo	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Insegurança Laboral	2,02	1,31	1,93	1,19	0,39(n.s.)
Satisfação Laboral	3,02	0,76	2,90	0,86	1,92(n.s.)
Conflito Trabalho-família	2,84	1,04	2,91	1,12	0,40(n.s.)

Nota: (n.s.) = não significativo

O género sexual dos profissionais de saúde não revela qualquer diferença estatisticamente significativa: insegurança laboral $F(1;0,65)=0,39$; satisfação laboral $F(1;1,18)=1,92$ e conflito trabalho-família $F(1;0,44)=0,40$, em qualquer uma das dimensões da subescala da interface trabalho-família, ou seja, a média relativamente ao género sexual da amostra selecionada não influencia de forma significativa qualquer uma das subescalas do interface trabalho-indivíduo.

Tabela 13 - ANOVA – Diferenças quanto ao Estado civil nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)

Interface Trabalho-Indivíduo	Solteiro/ Divorciado/ Viúvo		Casado/ União Facto		F
	M	DP	M	DP	
Insegurança Laboral	2,12	1,39	1,95	1,25	1,80(n.s.)
Satisfação Laboral	2,97	0,81	3,01	0,77	0,32(n.s.)
Conflito Trabalho-família	2,85	1,08	2,85	1,04	0,00(n.s.)

Nota: (n.s.) = não significativo

À semelhança do género, também o estado civil dos elementos inquiridos não revela alguma diferença estatisticamente significativa: insegurança laboral $F(1;2,98)=1,80$; satisfação laboral $F(1;0,20)=0,32$ e conflito trabalho-família $F(1;0,00)=0,00$ no que se refere a qualquer uma das dimensões da subescala do interface trabalho-família. Assim, também o estado civil dos elementos da amostra se revela semelhante nas três dimensões da subescala do interface trabalho-família.

Tabela 14 - ANOVA – Diferenças quanto Número de Filhos nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)

Interface Trabalho-Indivíduo	Com filhos		Sem Filhos		F
	M	DP	M	DP	
Insegurança Laboral	1,92	1,20	2,20	1,48	19,50***
Satisfação Laboral	2,95	0,79	3,12	0,75	0,35(n.s.)
Conflito Trabalho-família	2,85	1,04	2,85	1,08	0,27(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

O facto de os elementos da amostra terem ou não filhos apresenta diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão da insegurança laboral ($F(210,41;0,14)=19,50$; $p < 0,001$). É então perceptível que os elementos que não têm filhos são os que revelam maior insegurança no trabalho ($M=2,20$), ao contrário dos que têm ($M=1,92$). No que respeita às outras dimensões do mesmo interface, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os elementos com e sem filhos em que $F(468;0,08)=0,35$ para a Satisfação Laboral e $F(468;0,11)=0,27$ para o Conflito Trabalho-família, pelo que a existência ou não de filhos não se revela impactante na Satisfação Laboral e no Conflito Trabalho-Família.

Tabela 15 - ANOVA – Diferenças quanto ao Nível de Escolaridade nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)

Interface Trabalho-Indivíduo	Até 12º Ano		Licenciatura		Mestrado/Doutoramento		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
	Insegurança Laboral	2,58	1,45	1,88	1,23	1,89	
Satisfação Laboral	2,87	0,81	3,07	0,77	2,94	0,79	2,45(n.s.)
Conflito Trabalho-família	2,41	0,88	2,89	1,05	3,03	1,09	9,29***

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

O nível de escolaridade dos inquiridos apresenta diferenças estatisticamente significativas ao nível da insegurança laboral ($F(467;1,60)=9,82$; $p < 0,001$) e do conflito trabalho-família (com $F(467;1,07)=9,29$; $p < 0,001$). É notório que são os profissionais com nível de escolaridade até ao 12º ano ($M=2,58$) que apresentam maior Insegurança Laboral quando comparados com os profissionais que têm o nível de escolaridade Licenciatura ($M=1,88$), mas também com os elementos com Mestrado ou Doutoramento ($M=1,89$). À semelhança da Insegurança laboral, também a dimensão do Conflito Trabalho-família, apresenta diferenças estatisticamente significativas nos três níveis de

escolaridade. Nesta dimensão são os elementos com Mestrado/Doutoramento que apresentam maior Conflito trabalho-família ($M= 3,03$) quando comparados com os elementos que têm 12º ano e Licenciatura ($M= 2,41$ e $2,89$ respetivamente), embora este último grupo se aproxime da média dos mais conflituosos. Apenas a dimensão da Satisfação Laboral não revela diferenças estatisticamente significativas em qualquer nível de escolaridade ($F(2;1,49)=2,45$).

Tabela 16 - ANOVA – Diferenças quanto à Situação Profissional nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)

Interface Trabalho-Indivíduo	Contrato com termo certo		Contrato sem termo com dedicação exclusiva		Contrato sem termo sem dedicação exclusiva		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Insegurança Laboral	2,45	1,52	1,96	1,25	1,90	1,23	4,57*
Satisfação Laboral	3,13	0,73	2,96	0,81	3,00	0,78	1,19(n.s.)
Conflito Trabalho-família	2,75	0,93	2,76	1,08	3,00	1,04	2,96(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p<0,05$

O vínculo Laboral dos trabalhadores para com a sua entidade profissional não se revela uniforme para as três dimensões da interface trabalho-indivíduo. Ao nível da Insegurança Laboral é possível verificar-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos (com $F(467;1,64)= 4,57$; $p<0,05$), destacando os elementos com vínculo a termos certo ($M=2,45$) dos elementos com Contratos sem termo com e sem dedicação exclusiva ($M=1,96$ e $M=1,90$ respetivamente). O facto de alguns elementos deste grupo não trabalharem exclusivamente numa determinada instituição hospitalar possibilita que possam prestar serviços noutras instituições, contrastando com outros trabalhadores que estão com contrato de trabalho a termo certo. O facto de uns terem *à priori* alternativa profissional, a insegurança laboral revela que existem médias diferentes estatisticamente relevantes. Assim, os profissionais de saúde cujo contrato de trabalho é com termo certo apresentam maior insegurança laboral do que os profissionais de saúde com contrato sem termo.

Tabela 17 - ANOVA – Diferenças quanto à Satisfação com a Remuneração nas dimensões da subescala do Interface trabalho-família (integrada na avaliação dos Riscos Psicossociais do Trabalho)

Interface Trabalho-Indivíduo	Insatisfação com Remuneração		Satisfação com Remuneração		F
	M	DP	M	DP	
Insegurança Laboral	2,00	1,29	1,96	1,29	0,02(n.s.)
Satisfação Laboral	2,96	0,76	3,64	0,89	19,87***
Conflito Trabalho-família	2,88	1,05	2,30	0,96	8,05***

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$;

São notórias as diferenças estatisticamente significativas existentes com a satisfação com a remuneração relativamente às dimensões da interface satisfação laboral e ao conflito trabalho-família. Pela análise da tabela é possível verificar a dimensão que evidencia maiores diferenças é ao nível da Satisfação Laboral, onde a Insatisfação com a Remuneração tem $M=2,96$ e a Satisfação com a Remuneração é $M=3,64$ com $F(468;0,59)=19,87$; $p<0,001$. A dimensão do conflito trabalho família ($F(468;1,09)=8,05$; $p<0,001$) também apresenta diferenças estatisticamente significativas nas médias dos elementos satisfeitos com a remuneração ($M=2,30$) e dos elementos insatisfeitos com a remuneração ($M=2,88$), sendo maior as diferenças entre elementos ao nível da insatisfação do que ao nível da satisfação. Por oposição, a dimensão da Insegurança Laboral não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($F(1;0,04)=0,02$). Em resumo a diferença das médias entre a satisfação e insatisfação da remuneração verificadas entre a satisfação laboral e o conflito trabalho-família, demonstram segurança no resultado em 99,9%.

Escala da Qualidade de Vida

Tabela 18 - ANOVA – Diferenças de idade entre as dimensões Escala de Qualidade de Vida

Qualidade de Vida (QV)	Até 35 anos		36 a 50 anos		51 ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
QV Global	3,73	0,47	3,77	0,52	3,76	0,45	0,31 (n.s.)
QV Física	3,94	0,52	3,91	0,64	3,80	0,53	2,41(n.s.)
QV Psicológica	3,69	0,45	3,84	0,44	3,84	0,45	4,37**
QV Social	3,74	0,81	3,91	0,75	3,84	0,70	1,84(n.s.)
QV Ambiental	3,48	0,52	3,46	0,57	3,57	0,52	1,77(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Pela análise da tabela, é possível apreender que apenas ao nível da Qualidade de Vida Psicológica existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita às idades dos profissionais de saúde ($F(467;0,20)=4,37$; $p<0,01$), sobre no grupo etário a partir dos 36 anos de idade com maior média ($M=3,84$). As restantes dimensões da escala de Qualidade de Vida não apresentam diferenças estatisticamente significativas ao nível das médias de idades dos profissionais de saúde.

Tabela 19 - ANOVA – Diferenças de género sexual entre as dimensões Escala de Qualidade de Vida

Qualidade de Vida (QV)	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
QV Global	3,73	0,47	3,87	0,54	5,80**
QV Física	3,84	0,57	4,06	0,59	11,56***
QV Psicológica	3,78	0,44	3,91	0,48	5,61*
QV Social	3,85	0,74	3,85	0,78	0,001(n.s.)
QV Ambiental	3,49	0,52	3,51	0,64	0,081(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$;

Através desta tabela é possível perceber que existem diferenças estatisticamente significativas a alguns níveis da escala da Qualidade de Vida no que respeita ao género sexual dos profissionais de saúde, entre eles QV Global ($F(468;0,24)=5,80$; $p<0,01$), a QV Física ($F(468;0,33)=11,56$; $p<0,001$) e QV Psicológica ($F(468;0,20)=5,61$; $p<0,05$). A Qualidade de Vida Social e Ambiental não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. É ainda notório que são os elementos do género masculino ($M=4,06$) quem representa maior diferença na média relativamente aos

elementos do género feminino ($M=3,84$) na Qualidade de Vida Física. Esta tendência também se verifica na Qualidade de Vida Psicológica e também na Global. Verifica-se então que existem diferentes níveis de significância, ou seja, a certeza obtida nos resultados varia entre 95%, 99% e 99,9%.

Tabela 20 - ANOVA – Diferenças quanto ao Estado Civil nas dimensões Escala de Qualidade de Vida

Qualidade de Vida (QV)	Solteiro/ Divorciado/ Viúvo		Casado/ União Facto		F
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
QV Global	3,67	0,48	3,80	0,49	5,96*
QV Física	3,85	0,54	3,90	0,60	0,62(n.s)
QV Psicológica	3,74	0,50	3,84	0,42	4,12*
QV Social	3,73	0,79	3,90	0,72	5,14*
QV Ambiental	3,40	0,57	3,54	0,53	6,13*

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p<0,05$

O estado civil dos profissionais de saúde inquiridos revela diferenças estatisticamente significativas ao nível global ($F(468;0,24)=5,96$; $p<0,05$) bem como nas dimensões relativas à qualidade de vida psicológica, social e ambiental ($F(468;0,20)=4,12$; $p<0,05$). ($F(468;0,56)=5,14$; $p<0,05$) e ($F(468;0,29)=6,13$; $p<0,05$), respetivamente. Apesar das diferenças das médias serem pouco expressivas, são os elementos casados ou unidos de facto onde se verifica maiores diferenças estatisticamente significativas face aos elementos solteiros, divorciados ou viúvos no que respeita à qualidade de vida percecionada dos profissionais de saúde nas dimensões já identificadas.

Tabela 21 - ANOVA – Diferenças quanto Número de Filhos nas dimensões Escala de Qualidade de Vida

Qualidade de Vida (QV)	Com filhos		Sem Filhos		F
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
QV Global	3,76	0,50	3,76	0,50	0,00(n.s.)
QV Física	3,86	0,60	3,94	0,54	1,65(n.s.)
QV Psicológica	3,83	0,45	3,75	0,45	0,59(n.s.)
QV Social	3,85	0,75	3,84	0,75	0,14(n.s.)
QV Ambiental	3,50	0,56	3,49	0,52	0,25(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo

A existência ou não de filhos por parte dos profissionais de saúde em nada difere na qualidade de vida percebida em qualquer uma das dimensões da escala em análise, sendo os valores de F contidos entre 0,00 e 1,65 sem qualquer significância associada. Pelo que é perceptível que este fator sociodemográfico em nada interfere na variável Qualidade de Vida.

Tabela 22 - ANOVA – Diferenças quanto ao Nível de Escolaridade nas dimensões Escala de Qualidade de Vida

Qualidade de Vida (QV)	Até 12º Ano		Licenciatura		Mestrado/ Doutoramento		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
QV Global	3,72	0,48	3,75	0,49	3,81	0,50	0,91(n.s.)
QV Física	3,87	0,63	3,84	0,58	3,99	0,54	2,94(n.s.)
QV Psicológica	3,88	0,43	3,79	0,46	3,80	0,44	1,30(n.s.)
QV Social	3,91	0,71	3,82	0,73	3,87	0,81	0,49(n.s.)
QV Ambiental	3,32	0,55	3,54	0,53	3,51	0,55	5,19**

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

O nível de escolaridade apenas apresenta diferenças estatisticamente significativas ao nível da Qualidade de Vida Ambiental ($F(467;0,29)=5,19$; $p < 0,01$) sobretudo nos profissionais de saúde com o nível de licenciatura ($M=3,54$), mestrado ou doutoramento ($M=3,51$), face aos elementos que apresentam o 12º ano como nível de escolaridade alcançada ($M=3,32$). As restantes dimensões da escala não apresentam diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao nível de escolaridade, variando o valor de teste F entre 0,49 e os 2,94.

Tabela 23 - ANOVA – Diferenças quanto à Situação Profissional nas dimensões Escala de Qualidade de Vida

Qualidade de Vida (QV)	Contrato com termo certo		Contrato sem termo com dedicação exclusiva		Contrato sem termo sem dedicação exclusiva		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
QV Global	3,68	0,47	3,78	0,49	3,77	0,50	1,04(n.s.)
QV Física	3,79	0,61	3,89	0,57	3,90	0,59	0,91(n.s.)
QV Psicológica	3,71	0,48	3,84	0,45	3,81	0,44	2,00(n.s.)
QV Social	3,79	0,72	3,89	0,74	3,82	0,76	0,74(n.s.)
QV Ambiental	3,42	0,50	3,50	0,54	3,52	0,57	0,79(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo

O vínculo contratual que os profissionais de saúde incluídos na amostra têm com as unidades hospitalares selecionadas, não revela diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das dimensões da escala da Qualidade de Vida. Esta situação é válida quer para os elementos que apresentam contrato com termo certo, quer para os elementos com contrato sem termo (com ou sem dedicação exclusiva à unidade hospitalar). Ou seja, o tipo de vínculo contratual em nada influencia a Qualidade de Vida dos inquiridos.

Tabela 24 - ANOVA – Diferenças quanto à Satisfação com Remuneração nas dimensões Escala de Qualidade de Vida

Qualidade de Vida (QV)	Insatisfação com Remuneração		Satisfação com Remuneração		F
	M	DP	M	DP	
QV Global	3,74	0,49	4,05	0,42	10,50**
QV Física	3,87	0,58	4,14	0,51	5,75*
QV Psicológica	3,80	0,45	3,87	0,40	0,55(n.s.)
QV Social	3,84	0,76	3,96	0,59	0,66(n.s.)
QV Ambiental	3,47	0,54	3,96	0,41	21,90***

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Através da tabela 21 é possível perceber que os trabalhadores que têm maior Qualidade de Vida percebida ao nível global, físico e ambiental são os que estão genericamente mais satisfeitos com a remuneração ($F(468;0,24)=10,50$; $p < 0,01$), $F(468;0,34)=5,75$; $p < 0,05$) e $F(468;0,29)=21,90$; $p < 0,001$), respetivamente. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível da Qualidade de Vida Psicológica nem Social.

Também nesta tabela se verificam diferentes níveis de significância entre as dimensões da variável Qualidade de Vida, o que nos leva a ter níveis de confiança distintos nos resultados obtidos.

Escala do Desempenho

Tabela 25 - ANOVA – Diferenças de idade entre as dimensões na Escala de Desempenho

Desempenho (D)	Até 35 anos		36 a 50 anos		51 ou mais		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
D Global	3,51	0,46	3,52	0,48	3,76	0,48	9,83***
D Objetivos	2,93	0,89	2,75	0,93	3,07	0,96	3,95*
D Comunicação	4,08	0,47	4,02	0,55	4,02	0,55	0,42(n.s.)
D <i>Feedback</i>	3,39	0,64	3,48	0,59	3,81	0,59	14,29***
D <i>Coaching</i>	3,52	0,64	3,66	0,71	3,95	0,58	11,54***
D Consequências	3,52	0,83	3,53	0,78	3,75	0,81	2,93(n.s)
D Expectativas	3,73	0,58	3,80	0,72	4,02	0,60	5,45**

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$;

No que respeita à escala do Desempenho e as diferenças de idades dos profissionais de saúde inquiridos, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do desempenho global ($F(349;0,23)=9,83$; $p<0,001$) e da dimensão de processo de estabelecimento de objetivos ($F(349;0,86)=3,95$; $p<0,05$), do *feedback* ($F(349;0,36)=14,29$; $p<0,001$), do *coaching* ($F(349;0,43)=11,54$; $p<0,001$) e do estabelecimento e monitorização das expectativas de desempenho ($F(349;0,42)=5,45$; $p<0,01$). As restantes dimensões (Comunicação e Consequências) que são parte integrante da escala do desempenho não apresentam diferenças estatisticamente significativas. As diferenças são mais evidentes ao nível do grupo etário com idades superiores a 51 anos, sendo o Desempenho ao nível dos objetivos a dimensão que apresenta média mais baixa ($M=3,07$) e o Desempenho ao nível da monitorização das expectativas a dimensão mais elevada ($M=4,02$). As várias também apresentam níveis de confiança distintos nos resultantes, sendo esta mais elevada na *D-Feedback* e *D-Coaching*, e mais baixa na *D-Objetivos*.

Tabela 26 - ANOVA – Diferenças de gênero sexual entre as dimensões da Escala de Desempenho

Desempenho (D)	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
D Global	3,60	0,50	3,60	0,42	0,00(n.s.)
D Objetivos	2,93	0,93	2,77	0,97	1,79(n.s.)
D Comunicação	4,04	0,52	4,01	0,58	1,14(n.s.)
D <i>Feedback</i>	3,57	0,62	3,53	0,64	0,28(n.s.)
D <i>Coaching</i>	3,71	0,70	3,78	0,55	0,56(n.s.)
D Consequências	3,60	0,79	3,60	0,86	0,00(n.s.)
D Expectativas	3,83	0,67	3,97	0,57	2,86(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo

À semelhança da Subescala do Interface Trabalho-Indivíduo, também as diversas dimensões incluídas na escala do Desempenho não apresentam diferenças estatisticamente significativas em várias características sociodemográficas.

Conforme se pode verificar nas Tabelas 27, 28, 29 e 30 exibidas em baixo, também o estado civil dos profissionais de saúde, a existência ou não de filhos em cada um dos inquiridos, o nível de escolaridade que cada elemento possui e o nível das habilitações literárias, não apresentam diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das dimensões que compõem a escala do desempenho. A única exceção encontra-se na tabela referente à situação profissional dos profissionais de saúde que apresenta diferenças estatisticamente significativas ao nível do estabelecimento/monitorização das expectativas de desempenho ($F(349;0,42)=5,92$; $p<0,01$). A diferença do desempenho na referida dimensão é mais evidente ao nível nos profissionais de saúde cujo contrato é sem termo e não têm dedicação exclusiva à unidade hospitalar ($M=3,98$). Seguindo-se os profissionais cujos contratos de trabalho têm termo certo ($M=3,90$), que também apresentam elevadas diferenças ao nível da mesma dimensão. Por fim, seguem-se os profissionais cujo contrato de trabalho é sem termo e a dedicação à unidade hospitalar é exclusiva ($M=3,72$).

Tabela 27 - ANOVA – Diferenças quanto ao Estado civil nas dimensões na Escala do Desempenho

Desempenho (D)	Solteiro/ Divorciado/ Viúvo		Casado/ União Facto		F
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
D Global	3,55	0,46	3,62	0,50	1,55(n.s.)
D Objetivos	2,90	0,90	2,90	0,95	0,00(n.s.)
D Comunicação	3,95	0,55	4,07	0,52	3,39(n.s.)
D <i>Feedback</i>	3,55	0,56	3,57	0,65	0,08(n.s.)
D <i>Coaching</i>	3,66	0,63	3,75	0,69	1,49(n.s.)
D Consequências	3,48	0,82	3,65	0,79	3,23(n.s.)
D Expectativas	3,80	0,63	3,88	0,67	1,13(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo

Tabela 28 - ANOVA – Diferenças quanto Número de Filhos nas dimensões Escala do Desempenho

Desempenho (D)	Com filhos		Sem Filhos		F
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
D Global	3,60	0,51	3,59	0,45	1,20(n.s.)
D Objetivos	2,87	0,96	2,96	0,88	1,31(n.s.)
D Comunicação	4,03	0,53	4,04	0,52	0,08(n.s.)
D <i>Feedback</i>	3,57	0,65	3,54	0,55	0,93(n.s.)
D <i>Coaching</i>	3,76	0,70	3,64	0,60	1,04(n.s.)
D Consequências	3,62	0,80	3,55	0,81	0,06(n.s.)
D Expectativas	3,85	0,69	3,86	0,57	1,49(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo

Tabela 29 - ANOVA – Diferenças quanto ao Nível de Escolaridade nas dimensões Escala do Desempenho

Desempenho (D)	Até 12º Ano		Licenciatura		Mestrado/ Doutoramento		F
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
D Global			3,62	0,48	3,56	0,51	1,17(n.s.)
D Objetivos			2,94	0,92	2,83	0,96	1,08(n.s.)
D Comunicação			4,01	0,55	4,07	0,49	0,88(n.s.)
D <i>Feedback</i>			3,59	0,62	3,52	0,64	1,10(n.s.)
D <i>Coaching</i>			3,77	0,65	3,65	0,71	2,49(n.s.)
D Consequências			3,59	0,78	3,62	0,85	0,09(n.s.)
D Expectativas			3,88	0,64	3,80	0,69	1,18(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo

Tabela 30 - ANOVA – Diferenças quanto à Situação Profissional nas dimensões da Escala do Desempenho

Desempenho (D)	Contrato com termo certo		Contrato sem terno com dedicação exclusiva		Contrato sem terno sem dedicação exclusiva		F
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
D Global	3,62	0,45	3,56	0,53	3,63	0,46	1,05(n.s.)
D Objetivos	2,98	0,82	2,86	0,94	2,91	0,96	0,29(n.s.)
D Comunicação	4,03	0,57	4,05	0,54	4,02	0,52	0,14(n.s.)
D <i>Feedback</i>	3,56	0,63	3,53	0,65	3,60	0,60	0,40(n.s.)
D <i>Coaching</i>	3,80	0,67	3,71	0,70	3,71	0,65	0,38(n.s.)
D Consequências	3,51	0,89	3,55	0,82	3,68	0,77	1,38(n.s.)
D Expectativas	3,90	0,56	3,72	0,73	3,98	0,59	5,92**

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela 31 - ANOVA – Diferenças quanto à Satisfação com a Remuneração nas dimensões do Desempenho

Interface Trabalho-Indivíduo	Insatisfação com Remuneração		Satisfação com Remuneração		F
	M	DP	M	DP	
D Global	3,59	0,48	3,73	0,56	1,93(n.s.)
D Objetivos	2,87	0,93	3,28	0,87	4,38*
D Comunicação	4,03	0,54	4,11	0,43	0,63(n.s.)
D <i>Feedback</i>	3,56	0,61	3,59	0,77	0,05(n.s.)
D <i>Coaching</i>	3,72	0,68	3,79	0,56	0,27(n.s.)
D Consequências	3,59	0,80	3,76	0,87	1,07(n.s.)
D Expectativas	3,85	0,66	3,93	0,62	0,36(n.s.)

Nota: (n.s.)=não significativo; * $p < 0,05$

A Tabela 31 revela que no que concerne à satisfação com a remuneração, apenas existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do processo de estabelecimento de objetivos ($F(350;0,87)=4,38$; $p < 0,05$), onde os profissionais de saúde se revelam mais satisfeitos do que insatisfeitos ($M=3,93$ e $M=3,85$ respetivamente). Para as restantes dimensões da escala, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a (in)satisfação da remuneração.

Através do SPSS é ainda possível apresentar o Modelo de Regressão Linear Múltipla, sendo testada a capacidade preditiva das variáveis independentes (interface trabalho família, ao nível do conflito) em relação ao desempenho dos profissionais de saúde.

Tabela 32 - Sumarização do Modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatística de mudança		
					Mudança de R quadrado	Mudança F	Sig. Mudança F
2	0,467	0,218	0,200	0,438	0,178	13,018	0,000

Preditores: (Constante), Género, Idade, Estado Civil, Interface trabalho-família: insegurança laboral, satisfação laboral, conflito trabalho-família

No nosso modelo, o R^2 é 0,218. O coeficiente de determinação ajustado (R^2_a) pode ser utilizado com maior segurança como indicador da qualidade do ajustamento, assumindo o valor de 0,200 (Marôco, 2003). Pode-se então dizer que 21,8% da variação do desempenho é explicado pela relação trabalho-família e a qualidade de vida

conjuntamente. O erro padrão do modelo de regressão é de $\approx 0,44$, que corresponde à diferença entre o desempenho observado e estimado.

Tabela 33 - ANOVA

Modelo		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
2	Regressão	18,333	8	2,292	11,960	0,000
	Resíduo	65,725	343	0,192		
	Total	84,058	351			

Variável Dependente: DESEMPENHO_TOTAL

Preditores: (Constante), Género, Idade, Estado Civil, Interface trabalho-família: insegurança laboral, satisfação laboral, conflito trabalho-família

O nível de significância do teste F é 0,000 (inferior a qualquer erro tipo I), mostra que a contribuição destas variáveis é significativa, permitindo rejeitar a hipótese nula dos coeficientes da regressão serem todos nulos (Pestana & Gageiro, 2008). No nosso modelo o valor de F é de 11,96, para uma significância de 0,000, com 8 graus de liberdade (g.l.), ou seja, são consideradas 8 variáveis explicativas nesta etapa do modelo. Pode-se dizer que o modelo ajustado assume-se como explicativo.

Para se saber quais os coeficientes que são significativamente diferentes de zero, utilizam-se os testes *t*, na tabela Coeficientes dos *outputs* extraído de SPSS:

Tabela 34 - Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Erro Padrão	<i>Beta</i>		
(Constante)	1,395	0,316		4,410	0,000
Idade	0,009	0,003	0,197	3,628	0,000
Género Sexual	-0,024	0,060	-0,019	-0,392	0,695
Nºfilhos	0,068	0,068	0,064	0,988	0,324
Estado Civil	0,062	0,064	0,058	0,983	0,326
Insegurança Laboral	0,002	0,020	0,005	0,100	0,921
Satisfação Laboral	0,168	0,038	0,260	4,423	0,000
Conflito Trabalho-família	0,074	0,024	0,158	3,039	0,003
Qualidade de Vida Total	0,238	0,059	0,244	4,025	0,000

a. Variável Dependente: DESEMPENHO_TOTAL

Nesta tabela encontram-se todos os coeficientes não estandardizados, os seus desvios padrões, os coeficientes estandardizados (Beta), os testes *t* e respetivos níveis de significância de cada variável para as várias etapas do procedimento *Stepwise*.

Analisando os coeficientes de regressão não padronizados, é possível obter a variação esperada no desempenho por cada unidade de variação das variáveis assumidas como independentes para a construção deste modelo, mantendo as outras variáveis constantes ou com os seus efeitos controlados (Pestana & Gageiro, 2008). Assim pode-se então concluir que a variação esperada no desempenho quando aumenta, a qualidade de vida e a satisfação laboral é, em valores absolutos, de 0,238 e 0,168 valores respetiva e individualmente, assumindo as demais variáveis estáveis. Já o conflito trabalho-família faz variar pouco o desempenho, sendo 0,074 a diferença esperada nele quando as restantes variáveis se mantêm.

É também importante avaliar o efeito aditivo resultante da combinação de variáveis (Pestana & Gageiro, 2008). O aumento da satisfação laboral e da qualidade de vida, mantendo constante as restantes variáveis, a variação esperada no desempenho é de $B_1 + B_2 = 0,168 + 0,238 = 0,406$ valores.

Assim, analisando a tabela dos Coeficientes obtido do MRLM, podemos assumir que no modelo, existem três variáveis em estudo que ao apresentarem nível de significância inferior a 0,05, têm poder explicativo no desempenho, sendo elas a satisfação laboral ($\alpha=0,000$), conflito trabalho-família ($\alpha=0,003$) e qualidade de vida total ($\alpha=0,000$).

Pela análise do teste *t*, e considerando os coeficientes beta, é possível analisar a contribuição das variáveis satisfação laboral, conflito trabalho-família e qualidade de vida global no modelo obtido pela regressão linear feita. Assim pode-se verificar que a satisfação laboral ($B=0,260$; $t=4,423$) é o fator que mais contribui para o desempenho dos profissionais de saúde, seguida da qualidade de vida total ($B=0,244$; $t=4,025$) e, por fim, o conflito experienciado entre a vida profissional e pessoal ($B=0,157$; $t=3,039$).

Teste das hipóteses

Uma vez verificadas as qualidades métricas do instrumento e feita a análise das variâncias dos grupos e entre os grupos da amostra em estudo, é possível testar as hipóteses operacionais propostas neste estudo. Segundo Hill & Hill (2016), as hipóteses

operacionais são específicas e descritas de forma a identificar as operações estatísticas que deverão ser usadas. Os mesmos autores defendem ainda que no processo de investigação deve ser evitada a ambiguidade, pelo que estas hipóteses assumem tamanha importância para o objetivo do trabalho seja claro. Para tal recorreu-se à matriz de correlações das variáveis em estudo já apresentada anteriormente para analisar a Hipótese 1 e 2 e a uma regressão linear múltipla para analisar a Hipótese 3.

H1- A relação trabalho-família relaciona-se com o desempenho profissional dos profissionais de saúde

Analisando a Tabela 9 - Matriz das Correlações de *Pearson* das variáveis em estudo é possível analisar a associação linear entre a Relação trabalho-família e o Desempenho. Recorrendo às correlações obtidas, verifica-se que apenas satisfação laboral apresenta uma associação linear baixa com um coeficiente de correlação de *Pearson* de $r=0,373$; $p<0,01$. Por seu lado, de forma não significativa, a insegurança laboral e o conflito trabalho-família não apresentam qualquer tipo de relação com o Desempenho dos profissionais de saúde (com $r=-0,002$ e $r=-0,020$ respetivamente, ambos sem qualquer significância estatisticamente).

Assim, a hipótese 1 não se verifica ao nível do Desempenho Global, já que não houve especificação na formulação da hipótese, das diversas dimensões que a variável Desempenho assume neste estudo. Contudo, analisando a associação linear apenas da satisfação laboral da Interface trabalho-família e do Desempenho global, conclui-se que existe relação baixa mas positiva, com significância ao nível de 0,01. Por outro lado, ao nível da insegurança laboral e do conflito trabalho família, ambas da Interface trabalho-família não existe qualquer relação estatisticamente significativa com o Desempenho Global dos profissionais de saúde.

Desta forma, apenas quando se verificam alterações ao nível da satisfação laboral dos profissionais de saúde ou do desempenho dos mesmos é que haverá reflexo na outra. Contudo, quando a abordagem é feita pelo domínio do conflito e pela insegurança laboral, não existe qualquer relação estatisticamente significativa entre estas e o desempenho dos profissionais de saúde. Desta forma, quando uma destas variáveis tiver propensão para variar, em nada afetará a outra.

H2- A qualidade de vida está relacionada com o desempenho profissional dos profissionais de saúde

Através da análise das correlações na Tabela 9, é possível obter validação para a segunda hipótese em estudo. Para análise da mesma é deverá ser considerada a Qualidade de Vida Global e Desempenho Global dos profissionais de saúde.

Os coeficientes ($r=0,337$) revelam que a dimensões da Qualidade de Vida se relaciona de forma baixa e positiva com nível de significância de 0,01 com o Desempenho Global dos profissionais de saúde. Para a Qualidade de Vida Global, contribuíram todas as dimensões da escala, cujo Coeficiente de correlação de *Pearson* varia entre $r=0,268$ e $r=0,301$ todos com $p<0,01$, da mesma forma que para o Desempenho Global, contribuíram todas as dimensões da escala, com o Coeficiente de correlação de *Pearson* a variar entre $r=0,448$ e $r=0,805$ com igual nível de significância ($p<0,01$).

Assim, quando a qualidade de vida percebida da amostra tem propensão para variar, a *performance* dos profissionais de saúde seguem a mesma propensão (ainda que pouco) para prestar bons níveis de desempenho profissional.

Com os resultados obtidos no teste de hipóteses de H1 e H2, obtemos a informação de que o desempenho dos profissionais de saúde está relacionado apenas com a dimensão da interface trabalho-família satisfação laboral, mas também que a qualidade de vida global relaciona-se com o nível de *performance* prestado pelos profissionais de saúde

H3- A relação trabalho-família tem maior influência no desempenho profissional dos profissionais de saúde do que a qualidade de vida percebida.

A terceira hipótese em estudo foi elaborada com o intuito de perceber, em que medida é que um e outro fator influenciam o desempenho dos profissionais, neste caso, perceber se a relação trabalho-família tem mais impacto no nível de desempenho prestado que a qualidade de vida percebida dos profissionais de saúde. Para analisar esta questão, no que respeita ao interface trabalho-família, optou-se por incidir a análise na dimensão do conflito experienciado entre o trabalho e a vida pessoal.

Através do Modelo de Regressão Linear Múltipla, obtém-se a resposta à terceira hipótese em estudo. Uma vez que a qualidade de vida tem maior contributo para o

modelo desenvolvido para explicar a variação do desempenho que o conflito trabalho-família, esta hipótese não é corroborada pelo modelo.

5. DISCUSSÃO

No presente capítulo irá ser apresentada a discussão dos resultados obtidos e já apresentados no capítulo anterior. Pretende-se apresentar um resumo dos principais resultados obtidos através das hipóteses em estudo e discuti-los criticamente face à revisão da literatura efetuada.

A presente investigação teve como objeto de estudo a relação do interface trabalho-família e da qualidade de vida dos profissionais de saúde e como estas se relacionam com o desempenho dos mesmos. Os objetivos de estudo traçados estão alinhados com investigações previamente realizadas e estudadas, conforme exposto no capítulo do enquadramento teórico.

A relação do trabalho com a vida familiar dos profissionais de saúde relaciona-se com o desempenho dos mesmos. Contudo a forma como se relaciona está diretamente ligada com o *approach* de análise feita do interface trabalho-família. Importa referir que da interface do trabalho-família fazem parte, não só, a satisfação laboral que se relaciona de forma baixa com o desempenho, mas também a insegurança laboral e o conflito trabalho família que não apresenta relevância estatisticamente significativa com o desempenho dos profissionais de saúde. Na sequência da relação da satisfação laboral e da *performance* dos profissionais de saúde, é possível concluir que para a nossa amostra de profissionais de saúde a satisfação laboral destes se relaciona positivamente com o desempenho. Conciliando este dado com o facto de que a média dos nossos participantes está pouco segura com a sua situação laboral e com o facto de que a maioria se encontra insatisfeita com a remuneração auferida, pode justificar a fraca satisfação laboral verificada, quando relacionada com a *performance* profissional. A literatura vai de encontro aos resultados obtidos. Por um lado, também Vithanage e Arachchigi (2017), consideram a satisfação laboral como um fator de influência do desempenho profissional e, por outro lado, têm sido identificados inúmeros determinantes que estão na origem do desequilíbrio da relação do trabalho e da família, entre eles: o nível de *performance elevada*, o horário de trabalho, a insegurança, os conflitos com colegas ou com superior hierárquico, a conciliação com tarefas domésticas e também a existência de filhos dependentes (Jansen *et al.*, 2003; Silva, 2007; Zhang & Liu, 2011). Vithanage e Arachchige (2017), concluíram que um bom desempenho profissional é alcançado quando existe equilíbrio entre os dois domínios: trabalho e família. Estes resultados são consistentes com o estudo de Riana *et al.* (2018), quando

analisaram a influência do conflito entre a família e o trabalho e o *stress* no trabalho com a satisfação e desempenho dos trabalhadores.

Os resultados obtidos na abordagem que considera o domínio do conflito revelaram que não se encontra qualquer relação estatisticamente significativa com o desempenho dos profissionais de saúde. É então possível assumir que o facto da maioria da amostra ser casada e/ou em união e facto e ter filhos, não interfere na conciliação do tempo alocado à esfera familiar e ao trabalho. Uma possível explicação pode ser o facto da maioria dos participantes ter mais de 36 anos e como tal terem já maturidade na gestão da esfera profissional e pessoal. Possivelmente também o facto de aproximadamente 84% dos participantes ter nível superior de escolaridade (licenciatura, mestrado e/ou doutoramento) pode pressupor que estes já tenham experienciado anteriormente o facto de terem de gerir corretamente o seu tempo de modo a alcançar todos os seus objetivos. Desta forma é esperado que consigam conciliar ambas as esferas. É ainda possível perceber, que também a maioria dos elementos da amostra disponibiliza as 35 horas semanais previstas contratualmente no desempenho das suas funções e que apenas uma pequena minoria excede esse tempo. O facto de a maior parte dos trabalhadores não exceder o seu horário de trabalho pode ser justificada, entre outros motivos, pela capacidade de realizar as suas tarefas em tempo útil e ainda assim conseguir alocar tempo e disponibilidade ao seio familiar, originando um bom equilíbrio entre o tempo destinados aos dois domínios. Contudo, essa escolha pode não ser de âmbito fácil e pode gerar conflito e desconforto ao indivíduo. O referido por Greenhaus e Beutell (1985), vai de encontro aos resultados apurados, uma vez que defendem que o conflito entre o trabalho e a família emerge quando é percecionado a impossibilidade de conciliação do seu tempo, aliado aos constrangimentos e aos comportamentos, tornando-se difícil a gestão de múltiplos papéis, oriunda da limitação de recursos disponíveis (Kinnunen *et al.*, 2006). Estes resultados são também consistentes com o apurado por Witt e Carlson (2006), que assumem que o conflito entre o trabalho e a família pode gerar níveis mais baixos de desempenho profissional. Uma vez que, no presente estudo, não se verifica dificuldade em gerir a conciliação do tempo (conseguindo adjudicar tempo à esfera pessoal e profissional) e que o eventual conflito entre o trabalho e a família não é expressivo, não há qualquer relação com o desempenho.

Foi ainda alvo de estudo o relacionamento existente entre a qualidade de vida percecionada pelos profissionais de saúde e o desempenho destes. Os resultados da

presente investigação revelam uma baixa mas positiva relação entre a qualidade de vida global e o desempenho global dos profissionais de saúde das três unidades hospitalares. Por outras palavras, quando a qualidade de vida percecionada aumenta, os profissionais de saúde sentem-se um pouco motivados para prestar bons e melhores níveis de desempenho nas suas tarefas, não sendo a relação expressiva.

É ainda perceptível que o nível da qualidade de vida ambiental é o que mais se relaciona com o desempenho dos profissionais de saúde. Segundo Ribeiro *et al.* (2012), o conceito de qualidade de vida em contexto organizacional implica a existência de ambientes organizacionais positivos e saudáveis que possibilitem o alcance do bem-estar e da qualidade de vida da coletividade em geral. Também é importante ressaltar que maioritariamente, os participantes manifestam-se bastante satisfeitos com a qualidade de vida no aspeto físico, podendo contribuir para tal a boa condição física no geral, a ausência de limitações que possam impedir o cumprimento das tarefas que lhes são afetas e também o facto da amostra analisada ser constituída, em grande parte, por elementos com idades até aos 50 anos. Neste grupo etário estão incluídos os jovens-adultos e adultos que se sentem bastante capazes de desempenhar as suas atividades do dia-a-dia. Os resultados deste estudo estão consistentes com o estudo desenvolvido por Rego (2009), onde se constatou que o bem-estar afetivo no trabalho se relaciona positiva e significativamente com o desempenho individual dos trabalhadores. Tal como revisto na literatura, existe concordância com os resultados obtidos em ambos os estudos, ao referir que as responsabilidades familiares dos trabalhadores e a sua interferência nos assuntos profissionais se assumem como significativas na mensuração do comportamento individual ao nível do trabalho e a *performance* de cada pessoa (Beal *et al.*, 2005).

Por fim, procurou-se ainda perceber qual das três dimensões do interface trabalho-família (satisfação laboral, conflito trabalho-família e insegurança laboral) e a qualidade de vida global mais contribuía e influenciava o nível de desempenho. Pela revisão da literatura foi possível apurar dois fatores com contributos relevantes no desempenho dos profissionais: por um lado, a perspetiva negativa da relação trabalho-família por ser historicamente a mais escrutinada pelo seu conceito central no conflito da interface (Allen & Martin, 2017), por outro lado, através da prática de múltiplos papéis em simultâneo e sua contribuição positiva para a qualidade de vida percecionada a nível individual (Aryee *et al.*, 2005). Foi com base nestas evidências existentes na literatura científica consultada, que se procurou aferir se a relação trabalho-família, por via do

conflito, tem ou não maior influência sobre o desempenho dos profissionais de saúde do que a qualidade de vida percebida. Trata-se de dois fatores cujo princípio conceitual é totalmente díspar, mas ambos altamente relacionados com a *performance* dos profissionais de saúde. Através da análise dos resultados obtidos, é perceptível que a satisfação laboral é o fator que mais contribui para o desempenho dos profissionais de saúde, seguindo-se a qualidade de vida total. Desta forma, e uma vez que a qualidade de vida global é o fator com maior influência e com maior poder explicativo do desempenho dos profissionais de saúde do que o conflito trabalho-família, não foi possível validar a terceira hipótese em estudo. Segundo Greenhaus e Powell (2003), a participação nos diversos papéis que cada pessoa experimenta, varia consoante o contexto, a pressão exigida, as características e importância atribuída por cada indivíduo. Nesse sentido e segundo Motowildo *et al.* (1997), a *performance* no trabalho está também ligado aos comportamentos dos trabalhadores que se revelam apoiantes dos objetivos organizacionais, bem como o com o suporte organizacional percebido cujo conceito e teoria valoriza as suas contribuições e preocupações no bem-estar de cada trabalhador (Eisenberger *et al.*, 2001). Uma vez mais, o nosso estudo foi de encontro aos estudos anteriormente realizados, dado que o modelo de MRLM efetuado não prediz o desempenho.

6. CONCLUSÃO

Com o intuito de responder à pergunta de partida: “A relação trabalho-família e a qualidade de vida dos profissionais de saúde relacionam-se com o desempenho profissional destes?”, foram formuladas três hipóteses de estudo: H1 que permite perceber se a relação trabalho e vida familiar está relacionada com o desempenho dos profissionais de saúde; H2 que procurou perceber se a qualidade de vida está também relacionada com o e desempenho dos profissionais de saúde e, por fim, H3: procurou-se perceber se a relação trabalho família tem maior influencia no desempenho profissional do que a qualidade de vida.

Após análise dos dados pode-se concluir que apenas uma das dimensões da relação do trabalho e da vida familiar, a satisfação laboral, bem como a qualidade de vida global (mas sobretudo a ambiental), estão relacionadas com o desempenho dos profissionais de saúde da amostra obtida das três instituições hospitalares estudadas. Assim, quando a satisfação laboral e a qualidade de vida aumentam, o desempenho dos profissionais de saúde também tende a aumentar (ainda que, em qualquer uma das variáveis a associação linear tenha sido baixa).

O equilíbrio entre as esferas do trabalho e da família é possível de alcançar considerando e balanceando os fatores que os influenciam. Neste caso, se por um lado, existe interação positiva da satisfação laboral e da qualidade de vida com o desempenho, por outro, o conflito que existe entre as esferas profissionais e familiares e a insegurança laboral não se relacionam entre si nem com o desempenho.

Por fim, o modelo explicativo da variação do desempenho dos profissionais de saúde criado, ao utilizar uma combinação variada das variáveis independentes (a qualidade de vida e a dimensão do conflito trabalho família), revelou-se pouco preditivo do desempenho.

7. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Neste último capítulo irão ser apresentados alguns constrangimentos que foram verificados ao longo do desenvolvimento deste estudo e que eventualmente possam ter condicionado os resultados obtidos.

Importa em primeiro lugar ressaltar que o facto de se tratar de um estudo integrado num projeto desenvolvido com recurso a dados pessoais e com elevado nível de confidencialidade, não permitiu ter total acesso e conhecimento de todas as particularidades incluídas e consideradas no projeto. Foram disponibilizados, e que muito se agradece, os dados e resultados estritamente necessários para a elaboração deste trabalho.

As conclusões obtidas neste estudo devem ser consideradas com cautela de modo a evitar generalizações indevidas e desenquadradas da envolvente de cada situação. O processo de inferência estatística é apenas válido quando as amostras estudadas são representativas da população teórica em estudo a partir da qual foram obtidas (Marôco, 2003). Segundo Hill e Hill (2016), as investigações são efetuadas com base em amostras do universo. Caso se pretenda que as conclusões aferidas através da amostra sejam extrapoladas para o universo total, é necessário que a amostra obtida seja deste modo representativa. É também preciso ter em consideração que não foram contempladas todas as instituições de saúde portuguesas, pelo que não se poderá estender os resultados obtidos à generalidade dos profissionais de saúde portugueses. Neste caso as conclusões obtidas apenas podem ser generalizadas e aplicadas ao contexto de investigação em causa e ao universo estudado: as três unidades hospitalares selecionadas e que representam a população de estudo. Ainda assim não se sabe se os questionários respondidos se consideram suficientes para tornar a amostra representativa das três unidades hospitalares.

Uma outra limitação identificada e que poderá resultar numa sugestão para um estudo futuro é que o presente estudo contou 470 profissionais de saúde integrados em apenas três instituições hospitalares públicas. Esta amostra não se revela por isso, expressiva da realidade a nível nacional de todo o sistema de saúde. Seria um importante contributo para investigações futuras, a análise das mesmas variáveis nas demais instituições existentes públicas, privadas e público-privadas.

Não só o tamanho, mas também a homogeneidade da amostra poderá ter influenciado de alguma forma os resultados obtidos, já que apenas 20% das respostas foram de elementos do sexo masculino. Segundo Gutek *et al.* (1991) e McElwain *et al.* (2005), verifica-se que o número de trabalhadoras do sexo feminino está em constante crescimento no mercado de trabalho. Este tema também é abordado por Walsh (2012), que estudou se existe possibilidade de as mulheres abandonarem os empregos mais precocemente do que os homens. Para além da *feminização das mulheres no mundo da medicina*, foi ainda identificado que as diferenças da interface trabalho e não trabalho não é tão evidente na medicina como noutras profissões. Nesse estudo foi apontado boa remuneração como fator diferenciador e que permite melhor gestão da vida familiar e profissional, permitindo que as médicas possam apresentar uma melhor *performance* na sua profissão.

No nosso estudo, apesar da amostra ser maioritariamente feminina (que inclui outros profissionais de saúde), revela globalmente que a maioria não se encontra satisfeita com a remuneração, independentemente do género sexual.

Ainda no seguimento deste tema, através da consulta da tabela referente ao número de médicos no total e por sexo disponível online no site do PORDATA⁸, atualizado em Julho de 2020 é perceptível que, o número de mulheres a exercer esta profissão tem não só crescido, como chegando a igualar ao número de médicos do sexo masculino. É ainda possível verificar que a progressão da presença feminina no mundo da medicina nos últimos dez anos tem sido superior à do género masculino. Este estudo vai de encontro à *feminização das mulheres no mundo da medicina* referido por Walsh (2012).

No contexto em estudo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ao nível da qualidade de vida percecionada (apenas na global, física e psicológica). O conflito trabalho-família e o desempenho não revelaram alterações significativas considerando este fator. Como tal seria importante perceber se esta proporção se manteria caso a amostra fosse expandida a todo, ou pelo menos, à maior parte dos trabalhadores dos três hospitais em estudo, mas também se fosse aplicado ao total do universo hospitalar em território nacional, já que o número de inquiridos do sexo masculino poderia ser mais expressivo face ao estudo atual. A todos estes aspetos

⁸ Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2020). *Médicos: total e por sexos*. Recuperado em 05 de novembro de 2020 de Pordata: Base de Dados Portugal Contemporâneo. Recuperado de: <https://www.pordata.pt/Portugal/M%c3%a9dicos+total+e+por+sexo-1966>

deve acrescentar-se que as mulheres respondem mais facilmente a questionários do que os homens, e este estudo não foi exceção.

Também seria interessante avaliar os resultados do desempenho profissional por outra perspectiva. Como referido, no presente estudo foi utilizado a escala de desempenho desenvolvida por Kinicki *et al.* (2013), o Questionário de Comportamento de Gestão de Desempenho (PMBQ). Esta escala pressupõe um processo de gestão integrado e aborda diversas e inúmeras dimensões conceptuais do comportamento de gestão de desempenho na ótica da *performance* percebida pelos inquiridos. Seria interessante perceber se os resultados obtidos relativos ao desempenho seriam semelhantes se fosse utilizada uma escala cuja resposta fosse dada pelos superiores hierárquicos como a de Williams e Anderson (1991), também utilizada mais tarde, de forma parcial por Eisenberger *et al.* (2001). Ou idealmente, ter acesso à avaliação de desempenho real. Considerando que se a relação entre a qualidade de vida e o desempenho global não é expressiva, sugere-se que estudos futuros incluam uma análise de mediação do, por exemplo do suporte organizacional percebido, a confiança organizacional e/ou do comprometimento organizacional, e um efeito de moderação da centralidade do trabalho ou satisfação com os colegas nesta mesma relação.

REFERÊNCIAS

- Adams, G. A., King, L. A., & King, D. W. (1996). Relationships of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology, 81*, 411–420.
- Allen, T. D., & Martin, A. (2017). The work-family Interface: A retrospective look at 20 years of research in JOHP. *Journal of Occupational Health Psychology, 2*, 259-272.
- Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 278-308.
- Alves, J. A. C. (2010). *A liderança e a inteligência emocional dos enfermeiros: Chefes e especialistas* (Dissertação de Mestrado em Gestão e Administração de Unidades de Saúde). Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras. Viseu.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington (DC): APA.
- Andrade, D. F., Tavares, H. R., & Valle, R. C. (2000). *Teoria da Resposta ao Item. Conceitos e Aplicações*. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística
- Aryee, S., Srinivas, E. S., & Tan, H. H. (2005). Rhythms of life: Antecedents and outcomes of work-family balance in employed parents. *Journal of Applied Psychology, 90*, 132–146.
- Barling, J., Kelloway, E. K. & Cheung, D. (1996). Time management and achievement striving interact to predict car sales performance. *Journal of Applied Psychology, 81*, 821-826.
- Barnett, R. C. & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family. *American Psychologist, 56*, 781-796.
- Barnett, R. C. (1998). Toward a review and reconceptualization of the work/family literature. *Genetic, Social & General Psychology Monographs, 124*, 125-153.

- Bass, B.M., Avolio, B.J. (2000). *MLQ multifactor leadership questionnaire: Technical report for MLQ Form 5x-short*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Bateman, T. S., & Organ, D. W. (1983). Job satisfaction and the good soldier: the relationship between affect and employee citizenship. *Academy of Management Journal*, 26, 587-595.
- Beal, D. J., Weiss, H. M., Barros, E., & MacDermid, S. M. (2005). An episodic process model of affective influences on performance. *Journal of Applied Psychology*, 90, 1054–1068.
- Benligiray, S., & Sönmez, H. (2012). Analysis of organizational commitment and work–family conflict in view of doctors and nurses. *The International Journal of Human Resource Management*, 23, 3890-3905.
- Borg, V, & Kristensen, T. S. (2000). Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine*, 51, 1019-1030.
- Brief, A. P., & Roberson, L. (1987). *Job attitude organization: an exploratory study*. Paper presented at the meeting of the Academy of Management, New Orleans.
- Brief, A., & Motowidlo, S. J. (1986). Prosocial organizational behaviors. *Academy of Management Review*, 11, 710-725.
- Brief, A., Burke, M., George, J., Robinson, B., & Webster, J. (1988). Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of stress? *Journal of Applied Psychology*, 73, 193-198.
- Bruck, C. S., Allen, T. D., & Spector, P. E. (2002). The relation between work-family conflict and job satisfaction: A finer-grained analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 336–353.
- Burke, M., Brief, A., George, J., Roberson, L., & Webster, J. (1989). Measuring affect at work: Confirmatory analyses of competing mood structures with conceptual linkage to cortical regulatory systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1091-1102.

- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169-198.
- Carlson, D. R., Kacmar, K. M., Wayne, J. H., & Grzywacz, J. G. (2006). Measuring the positive side of the work-family interface: Development and validation of a work/family enrichment scale. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 131-164.
- Carlson, D. S., & Grzywacz, J. G. (2008). Reflections and Future Directions on Measurement in Work-Family Research. In K. Korabik, D.S. Lero, & D.L. Whitehead (Eds.), *Handbook of Work-Family Integration: Research, Theory, And Best Practices* (pp. 57-73). New York: Academic Press.
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56, 249–276.
- Chambel, M. J., & Santos, M. V. (2009). Práticas de conciliação e satisfação no trabalho: medição da facilitação do trabalho na família, *Estudos de Psicologia*, 26, pp. 275-286.
- Chandola, T., Martikainen, P., Bartley, M., Lahelma, E., Marmot, M., Michikazu, S., Nasermoddeli, A., & Kagamimori, S. (2004). Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *International Journal of Epidemiology*, 33, 884-893.
- Cinamon, R. G. (2006). Anticipated work-family conflict: Effects of gender, self-efficacy, and family background. *The Career Development Quarterly*, 54, 202-215.
- Clark, S. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53, 747-770.
- Dantas, R., Sawada, N., & Malerbo, M. (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11, 532-538.
- Dawis, R.B. & Lofquist, L. H. (1984). *A Psychological theory of workadjustment*. Minneapolis: University of Minesota Press.

- den Hartog, D. N., Boselie, P., & Paauwe, J. (2004). Performance management: A model and research agenda. *Applied Psychology: An International Review*, 53, 556–569.
- Diener, E. & Suh, E. M. (1999). National differences in subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwartz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 434-450). New York: Russell-Sage.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Duxbury, L. E. & Higgins, L. A. (1991). Gender differences in work/family conflict. *Journal of Applied Psychology*, 78, 60-73.
- Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C., & Brinley, A. (2005). Work and family research in IO/OB: Content analysis and review of the literature (1980-2002). *Journal of Vocational Behaviour*, 66, 124-197.
- Echevarría-Guanilo, M. E., Gonçalves, N., & Romanoski, P. J. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação – parte I. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 26.
- Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P. D., & Rhoades, L. (2001). Reciprocation of perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 86, 42–51.
- Eisenberger, R., Cummings, J., Armeli, S., & Lynch, P. (1997). Perceived organizational support, discretionary treatment and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 82, 812-820.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). *Perceived organizational support*. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
- Eurofound. (2012). *Fifth European working conditions survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502–508.

- Fiksenbaum, L. M. (2014). Supportive work-family environments: Implications for work-family conflict and well-being. *The International Journal of Human Resource Management, 25*, 653-672.
- Fisher, G. G., Matthews, R. A., & Gibbons, A. M. (2016). Developing and investigating the use of single-item measures in organizational research. *Journal of Occupational Health Psychology, 21*, 3–23.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva, 5*, 33-38.
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria 21*, 19-28.
- Ford, M. T., Heinen, B. A., & Langkamer, K. L. (2007). Work and family satisfaction and conflict: A meta-analysis of cross-domain relations. *Journal of Applied Psychology, 92*, 57-80.
- Friedman, S. D. & Greenhaus, J. H. (2000). Work and family – allies or enemies? What happens when business professionals confront life choices. *The Journal of Consumer Affairs, 35*, 396-399.
- Frone, M. R. (2000). Work-family conflict and employee psychiatric disorders: The national comorbidity survey. *Journal of Applied Psychology, 85*, 888-895.
- Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology*, 143–162. American Psychological Association.
- Frone, M. R., Russel, M., & Cooper, M. L. (1992). Prevalence of work-family conflict: Are work and family boundaries asymmetrically permeable? *Journal of Organizational Behavior, 13*, 723-729.
- Frone, M. R., Russell, M., & Barnes, G. M. (1995). Job stressors, job involvement and employee health: a test of identity theory. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 68*, 1-11.

- Frone, M. R., Russell, M., & Barnes, G. M. (1996). Work-family conflict, gender, and health related outcomes: A study of employed parents in two community samples. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 57-69.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2020). *Médicos: total e por sexos*. Recuperado em 05 de novembro de 2020 de Pordata: Base de Dados Portugal Contemporâneo, através de <https://www.pordata.pt/Portugal/M%C3%A9dicos+total+e+por+sexo-1966-157010>
- Gaspar, T. (2019). *Seminário de Direção de Investigação* (Relatório de Investigação, doutoramento em Gestão [não publicado]). Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Gaspar, T., Correia, M. F., Coelho, A., Baya, D., Torres, I., Heitor, M. J., & Dias, M. (2019). *Gestão em Contexto Hospitalar: Modelo compreensivo da relação entre a Cultura Organizacional, Fatores Psicossociais do Trabalho e Qualidade de Vida dos Profissionais de Saúde Resultados*. Manuscrito submetido a Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, do Centro Hospitalar Lisboa Norte da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa ref.^a nº 35/19.
- Gavin, J. H., Mason, R. O. (2004). The virtuous organization: The value of happiness in the workplace. *Organizational Dynamics, 33*, 379-392.
- Geurts, S. A., Kompier, M. A., Roxburgh, S., & Houtman, I. L. (2003). Does work home interference mediate the relationship between workload and well-being? *Journal of Vocational Behaviour, 63*, 532-559.
- Ghazanfar, H., Iqbal, S. e Naseem, S. (2018). Quality of life of post-graduate medical students working in private and public hospitals in Punjab as measured by WHOQOL-BREF questionnaire. *Journal Pakistan Medical Association, 68*, 908-915.
- Gill, T. M. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272*, 619-26.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review, 25*, 161-178.

- Graham, J. W. (1986). *Organizational citizenship informed by political theory*. Paper presented at the meeting of the Academy of Management, Chicago.
- Greenglass, E. (2000). Work, family and psychological functioning: conflict or synergy? In Dewe, P., Leiter, M., & Cox, T. (Eds.), *Issues in Occupational Health: Coping, Health and Organizations (87-105)*. Florida: CRC Press.
- Greenhaus, J., & Beutell, N. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review, 10*, 76-88.
- Greenhaus, J., & Powell, G. (2003). When work and family collide: Decide between competing role demands. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 90*, 291-303.
- Greenhaus, J., & Powell, G. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review, 31*, 72-92.
- Greenhaus, J., Collins, K., & Shaw, J. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Psychology, 63*, 510–531.
- Grzywacz, J. G., & Butler, A. (2005). The impact of job characteristics on work-to-family facilitation: Testing a theory and distinguishing a construct. *Journal of Occupational Health Psychology, 10*, 97-109.
- Grzywacz, J. G., & Marks, N. (2000). Reconceptualizing the work-family interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 111-126.
- Grzywacz, J. G., Almeida, D. & McDonald, D. (2002). Work-family spillover and daily reports of work and family stress in the adult labor force. *Family Relations, 51*, 28-36.
- Grzywacz, J. G., Frone, M. R., Brewer, C. S., & Kovner, C. T. (2006). Quantifying work-family conflict among registered nurses. *Research in Nursing & Health, 29*, 414–426.
- Guest, D. E. (2002). Perspectives on the study of work-life balance. *Social Science Information, 41*, 255–279.

- Gutek, B., Searle, S., & Klepa, L. (1991). Rational versus gender role explanations for work-family conflict. *Journal of Applied Psychology, 76*, 560-568.
- Haller, M. & Hadler, M. (2006). How social relations and structures can produce happiness and unhappiness: An international comparative analysis. *Social Indicators Research, 75*, 169-216.
- Hammer, B., Helland, T., Øystein, P.O., Kjell, N., Torvatn, H., & Mahmut, B. (2004). Expanding the psychosocial work environment: Workplace norms and work-family conflict as correlates of stress and health. *Journal of Occupational Health Psychology, 9*, 83-97.
- Hannif, Z., Burgess, J., & Cornell, J. (2008). Call centers and the quality of work life: Towards a research agenda. *Journal of Industrial Relations, 50*, 271–284.
- Henessy, K. D. (2007). *Work/Family balance: An exploration of conflict and enrichment for women in a traditional occupation*. Tese de Doutorado, College Park, University of Maryland.
- Hill, J. (2005). Work-Family facilitation and conflict, working fathers and mothers, work-family stressors and support. *Journal of Family Issues, 26*, 793-819.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2016). *Investigação por questionário (2ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holmes, S., & Dickerson, J. (2003). The quality of life: Design and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. *International Journal of Nursing Studies, 40*, 515–520.
- Ibrahim, N. K., Mahnashi, M., Al-Dhaheeri, A., Al-Zahrani, B., Al-Wadie, E., Aljabri, M., ... Bashawri, J. (2014). Risk factors of coronary heart disease among medical students in King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Public Health, 14*.
- Jacobs, J. A., & Gerson, K. (2004). *The time divide: Work, family and gender inequality*. Cambridge: Harvard University Press.

- Jansen, N. W., Kant, I., Kristensen, T. S., & Nijhuis, F. J. (2003). Antecedents and consequences of work-family conflict: A prospective cohort study. *Journal of Occupational & Environmental Medicine, 45*, 479-491.
- Kacmar, K. M., Crawford, W. S., Carlson, D. S., Ferguson, M., & Whitten, D. (2014). A Short and Valid Measure of Work-Family Enrichment. *Journal of Occupational Health Psychology, 19*, 32-45.
- Kets de Vries, M. F. R. (2001). Creating authentic organizations: Well-functioning individuals in vibrant companies. *Human Relations, 54*, 101-111.
- Kinicki, A. J., Jacobson, K. J. L., Peterson, S. J., & Prussia, G. E. (2013). Development and validation of the performance management behavior questionnaire. *Personnel Psychology, 66*, 1-45.
- Kinnunen, U., & Mauno, S. (1998). Antecedents and outcomes of work-family conflict among employed women and men in Finland. *Human Relations, 51*, 157-77.
- Kinnunen, U., Feldt, T., Geurts, S., & Pulkkinen, L. (2006). Types of work-family interface: Well-being correlates of negative and positive spillover between work and family. *Scandinavian Journal of Psychology, 47*, 149-162.
- Kirchmeyer, C. (1992a). Nonwork participation and work attitudes: A test of scarcity vs. expansion models of person resources. *Human Relations, 45*, 775-795.
- Kirchmeyer, C. (1992b). Perceptions of nonwork-to-work spillover: Challenging the common view of conflict-ridden domain relationships. *Basic and Applied Psychology, 13*, 231-249.
- Kirchmeyer, C. (1993). Nonwork-to-work spillover: A more balanced view of the experiences and coping of professional women and men. *Sex Roles, 28*, 531-552.
- Kmec, J. (1999). Multiple aspects of work-family conflict. *Sociological Focus, 32*, 265-285.
- Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – a tool for the assessment and improvement of the psychosocial

- work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31, 438-449.
- Lambert, S. J. (1990). Processes Linking work and family: A critical review and research agenda, *Human Relations*, 43, 239–257.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2005). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas SA.
- Marks, S., & MacDermid, S. (1996). Multiple roles and the self: A theory of role balance. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 417-432.
- Marôco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matias, M., Silva, A., & Fontaine, A.M. (2011). Conciliação de papéis e parentalidade: Efeitos de género e estatuto parental. *Exedra*, 5, 57-76.
- Matthews, R. A., & Barnes-Farrell, J. L. (2010). Development and initial evaluation of an enhanced measure of boundary flexibility for the work and family domains. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 330-346.
- Matthews, R. A., Kath, L. M., & Barnes-Farrell, J. L. (2010). A Short, valid, predictive measure of work-family conflict: Item selection and scale validation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 75-90.
- McElwain, A. K., Korabik, K., & Rosin, H. M. (2005). An examination of gender differences in work-family conflict. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 37, 283-298.
- McNall, L. A., Nicklin, J. M., & Masuda, A. D. (2010). A meta-analytic review of the consequences associated with work–family enrichment. *Journal of Business and Psychology*, 25, 381–396.

- Michel, J. S., Kotrba, L. M., Mitchelson, J. K., Clark, M. A., & Baltes, B. B. (2011). Antecedents of work-family conflict: A meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior, 32*, 689-725.
- Milkie, M., & Peltola, P. (1999). Playing all the roles: Gender and the work-family balancing act. *Journal of Marriage and the Family, 61*, 476-490.
- Min, H., Matthews, R. A., Wayne, J. H., Parsons, R. E., & Barnes-Farrell, J. (2019). Psychometric evaluation of work-family conflict measures using classic test and item response theories. *Journal of Business and Psychology*.
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva, 5*, 7-18.
- Moncada, S., Serrano, C., Corominas, A., Camps, A. & Giné, A. (2008). Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): Valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario COPSOQ ISTAS 21. *Revista Española de Salud Pública, 82*, 667-675.
- Montgomery, A. J., Peeters, M. C. W., Schaufeli, W. B., & Ouden, M. D. (2003). Work-home interference among newspaper managers: Its relationship with burnout and engagement, anxiety, stress, and coping. *An International Journal, 16*, 195-211.
- Motowildo, S. J., Borman, W. C., & Schmit, M. J. (1997). A theory of individual differences in task and contextual performance. *Human Performance, 10*, 71.
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee Organizational Linkages: The Psychology of Commitment, Absenteeism, and Turnover*. New York: Academic Press.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology, 81*, 400-410.
- Nohe, C., Michel, A., & Sonntag, K. (2014). Family-work conflict and job performance: A diary study of boundary conditions and mechanisms. *Journal of Organizational Behavior, 35*, 339-357.

- Nova School of Business and Economics. (2018). *Desafios à conciliação família-trabalho*. (Miguel Pina e Cunha, coord.). Lisboa: CIP.
- O'Reilly, C., & Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology, 71*, 492-499.
- Okonkwo, E. (2013). Correlational analysis of work-family conflict bi-directionality. *Ife Psychologia, 21*, 301-308.
- Organ D. W., & Konovsky, M. (1989). Cognitive versus affective determinants of organizational citizenship behavior. *Journal of Applied Psychology, 74*, 157-164
- Organ, D. W. (1988). *Organizational citizenship behavior. The good soldier syndrome*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Oxford English dictionary (2015). Retirado de: <http://www.thefreedictionary.com/Oxford+English+Dictionary>
- Pagnin, D., & Queiroz, V. (Sep.-Dec. 2015). Comparison of quality of life between medical students and young general populations. *Educational Health, 28*(3) 209-212.
- Paschoal S. M. P. (2001). *Qualidade de vida no idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião* (Dissertação de mestrado em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo).
- Paz, M. G. T., Fernandes, S. R. P., Carneiro, L. L., & Melo, E. A. A. (2020). Personal organizational well-being and quality of organizational life: The mediating role of organizational culture. *Revista de Administração Mackenzie, 21*, 1-37.
- Pereira, A. & Patrício, T. (2016). *Guia Prático de Utilização SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: Abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, 26*, 241-250.

- Pereira, S., & Ribeiro, C. (2014). O equilíbrio Trabalho/família: Revisão de literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 22, 73-88.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A. (2002). *As diferenças de género na percepção do conflito trabalho-família* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho).
- Poelmans, S., Stepanova, O., & Masuda, A. (2008). Positive spillover between personal and professional life: Definitions, antecedents, consequences, and strategies. In Korabik, K., Lero, D. S. & Whitehead, D. L. (Eds.), *Handbook of work-family integration: research, theory, and best practices* (pp. 141-156). Oxford: Elsevier.
- Razak, A. Z. A. A., Yunus, N. K. Y., & Nasurdin, A. M. (2011). The impact of work overload and job involvement on work-family conflict among Malaysian doctors. *Labuan e-Journal of Muamalat and Society*, 5, 1-10.
- Rego, A. (2009). Empregados felizes são mais produtivos? *Revista de Estudos Politécnicos*, 7, 215-233.
- Riana, I. G., Wiagustini, N. L. P., Dwijayanti, K. L., & Rihayana, I. G. (2018). Managing work-family conflict and work stress through job satisfaction and its impact on employee performance. *Jurnal Teknik Industri*, 20, 127-134.
- Ribeiro, P., Paz, M., Caldas, L., & Santos, P. (2012). *Construção e validação de uma escala de qualidade de vida organizacional*. Resumos do Simpósio sobre Comportamento Organizacional, Lisboa, Portugal.
- Rodrigues, E., Barroso, M., & Caetano, A. (2010). *Trabalho, família e bem-estar: fatores e padrões de qualidade de vida na Europa*. (CIES e-Working Paper, n.º 93/2010).
- Rousseau, D. M. (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2, 121-139.
- Rousseau, D. M. (1990). New hire perceptions of their own and their employer's obligations: A study of psychological contracts. *Journal of Organizational Behavior*, 11, 389-400.

- Santos, G. (2008). Género, carreiras e a relação entre o trabalho e a família: uma perspectiva de gestão. *Open Editions Journals*. Recuperado de <https://doi.org/10.4000/eces.118>
- Scholl, R. W., Cooper, E. A., & McKenna, J. F. (1987). Referent selection in determining equity perceptions: Differential effects on behavioral and attitudinal outcomes. *Personnel Psychology, 40*, 113-124.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.,... Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*, 41-49.
- Shockley, K. M., & Allen, T. D. (2007). When flexibility helps: Another look at the availability of flexible work arrangements and work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior 71*, 479-493.
- Shore, L. M., & Shore, T. H. (1995). Perceived organizational support and organizational justice. In R. Cropanzano & M. Kacmar (Eds.), *Organizational politics, justice and support: Managing the social climate in the workplace* (pp. 149-164). Westport, CT: Quorum Books.
- Sieber, S. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review, 39*, 567-578.
- Silva, A. R. & Silva, I. S. (2015), Conflito trabalho-família: um estudo com motoristas profissionais. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 15*, 419-430.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A. C., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., & Nossa, P. (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Portugal e Países Africanos de Língua oficial Portuguesa*. Aveiro: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Silva, M. (2007). *Vida profissional e familiar: padrões de conflito e facilitação na gestão de múltiplos papéis* (Dissertação de Mestrado em Psicologia. F.P.C.E.U.P.).
- Smith, C. A., Organ, D. W., & Near, J. P. (1983). Organizational citizenship behavior: Its nature and antecedents. *Journal of Applied Psychology, 68*, 653-663.

- Somech, A., & Drach-Zahavy, A. (2007). Strategies for coping with work–family conflict: The distinctive relationships of gender role ideology. *Journal of Occupational Health Psychology, 12*.
- St. Aubyn, A. & Venes, N. (2011). *Análise de Dados: Aplicação às ciências económicas e empresariais*. Lisboa: Verlag Dashöfer.
- Staines, G.L. (1980). Spillover versus compensation: A review of the literature on the relationship between work and nonwork. *Human Relations, 33*, 111-129.
- Stevens, D.P., Minnotte, K.L., & Kiger, G. (2004). Differences in work-to-family and family-to-work spillover among professional and non-professional workers. *Sociological Spectrum, 24*, 535-551.
- Torres, A. (2004). *Vida conjugal e trabalho: uma perspectiva sociológica*. Oeiras: Celta Editora.
- Vieira, J. M., Lopez, F. G., & Matos, P. M. (2013). Further validation of work-family conflict and work-family enrichment scales among portuguese working parents. *Journal of Career Assessment, 00*, 1-16.
- Vithanage, V., & Arachchige, B.J.H. (2017). A study on the work-family balance and job performance of academics in Sri Lanka. *The IUP Journal of Management Research, 16*.
- Voydanoff, P. (2002). Linkages between the work family interface and work, family and individual outcomes: an integrative model. *Journal of Family Issues, 23*, 138-164.
- Voydanoff, P. (2005). The differential salience of family and community demands and resources for family to work conflict and facilitation. *Journal of Family and Economic Issues, 26*, 395-417.
- Walsh, J. (2012). Gender, the Work-Life Interface and Wellbeing: A Study of Hospital Doctors. *Gender, Work and Organization, 20*(4), 439-453. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2012.00593.x>
- Walton, R. E. (1973). Quality of work life: What is it? *Sloan Management Review, 15*, 11–21.

- Wayne, J.H., Grzywacz, J.G., Carlson, D.S., & Kacmar, K.M. (2007). Work-family facilitation: A theoretical explanation and model of primary antecedents and consequences, *Human Resource Management Review*, 17, 63-76.
- Wayne, S.J., Shore, L.M., & Liden, R.C. (1997). Perceived organizational support and leader-member exchange: A social exchange perspective. *Academy of Management Journal*, 40, 82-111.
- Wharton, A.S., & Blair-Loy, M. (2006). Long work hours and family life: A cross-national study of employees' concerns. *Journal of Family Issues*, 27, 415-436.
- WHO (World Health Organization). (1964). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. WHO. Geneva.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24–56.
- Williams, L.J., & Anderson, S.E. (1991). Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behaviors. *Journal of Management*, 17, 601–617.
- Witt, L.A., & Carlson, D.S. (2006). The work-family interface and job performance: Moderating effects of conscientiousness and perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 343–357.
- Zhang, J., & Liu, Y. (2011). Antecedents of work-family conflict: Review and prospect. *International Journal of Business and Management*, 6, 89-103.
- Zhang, Y., Qu, B., Lun, S., Wang, D., Guo, Y., & Liu, J. (2012). Quality of Life of Medical Students in China: A Study Using the WHOQOL-BREF. *PLoS ONE*, 7(11), e49714. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049714>.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Questionário Profissionais de Saúde

ANEXO A

Questionário Profissionais de Saúde

Questionário Profissionais de Saúde

Pretendemos identificar e compreender os fatores organizacionais, psicossociais e profissionais que influenciam a qualidade de vida, desempenho dos profissionais de saúde e outros resultados em Hospitais.

Os dados recolhidos destinam-se a procedimentos meramente estatísticos, tendo em vista o alargamento dos conhecimentos nesta área, bem como, ponderar formas de intervenção adequadas às necessidades das Organizações, Profissionais e Doentes. Os dados serão recolhidos através do instrumento seguinte a ser preenchido por **profissionais de saúde** e tem um tempo aproximado de resposta de 20 minutos.

A sua colaboração é fundamental, mas sinta-se livre de aceitar ou recusar participar no estudo. Asseguramos que todos os dados por si fornecidos são confidenciais.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas lhe pedimos que responda a todas as questões apresentadas com a máxima sinceridade possível.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Idade	_____	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
			União de Facto	<input type="checkbox"/>
			Casado(a)	<input type="checkbox"/>
Género	Feminino	<input type="checkbox"/>	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Masculino	<input type="checkbox"/>	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
			Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>
Tem filhos?				
Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Quantos?
				<input type="checkbox"/>

Nível de escolaridade (indique todas as que se verificarem)

Licenciatura	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Mestrado	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

Situação profissional

Contrato a termo certo	<input type="checkbox"/>
Contrato sem termo dedicação exclusiva	<input type="checkbox"/>
Contrato sem termo acumulação de funções noutra Hospital	<input type="checkbox"/>
Contrato sem termo acumulação de outras funções sem ser em Hospital	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>
Qual? _____	

Área Formação/especialidade _____

Tempo de serviço (anos) _____

Nível de satisfação com a sua remuneração (sendo 0 nada satisfeito e 10 plenamente satisfeito)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tem alguma Doença Crónica?

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Qual?	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------	-------	--------------------------

CULTURA ORGANIZACIONAL

As seguintes afirmações pretendem avaliar seis dimensões-chave da cultura organizacional. Ao completar o instrumento, estará a fornecer uma imagem de como o Hospital opera e os valores que o caracterizam. Não existem respostas certas ou erradas para essas perguntas, assim como não existe cultura certa ou errada. Seja o mais preciso possível ao responder às perguntas, para que o diagnóstico cultural resultante seja o mais preciso possível.

1. Características Dominantes						
Nº	Itens	Discordo em absoluto	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo em absoluto
A	O Hospital é um local muito pessoal. É como uma família alargada. As pessoas parecem partilhar muito de si mesmas.					
B	O Hospital é um local muito empreendedor e dinâmico. As pessoas estão dispostas a correr riscos.					
C	O Hospital é muito orientado para os resultados. Uma grande preocupação é com o fazer o trabalho. As pessoas são muito competitivas e orientadas para a realização.					
D	O Hospital é um local muito controlado e estruturado. Os procedimentos formais geralmente orientam o que as pessoas fazem.					
2. Liderança Organizacional						
A	A liderança no Hospital é geralmente considerada como sinónimo de orientação, facilitação ou incentivo.					
B	A liderança no Hospital é geralmente considerada como um exemplo de empreendedorismo, inovação ou gestão de risco					
C	A liderança no Hospital é geralmente considerada como um exemplo de insensibilidade, agressividade e focada na orientação para os resultados					
D	A liderança no Hospital é geralmente considerada como exemplo de coordenação, organização ou eficiência.					

3. Gestão de Colaboradores						
A	O estilo de gestão no Hospital é caracterizado pelo trabalho em equipa, consenso e participação.					
B	O estilo de gestão no Hospital é caracterizado pelo risco individual, inovação, liberdade e singularidade.					
C	O estilo de gestão no Hospital é caracterizado pela competitividade, alta exigência e realização.					
D	O estilo de gestão no Hospital é caracterizado pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade nos relacionamentos.					
4. Coesão Organizacional						
A	O que une o Hospital é a lealdade e a confiança mútua. O compromisso com a organização é significativo.					
B	O que une o Hospital é o compromisso com a inovação e o desenvolvimento. Há incentivo em estar na vanguarda/na linha da frente.					
C	O que une o Hospital é a ênfase na realização e no alcance de objetivos. A agressividade e o vencer são temas comuns.					
D	O que une o Hospital são as regras e políticas formais. Manter o funcionamento tranquilo da organização é importante.					
5. Ênfase estratégico						
A	O Hospital enfatiza o desenvolvimento humano. A alta confiança, abertura e participação persistem.					
B	O Hospital enfatiza a aquisição de novos recursos e a criação de novos desafios. Propor e perspetivar novas situações e oportunidades é valorizado.					
C	O Hospital enfatiza ações competitivas e realizações. Alcançar objetivos e ganhar no mercado são aspetos dominantes/fundamentais.					
D	O Hospital enfatiza a permanência e a estabilidade. A eficiência, controlo e operações simples/eficientes são importantes.					
6. Critérios de Sucesso						
A	O Hospital define o sucesso com base no desenvolvimento de recursos humanos, trabalho em equipa, comprometimento dos colaboradores e preocupação com as pessoas.					
B	O Hospital define o sucesso com base em ter os produtos mais exclusivos ou mais recentes. A organização é líder de produtos e inovadora.					

C	O Hospital define o sucesso com base em ganhar no mercado e em superar a concorrência. A liderança competitiva do mercado é fundamental.					
D	O Hospital define o sucesso com base na eficiência. Uma entrega confiável, um agendamento eficiente e uma produção de baixo custo são fatores essenciais.					

QUALIDADE DE VIDA

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as perguntas. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**. Por favor leia cada pergunta, e assinale com uma cruz, aquela que lhe parece ser a melhor resposta.

Nº	Itens	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1.1	Como avalia a sua qualidade de vida?					
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1.2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?					

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas **últimas duas semanas**.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1.3	Em que medida as dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?					
1.4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?					
1.5	Até que ponto gosta da vida?					
1.6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?					
1.7	É fácil para si concentrar-se?					
1.8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?					
1.9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico? (clima, barulho, poluição, atrações)					
1.10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?					
1.11	É capaz de aceitar a sua aparência física?					
1.12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?					

1.13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?					
1.14	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?					
		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1.15	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade de se movimentar e deslocar por si próprio(a)]					

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida nas **duas últimas semanas**.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1.16	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?					
1.17	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?					
1.18	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?					
1.19	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?					
1.20	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos, colegas)					
1.21	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?					
1.22	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?					
1.23	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?					
1.24	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?					
1.25	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?					

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas **duas últimas semanas**.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1.26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?					

FACTORES PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa à sua resposta

Nº	Itens	Nunca / quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequente-mente	Sempre
1	A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2	Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3	Precisa de fazer horas-extra?					
4	Precisa trabalhar muito rapidamente?					
5	O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
6	O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?					
7	O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
8	O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
9	Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
10	Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?					
11	Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?					
12	Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?					
13	O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
14	O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
15	O seu trabalho permite-lhe as suas habilidades ou perícias?					
16	No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões					

	importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
17	Recebe toda a informação que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
18	O seu trabalho apresenta objetivos claros?					
19	Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?					
20	Sabe exatamente o que é esperado de si?					
21	O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?					
22	A gerência do seu local de trabalho respeita-o?					
23	É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
24	Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?					
25	Por vez tem que fazer coisas que deveriam feitas de outra maneira?					
26	Por vezes tenho de fazer coisas que considera desnecessárias?					
27	Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?					
28	Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?					
29	Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
30	Com que frequência o seu superior direto fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					

31	Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior direto?					
32	Com que frequência é que o seu superior direto fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
33	Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34	Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35	No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					
Em relação à sua chefia direta até que ponto considera que...						
Itens		Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
36	Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37	Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38	É bom(boa) no planeamento do trabalho?					
39	É bom(boa) a resolver conflitos?					

As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.

Itens		Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
40	Os funcionários ocultam informações uns dos outros?					
41	Os funcionários ocultam informação à gerência?					
42	De um modo geral, os funcionários confiam uns nos outros?					
43	A administração confia nos seus funcionários para fazerem bem o seu trabalho?					
44	Confia na informação que lhe é transmitida pela administração?					
45	A administração oculta informação aos seus funcionários?					

46	Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47	As sugestões dos funcionários são tratadas de uma forma séria pela administração?					
48	O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
49	Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					
50	É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objetivos.					
Itens		Nada/quase nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
51	O seu trabalho tem algum significado para si?					
52	Sente que seu trabalho é importante?					
53	Sente-se motivado(a) e envolvido(a) com o seu trabalho?					
54	Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?					
55	Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					

Em relação ao seu trabalho em geral, quão satisfeito está com...

		Nada/quase nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
56	As suas perspetivas de trabalho?					
57	As condições físicas do seu local de trabalho?					
58	A forma como as suas capacidades de trabalho são utilizadas?					
59	O seu trabalho de uma forma global?					
60	Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

Nº	Itens	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Deficitária
29	Em geral, sente que a sua saúde é:					

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afeta a sua vida privada:

Nº	Itens	Nada / Quase Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
62	Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba afetar a sua vida privada negativamente?					

63	Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?					
64	A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?					

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...

Nº	Itens	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequente mente	Sempre
65	Dificuldade em adormecer?					
66	Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguiu adormecer novamente?					
67	Fisicamente exausto?					
68	Emocionalmente exausto?					
69	Irritado?					
70	Ansioso?					
71	Triste?					
72	Falta de interesse por coisas quotidianas?					

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

Nº	Itens	Nunca/quase nunca	Raramente	Às vezes	Frequente mente	Sempre
73	Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?					
74	Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?					
75	Tem sido exposto a ameaças de violência?					
76	Tem sido exposto a violência física?					

SATISFAÇÃO DOS COLABORADORES

Nº	Itens	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	A administração desta organização apoia-me				
2	Recebo o suporte e orientação adequados do meu supervisor direto				
3	Eu recebo toda a formação necessária para a realização do meu trabalho				
4	Aprendi diversas competências profissionais na função que desempenho/no lugar que ocupo				

5	Sinto-me encorajado pelo meu supervisor a oferecer sugestões e propostas de melhorias				
6	A administração faz alterações com base nas minhas sugestões e feedback				
7	Sou devidamente reconhecido quando tenho um bom desempenho nas tarefas de trabalho habituais				
8	As regras da organização fazem com que seja fácil para mim realizar um bom trabalho				
9	Estou satisfeito(a) com as minhas probabilidades de vir a ser promovido(a)				
10	Tenho oportunidades adequadas para desenvolver as minhas competências profissionais				
11	Eu tenho uma descrição precisa (por escrito) do trabalho a realizar				
12	A quantidade de trabalho que é expetável que eu termine no final de cada semana é razoável				
13	Explicam-me sempre de forma clara as minhas tarefas de trabalho				
14	O meu trabalho é avaliado com base num sistema justo de padrões de desempenho				
15	O meu departamento disponibiliza todos os equipamentos, materiais e recursos necessários para que eu desempenhe as minhas funções/tarefas				
16	Os espaços físicos são adequados para que eu desempenhe as minhas funções				
17	Eu e os meus colegas de trabalho trabalhamos bem juntos				
18	Sinto que posso comunicar facilmente com os membros de todos os níveis hierárquicos desta organização				

Nº	Itens	Não, em absoluto	Provavelmente Não	Provavelmente Sim	Sim, em absoluto
19	Eu recomendaria este serviço a outros profissionais como sendo um bom local para se trabalhar				

Nº	Itens	1 - pior	2	3	4	5	6	7	8	9	10 - melhor
20	Como classificaria esta unidade de saúde como local para trabalhar, numa escala de 1 (a pior) a 10 (a melhor)										

DESEMPENHO

Depois de ler cada afirmação, avalie em termos da frequência com que tem o comportamento expresso em cada uma delas. Indique a sua resposta selecionando a descrição que melhor represente as suas observações ou experiência. As descrições variam de nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Não há respostas certas ou erradas. A resposta correta é a resposta que expressa as suas observações honestas ou experiência

Nº	Itens	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Processo de estabelecimento de objetivos						
1	Garante que as metas de desempenho estão ligadas aos objetivos estratégicos ou operacionais do Hospital					
2	Participa no estabelecimento de objetivos					
3	Auxilia os outros no estabelecimento de objetivos de desempenho específicos e mensuráveis					
4	Auxilia os outros no desenvolvimento de planos de ação que suportam metas de desempenho					
5	Incentiva os outros a estabelecer metas desafiadoras mas atingíveis					
Comunicação						
6	Tem um estilo de comunicação que faz com que os outros fiquem na defensiva					
7	É um bom ouvinte					
8	É acessível e disponível para conversar com outras pessoas					
9	Fornecer um feedback mais positivo do que negativo					
Feedback						
10	Dá aos outros um feedback oportuno sobre o seu desempenho					
11	Dá aos outros um feedback específico sobre o que é bom e mau relativamente ao desempenho					
12	Auxilia os outros no seu planeamento de carreira					
13	Dá um feedback honesto					
14	Ao fornecer feedback explica como o comportamento de uma pessoa afeta a si própria e ao grupo de trabalho					
Coaching						
15	Mostra aos outros como completar tarefas difíceis					
16	Fornecer os recursos necessários para realizar o trabalho					
17	Ajuda a identificar soluções para superar os obstáculos no desempenho					
18	Ajuda as pessoas a desenvolverem as suas competências					

19	Direciona quando é necessário					
Estabelecimento de conseqüências						
20	Reconhece o desempenho excepcional					
21	Recompensa o bom desempenho					
22	Relaciona o reconhecimento e/ou as recompensas pelo desempenho					
Estabelecimento/monitorização das expectativas de desempenho						
23	Verifica o trabalho quanto à precisão e/ou qualidade					
24	Mantém as pessoas informadas sobre mudanças, prazos ou problemas					
25	Comunica as expectativas relacionadas com a qualidade					
26	Monitoriza o seu próprio desempenho no trabalho					
27	Prioriza tarefas e objetivos					

Agradecemos a sua importante colaboração. Qualquer esclarecimento contacte a coordenadora do projeto Professora Doutora Tânia Gaspar, ISAMB/Universidade de Lisboa; CLISSIS/universidade de Lisboa através de tania.gaspar@edu.ulusiada.pt.