



UC/FPCE\_2009

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Avaliação da relação entre Satisfação Profissional,  
Qualidade de Vida e Resiliência Familiares – um estudo  
com profissionais de saúde**

Cátia Marisa dos Santos de Almeida  
(e-mail: [catia\\_almeida@hotmail.com](mailto:catia_almeida@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado Integrado na Área de Psicologia Clínica e  
Saúde, Sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família, sob  
a orientação da Professora Doutora Isabel Alberto

### **A percepção de satisfação profissional, qualidade de vida e resiliência familiares em profissionais de saúde.**

Resumo: O presente estudo tem como objectivo avaliar a existência de eventuais diferenças estatisticamente significativas entre profissionais de saúde, (médicos e enfermeiros) e a população em geral, no que respeita à satisfação profissional, qualidade de vida e resiliência familiares.

Nesse sentido, procedeu-se à comparação de duas sub-amostras: profissionais de saúde e não profissionais de saúde. Num segundo momento foi avaliado o impacto na variabilidade dos resultados de variáveis sociodemográficas (idade, género e nível socioeconómico), familiares (etapa de ciclo vital familiar e formas de família) e profissionais, específicas do grupo de profissionais de saúde. Os instrumentos foram seleccionados a partir dos objectivos específicos subjacentes ao estudo. Deste modo, foi utilizado um Questionário Sociodemográfico, o Inventário Qualidade de Vida - QV (formulário parental adaptado de David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982), versão NUSIAF-SISTÉMICA (Adaptado, 2007; Validado, 2008), o Questionário de Forças Familiares - QFF (Melo & Alarcão, 2007) e o Questionário de Satisfação Profissional – QSP (Adaptado de [www.janela.com/inquerito/satisfacao.hta](http://www.janela.com/inquerito/satisfacao.hta)), aplicado especificamente ao grupo de profissionais de saúde.

Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao nível das dimensões Emprego, Religião, Educação que integram a escala QV, apresentando o grupo de profissionais de saúde um maior nível de percepção e satisfação nesses factores.

Foram verificados efeitos estatisticamente significativos de variáveis sociodemográficas (idade, género, nível socioeconómico), sobre algumas dimensões do QV (Filhos, Bem-estar Financeiro, Relações Sociais e Saúde, Família e Conjugalidade, Educação) e do QSP ligados a diferentes factores de satisfação profissional.

Pela análise do nosso estudo, podemos perceber alguns factores que podem influenciar o maior ou menor grau de satisfação profissional e perceber de que forma a satisfação profissional se relaciona com a percepção de qualidade de vida e resiliência familiares. Os resultados parecem ser reveladores de que no conceito de qualidade de vida de cada indivíduo as valências, pessoal e profissional ocupam um lugar importante.

Palavras chave: Satisfação profissional, qualidade de vida, resiliência familiar.

### **Perception of Job Satisfaction, Quality of life and family resilience in health professionals**

Abstract: The purpose of this study is to evaluate the existence of any statistically significant difference among health professionals, (doctors and nurses) and the general population, with regard to job satisfaction, quality of life and family resilience.

Accordingly, we began by comparing two sub-samples: health professionals and non-health professionals of health. On a second step we evaluated the

impact on the variability of the results of socio-demographic variables (age, gender and socio-economic level), family variables (family life cycle stage, types of family) and professional variables, exclusive for the group of health professionals. The instruments to collect information were selected from the specific objectives underlying the study. Thus, it was used a Socio-Demographic Questionnaire, the Quality of Life Inventory - QV (parental form adapted from David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982), version NUSIAF-SISTÉMICA (Adapted, 2007; Validated, 2008), the Family Strengths Questionnaire - QFF (Melo & Alarcão, 2007) and a Job Satisfaction Questionnaire - QSP (adapted from [www.janela.com/inquerito/satisfacao.hta](http://www.janela.com/inquerito/satisfacao.hta)),\_applied specifically to the group of health professionals.

The results showed statistically significant differences between the two groups in terms of dimensions Employment, Religion, Education of QV scale, with the group of health professionals showing a greater level of awareness and satisfaction on these factors.

We observed statistically significant effects of socio-demographic variables (age, gender, socio-economic level), on some dimensions of QV scale (Children, Financial Welfare, Social Relations and Health, Family and Conjugal Status, Education) and on QSP linked to different factors of job satisfaction.

From the analysis of our study, we can observe some factors that may take influence on the degree of job satisfaction and understand how job satisfaction relates itself to the perception of quality of life and family resilience. The results seem to show that for each individual the personal and professional valences, occupy an important place on his concept of quality of life.

**Key Words:** Job satisfaction, Quality of Life, Family resilience.

## **Agradecimentos**

Porque sem eles este trabalho não teria sido possível, gostava de agradecer:

À minha família: pais, irmã, avó, pelo amor, carinho, apoio, dedicação, preocupação e incentivo à minha escolha profissional e por todas as palavras de encorajamento;

À Professora Doutora Isabel Alberto, pela notável e enriquecedora orientação, pela disponibilidade e total entrega, pelo carinho e por todas as palavras de incentivo que me acompanharam ao longo deste meu percurso;

Aos meus amigos e colegas que partilharam comigo todos os momentos de incertezas e realizações;

A todos os professores da Faculdade de Psicologia de Coimbra pelo espaço de aprendizagem que me proporcionaram no campo académico e que me serão sempre úteis pela vida fora e em especial às professoras Doutoradas Ana Paula Relvas, Madalena Alarcão e Madalena Lourenço, por terem despertado em mim o gosto pela Psicologia Clínica Sistémica;

A todos aqueles que sempre acreditaram nas minhas capacidades e não me deixaram abandonar os meus sonhos e que, de uma forma ou de outra, foram um incentivo e uma inspiração no término deste percurso... sem eles não teria conseguido chegar até aqui;

Por último, agradeço também a todos quantos disponibilizaram algum do seu tempo para voluntariamente participarem neste estudo.

## **Índice**

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I - Enquadramento Conceptual</b> .....	2
1.1. Percurso Histórico e Psicossocial da Satisfação Profissional.....	2
1.2. Satisfação Profissional e Qualidade de Vida Familiar.....	8
1.3. Resiliência/Forças Familiares.....	9
<b>II - Objectivos</b> .....	14
2.1. Objectivo geral.....	14
2.2. Objectivos específicos.....	14
2.3. Modelo conceptual.....	15
<b>III - Metodologia</b> .....	15
3.1. Descrição da amostra.....	15
3.2. Instrumentos.....	17
3.2.1. Questionário Sócio-demográfico.....	18
3.2.2. Qualidade de Vida (QDV).....	18
3.2.3. Questionário de Forças Familiares (QFF).....	21
3.2.4. Questionário de Satisfação Profissional.....	23
3.3. Procedimentos.....	25
<b>IV - Resultados</b> .....	26
<b>V - Discussão</b> .....	36
<b>VI - Conclusões</b> .....	40
<b>Bibliografia</b> .....	41
<b>Anexos</b> .....	46

## Introdução

É de algum modo insólito que o tema da satisfação profissional só agora chegue, entre nós, ao campo da saúde, ou melhor, das organizações e profissões de saúde. Haverá muitas razões para que este tema seja tão discutido, alimentando diversas análises e teorias. Tornou-se inclusive um tópico com alguma popularidade na formação, na imprensa escrita, numa altura em que decididamente não se ouve mais falar da *job satisfaction* por parte dos grandes gestores das empresas, nos *tempos loucos* da globalização da economia, das megafusões, da economia digital (Graça, 1999).

Apesar da investigação em Portugal não conceder a esta temática grande atenção, a avaliação da *satisfação profissional* dos profissionais de saúde tem um enquadramento legal próprio no nosso país. Referimo-nos à *lei de bases da saúde* (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) segundo a qual a satisfação profissional é (ou deve ser) um dos critérios de avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde, a par da *satisfação dos utentes*, da qualidade dos cuidados e da *eficiente utilização dos recursos* numa óptica de custo/benefício (Graça, 1999).

O presente estudo baseia-se numa amostra de 57 sujeitos, com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos, tendo por objectivos avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos da amostra de profissionais de saúde – médicos e enfermeiros e não profissionais de saúde, a nível da percepção da satisfação profissional, qualidade de vida e resiliência familiares, tal como o impacto de variáveis sociodemográficas e familiares na sua variabilidade. No sentido de avaliação das variáveis referidas, foram aplicados os seguintes instrumentos: QV, QFF e QSP.

Para contextualizar este estudo, faremos num primeiro momento um breve enquadramento teórico acerca da perspectiva histórica e psicossocial da Satisfação Profissional, procedendo à exposição das principais fontes bibliográficas que incidem sobre o tema e influência bidireccional entre o exercício da profissão e a família do profissional de saúde, e os constructos em estudo acima referidos. De seguida serão apresentados os objectivos deste trabalho, assim como a metodologia utilizada e depois passaremos para a apresentação dos resultados e respectiva discussão, em que teceremos algumas considerações e reflexões em torno da revisão bibliográfica efectuada e resultados encontrados. Posteriormente, e antes de concluir, faremos referência às limitações inerentes ao estudo assim como a sugestões para pesquisas futuras.

A escassez de estudos que abordem as famílias dos profissionais de saúde não é uma realidade exclusiva de Portugal, e os existentes não reconhecem ou exploram a inter-influência entre os domínios profissional e familiar. Deste modo, pretendemos fornecer um pequeno contributo para um conhecimento mais aprofundado acerca da influência da satisfação profissional nas implicações desta com outras componentes ligadas ao

sistema familiar e social<sup>1</sup>.

## I – Enquadramento conceptual

### 1.1. Percurso Histórico e Psicossocial da Satisfação Profissional

É hoje reconhecido que a satisfação profissional é um importante indicador do clima organizacional e um elemento determinante da avaliação da qualidade das empresas e demais organizações. Em todo o caso, a relação entre a satisfação e os resultados do desempenho individual e organizacional não é linear, embora muitos estudos apontem para uma associação ou correlação entre a satisfação, certas variáveis sociodemográficas (por ex., profissão, antiguidade, cargo ou função) e certos comportamentos ou intenções comportamentais (por ex., desempenho, rotação do pessoal, absentismo, stress) (Graça, 1999).

A satisfação é basicamente uma atitude que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções; como tal, é distinta de um comportamento directamente observável (por ex., ausência ao trabalho).

Em termos muito simples, diríamos que a satisfação no trabalho resulta da avaliação periódica que cada um de nós faz, instantânea e empiricamente, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais; ou seja, remete para a percepção e a valoração que a pessoa faz daquilo que recebe (por ex., dinheiro, segurança no emprego, condições de trabalho, conforto, bem-estar, amizade dos colegas, apreço dos utentes, autonomia no trabalho, oportunidades de formação contínua, desenvolvimento e reconhecimento de um projecto profissional), avaliando se é justo ou está de acordo com aquilo que esperava obter.

A satisfação no trabalho consiste numa resposta efectiva emocional individual que resulta da situação do trabalho. Essa resposta pode ser vista como uma reacção emocional positiva resultante da percepção que o trabalho permite atingir (Locke & Henne, 1986), como uma atitude favorável desencadeada pelos resultados ou pelas circunstâncias de trabalho (Schneider, 1985) ou como um conceito global construído em função dos factores específicos atrás enunciados (Griffin & Bateman, 1986). Thierry (1998) considera que, em termos gerais, satisfação pode ser definida como o grau a partir do qual as pessoas se sentem satisfeitas com os aspectos do seu trabalho ou situação de trabalho, o que implicará que uma necessidade específica foi satisfeita, um motivo foi realizado ou um objectivo foi atingido. Em qualquer destas definições ressalva-se que o conceito de satisfação será um “constructo que visa dar conta de um estado emocional

---

<sup>1</sup> Torna-se importante salientar, que os constructos qualidade de vida e resiliência familiar são medidos numa dimensão familiar, mas os grupos referem-se aos sujeitos respondentes. Serão analisados os resultados em termos individuais e familiares, conforme os instrumentos utilizados e a literatura encontrada o permitem.

positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho” (Lima, Vala & Monteiro, 1994, p. 110).

Ao analisar os resultados de 3350 estudos sobre a satisfação profissional conduzidos antes de 1972, Locke (1983, cit. in Moseley, 1988) concluiu que a investigação sistemática sobre a natureza e causas da satisfação profissional só começou a partir de 1930, apesar de certas pesquisas desenvolvidas no início do século XX terem analisado a relação entre as atitudes dos trabalhadores e as condições físicas do ambiente de trabalho.

Os clássicos estudos de “Hawthorne” (Roethlisberger & Dickson, 1939, cit. in Moseley, 1988) examinaram os factores sociais que influenciavam a satisfação no trabalho e as atitudes dos trabalhadores face à supervisão, às características das tarefas e ao grupo de trabalho. Mais tarde, no início dos anos 60, Herzberg, Mausner e Snyderman (1959, cit. in Moseley, 1988) estabeleceram uma linha de investigação que se concentrava na natureza do trabalho enquanto factor determinante da satisfação, defendendo que era necessário proporcionar aos trabalhadores responsabilidade e autonomia suficientes para permitir o desenvolvimento e crescimento mental e psicológico.

Vários estudos têm-se debruçado sobre a satisfação profissional dos indivíduos. Com o objectivo de aumentar a produtividade e a eficácia no local de trabalho, estes estudos procuraram isolar as componentes da experiência profissional que parecem afectar a satisfação dos trabalhadores com o trabalho que desempenham, como por exemplo a possibilidade de tomar decisões autonomamente, a oportunidade de estabelecer relações sociais com os colegas de trabalho, as possibilidades de promoção e progressão na carreira (Blauner, 1966; Gruneberg, 1979; Locke, 1983).

Diferentes dimensões de trabalho têm sido estudadas empiricamente com vista a determinar quais os factores que se relacionam com a satisfação no trabalho. Das abordagens multidimensionais das causas de satisfação sobressaem as seguintes dimensões: relação com a chefia, com a organização e com os colegas de trabalho, condições de trabalho, possibilidade de progressão na carreira e perspectivas de promoção, recompensas salariais, estabilidade de emprego, quantidade de trabalho, desempenho pessoal e satisfação intrínseca geral (Spector, 1997).

Quando se iniciaram os estudos sobre satisfação pensou-se que seria possível conceber um índice de satisfação geral no trabalho, partindo dos indivíduos para organização (Mayo, 1945, cit. in Hampton, 1986). Os estudos empíricos realizados revelaram inúmeros factores que podem influenciar a satisfação no trabalho. A esses múltiplos factores acrescem as diferentes percepções individuais, que tornam ainda mais imprevisíveis os resultados da percepção da satisfação. Assim, o mesmo valor para duas pessoas que trabalham exactamente nas mesmas condições pode provir de factores de satisfação completamente diferentes, para além de que o mesmo sujeito pode estar satisfeito com um aspecto do trabalho e insatisfeito com um outro e a intensidade destes sentimentos poder variar de um dia para o outro.

Certas linhas de investigação defendem a melhoria das condições de



trabalho, de forma a maximizar a satisfação profissional (Hopkins, 1983), contudo qualquer que seja a perspectiva de análise adoptada, é consensual que a satisfação profissional de um trabalhador envolve uma articulação entre as características do trabalho e as necessidades pessoais e sociais do indivíduo, nomeadamente ao nível do significado e valor do trabalho e das expectativas face à actividade profissional (Gruneberg, 1979).

De acordo com Moseley (1988) a literatura sobre satisfação no trabalho aponta para a centralidade do trabalho na vida de cada indivíduo, analisando os factores que fazem com que as experiências profissionais sejam significativas. Kiernan e Marrone (1997) referem que a satisfação no trabalho afecta a qualidade de vida no trabalho de forma particular e a qualidade de vida de forma global. Tal sugere que o enquadramento profissional pode ser um factor determinante no percurso de vida.

Lima, Vala e Monteiro (1994) referem que uma linha teórica muito comum na análise da satisfação do trabalho privilegia a análise das características das tarefas que os indivíduos realizam. Esta abordagem baseia-se na teoria dos dois factores de Herzberg, mais tarde reformulada por Hackman e Oldham (1980) e define cinco dimensões do trabalho – variedade, identidade, autonomia, significado e feedback. Estas cinco dimensões representam as formas ideais de organização de trabalho, ou seja, uma vez postas em prática, levarão ao aumento da satisfação. No seu modelo, Hackman e Oldham referem uma variável intra-individual mediadora entre a satisfação e as características da função: a necessidade de desenvolvimento dos sujeitos. Estes autores consideram que a intervenção ao nível das características e conteúdo do trabalho terá tanto mais impacto na satisfação quanto maior for a necessidade de desenvolvimento manifestada pelos sujeitos.

Na mesma linha de investigação surgem os trabalhos de O'Reilly, Parlette e Bloom (1980) e de Caldwell e O'Reilly (1982) que sugerem que a satisfação resulta das diferentes avaliações individuais das características do trabalho. Para Caldwell e O'Reilly (1982) os factores determinantes na satisfação do trabalho encontram-se fortemente relacionados com as diversas percepções das características da tarefa. Estes autores enfatizam factores idênticos ao nível das características de trabalho, considerando, contudo, que a satisfação resulta da percepção individual das características da tarefa e não das características objectivas da situação de trabalho. A satisfação com a promoção é positivamente associada com as percepções do aumento da autonomia e a satisfação com a supervisão é relacionada com o aumento da percepção do feedback.

O aumento da satisfação à medida que aumenta a complexidade da tarefa encontra-se bem documentado (Moseley, 1988). Vários estudos têm demonstrado que os trabalhadores preferem tarefas variadas e que desejam estar envolvidos na planificação do seu trabalho e na gestão da utilização dos materiais e equipamentos que lhes são atribuídos – autonomia (Blauner, 1966; Chino, 1955; Friedmann, 1964; Hackman & Lawler, 1971; Locke, 1983; Hackman & Oldham, 1980, cit. in Moseley, 1988).

Nesta perspectiva, e numa área estreitamente relacionada com a complexidade das tarefas, Locke (1983) descreveu um conjunto de factores

que estão estreitamente associados ao interesse e satisfação face ao trabalho e que envolvem um “desafio mental”, isto é, oportunidades para novas aprendizagens, criatividade, autonomia, possibilidade de lidar com dificuldades e responsabilidade nas decisões – identidade e significado da tarefa.

Níveis elevados de satisfação parecem estar relacionados não apenas com a presença destes desafios, mas também com a capacidade de ultrapassá-los com sucesso, recebendo informação regular relativamente aos esforços realizados – feedback – (Hackman & Lawler, 1971; Hackman & Oldham, 1980). Os trabalhadores parecem também ter necessidade de realizar tarefas completas, em vez de realizar operações repetidas, não relacionadas e sem significado – significado da tarefa – (Friedmann, 1964; Hackman & Oldham, 1980).

O nível de autonomia e controlo no exercício da actividade profissional influencia, também, satisfação face ao trabalho. Um estudo, referido por Moseley (1988), sobre a satisfação profissional de trabalhadores do serviço público em Inglaterra, demonstrou que a satisfação estava relacionada com a possibilidade de os trabalhadores poderem fazer as tarefas por si próprios, salientando a necessidade de participação das pessoas ao nível das decisões básicas (Hodgson & Burden, 1979, cit. in Moseley, 1988). Alguns estudos realizados ao nível de contextos industriais, focando particularmente os trabalhadores das linhas de montagem, mostram que estes expressam frequentemente, insatisfação relativamente ao facto de não poderem controlar o ritmo e características do seu trabalho (Blauner, 1966; Kohn & Schooler, 1978; Locke, 1983; Walsh, 1982, cit. in Moseley, 1988). A falta de controlo sobre a natureza do trabalho e o desempenho de tarefas monótonas e repetitivas pode resultar num decréscimo de produtividade, já que as atenções e energias do trabalhador se dirigem para outras áreas (Halle, 1984).

Para Moseley (1988) as tendências recentes relativamente à natureza do trabalho e à mudança do tipo de empregos (anteriormente, os empregos eram predominantemente de produção, enquanto actualmente são maioritariamente de serviços) tiveram impacto acentuado sobre os trabalhadores. O efeito de longo prazo de empregos rotineiros, repetitivos e pouco estimulantes encontra-se bem documentado (Rubin, 1976; Terkel, 1972, cit. in Moseley, 1988).

O contributo dado pela evolução do conhecimento na área da satisfação no trabalho tem sido utilizado para atingir melhores resultados em termos organizacionais, quer do ponto de vista da organização, como por exemplo aumentar o nível de produtividade ou a eficácia das funções de chefia, quer do ponto de vista dos trabalhadores, como por exemplo em termos de um maior envolvimento nas decisões, de maior variedade e complexidade de tarefas e de maior autonomia. A percepção das características das tarefas – variedade, significado, identidade da tarefa, autonomia e feedback – é um factor que pode ser determinante para a satisfação dos trabalhadores. O estudo longitudinal conduzido por Test et al. (2000) sugere que o trabalho em si é um factor consistente ao longo do estudo, que faz com que os trabalhadores gostem do seu trabalho.

Qualquer local de trabalho tem uma cultura própria, um código de regras não oficial que define os comportamentos socialmente correctos para o conjunto de trabalhadores (Moseley, 1988). A satisfação no trabalho parece estar associada com a possibilidade de trabalhar integrado num grupo que se une em torno de um objectivo comum. De acordo com Locke (1983) grupos de trabalho que funcionam de forma a reforçar normas sociais proporcionam satisfação na medida em que são percebidos como facilitadores no alcance dos desejos e objectivos do trabalhador, sendo os outros membros do grupo vistos como alguém que partilha os mesmos valores. Os níveis de satisfação relativamente a todas as dimensões do trabalho parecem tornar-se mais elevados à medida que aumenta a integração dos trabalhadores em grupos (Blauner, 1966) e quando estes podem escolher os seus colegas de trabalho (Gruneberg, 1979).

Um estudo de Roy (1959, cit. in Moseley, 1988) sobre relações sociais entre operadores de máquinas num contexto industrial sugere a existência de um conjunto de interacções de grupo que proporcionavam estímulo intelectual, preenchendo e dando sentido ao tempo. Estas actividades de grupo envolviam temas que eram repetidos todos os dias, ou mesmo todas as horas, e que frequentemente consistiam em situações em que um dos trabalhadores se tornava o objecto das piadas de todos os outros. “Integrar-se num grupo significa partilhar experiências” (Moseley, 1988, p. 216). O estudo longitudinal de Test et al., (2000) enfatiza a importância das amizades com colegas de trabalho como um factor consistente ao longo do estudo e que leva os sujeitos a sentirem-se satisfeitos com o trabalho em que estão inseridos. O estudo de Pell (1997) também mostra que as interacções com os colegas de trabalho são um factor que se revelou estatisticamente significativo em termos da satisfação no trabalho.

Será importante não esquecer que todos os trabalhadores devem receber apoio na adaptação aos rituais sociais dos grupos em que se inserem (Moseley, 1988). Entendemos que o recurso a apoios naturais pode ser um factor determinante da aprendizagem e integração nestes jogos sociais que desempenham um papel essencial na integração no ambiente de trabalho, a qual, como já foi dito, é um factor expressivo em termos da satisfação. Contudo, o facto de não partilhar com os restantes trabalhadores as normas informais do grupo pode levar a dificuldades de integração social no contexto de trabalho o que poderá ser um factor de insatisfação.

As recompensas salariais integram um conjunto de variáveis organizacionais que têm sido estudadas e apresentam um valor explicativo da satisfação (Spector, 1997). A relação entre o nível de recompensas económicas e a satisfação foi estudada por vários autores (Heneman & Schwab, 1979, cit. in Lima, Vala & Monteiro, 1994). Para Locke (1983) o salário desempenha um papel complexo em termos da satisfação originada pelo trabalho. O modelo da discrepância de Lawler (1981) é uma abordagem da satisfação baseada na relação entre satisfação e vencimento, e analisa a relação existente entre aquilo que se percebe que se deve receber e a percepção do que se recebe de facto. Existe satisfação quando as expectativas quanto ao que deve receber são realizadas pela percepção do que se recebe. Como vimos, variáveis de ordem individual têm um papel

importante e complexo na forma como as recompensas materiais podem ou não produzir satisfação. Contudo, é discutível se este modelo implica exclusivamente variáveis de ordem individual (Staw, 1984), na medida em que, para a definição de expectativas se prevê a existência de comparações interpessoais. Ou seja, as expectativas daquilo que se deve receber formam-se a partir das comparações feitas relativamente a outros que consideramos significativos e pertinentes como modelos de comparação.

Tanto o modelo de discrepância de Lawler como a teoria da equidade de Adams enfatizam a importância daquilo que a pessoa percebe que recebe como determinante da satisfação. Enquanto a teoria da discrepância está, para Lima, Vala e Monteiro (1994), incluída nos modelos que utilizam as características individuais, a teoria da equidade é enquadrada como sendo um modelo que utiliza, para a satisfação, variáveis explicativas de interacção social e não de ordem individual. No entanto, em ambas a satisfação/insatisfação corresponde ao resultado da diferença entre dois valores percebidos: o que o sujeito considera que deve receber (percebido pelo próprio) e a percepção do que realmente recebe. De facto, o papel que os reforços materiais desempenham na satisfação deriva de uma relação complexa entre diversas variáveis de ordem individual e social, em que as diferenças individuais assumem um papel relevante. Alguns estudos sugerem que a maioria dos indivíduos considera que a função do emprego é proporcionar dinheiro para garantir conforto e acesso aos prazeres da vida (Friedmann, 1964), enquanto outros concluem que a satisfação resulta principalmente das características do trabalho (LeMasters, 1975), para além de que rendimento do trabalho é interpretado de forma distinta por cada trabalhador, isto é, pode ser gratificante não só do ponto de visados beneficiários materiais mas também como símbolo de sucesso e reconhecimento (Gruneberg, 1979).

Para Moseley (1988) a maioria dos estudos centrados na análise do significado do trabalho sugere que o valor do salário é apenas um entre outros factores a tomar em consideração. Alguns trabalhadores valorizam mais as relações pessoais no local de trabalho, a autonomia, o prestígio, a estabilidade do emprego ou os desafios que este implica (Dawis, 1984; Locke, 1983; Palmer et al., 1962; Vanfossen, 1979, cit. in Moseley, 1988).

Um estudo longitudinal (1992/1997) conduzido por Test, Carver, Ewers, Haddad e Person (2000), com uma amostra constituída por trinta e dois sujeitos entrevistados entre 1992 e 1997, mostra que um dos factores que aparecia consistentemente ao longo do estudo como fonte de satisfação com o trabalho era o salário. Muito embora o trabalho em si e a possibilidade de fazer amizades tivesse um peso superior, o salário ganho foi referido como um dos factores que leva à satisfação por 18,8% dos sujeitos em 1992 e por 28,1% em 1997.

Ninguém duvida da influência poderosa da remuneração na actividade de todos os trabalhadores, pois para além de recompensar o seu esforço fornece um estímulo para continuar a realizá-lo, permitindo expressar o reconhecimento social pelo seu trabalho (Revista Portuguesa Clínica Geral, 1988), contudo parece que os dados empíricos sugerem que o salário, muito embora seja um factor importante em termos da satisfação no trabalho, não

pode ser considerado isoladamente, mas equacionado em paralelo com outros factores.

Em Portugal, o primeiro estudo publicado sobre Satisfação Profissional, ao nível dos Médicos de Família (1989) realizou-se no centro de Saúde da Amadora. Mais tarde surgiram mais três estudos sobre Satisfação Profissional ao nível dos médicos de Família, um em 1990, outro em 1991, e um outro em 1995, em que os autores recorreram ao mesmo questionário de auto-resposta já utilizado no Centro de Saúde da Amadora (Pires & Cerdeira, 1989). Os principais factores de descontentamento dos médicos de família identificados nesses três estudos são: baixa responsabilidade/participação/retroinformação, falta de autonomia e sistema retributivo injusto.

McCranie e colaboradores (1982) foram dos primeiros investigadores nos Estados Unidos da América a publicarem um estudo sobre Satisfação Profissional numa grande amostra de médicos de família. No seu estudo, os médicos de família encontram-se mais insatisfeitos com a organização e gestão da sua unidade de saúde, falta de formação contínua<sup>2</sup>, pouco tempo para as actividades de lazer e família.

Cooper e colaboradores foram os autores que mais trabalhos publicaram sobre satisfação nos clínicos gerais do Reino Unido. Nos seus estudos de 1988 e de 1989, os clínicos gerais classificaram diversos aspectos da prática clínica, por ordem decrescente de satisfação: liberdade de escolher o método de trabalho, grau de responsabilidade que lhe é atribuído, grau de variedade, condições físicas do local de trabalho, relações de trabalho com colegas, oportunidades para demonstrar as suas capacidades, vencimento, reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho e horas de trabalho.

## **1.2. Satisfação Profissional e Qualidade de Vida Familiar**

A relação entre qualidade de vida profissional e a qualidade de vida em termos gerais tem sido estudada e comprovada na literatura (Henne & Locke, 1985; Moseley, 1988; Rice, McFarlin, Hunt, & Near, 1985; Rosenthal, 1989).

Os esforços para medir a qualidade de vida tiveram início em 1960 reflectindo a preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população num período de grande desenvolvimento económico. Por esta altura começaram a surgir investigações, de que são marcos, Liu (1975), Flanagan (1982) e Campbell, Converse e Rodgers, (1976).

Liu, em 1975, publicou um artigo com um estudo exploratório sobre o tema qualidade de vida, visando desenvolver uma estrutura que servisse de guia para a realização de trabalhos empíricos futuros e para o estabelecimento de indicadores de qualidade de vida, tendo identificado dois

---

<sup>2</sup> Antunes (2001) salienta a importância e necessidade de os profissionais de saúde, e em especial os médicos, estarem permanentemente atentos à evolução dos conhecimentos de base e ao aparecimento de novas tecnologias de diagnóstico e de terapêutica, dentro do conceito de desenvolvimento profissional contínuo.

componentes principais: subjectivo (psicológico), e objectivo (social, económico, político e ambiental).

Definir de forma definitiva o conceito de qualidade de vida não é fácil, uma vez que este é um conceito de cariz dinâmico e cultural. Termos como a “felicidade”, “satisfação com a vida” e “realização pessoal” surgem associados ao debate sobre o significado da qualidade de vida (confundindo-se muitas vezes com ela), e dificultando a delimitação científica do conceito (Canavarro et al., 2006). A definição oferecida pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) considera Qualidade de Vida como a percepção que os indivíduos têm da sua vida, dentro de um contexto cultural e de valores na qual estão inseridos e na relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Bruckardt, 2000 cit. in Brites, 2001).

Assim, a qualidade de vida é compreendida como uma representação individual dos aspectos físicos, materiais e sociais que influenciam e se estendem à satisfação pessoal, tendo em conta as circunstâncias da vida que possam surgir. Estes aspectos compreendem, não só, a capacidade deste bem-estar, como também o nível básico de satisfação e a capacidade de lidar com isso (Brites, 2001). Uma vez que a qualidade de vida se prende com a percepção ou representação individual da satisfação pessoal, é fácil compreender que o desajuste psicológico irá influenciar de alguma forma esta percepção ou representação, ficando o nível de qualidade de vida comprometido. A percepção da qualidade de vida familiar irá surgir como um importante indicador da saúde das famílias, permitindo, ainda, a prevenção de eventuais perturbações, físicas ou psicológicas, no sistema familiar. Embora uma análise da realidade objectiva do indivíduo possa providenciar dados mais estandardizados da sua qualidade de vida, é importante ter em conta que as pessoas respondem às suas próprias percepções dessa realidade de forma diferente e única (Fagulha, Duarte & Miranda, 2000).

Numa perspectiva familiar do estudo da qualidade de vida, o foco é colocado na satisfação subjectiva perante a mesma e não nos seus aspectos objectivos. Uma importante característica destes estudos reside no facto de existir uma medição da satisfação em domínios específicos. Cada um destes domínios centra-se numa faceta específica da experiência de vida (casamento e vida familiar, amigos, casa e habitação, educação, emprego, religião, etc.). A satisfação em relação a cada domínio é um julgamento individual e subjectivo que tem por base até que ponto as necessidades e interesses individuais são satisfeitos pelo ambiente pessoal da pessoa (Fagulha, Duarte & Miranda, 2000).

A qualidade de vida pessoal encontra-se de alguma forma influenciada com a qualidade de vida no trabalho, pois quando algo não corre bem num destes domínios isso ir-se-á repercutir quer no âmbito pessoal quer profissional.

### **1.3. Resiliência/Forças Familiares**

O ser humano no seu dia-a-dia atravessa usualmente três ambientes distintos: profissional, familiar e social. Os acontecimentos negativos que

surtem num dos ambientes podem ser atenuados ou agravados nos seus efeitos pelas circunstâncias positivas ou negativas que ocorrem nos outros. O ser humano pode tolerar por mais tempo condições adversas no trabalho se em casa, junto da família, tiver um ambiente agradável, sentir apoio e estímulo e igualmente tiver um meio social a que pertence e frequenta um convívio bom e compensador. O grau de tolerância e o impacto negativo dos acontecimentos é tanto pior quanto maior número exista de circunstâncias desagradáveis nos vários ambientes que o indivíduo percorre.

Ao longo das três últimas décadas, desenvolveram-se muitas linhas de estudo sobre resiliência. O campo das ciências sociais gerou teorias a partir da pesquisa sobre o *stress*, utilizando conceitos centrais dentro da psicologia que vão fazer frente às dificuldades (*coping*) e resiliência e descrevem os mecanismos que permitem às pessoas comportar-se ou desenvolver-se normalmente sob condições adversas.

Pesquisas sobre resiliência e vulnerabilidade têm contemplado, nos últimos anos, estudos sobre as interações familiares (Cowan, Cowan & Schulz, 1996; Hawley & DeHaan, 1996; Walsh, 1996). Estas pesquisas têm como objectivo identificar aspectos de risco e protecção internos ou externos à família, que interferem nos processos de transições normativas e não-normativas, ou seja, aquelas mudanças esperadas ou inusitadas no ciclo vital dos seus membros (Cowan et al., 1996).

Resiliência refere-se ao fenómeno caracterizado por resultados positivos na presença de sérias ameaças ao desenvolvimento da pessoa (Masten, 2001). Vários factores contribuem para a resiliência dentro das famílias.

A família, de acordo com Falicov (1995, cit. in Walsh, 1996, 2003), insere-se num nicho ecológico partilhando, por um lado, características comuns com outros sistemas familiares, mas diferenciando-se, por outro lado, segundo o género, o nível socioeconómico, o estágio de vida e a posição na cultura dominante. Deste modo, a avaliação da resiliência deve ter em conta esses aspectos comuns, mas também a unicidade familiar – perspectivas, recursos e desafios de cada sistema.

A visão sistémica da resiliência tem em conta a dimensão desenvolvimental, assumindo que o impacto de uma crise depende do momento em que ocorre (ciclo de vida individual e familiar), já que os processos familiares podem variar, com sucessivos desafios, ao longo do tempo, correspondendo às necessidades da família em função do contexto e estágio de desenvolvimento, apontando como factores protectores a proximidade, o suporte familiar e a satisfação marital.

Ao longo dos estudos sobre resiliência, a família passou, pois, do anonimato para o pódio, assumindo ora o primeiro ora o último lugar no *ranking* da protecção do indivíduo, constituindo-se, respectivamente, num factor protector ou de risco. Dito de outro modo, a luta do indivíduo pela sobrevivência saudável podia ser facilitada/dificultada por características familiares. Este conceito foca-se na família como unidade e assume a premissa sistémica de que crise e adversidade têm impacto em toda a família, sendo a recuperação da unidade familiar e de todos os seus membros mediada por processos familiares (Walsh, 2003).

Nas pesquisas sobre resiliência há três perspectivas principais que têm vindo a ser investigadas. Primeiro, factores relacionados com o indivíduo (genética, idade, fase do desenvolvimento, sexo, constituição, experiência de vida). Segundo, o contexto (suporte social, classe social, cultura, ambiente). Terceiro, a quantidade e qualidade do evento de vida (se é desejável, controlável, a sua magnitude, duração no tempo e efeitos a longo prazo). Além disso, há uma quarta dimensão, relacionada com os chamados factores de protecção.

Lidar com o possível e aceitar o impossível, a incontrolabilidade de certos acontecimentos, constituem aspectos realistas que contribuem para lidar de forma resiliente com a adversidade. Ter consciência dos desafios, recursos e constrangimentos possibilita as famílias delinear opções viáveis e concentrar energias. Perante a impossibilidade de mudar o passado, e de controlar certos acontecimentos, existe a possibilidade de ver as dificuldades/acontecimentos de forma diferente (reenquadramento), o que dá uma nova compreensibilidade e possibilidade de controlar pormenores desses acontecimentos.

Outro processo que contribui para a resiliência, mencionado por Walsh e também apontado por Coles – poder de forças espirituais e morais (Dugan & Coles, 1989, cit. in Walsh 1996) – refere-se à transcendência e espiritualidade. Muitas pessoas procuram na fé, em crenças e práticas espirituais, o significado para a sua vida e para os seus problemas (Bearvers & Hampson, 1990, cit. in Walsh 2003; McCubbin et al., 1997), bem como força, conforto e orientação (Walsh, 2003). Vários estudos (Werner & Smith, 1992, cit. in Walsh, 2003) confirmam que a meditação e o acto de rezar, bem como a filiação em grupos religiosos, se encontram associados à resiliência.

Outro grupo de processos familiares que se encontra intimamente relacionado com a resiliência familiar diz respeito aos padrões de organização familiar, mais especificamente à flexibilidade, coesão e aos recursos sociais e económicos.

A coesão trata-se de uma componente essencial do funcionamento familiar (Olson et al., 1989, Beavers & Hampson, 1990, cit. in Walsh, 2003). O termo coesão relaciona-se com a força das ligações entre os membros da família, indo ao encontro da base relacional da resiliência, contribuindo para este processo o suporte mútuo, a colaboração e o compromisso para enfrentar juntos as dificuldades (Walsh, 2003). Neste âmbito, um ponto a não descurar é o respeito pelas necessidades individuais, diferenças e fronteiras claras. Ressalva-se que níveis interpessoais, intergeracionais e intersistémicos de coesão são fundamentais para assegurar as relações significativas em momentos difíceis.

Dois outros factores a ponderar na promoção da resiliência familiar são o suporte social – família, amigos/colegas, comunidade – e a segurança financeira. O apoio social, manifestado quer a nível emocional quer material, tem um papel importante na hora de lidar com a adversidade. Esta conclusão tem sido recorrente em diversos estudos, constatando-se que os esforços coordenados da comunidade (autoridades locais e habitantes) são fundamentais em situação de desastre e previnem ameaças futuras,



fortalecendo a resiliência familiar e comunitária (Landau, 2002, cit. in Walsh 2003).

A segurança financeira também é um factor a considerar na resiliência pois trata-se de um elemento essencial para cumprir as necessidades básicas do ser humano, desde a alimentação, saúde, educação. Aliás, a precariedade financeira é um dos factores de risco mais referenciados nas famílias monoparentais (Anderson, 2003, cit. in Walsh 2003).

O último grupo de processos familiares que contribuem para a resiliência, também mencionado por McCubbin e colaboradores (1997), é a comunicação que, de acordo com Walsh (2003), deverá caracterizar-se pela clareza, expressão aberta de emoções e colaboração na resolução de problemas. Estas características são reforçadas por McCubbin e colaboradores (1997) ao atribuírem um papel essencial à comunicação, principalmente em situações de crise, por potenciar a construção conjunta de significados, desenvolver estratégias de *coping* e manter harmonia e equilíbrio. Especificamente em situações de crise, a partilha de informações claras, sem ambiguidade, acerca dos problemas e expectativas futuras, favorece os laços relacionais, a construção de significados e de decisões, (Imber-Black, 1995, cit. in Walsh, 2003).

Autores como Seligman (1990, cit. in Walsh, 1996) e Rutter (1987, cit. in Walsh, 1996) valorizam o papel do contexto na atitude do indivíduo face à adversidade, nos seguintes moldes: na promoção de um olhar positivo (importância de contexto de retaguarda), incentivando a adopção de soluções; na promoção de resiliência psicossocial e de mecanismos protectores, atendendo as interações entre a família e os níveis político, económico, social.

Com o objectivo de dar o seu contributo para a perspectiva da resiliência familiar, desenvolvida sob a influência de uma visão sistémica (integrando contributos das perspectivas ecológica e desenvolvimental), dos modelos baseados nas competências das famílias e da teoria do *stress*, *coping* e adaptação, Froma Walsh (2002, 2003, 2006) desenvolveu estudos no sentido de identificar os processos familiares – sistemas de crenças familiares, padrões de organização e comunicação – que reduzem o risco de perturbações do funcionamento familiar, diminuem o *stress*, aumentem a capacidade para lidar e crescer com a situação de crise. Esta autora apresenta como vantagens, desta perspectiva, o facto de se focar nas competências, em vez dos défices, e de não privilegiar um modelo de funcionamento familiar, tendo em consideração o contexto e ciclo de desenvolvimento (Walsh, 2002, 2003).

Um dos primeiros processos familiares que Walsh (2003, 2006) aponta como tendo um papel importante na resiliência corresponde às crenças partilhadas pelos membros da família. Este conceito aproxima-se do esquema familiar, proposto por McCubbin e colaboradores (1997), por sua vez derivado do factor C do Duplo Modelo ABCX – focado na definição do factor stressor e na realidade circundante da família – que consiste nos valores, crenças, expectativas, prioridades e visão do mundo comuns aos elementos da família. Este constructo enfatiza o significado atribuído pela família à situação, dependendo do qual as respostas são accionadas no

sentido da adaptação familiar (Hawley & DeHann, 1996).

Walsh (2003) sublinha a importância das crenças transmitidas pela família: a) na atribuição de significado às situações com que os indivíduos se confrontam, dependendo deste processo a resposta do indivíduo à crise; b) no olhar positivo; c) na espiritualidade e transcendência que possa oferecer.

Nas famílias em que o sentimento de afiliação é forte existe a percepção, de que se a adversidade for partilhada, e se reunirem esforços, fortalece-se a capacidade para ultrapassá-la, aspecto evidenciado pelos resultados de que famílias resilientes se caracterizam por esse forte sentimento de afiliação (Beavers & Hampson, 1990, cit. in Walsh 2003, 2006).

Outro aspecto a ter em conta relaciona-se com o sentido de coerência (Antonovsky, 1987, Antonovsky & Sourani, 1988, cit. in Walsh 2003) e com os ganhos que a família terá se a crise for interpretada como uma situação compreensível, manejável e passível de ser ultrapassável, o que exige esforços no sentido de clarificar o problema e de avaliar os recursos disponíveis, factores que influenciarão o *coping* e a adaptação a uma situação de crise (Lazarus & Folkman, 1984, cit. in Walsh, 2003). A cultura tem, nesta questão, um papel importante na forma como os indivíduos dão significado à adversidade, bem como nas crenças acerca dos recursos disponíveis. Enquanto uns são mais fatalistas, outros assumem maior responsabilidade pessoal (Walsh 1998, cit. in Walsh, 2003).

O optimismo e a esperança, aspectos também referenciados por McCubbin e colaboradores (1997) enquanto elementos orientados para o futuro, são fundamentais no processo de resiliência – lidar com *stress*, recuperar de uma crise, rumar ao sucesso – como revelam as conclusões dos estudos de Beavers e Hampson (1990, cit. in Walsh, 2003). É a esperança que alimenta a vontade de persistir nas dificuldades e rumar em direcção às aspirações. Para ser mantido o olhar positivo são requeridas repetidas experiências bem sucedidas e ainda um contexto comunitário de suporte (Aponte, 1994, cit. in Walsh, 2003). Distinta da negação, existe a consciência da realidade, enfrentada com um certo optimismo que minimiza os riscos e maximiza as oportunidades de sucesso. Neste sentido torna-se fundamental reforçar as competências, encorajar os indivíduos, para que as dificuldades do dia-a-dia sejam enfrentadas com determinação o que incrementa nos indivíduos um espírito activo na procura de oportunidades e busca de soluções (Walsh, 2003, p.8). Isto quer dizer que é importante ser capaz de formar uma visão (ideológica, religiosa ou política) do que é a vida, ter pessoas na nossa vida que nos dêem apoio (a função do suporte social), ter uma estabilidade mental e estar envolvido em actividades diárias gratificantes (trabalho, desporto, estudo). Estes recursos correlacionam-se positivamente com resultados em saúde, qualidade de vida e com a maioria dos parâmetros psicológicos de bem-estar.

Em jeito de conclusão, podemos sublinhar e enaltecer a grande quantidade de estudos empíricos e transversais realizados no âmbito da satisfação profissional, especificamente debruçados sobre os constructos de *coping* e qualidade de vida, para além das várias obras dedicadas a estas

temáticas. Ainda assim, sentimos a necessidade de mais investigação empírica para a população portuguesa, especificamente em profissionais da área da saúde.

## **II - Objectivos da Investigação**

### **2.1. Objectivo Geral**

O presente estudo tem como objectivo principal a percepção da satisfação profissional, qualidade de vida e resiliência familiares, quer do ponto de vista de uma amostra da população geral (que constitui a “norma”), quer em relação a uma população com características específicas, profissionais de saúde de diversas áreas de especialização.

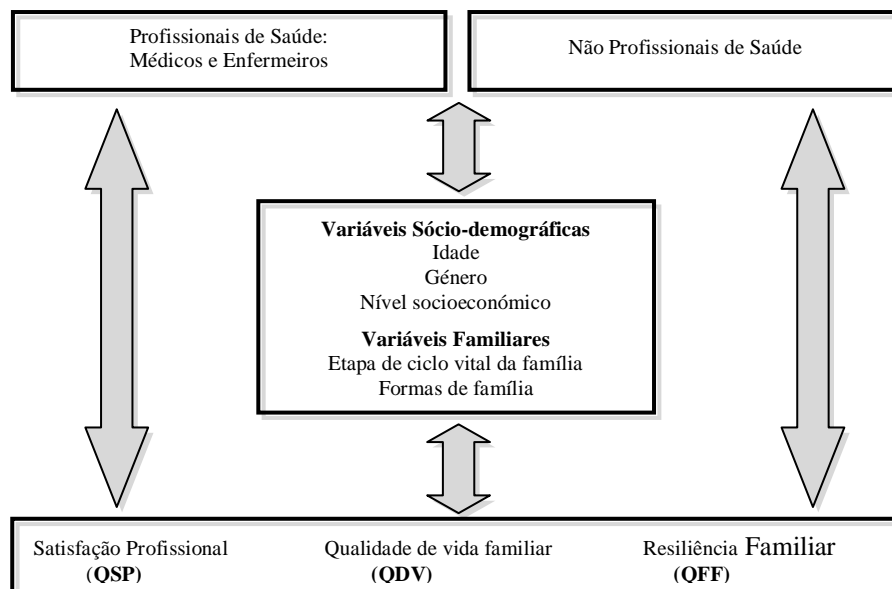
### **2.1. Objectivos Específicos**

Os objectivos específicos sobre os quais este estudo se debruça são:

- a) Avaliar se existem diferenças, entre os sujeitos da amostra de profissionais de saúde e de comparação (não profissionais de saúde), na forma como percebem a qualidade de vida e a resiliência familiares;
- b) Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas - idade, género e nível socioeconómico - na forma como o grupo de profissionais de saúde percebem a satisfação profissional e a qualidade de vida e resiliência familiares;
- c) Avaliar a influência de variáveis familiares - etapa do ciclo vital da família e formas de família - na forma como percebem a satisfação profissional e a qualidade de vida e resiliência familiares;
- d) Avaliar em que dimensões existem uma maior e uma menor satisfação profissional na amostra específica dos profissionais de saúde;
- e) Avaliar a correlação entre as diferentes variáveis medidas na amostra dos profissionais de saúde.

### 2.3. Modelo Conceptual

Apresentamos o modelo conceptual hipotético de relação entre as variáveis do presente estudo empírico.



### III – Metodologia

O presente estudo está inserido num projecto de investigação mais vasto levado a cabo no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, que visa estudar a percepção do *stress* e do *coping* familiares, da qualidade de vida e resiliência familiares, quer do ponto de vista do que se considera “norma” (população geral), quer em relação a populações às quais se colocam desafios específicos (como nesta dissertação).

#### 3.1. Descrição da amostra

A amostra total utilizada neste estudo é constituída por cinquenta e sete sujeitos (uma primeira sub-amostra constituída por vinte e oito profissionais de saúde e uma outra constituída por vinte e nove não profissionais de saúde).

Na amostra dos profissionais de saúde, existe uma clara predominância do género feminino (75%), sendo que a faixa etária preponderante vai dos vinte e quatro aos cinquenta e oito anos, sendo a média de idade de 44 anos. Estes sujeitos são maioritariamente casados (75%), maioritariamente católicos (57,1%), e apresentam um nível socioeconómico médio/alto (equitativamente distribuído – 50%). Habitam, na sua maioria, em áreas predominantemente urbanas, e possuem, quase na totalidade, habilitação superior. Relativamente às formas de família, 75% dos sujeitos estão inseridos numa família nuclear intacta, 14,3% referem-se à forma de família pós-divórcio, 7,1% são famílias reconstituídas e apenas

3,6% são famílias monoparentais. Em relação às etapas do ciclo vital observamos que os elementos da amostra se distribuem da seguinte forma: 35,7% encontram-se na fase “filhos em idade escolar”, 28,6% são “famílias lançadoras” e 25% têm “filhos adolescentes”. Com menor expressão 7,1% dos elementos da amostra são “casais sem filhos” e apenas 3,6% encontram-se na etapa do ciclo vital “ninho vazio”.

No respeitante à amostra comparativa (sujeitos não profissionais de saúde), 72,4% dos inquiridos são do género feminino, encontrando-se distribuídos maioritariamente pela faixa etária entre os vinte e seis e setenta e seis anos, sendo a média de idade de 45 anos. Os sujeitos são, quase na sua totalidade, casados (89,7%), maioritariamente católicos (69%) e apresentam na sua grande maioria (72,4%) um nível socioeconómico médio. Os inquiridos residem, maioritariamente, em áreas medianamente urbanas (51,7%), sendo que 58,6% desta amostra possuem habilitações literárias não superiores. Relativamente às formas de família constatamos que 86,2% dos sujeitos da amostra são famílias nucleares intactas e com a mesma percentagem (3,4%) encontramos as famílias reconstituídas e as famílias pós-divórcio. No que se refere às etapas do ciclo vital esta amostra está distribuída da seguinte forma: “filhos adolescentes” (24,1%), “famílias lançadoras” (24,1%), “casais sem filhos” (17,2%), “filhos em idade escolar” (13,4%), “idosos” (10,3%) e “ninho vazio” (3,4%).

Para uma análise mais pormenorizada da amostra de estudo, e com o intuito de facilitar a leitura dos dados, apresentamos de seguida uma tabela com a informação mais relevante (cf. Tabela 1).

**Tabela 1. Caracterização da amostra**

Variáveis	Modalidades	Profissionais Saúde		Não Profissionais Saúde		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Género	Masculino	7	25,0	8	27,6	15	26,3
	Feminino	21	75,0	21	72,4	42	73,7
Idade	24-40 A	9	32,1	11	37,9	20	35,1
	41-60 A	19	67,9	15	51,7	34	59,6
	>60 A	0	0	3	10,3	3	5,3
Habilitações literárias	Ensino não superior	4	14,3	17	58,6	21	36,8
	Ensino superior	24	85,7	12	41,4	36	63,2
Estado civil	Casado	21	75,0	26	89,7	47	82,5
	Viúvo	1	3,6	1	3,4	2	3,5
	Divorciado	4	14,3	0	0	4	7,0
	Recasado	2	7,1	2	6,9	4	7,0
Local de residência <sup>3</sup>	Predominante/urbano	17	60,7	9	31,0	26	45,6
	Mediana/ urbano	5	17,9	15	51,7	20	35,1

<sup>3</sup> Para definição da área de residência foram utilizados os critérios do INE e da Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (1998).

	Predominante/ rural	6	21,4	5	17,2	11	19,3
Nível socioeconómico <sup>4</sup>	NE médio	14	50,0	21	72,4	35	61,4
	NE alto	14	50,0	8	27,6	22	38,6
Religião	Não	12	42,9	0	0	12	21,1
	Sim (católica)	16	57,1	20	69,0	36	63,2
	Sim (não católica)	0	0	7	24,1	7	12,3
Composição do agregado familiar	Casal	2	7,1	7	24,1	9	15,8
	Pai(s)+filho(s)	22	78,6	19	65,5	41	71,9
	Pai(s)+filho(s)+avó(s)	3	10,7	1	3,4	4	7,0
	Pai(s)+filho(s)+outros	1	3,6	1	3,4	2	3,5
	Outras	0	0	1	3,4	1	1,8
Tamanho do agregado familiar	2	3	10,7	10	34,5	13	22,8
	3	9	32,1	4	13,8	13	22,8
	4	12	42,9	11	37,9	23	40,4
	5	4	14,3	4	13,8	8	14,0
Número de filhos	0	2	7,1	5	17,2	7	12,3
	1	9	32,1	7	24,1	16	28,1
	2	13	46,4	13	44,8	26	45,6
	3	4	14,3	4	13,8	8	14,0
Formas de família	Nuclear intacta	21	75,0	25	86,2	46	80,7
	Pós-divórcio	4	14,3	1	3,4	5	8,8
	Monoparental	1	3,6	0	0	1	1,8
	Reconstituída	2	7,1	1	3,4	3	5,3
	Outras	0	0	2	6,9	2	3,5
Etapa do ciclo vital Familiar <sup>5</sup>	Casal sem filhos	2	7,1	5	17,2	7	12,3
	Filhos pré-escolar	0	0	2	6,9	2	3,5
	Filhos idade escolar	10	35,7	4	13,4	14	24,6
	Filhos adolescentes	7	25,0	7	24,1	14	24,6
	Família lançadora	8	28,6	7	24,1	15	26,3
	Ninho vazio	1	3,6	1	3,4	2	3,5
	Idosos	0	0	3	10,3	3	5,3

### 3.2. Instrumentos utilizados

Os instrumentos foram seleccionados a partir dos objectivos específicos subjacentes ao estudo. Deste modo, foi utilizado um Questionário Sociodemográfico; o Inventário Qualidade de Vida – QV, formulário parental adaptado de (David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982), versão NUSIAF- SISTÉMICA (Adaptado, 2007; Validado, 2008); o Questionário de Forças Familiares - QFF (Melo & Alarcão, 2007) e o Questionário de Satisfação Profissional – QSP, (adaptado de [www.janela.com/inquerito/satisfação.hta](http://www.janela.com/inquerito/satisfação.hta)), aplicado especificamente ao

<sup>4</sup> A organização da profissão foi organizada tendo em conta a Classificação Nacional das Profissões – CNP, das estatísticas demográficas do INE (1998).

<sup>5</sup> As etapas do ciclo vital familiar usadas no decurso do nosso estudo são: jovens casais sem filhos; famílias com filhos pequenos ou em idade pré-escolar; famílias com filhos em idade escolar; famílias com adolescentes; famílias “lançadoras”; “ninho vazio” e idosos.

grupo de Profissionais de Saúde (cf. Anexo I – Instrumentos Utilizados).

Seguidamente far-se-á uma breve caracterização de cada instrumento integrante do protocolo.

### 3.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário demográfico permite recolher informações essenciais neste tipo de estudo. Este questionário contempla as seguintes variáveis: idade, género, profissão, estado civil, local de residência, composição do agregado familiar, sendo indicados o grau de parentesco, idade, género, profissão e nível de escolaridade. Por sua vez, a caracterização do nível socioeconómico da família resultou do cruzamento da situação profissional, da profissão principal e da escolaridade, tendo em conta a classificação proposta por Simões (1994). O questionário contempla igualmente a possível existência de uma doença na família, pedindo para indicar, no caso de a resposta ser afirmativa, qual o grau de parentesco com o portador da doença, qual a doença e o seu tipo específico, a data de diagnóstico, tipo de acompanhamento, fase de evolução, situação actual, impacto e gravidade da doença. Este questionário integra uma questão relativa ao falecimento de alguém significativo para o entrevistado; no caso afirmativo é perguntado o que sente actualmente; é também perguntado se alguém significativo para o entrevistado se divorciou; no caso afirmativo, quem, era esperado ou inesperado, há quanto tempo se divorciou e qual o impacto na vida do entrevistado. É perguntado ao entrevistado se alguma vez recorreu a ajuda psicológica; no caso afirmativo, que tipo de instituição, motivo e tipo do pedido, quanto tempo tiveram apoio e se presentemente têm esse apoio. É pedido para numerar por ordem de importância o apoio com que mais pode contar, na doença ou noutras situações difíceis. Procura-se ainda avaliar, com recurso a uma escala de *Lickert* de cinco pontos, a percepção do respondente acerca do *stress* familiar, da qualidade de vida da família, as forças/capacidades para lidar com os problemas/dificuldades e ainda da capacidade de adaptação da família às dificuldades.

### 3.2.2. Qualidade de Vida - QV

O questionário Qualidade de Vida (Olson & cols, 1985, adaptado em 2007 e validado em 2008) está disponível em duas versões, uma para pais e outra para adolescentes. A versão para pais, utilizada na presente investigação, é constituída por quarenta itens, dezanove dos quais são comuns à versão para adolescentes (que, por sua vez, possui apenas 25 itens). Ambos procuram captar o grau de satisfação com cada uma das dimensões de qualidade de vida que avaliam. Os quarenta itens da versão parental distribuem-se pelos seguintes factores: “casamento e vida familiar”, “amigos”, “saúde”, “casa”, “espaço”, “educação”, “tempo”, “religião”, “emprego”, “*mass media*”, “bem-estar económico/financeiro” e “vizinhança e comunidade”. As respostas à pergunta “Qual o seu nível de satisfação com?” são dadas numa escala de Likert: insatisfeito (1), pouco satisfeito (2), geralmente satisfeito (3), muito satisfeito (4), extremamente satisfeito (5) (in

Olson & cols., 1985).

A tradução para português (seguindo as normas da OMS), e a adaptação da escala para Portugal foram realizadas por um grupo de alunos do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica (Sistémica, Saúde e Família) no ano lectivo de 2006/2007, com uma amostra de duzentos e sessenta sujeitos, dos quais 34.2% pertencem ao sexo masculino e 65.8% ao sexo feminino. Foram realizados os mesmos procedimentos estatísticos efectuados pelos autores e a consistência interna encontrada foi similar à da versão original, quer tomada na sua totalidade, quer no apuramento dos factores.

A equipa de investigação do ano de 2007/2008 efectuou os exigidos estudos psicométricos com a escala para adultos, visando a sua validação para a população portuguesa, a partir de um N de 297, tendo sido obtida uma média de respostas de 125.49, um desvio-padrão de 20.08 e um *alfa* de *Cronbach* de **0,922**. Através do método de rotação *Varimax* foram encontrados onze factores: “bem-estar financeiro”, “tempo”, “vizinhança e comunidade”, “casa”, “*mass media*”, “relações sociais e saúde”, “emprego”, “religião”, “família e conjugalidade”, “filhos” e “educação”, representados na seguinte tabela (cf. Tabela 2). A estrutura factorial obtida a partir deste estudo e representada nesta tabela irá servir para nos basearmos nas análises posteriores.

**Tabela 2. Estrutura factorial do Qualidade de Vida e índices de consistência interna**

Factores	Nº dos itens	<i>Alpha</i>
Bem estar financeiro	20, 24, 29, 30, 31, 32, 33	0,891
Tempo	16, 17, 18, 19	0,979
Vizinhança e comunidade	35, 36, 37, 38, 39	0,888
Casa	9, 10, 11, 12, 13	0,900
<i>Mass media</i>	26, 27, 28	0,805
Relações sociais e saúde	5, 6, 7, 8	0,735
Emprego	23, 24	0,739
Religião	21, 22	0,971
Família e conjugalidade	1, 2	0,797
Filhos	3, 4	0,796
Educação	14, 15	0,825

Em relação ao nosso estudo, iremos analisar novamente a consistência interna para a nossa amostra clínica, tendo em conta o instrumento QV. Destacamos contudo, as limitações do estudo exploratório, dado o tamanho reduzido da amostra (28 sujeitos).

**Quadro 1. Consistência interna para amostra clínica – QV**

<i>Alpha de Cronbach</i>	Média	Desvio Padrão	Total de itens
<b>0,953</b>	135,70	21,199	40

Para a nossa amostra clínica, obtivemos um *alpha* de *Cronbach* de **0,953** (M=135,70;SD=21,199), o qual traduz um excelente resultado



indicativo de uma boa consistência interna, apontando para a uniformidade entre os itens. O valor do *alpha* de *Cronbach* avalia, essencialmente, o grau de coerência e homogeneidade dos resultados ao longo do teste (Almeida & Freire, 2003). No âmbito da teoria psicométrica, alguns autores aceitam como valores mínimos para a consistência interna, coeficientes iguais ou superiores a 0,70 (Kline, *in* Simões, 1994). Porém, a maioria aponta para valores superiores, na ordem de 0,80 (Pestana & Gageiro, 2005).

Também se torna pertinente analisar a correlação entre os itens e a escala total e o valor do *alpha* de *Cronbach* caso esse item seja retirado da escala (cf. Quadro 2).

**Quadro 2. Correlação item/total e valor do *alpha* de *Cronbach* na eliminação do item para o QV**

QV	Correlação Item - Total	Alpha de Cronbach sem o item
Q Casamento 1	,644	,951
Q Casamento 2	,432	,953
Q Casamento 3	<b>,283</b>	,953
Q Casamento 4	<b>,116</b>	,955
Q Amigos 5	,621	,951
Q Amigos 6	,781	,950
Q Saúde 7	,496	,952
Q Saúde 8	,533	,952
Q Casa 9	,535	,952
Q Casa 10	,364	,952
Q Casa 11	<b>,281</b>	,953
Q casa espaço 12	,715	,950
Q casa espaço 13	,716	,950
Q Educação 14	,693	,951
Q Educação 15	,733	,950
Q Tempo 16	,726	,950
Q Tempo 17	,753	,950
Q Tempo 18	,732	,950
Q Tempo 19	,437	,952
Q Tempo 20	,819	,950
Q Religião 21	,297	,953
Q Religião 22	,420	,952
Q Emprego 23	,316	,953
Q Emprego 24	,711	,950
Q <i>Mass média</i> 25	,762	,950
Q <i>Mass média</i> 26	,709	,950
Q <i>Mass média</i> 27	,681	,951
Q rendimento 28	<b>,258</b>	,953
Q rendimento 29	,646	,951
Q rendimento 30	,653	,951
Q rendimento 31	,690	,951
Q rendimento 32	<b>,135</b>	,955
Q rendimento 33	,644	,951

Q rendimento 34	,721	,950
Q vizinhança 35	,712	,950
Q vizinhança 36	,613	,951
Q vizinhança 37	,734	,950
Q vizinhança 38	,734	,950
Q vizinhança 39	,571	,951
Q vizinhança 40	,544	,952

Segundo Moreira (2004), as correlações item/total da respectiva escala devem ser superiores a 0.30, limiar inferior ao qual as correlações, ainda que estatisticamente significativas, podem ser consideradas triviais. Assim, tendo em conta o quadro anterior, podemos verificar que os itens *Q Casamento3*, *Q Casamento4*, *Q Casa11*, *Q Rendimento28* e *Q Rendimento32*, se encontram pouco relacionados com a escala total (valores inferiores a 0.30) porém, caso fossem retirados não melhoravam significativamente a consistência interna da escala, pelo que optámos por os manter, dado o tamanho da nossa amostra e devido a todos os itens contribuírem de forma positiva no QV.

### 3.2.3. Questionário de Forças Familiares - QFF

O Questionário de Forças Familiares (Melo & Alarcão, 2007) foi construído com base na proposta de caracterização dos processos de resiliência familiar de Froma Walsh (2003). O QFF é constituído por 29 itens, construídos em função da revisão da literatura e da prática profissional com famílias, que descrevem características relativas ao funcionamento familiar teoricamente organizados de acordo com os três processos referidos (sistema de crenças familiares, processos organizacionais, comunicação e resolução de problemas), tendo o sujeito de indicar o grau em que as mesmas são parecidas com as da sua família, de acordo com uma escala de Likert de cinco valores (1- Nada parecidas, 2- Pouco parecidas, 3- Mais ou menos parecidas, 4- Bastante parecidas, 5- Totalmente parecidas). Esta escala foi avaliada no ano de 2008, em termos de validade de constructo e fidelidade, consistindo este um primeiro estudo exploratório das suas qualidades psicométricas. Com o objectivo de avaliar a fidelidade da escala total, bem como de cada um dos seis factores, analisou-se a consistência interna através dos valores de *alpha* de Cronbach. A amostra utilizada neste estudo integra 211 sujeitos, sendo que, em relação à escala total, o resultado de consistência interna traduz-se no valor de *alpha* de Cronbach de **0.932**. A análise de componentes principais revelou a presença de seis factores que explicam 62,250% da variância total, superando, deste modo, os três componentes esperados, de acordo com o modelo teórico de Froma Walsh, que serviu de base para a construção do questionário, prevendo que os itens se organizariam em três factores – Crenças, Padrões Organizacionais e Comunicação/Resolução de Problemas. A consistência interna de cada subescala encontra-se representada na seguinte tabela (cf. Tabela 3).

**Tabela 3. Estrutura factorial do Questionário de Forças Familiares e índices de consistência interna**

Factores	Nº dos itens	Alpha
Crenças e Comunicação	10, 11, 15, 16, 21,24,25,26,28	0,89
Capacidade de adaptação	18, 20, 22, 23	0,80
Clima familiar positivo e coesão	1, 2, 3, 6, 14	0,85
Organização da vida familiar e tomada de decisão	5, 9, 12, 13, 29	0,80
Individualidade	17, 19, 27	0,70

Em relação ao nosso estudo, iremos analisar novamente a consistência interna para a nossa amostra clínica tendo em conta o instrumento QFF. No quadro 3 estão representados os valores obtidos em termos da consistência interna para este instrumento.

**Quadro 3. Consistência interna para amostra clínica – QFF**

Alpha de Cronbach	Média	Desvio Padrão	Total de itens
<b>0,965</b>	112,21	16,772	29

Para a nossa amostra clínica, obtivemos um *alpha de Cronbach* de **0,965** (M=112,21;SD=16,772), traduzindo-se num resultado de consistência interna excelente, de acordo com a tipologia de George e Mallarey (2003).

Também se torna pertinente analisar a correlação entre os itens e a escala total e o valor do *alpha de Cronbach* caso esse item seja retirado da escala, tal como foi realizado tendo em conta o instrumento Qualidade de Vida (cf. Quadro 4).

**Quadro 4. Correlação item/total e valor do *alpha de Cronbach* na eliminação do item para o QFF**

QFF	Correlação Item-Total	Alpha de Cronbach sem o item
Forças 1	,635	,964
Forças 2	,603	,964
Forças 3	,672	,964
Forças 4	,593	,964
Forças 5	,694	,964
Forças 6	,561	,964
Forças 7	,730	,963
Forças 8	,628	,964
Forças 9	,673	,964
Forças 10	,814	,963
Forças 11	,813	,963
Forças 12	,854	,962
Forças 13	,547	,965
Forças 14	,597	,964
Forças 15	,727	,963

Forças 16	,804	,963
Forças 17	,637	,964
Forças 18	,409	,965
Forças 19	,605	,964
Forças 20	,811	,963
Forças 21	,585	,965
Forças 22	,685	,964
Forças 23	,697	,964
Forças 24	,635	,964
Forças 25	,742	,963
Forças 26	,796	,963
Forças 27	,794	,963
Forças 28	,737	,963
Forças 29	,874	,962

Podemos verificar a existência de muitos itens com correlações fortes em relação à escala total (valores superiores a 0.30). A análise da matriz de correlações revela valores positivos e elevados. A maioria das correlações item-total, por sua vez, são positivas fortes ( $\geq 0.50$ ), sendo que a possível remoção de algum item não melhoraria a consistência da escala.

#### 3.2.4. Questionário de Satisfação Profissional - QSP

O QSP (adaptado de [www.janela.com/inquerito/satisfacao.hta](http://www.janela.com/inquerito/satisfacao.hta)) é um inventário de auto-resposta que pretende recolher e avaliar a opinião das pessoas relativamente à satisfação sentida no exercer da sua profissão. É composto por 25 itens distribuídos por cinco factores: avaliação da situação profissional (5 itens), avaliação do funcionamento do serviço/departamento (5 itens), avaliação global do serviço (5 itens), avaliação da política de recursos humanos da organização (5 itens) e avaliação de outros factores de satisfação profissional (5 itens).

Perante os 25 itens, o sujeito responde às questões relativas à satisfação sentida no exercício da sua profissão. As possibilidades de resposta e respectiva cotação assumem a forma de uma escala de 0 a 3, em que 0 corresponde a “discordo totalmente”, 1 a “discordo parcialmente”, 2 a “concordo parcialmente” e 3 a “concordo totalmente”. Um resultado elevado corresponde a uma maior satisfação profissional percebida. Na tabela seguinte apresentamos a estrutural factorial obtida a partir deste estudo.

**Tabela 4. Estrutura factorial do Questionário de Satisfação Profissional e índices de consistência interna**

Factores	Nº dos itens	Alpha
Avaliação da situação Profissional	1, 2, 3, 4, 5	0,85
Avaliação do funcionamento do departamento	6, 7, 8, 9,10	0,87
Avaliação global do serviço	11, 12, 13, 14,15	0,79
Avaliação dos recursos humanos na organização	16, 17, 18, 19, 20	0,90
Avaliação de outros factores de satisfação profissional	21, 22, 23,24,25	0,84

Para o estudo da fiabilidade da escala do QSP recorremos ao cálculo do coeficiente do *alpha* de *Cronbach*, medida de consistência interna que nos permitiu avaliar a fidedignidade dos itens da escala. Também analisámos a correlação entre os itens e a escala total e o valor do *alpha* de *Cronbach* caso esse item seja retirado da escala.

**Quadro 5. Consistência interna para amostra clínica – QSP**

<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i>	Média	Desvio Padrão	Total de itens
<b>0,957</b>	43,61	13,401	25

Como podemos verificar no quadro 5 a escala apresenta uma consistência interna muito boa, *alpha* ( $\alpha$ ) = **.957**.

Procedemos ao estudo da consistência de cada factor tendo-se obtido para o factor (F1), Avaliação da situação Profissional, um coeficiente de .85; para (F2), Avaliação do funcionamento do departamento, um coeficiente de .87; para o factor (F3), Avaliação global do serviço, um valor de .79; em relação a (F4), Avaliação dos recursos humanos na organização, um valor de .90 e no último factor (F5), Avaliação de outros factores de satisfação profissional, verifica-se um coeficiente de .84.

A análise detalhada dos coeficientes do *alpha* total sem o item revelamos que em (F1), Avaliação da situação Profissional, todos os itens contribuem para a boa consistência da escala.

Em relação ao (F2), Avaliação do funcionamento do departamento, verificamos que o item 9, “O meu relacionamento profissional com os colegas é excelente”, é o que menos contribui para a consistência interna da subescala uma vez que a sua supressão levaria a um aumento moderado do *alpha* de *cronbach* para .87.

No factor (F3), Avaliação global do serviço, verificamos que é o item 14, “Considero os utentes do meu serviço geralmente satisfeitos”, que menos contribui para a consistência interna da subescala uma vez que a sua supressão levaria a um aumento moderado do *alpha* de *cronbach* para .80.

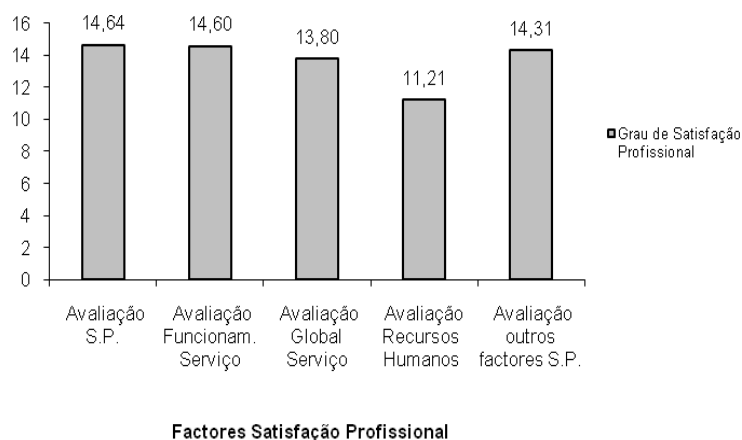
A análise detalhada dos coeficientes do *alpha* total sem o item relativamente aos factores (F4), Avaliação da política dos recursos humanos e (F5), Avaliação de outros factores de satisfação profissional, revela-nos que todos os itens desses factores contribuem para a boa consistência da subescala.

Da inspecção detalhada à fiabilidade dos factores observamos através do *alpha* total sem o item que todos os itens contribuem fortemente para a boa consistência interna da escala (cf. Anexo II - Características Psicométricas dos Instrumentos).

Podemos verificar que os estudos de fiabilidade revelaram que a escala de QSP tem uma boa medida de consistência interna revelando que os itens são bons medidores de Satisfação Profissional.

De modo a obtermos informação mais detalhada acerca dos factores que contribuem para uma maior Satisfação Profissional no grupo de Profissionais de Saúde foi elaborado o seguinte gráfico:

**Gráfico 1. Média dos factores de Satisfação Profissional no QSP – Grupo de Profissionais de Saúde**



Este gráfico (cf. Anexo III – *Outputs* resultantes da análise estatística) mostra que o factor que tem maior grau de satisfação é o F1, Avaliação da Satisfação Profissional, apresentando uma média de ( $M=14.64;SD=2.89590$ ). Neste factor estão implícitas questões relacionadas com as expectativas face à actividade profissional, valor e significado do trabalho, condições materiais necessárias para a sua realização, aspectos relacionados com o feedback.

O factor com menos grau de satisfação é o F4, Avaliação da Política de Recursos Humanos, com uma média de ( $M=11.21;SD=3.48921$ ). Neste factor destacam-se questões relacionadas com incentivos financeiros e não financeiros, formação profissional, cuidados de saúde e lazer.

### 3.3. Procedimentos

Para o presente estudo foi necessário a recolha de duas amostras: grupo de Profissionais de Saúde e grupo de não Profissionais de Saúde. A recolha dos dados para a amostra de profissionais de saúde incidiu em médicos e enfermeiros, de áreas de especialização distintas, trabalhando em diversos contextos e instituições ligadas à área da saúde, constituindo maioritariamente uma amostra de conveniência. Por sua vez, a recolha de dados para a amostra de comparação (população geral), foi realizada colectivamente, pelas alunas integradas no Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sub-área de especialização em Sistémica, Saúde e Família. A recolha dos dados decorreu entre Janeiro e Maio de 2009.

Os protocolos foram entregues aos participantes, ordenados como previamente acordado, com a informação do projecto e objectivos gerais da investigação. Aos participantes foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas veiculadas. Após o consentimento informado, dúvidas esclarecidas e agradecimentos pela colaboração, os sujeitos levavam os questionários para casa, devolvendo-os posteriormente já preenchidos. A estes protocolos de auto-resposta foi dada liberdade aos sujeitos para que respondessem independentemente da nossa presença.

Todos os procedimentos estatísticos apresentados de seguida foram

elaborados a partir do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 15.0). Deste modo, procedemos aos respectivos cálculos de forma a obtermos os resultados necessários e daí retirarmos possíveis conclusões acerca do nosso estudo.

#### IV – Resultados<sup>6</sup>

Numa primeira fase do estudo, procedemos à comparação das médias obtidas no QV e QFF, tanto nas escalas totais, como nas várias sub-escalas. Numa segunda fase, foi avaliado o impacto das variáveis sociodemográficas, familiares e profissionais. Para proceder ao tratamento estatístico dos dados optámos pela utilização de um teste **não paramétrico**, por não estarem cumpridos os pressupostos de normalidade da distribuição amostral devido à amostra ser de pequena e de diferentes dimensões como podemos verificar neste estudo (N=57 sujeitos).

Para comparação das médias entre as duas amostras foram calculados os testes de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis* para comparar variáveis com mais de duas categorias. De modo a avaliar as possíveis associações entre o QV, QFF e QSP procedemos igualmente a uma análise correlacional das respectivas escalas usando o RÓ de Spearman.

#### Qualidade de Vida – QV

Antes de iniciarmos a nossa análise exploratória consideramos pertinente referir que do total de 11 factores que integram o Inventário Qualidade de Vida, retiraram-se dois factores (Casa e Mass media), por considerarmos a sua análise pouco relevante para o nosso estudo.

**Tabela 5. Comparação da média dos grupos, relativamente ao QV: escala total e suas dimensões**

QV – Factores	Grupo	N	M	U	p.
Bem-Estar	Profissionais saúde	28	29.05	1.06	.30
Financeiro	Não profissionais saúde	25	24.70		
Tempo	Profissionais saúde	28	31.05	.858	.35
	Não profissionais saúde	29	27.02		
Vizinhança e comunidade	Profissionais saúde	28	30.77	1.09	.295
	Não profissionais saúde	28	26.23		
Relações sociais e saúde	Profissionais saúde	28	29.41	0.34	.853
	Não profissionais saúde	29	28.60		
<b>Emprego</b>	Profissionais saúde	25	31.50	4.32	<b>.04</b>
	Não profissionais saúde	29	24.05		
<b>Religião</b>	Profissionais saúde	25	31.50	4.15	<b>.04</b>
	Não profissionais saúde	29	24.05		
Família e	Profissionais saúde	25	25.30	0.175	.676

<sup>6</sup> As tabelas resultantes dos *outputs* do SPSS encontram-se adaptadas, pelo que, para a sua consulta integral, remetemos para a consulta do anexo III.

conjugalidade	Não profissionais saúde	24	26.69		
Filhos	Profissionais saúde	25	25.30	0.24	.878
	Não profissionais saúde	24	24.69		
<b>Educação</b>	Profissionais saúde	28	32.25	6.98	<b>.008</b>
	Não profissionais saúde	25	21.12		
<b>QV TOTAL</b>	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>p.</b>
	Profissionais saúde	20	22.58	153.500	.208
	Não profissionais saúde	20	17.43		

Os resultados obtidos na Tabela 5 mostram que o grupo de Profissionais de Saúde não difere significativamente da amostra de comparação ao nível da escala total da Qualidade de Vida ( $U=153.500$ ;  $p=.208$ ).

Nas sub-escalas da Qualidade de Vida Familiar, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas no “Emprego” ( $U=4.32$ ;  $p<.05$ ), sendo a média superior no grupo de Profissionais de Saúde ( $M=31.50$ ); na “Religião”, em que o grupo de Profissionais de Saúde apresenta uma média mais elevada ( $M=31.50$ ;  $p<.05$ ); tal como na “Educação” ( $U=6.98$ ;  $p<.05$ ), apresentando o grupo de profissionais de saúde uma média superior ( $M=32.35$ ) em comparação com o grupo de não profissionais de saúde ( $M=18.18$ ).

De acordo com a comparação entre as médias dos grupos existem diferenças estatisticamente significativas em termos da percepção da qualidade de vida relativamente às subescalas Emprego, Religião, Educação, apresentando o grupo de Profissionais de Saúde um maior nível de percepção e satisfação nestes factores.

## Forças Familiares – QFF

**Tabela 6. Comparação da média dos grupos, relativamente ao QFF: escala total e suas dimensões**

QFF – Factores	Grupo	N	M	U	p.
Crenças e Comunicação	Profissionais saúde	28	27.50	364.000	.502
	Não profissionais saúde	29	30.45		
Capacidade de Adaptação	Profissionais saúde	28	28.23	384.500	.728
	Não profissionais saúde	29	29.74		
Clima Familiar e Coesão	Profissionais saúde	28	29.57	362.000	.620
	Não profissionais saúde	28	27.43		
Organização da vida familiar	Profissionais saúde	28	30.13	374.500	.613
	Não profissionais saúde	29	27.91		
Individualidade	Profissionais saúde	28	28.55	393.500	.839
	Não profissionais saúde	29	29.43		
Apoio Social	Profissionais saúde	28	28.38	388.500	.776
	Não profissionais saúde	29	29.60		
<b>QFF TOTAL</b>	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>U</b>	<b>p.</b>
	Profissionais saúde	28	28.36	388.000	.948



Pela análise da tabela 6, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de profissionais de saúde e o grupo de não profissionais de saúde em relação à percepção da resiliência familiar ( $U=388.000;p=.948$ ).

### Impacto da variável mediadora “género” nos resultados do QV, QFF e QSP no grupo de profissionais e não profissionais de saúde

Tabela 7. Efeito do “género” no QDV, no grupo de profissionais e não profissionais de saúde

QV	Género	Grupo Profissionais Saúde			Grupo Não Profissionais Saúde		
		M	F/U	p.	M	F/U	p.
Bem-estar financeiro	M	15.36	67.500	.750	14.19	58.500	.578
	F	14.21			12.44		
Tempo	M	16.57	59.000	.439	17.63	63.000	.299
	F	13.81			14.00		
Vizinhança e Comunidade	M	13.00	63.000	.575	15.19	74.500	.778
	F	15.00			14.23		
<b>Relações Sociais e Saúde</b>	M	12.86	62.000	.534	21.31	33.500	<b>.013</b>
	F	15.05			12.60		
Emprego	M	16.71	58.000	.396	13.50	72.000	1.000
	F	13.76			13.50		
Religião	M	16.10	34.500	.183	16.00	76.000	.661
	F	12.23			14.62		
Família e Conjugalidade	M	11.86	55.000	.767	18.00	52.000	.139
	F	12.76			13.10		
Filhos	M	12.75	55.500	.921	15.08	38.500	.286
	F	13.08			11.64		
Educação	M	14.43	73.000	.979	12.94	67.500	.976
	F	14.52			13.03		
<b>QV TOTAL</b>	M	7.50	20.000	.256	14.33	19.000	<b>.057</b>
	F	11.25			8.86		

Da análise da Tabela 7, os resultados obtidos mostram que o grupo de comparação – não profissionais de saúde difere significativamente do grupo de profissionais de saúde, ao nível do efeito do género na qualidade de vida, percebida na sua totalidade ( $U=19.000;p<.05$ ).

Encontramos igualmente diferenças estatisticamente significativas no grupo de não profissionais de saúde na subescala “relações sociais e saúde”, ( $U=33.500;p<.05$ ), sendo a média dos não profissionais de saúde que pertencem ao género masculino ( $M=21.31$ ) superior à dos não profissionais do género feminino ( $M=12.60$ ).

De acordo com os resultados no que se refere à variável género parece-nos que (homens e mulheres) que pertencem ao grupo de não profissionais de saúde diferem na percepção que têm acerca das relações sociais e saúde apresentando os homens um maior grau de satisfação relativamente a esta dimensão.

**Tabela 8. Efeito do “género” no QFF, no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

QFF	Género	Grupo Profissionais Saúde			Grupo Não Profissionais Saúde		
		M	F/U	p.	M	F/U	p.
Crenças e comunicação	M	14.14	71.000	.894	12.75	66.000	.378
	F	14.62			15.86		
Capacidade de adaptação	M	14.86	71.000	.893	13.56	72.500	.569
	F	14.38			15.55		
Clima familiar positivo e de coesão	M	13.07	63.500	.593	12.94	67.500	.522
	F	14.98			15.13		
Organização Vida Familiar	M	15.21	68.500	.789	12.81	66.500	.388
	F	14.26			15.83		
Individualidade	M	14.64	72.500	.957	13.13	69.000	.455
	F	14.45			15.71		
Apoio Social	M	12.07	56.500	.361	12.69	65.500	.350
	F	15.31			15.88		
<b>QFF TOTAL</b>	M	14.36	72.500	.958	12.00	60.000	.309
	F	14.55			15.50		

Da análise da tabela 8 conclui-se que, ao nível do efeito do género na resiliência familiar, percebida na sua totalidade e nas subescalas, não existem quaisquer diferenças estatisticamente significativas em relação às duas amostras.

**Tabela 9. Efeito do “género” no QSP no grupo de profissionais de saúde**

QSP	Género	Grupo Profissionais Saúde		
		M	F/U	p.
Avaliação da situação profissional	M	10.14	43.000	.102
	F	15.95		
<b>Avaliação do funcionamento do serviço</b>	M	8.14	29.000	<b>.017</b>
	F	16.62		
Avaliação global do serviço	M	15.21	68.500	.787
	F	14.26		
Avaliação da política de recursos humanos da organização	M	13.93	69.500	.831
	F	14.69		
Avaliação de outros factores de satisfação profissional	M	14.00	70.000	.852
	F	14.67		

<b>QSP TOTAL</b>	M	12.07	56.500	.367
	F	15.31		

De acordo com os resultados desta tabela, verificou-se a existência de diferenças de género estatisticamente significativas relativamente ao factor avaliação do funcionamento do serviço ( $U=29.000; p<.05$ ). Podemos inferir que o sexo feminino apresenta um maior grau de satisfação profissional relativamente à dimensão – “avaliação do funcionamento do serviço”, apresentando uma média de ( $M=16.62$ ) comparativamente ao sexo masculino que obteve uma média de ( $M=8.14$ ).

### **Impacto da variável “idade” nos resultados do QV, QFF e QSP no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

Antes de proceder à apresentação dos resultados ao nível do efeito da “idade” na variabilidade dos resultados, e com o objectivo de conseguir uma maior homogeneidade, agrupamos as amostras em dois grupos (Condição 1 – sujeitos dos 20 aos 40 anos; Condição 2 – sujeitos dos 41 aos 60 anos).

**Tabela 10. Efeito da “idade” no QV, no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

QV	Condição (Idade)	Grupo Profissionais Saúde			Grupo Não Profissionais Saúde		
		M	U	p.	M	U	p.
Bem-estar financeiro	20-40	13.39	.243	.622	13.05	.328	.849
	41-60	15.03			12.65		
Tempo	20-40	15.50	.199	.656	13.36	2.214	.330
	41-60	14.03			14.90		
Vizinhança e Comunidade	20-40	16.61	.885	.347	13.36	.821	.663
	41-60	13.50			14.61		
Relações Sociais e Saúde	20-40	16.39	.727	.394	16.59	4.435	.109
	41-60	13.61			15.77		
Emprego	20-40	18.11	2.724	.099	14.59	.409	.815
	41-60	12.79			12.71		
Religião	20-40	14.06	.462	.497	15.36	2.462	.292
	41-60	12.41			13.53		
<b>Família e Conjugabilidade</b>	20-40	17.93	6.237	<b>.013</b>	16.86	6.468	<b>.039</b>
	41-60	10.26			14.93		
<b>Filhos</b>	20-40	18.50	5.790	<b>0.16</b>	12.86	5.442	.066
	41-60	10.86			14.14		
Educação	20-40	14.78	.015	.901	14.64	2.576	.276
	41-60	14.37			11.04		
<b>QV TOTAL</b>	20-40	13.17	1.747	.186	11.43	2.015	.365
	41-60	9.36			9.38		

Os resultados mostram o efeito da “idade” no grupo de profissionais de saúde nas seguintes sub-escalas da qualidade de vida familiar: “Família e Conjugalidade” ( $U=6.237;p<.05$ ), e “Filhos” ( $U=5.790;p<.05$ ) tendo os sujeitos com idade compreendida entre os 20 - 40 anos apresentado uma média superior ( $M=17.93$ ) em relação aos sujeitos com idade compreendida entre os 41-60 anos ( $M=10.26$ ) (cf. tabela 10). Em relação ao grupo de não profissionais de saúde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sub-escala da qualidade de vida familiar: “Família e Conjugalidade” ( $U=6.468;p=.039$ ), apresentando tal como o grupo de profissionais de saúde uma média superior nos sujeitos com idades compreendidas entre os 20-40 anos ( $M=16.86$ ), relativamente aos sujeitos com idade compreendida entre os 41-60 anos ( $M=14.93$ ).

**Tabela 11. Efeito da “idade” no QFF, no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

QFF	Condição (Idade)	Grupo Profissionais Saúde			Grupo Não Profissionais Saúde		
		M	U	p.	M	U	p.
Crenças e comunicação	20-40	13.83	0.88	.767	16.68	1.485	.476
	41-60	14.82			14.77		
Capacidade de adaptação	20-40	12.22	1.046	.307	16.95	2.308	.315
	41-60	15.58			14.83		
Clima familiar positivo e de coesão	20-40	16.78	1.031	.310	14.45	.078	.962
	41-60	13.42			14.77		
Organização Vida Familiar	20-40	16.94	1.188	.276	16.09	.861	.650
	41-60	13.34			15.00		
Individualidade	20-40	14.17	.023	.880	14.59	1.852	.396
	41-60	14.66			16.43		
Apoio Social	20-40	14.72	.010	.921	15.36	1.485	.476
	41-60	14.39			13.73		
<b>QFF TOTAL</b>	20-40	15.11	.073	.787	15.05	.558	.756
	41-60	14.21			14.80		

Da análise da Tabela 11 e relativamente ao efeito da variável “idade” na variabilidade dos resultados ao nível das forças familiares, percebida na sua totalidade, tal como nas dimensões que a compõem, não verificámos diferenças estatisticamente significativas nas duas amostras.

**Tabela 12. Efeito da “idade” no QSP, no grupo de profissionais de saúde**

QSP	Condição (Idade)	Grupo Profissionais Saúde		
		M	U	p.
Avaliação da situação profissional	20-40	13.94	.062	.804
	41-60	14.76		
Avaliação do funcionamento do serviço	20-40	18.67	3.505	.061

	41-60	12.53		
Avaliação global do serviço	20-40	15.28	.123	.726
	41-60	14.13		
Avaliação da política de recursos humanos da organização	20-40	16.44	.754	.385
	41-60	13.58		
Avaliação de outros factores de satisfação profissional	20-40	18.72	3.542	.60
	41-60	12.50		
<b>QSP TOTAL</b>	20-40	17.17	1.396	.237
	41-60	13.24		

Da análise da Tabela 12, relativamente ao efeito da variável “idade” na variabilidade dos resultados ao nível do questionário da satisfação profissional, para o índice total e dimensões que o compõem, não verificámos diferenças estatisticamente significativas no grupo de profissionais de saúde.

Parece-nos assim que a variável “idade” não influencia o grau de Satisfação Profissional.

### **Impacto da variável “nível socioeconómico” nos resultados do QV, QFF no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

Antes de centrarmos a nossa análise no impacto da variável “nível socioeconómico” na variabilidade dos resultados obtidos, é de referir que devido à caracterização da amostra geral pertencer maioritariamente a um nível socioeconómico médio e alto optámos assim por ter em conta apenas esses dois níveis socioeconómicos para verificarmos o seu impacto nos resultados acima mencionados.

**Tabela 13. Efeito do “nível socioeconómico” no QV, no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

QV	NSE	Grupo Profissionais Saúde			Grupo Não Profissionais Saúde		
		M	U	p.	M	U	p.
<b>Bem-estar financeiro</b>	Médio	11.32	4.204	<b>.40</b>	12.09	.825	.364
	Alto	17.68			14.94		
Tempo	Médio	13.29	.618	.432	16.48	2.349	.125
	Alto	15.71			11.13		
Vizinhança e Comunidade	Médio	11.68	3.338	.068	14.28	.053	.818
	Alto	17.32			15.06		
Relações Sociais e Saúde	Médio	12.96	1.014	.314	14.26	.580	.446
	Alto	16.04			16.94		
Emprego	Médio	13.00	.992	.319	14.03	.293	.588
	Alto	16.00			12.31		
Religião	Médio	13.33	.076	.783	14.86	.027	.869
	Alto	12.69			15.38		

Família e Conjugalidade	Médio	12.30	0.15	.904	13.50	1.117	.291
	Alto	12.64			17.00		
Filhos	Médio	13.79	.285	.594	12.11	.232	.630
	Alto	12.27			13.67		
<b>Educação</b>	Médio	10.86	5.598	<b>.018</b>	11.18	3.353	.067
	Alto	18.14			16.88		
<b>QV TOTAL</b>	Médio	7.25	4.036	.045	9.89	.494	.482
	Alto	12.67			11.92		

Através da análise da Tabela 13, encontramos diferenças estatisticamente significativas no grupo profissionais de saúde ao nível das dimensões “Bem-Estar Financeiro” ( $U=4.204$ ;  $p<.05$ ) e “Educação” ( $U=5.598$ ;  $p<.05$ ). Verificando-se no nível Bem-Estar Financeiro que os sujeitos que pertencem a um nível socioeconómico alto apresentam uma média superior ( $M=17.68$ ), em comparação aos sujeitos que pertencem a um nível socioeconómico médio ( $M=11.32$ ), verificando-se o mesmo resultado ao nível da dimensão “Educação”, em que os sujeitos que apresentam um nível socioeconómico alto possuem uma média superior (18.14), em comparação aos sujeitos que pertencem a um nível socioeconómico médio (10.86).

Estes resultados podem sugerir que nas dimensões “Bem-estar financeiro” e “Educação” os profissionais de saúde com um nível socioeconómico alto apresentam um maior grau de satisfação.

**Tabela 14. Efeito do “nível socioeconómico” no QFF, no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

QFF	NSE	Grupo Profissionais Saúde			Grupo Não Profissionais Saúde		
		M	U	p.	M	U	p.
Crenças e comunicação	Médio	15.54	.447	.504	15.05	.002	.961
	Alto	13.46			14.88		
Capacidade de adaptação	Médio	13.86	.176	.675	14.40	.382	.536
	Alto	15.14			16.56		
Clima familiar positivo e de coesão	Médio	14.50	.000	1.000	14.64	.026	.872
	Alto	14.50			14.07		
Organização Vida Familiar	Médio	14.11	.065	.799	15.40	.176	.675
	Alto	14.89			13.94		
Individualidade	Médio	14.89	.066	.797	14.12	.848	.357
	Alto	14.11			17.31		
Apoio Social	Médio	14.04	.091	.763	14.76	.064	.801
	Alto	14.96			15.63		
<b>QFF TOTAL</b>	Médio	14.50	.000	1.000	14.79	.102	.750
	Alto	14.50			13.64		

Da análise da Tabela 14, relativamente ao efeito da variável “nível socioeconómico” na variabilidade dos resultados ao nível das forças

familiares, percebida na sua totalidade, tal como nas dimensões que a compõem, não verificámos diferenças estatisticamente significativas nas duas amostras.

### **Impacto da variável mediadora “Etapa do Ciclo Vital” e “Formas de Família” nos resultados do QV, QFF no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

Ao nível do efeito das variáveis “etapa do ciclo vital” e “formas de família” na percepção da qualidade de vida familiar e resiliência familiares, concluímos que não se verificam diferenças estatisticamente significativas tanto no grupo de profissionais de saúde como no grupo de não profissionais de saúde.

Todavia, optámos por fazer referência a um dado interessante verificado nos resultados do QV, na variável “formas de família”, no grupo de profissionais de saúde. Apesar de não terem sido verificadas diferenças estatisticamente significativas, encontramos um valor que se encontra no limiar da significação estatística ( $p=0.58$ ).

Apesar de não podermos inferir que existem diferenças estatisticamente significativas, aparentemente as famílias nucleares intactas podem apresentar uma maior percepção na qualidade de vida na sub-escala “Família e Conjugalidade” na escala da Qualidade de Vida Familiar.

**Tabela 15. Efeito “formas de família” no QV, no grupo de profissionais e não profissionais de saúde**

QV	Formas de Família	Grupo Profissionais Saúde			Grupo Não Profissionais Saúde		
		M	U	p.	M	U	p.
Família e Conjugalidade	Nuclear	13.60			15.42		
	Intacta						
	Pós-divórcio	1.50	5.701	.058	13.50	3.545	.315
	Reconstituída	12.50			13.50		

**Quadro 6. Influência do grau de Satisfação Profissional na percepção da Qualidade de Vida e Resiliência Familiares na amostra Total**

	QV Total	QFF Total
QFF Total	.47*	
QSP Total	.76**	.39*
QSP – F1 Avaliação da minha situação profissional	.595**	.444*
QSP – F2 Avaliação do funcionamento do meu serviço	.721**	.336
QSP – F3 Avaliação global do serviço	.461*	.317
QSP – F4 Avaliação da política de recursos humanos	.726**	.208
QSP – F5 Avaliação de outros factores de Satisfação profissional	.812**	.481**

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Foi conduzida uma análise do coeficiente de correlação *Ró de Spearman* para perceber de que forma se relacionariam o grau de satisfação profissional com a percepção de qualidade de vida e grau de satisfação profissional com as resiliências familiares. Os resultados da análise correlacional revelam que todas as correlações são estatisticamente significativas com valor mínimo de .39 e máximo de .76.

O grau de satisfação profissional parece estar fortemente correlacionado com a percepção da qualidade de vida dos sujeitos ( $R^2=.76$   $p<.001$ ), o que nos indica uma correlação forte positiva, onde os sujeitos com maior grau de satisfação com a sua vida profissional, possuem também uma melhor percepção da qualidade de vida.

Atentámos aos factores que compõem a Escala de Satisfação Profissional a fim de verificar quais eram os factores que estariam mais relacionados com a percepção de qualidade de vida. Sobressaíram o Factor 2 *Avaliação do funcionamento do meu serviço ou departamento* ( $R^2=.72$   $p<.001$ ), o Factor 4 *Avaliação da política de recursos humanos da organização onde trabalho* ( $R^2=.73$   $p<.001$ ) e o Factor 5 *Avaliação de outros factores de Satisfação profissional* ( $R^2=.81$   $p<.001$ ). Este resultado parece ser revelador que no conceito de qualidade de vida de cada indivíduo, a valência profissional ocupa um lugar importante. A satisfação com a profissão, as redes sociais profissionais, o bem-estar organizacional e o reconhecimento das competências profissionais estão intimamente relacionadas com a satisfação quotidiana, extensível à satisfação familiar.

De facto, ainda que a relação entre a satisfação familiar e a satisfação profissional não seja tão forte ( $R^2=.39$   $p<.05$ ), não deixa de ser estatisticamente significativa. Pelo que, novamente, verifica-se a existência de uma relação média positiva entre ambas as variáveis, onde quanto maior é a satisfação com o trabalho, maior é também a resiliência familiar.

Verificámos que factores da Escala de Satisfação Profissional estariam directamente relacionados com a resiliência familiar e emergiu o Factor 1 *Avaliação da minha situação profissional* ( $R^2=.44$   $p<.05$ ) e o Factor 5 *Avaliação de outros factores de Satisfação profissional* ( $R^2=.48$   $p<.001$ ). Os restantes factores não se revestem de significação estatística.

Os resultados obtidos parecem-nos indicar que o reconhecimento profissional, quer económico, quer ao nível da competência, a par com o respeito individual reconhecido e o equilíbrio entre a esfera profissional e pessoal parecem contribuir para uma maior resiliência familiar.



Gráfico 2. Correlação QV Total e QSP Total

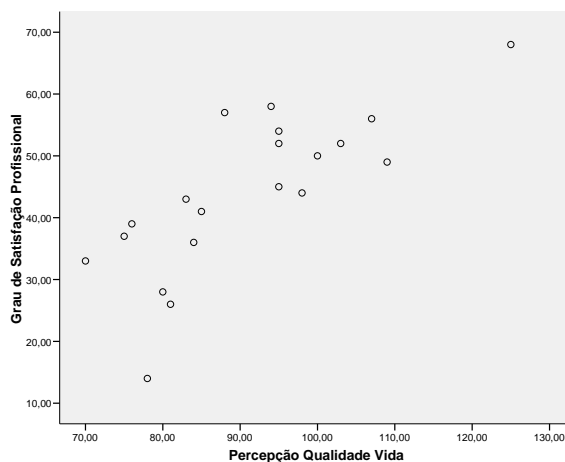
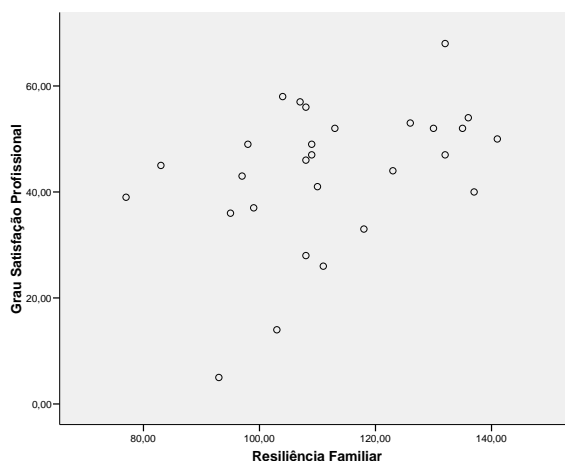


Gráfico 3. Correlação QFF Total e QSP Total



## V - Discussão

Tendo em conta que estamos perante um estudo exploratório, gostaríamos de alertar para a necessidade de encarar estes dados com cautela, nomeadamente no que diz respeito à sua generalização. De facto, a nossa amostra é reduzida ( $N= 57$ ) e não é representativa da população na qual foi colhida. Ainda assim, os dados recolhidos fornecem resultados interessantes e que poderão servir, eventualmente, como linhas orientadoras para estudos posteriores.

Apesar da escassez de estudos que abordem as famílias dos profissionais de saúde podemos dizer que, na generalidade, os resultados estão em concordância com a literatura. Assim, duas áreas da vida do profissional de saúde (área profissional e pessoal) estão intrinsecamente ligadas, o que foi largamente demonstrado pela investigação realizada neste âmbito. Deste modo e antes de passarmos para a interpretação dos resultados

é importante relativizar que qualquer hipótese, reflexão sugerida constitui apenas possíveis leituras do resultado obtido.

Os estudos empíricos realizados revelaram inúmeros factores que podem condicionar a satisfação profissional. A esses múltiplos factores acrescem as diferentes percepções individuais, que tornam ainda mais imprevisíveis os resultados da percepção da satisfação.

Kiernan e Marrone (1997) referem que a satisfação no trabalho afecta a qualidade de vida no trabalho de forma particular e a qualidade de vida de forma global. Tal sugere que o enquadramento profissional pode ser um factor determinante no percurso de vida de um sujeito na medida em que quando algo não corre bem num destes domínios isso irá se repercutir no âmbito pessoal e profissional. De acordo com Rosenthal (1989), o sujeito considera uma variedade de factores quando avalia se um trabalho é bom ou mau. A importância de cada um destes factores varia segundo o valor atribuído a cada uma das características. Estes factores incluem a satisfação no trabalho, estatuto profissional e segurança no trabalho. Assume-se que ao longo do tempo estas expectativas e atitudes vão mudar quer para o indivíduo, quer relativamente ao trabalho (Rosenthal, 1989).

Neste sentido, a literatura é bastante expressiva, no respeitante aos factores ligados a uma maior insatisfação no grupo de profissionais de saúde entre as quais se destaca: o excesso de trabalho, a falta de tempo para as actividades de lazer e familiares, condições físicas do local de trabalho, relações de trabalho com colegas, vencimento, reconhecimento pela dedicação ao trabalho, (McCranie & cols.1982).

Perante este quadro, seria expectável que o grupo de profissionais de saúde pelas razões acima mencionadas apresentasse uma percepção de qualidade de vida familiar inferior em relação aos sujeitos que constituem a amostra, o que não se verificou.

Tendo em conta o Inventário Qualidade de Vida, podemos, através das análises realizadas neste estudo chegar a várias conclusões. No respeitante aos dados obtidos nas várias dimensões que compõem a escala de qualidade de vida familiar, percebida na sua totalidade, os grupos não se diferenciaram significativamente entre si, embora, possamos presenciar diferenças de relevo nos factores “Emprego”, “Religião”, “Educação”, apresentando o grupo de profissionais de saúde um maior nível de satisfação nestes factores. De facto, se considerarmos os itens que compõem a dimensão ligada ao “*Emprego*”, estes remetem para uma satisfação a nível profissional.

Se por um lado este valor não seria expectável tendo em conta que actualmente, o grupo de profissionais de saúde é uma das classes profissionais que mais se sente insatisfeita a nível profissional devido a sobrecarga de trabalho; pressão de tempo; falta de apoio social por parte de superiores hierárquicos, segurança no trabalho, dificuldade em conciliar as obrigações de trabalho com as familiares e domésticas (Rosenthal, 1989), não deixa de ser curioso o resultado verificado. Contudo devemos ter em conta que a percepção de satisfação de algo é sempre tido como subjectivo e percebido de maneira diferente de indivíduo para indivíduo.

Contextualizando o resultado obtido ao nível da dimensão “Religião”,

neste factor incluem-se itens de satisfação ligados à vida religiosa da família e comunidade. Mais uma vez, não deixa de ser curioso o resultado verificado, apresentando o grupo de profissionais de saúde uma maior percepção de satisfação ligada a essa dimensão. Tendo em conta que muitas vezes a área da saúde se encontra mais ligada à ciência que a questões de espiritualidade, salientamos que muitas pessoas procuram na fé, em crenças e práticas espirituais, o significado para a sua vida e para os seus problemas (Bearvers & Hampson, 1990, cit. in Walsh 2003; McCubbin et al., 1997), podendo este resultado estar ligado a uma “estratégia” que estes profissionais usam para fazer frente às adversidades que podem encontrar.

Analisando a dimensão “Educação”, verificamos mais uma vez que o grupo de profissionais de saúde apresenta uma média superior o que é expectável, se tivermos em conta que esta dimensão avalia a satisfação com o nível de estudos que se tem aliado à quantidade de dinheiro que se deve. Este resultado poderá relacionado com um nível socioeconómico mais elevado, associado a um nível de habilitações literárias superiores do grupo de profissionais de saúde, em relação ao grupo de comparação. O resultado está em concordância com a literatura por nós consultada, sendo que uma das funções que remetem para a satisfação profissional está ligada ao domínio do nível de estudos que se tem, tornando mais acessível a obtenção de um emprego, em que um dos objectivos seja obter um bom salário para garantir conforto e acesso aos prazeres da vida (Friedmann, 1964).

Em relação ao efeito do “Género” na escala qualidade de vida, verificou-se no grupo de não profissionais de saúde um resultado significativo na dimensão “Relações e Saúde”, tendo o sexo feminino obtido uma média mais baixa, comparativamente ao sexo masculino. Esta dimensão que se traduz com a satisfação ligada à área da saúde e relações com familiares e amigos, o sexo feminino do grupo de não profissionais de saúde tem uma percepção mais negativa nesta dimensão. Mais uma vez, encontramos uma percepção favorável do grupo de profissionais de saúde face à dimensão, “Relações e Saúde”, o que pode estar relacionado com os conhecimentos que estes detêm na área da saúde, podendo sentir-se deste modo mais seguros caso haja algum problema, socorrendo-se dos seus conhecimentos, constituindo de certa forma uma possível estratégia de lidar com as adversidades.

Face ao efeito da “Idade”, verificamos uma maior satisfação no grupo de profissionais de saúde nas dimensões “Família e Conjugalidade” e “Filhos”, apresentando os sujeitos com idades compreendidas entre os 20-40 anos uma média superior em relação aos sujeitos com idades compreendidas entre os 41-60 anos. No grupo de comparação foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na mesma dimensão “Família e Conjugalidade”, apresentando tal como o grupo de profissionais de saúde uma média superior nos sujeitos com idades compreendidas entre os 20-40 anos. Apesar de não encontrarmos literatura exemplificativa deste impacto do nível da idade no grupo de profissionais de saúde na dimensão “Família e Conjugalidade” – sabemos que esta dimensão integra questões relacionadas com a satisfação na família e casamento. Pensamos que a qualidade percebida nesta dimensão é superior nos sujeitos mais jovens, o que é

expectável se tivermos em conta os diversos estudos realizados neste âmbito que indicam que os casais com filhos em casa reportavam níveis mais baixos de satisfação matrimonial, em oposição aos casais que não têm filhos em casa, ou seja, o facto dos filhos adultos não viverem em casa dos pais está positivamente associado com a qualidade de vida conjugal (Abbot & Brody, cit in. Pittman & Lloyd, 1988).

Em relação ao efeito “Socioeconómico” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no grupo dos profissionais de saúde ao nível das dimensões “Bem-Estar Financeiro” e “Educação”. De facto se atendermos a este grupo pertencer na sua maioria a um nível socioeconómico médio/alto. Os resultados obtidos nesta dimensão estão de acordo com a literatura encontrada se atendermos que a segurança financeira trata-se de um elemento essencial para cumprir as necessidades básicas do ser humano, desde a alimentação, saúde, educação (Anderson, 2003, cit. in Walsh 2003). Pretendemos destacar que o rendimento do trabalho é interpretado de forma distinta por cada trabalhador, isto é, pode ser gratificante não só do ponto de vista de benefícios materiais mas também como símbolo de sucesso e reconhecimento (Gruneberg, 1979).

Nas restantes dimensões da Qualidade de Vida não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Relativamente à escala QFF, percebida na sua totalidade, bem como nas dimensões que a compõem não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Apesar de não termos encontrado na literatura consultada nenhum estudo que justifique o resultado obtido, achamos pertinente fazer uma breve reflexão acerca dos resultados verificados, uma vez que nas pesquisas sobre resiliência se encontrar factores relacionados com o indivíduo (idade, sexo, experiência de vida), com o contexto (suporte social, classe social, cultura, ambiente) e igualmente com a quantidade e qualidade do evento de vida (se é desejável, controlável, a sua magnitude, duração no tempo e efeitos a longo prazo). (Walsh, 2003), o que não se verificou no nosso estudo. Contudo, podemos reflectir até que ponto o grupo de profissionais de saúde e de não profissionais de saúde percebem a resiliência familiar de forma idêntica, podendo possuir um funcionamento familiar semelhante e daí não termos obtido nenhum resultado estatisticamente significativo ao nível do QFF.

Nos resultados obtidos do QSP - aplicado especificamente aos profissionais de saúde, verificamos a existência de diferenças de género estatisticamente significativas relativamente ao factor “Avaliação do funcionamento do serviço”, no sexo feminino.

Neste factor salientam-se questões relacionadas com a organização geral do serviço, relação profissional com colegas e superiores hierárquicos, questões relacionadas com incentivos e maior dinâmica no trabalho.

Com estes resultados verificamos que o sexo feminino apresenta um maior grau de satisfação relativamente a este factor, podendo por hipótese, o sexo masculino dar maior importância a outros factores de satisfação que não se enquadravam no QSP. De facto, é encontrado na literatura que a

diferença dos sexos leva a divergências naquilo que é sentido como factor de satisfação em diversos contextos (Burke & Richardsen, 1991, cit. in Serra, 1999).

Finalizando esta nossa discussão, não poderíamos deixar de frisar os resultados obtidos ao nível da relação do grau de satisfação profissional quer com o QV, quer com o QFF.

Os resultados revelaram que todas as correlações são estatisticamente significativas, ou seja o grau de satisfação profissional parece estar fortemente correlacionado com a percepção da qualidade de vida dos sujeitos, o que nos pode indicar que sujeitos com maior grau de satisfação com a sua vida profissional, possuem também uma melhor percepção da qualidade de vida.

A satisfação com a profissão, o bem-estar pessoal e o reconhecimento das competências profissionais estão intimamente relacionadas com a satisfação extensível à qualidade de vida familiar e o reconhecimento profissional a par com o reconhecimento pessoal, parecem contribuir para uma maior resiliência familiar. Contudo, alertamos mais uma vez, para a ideia de que a satisfação sentida em relação a cada domínio é um julgamento individual e subjectivo que tem por base as necessidades e interesses individuais que são satisfeitos pelo ambiente pessoal da pessoa (Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000).

## VI – Conclusões

A literatura encontrada descreve o trabalho e família como dois domínios importantes da vida de um profissional que se ligam fortemente num equilíbrio por vezes algo difícil de gerir.

Os resultados obtidos nesta investigação estão, na sua generalidade, de acordo com a literatura encontrada, verificando-se um forte impacto na relação entre satisfação profissional, qualidade de vida e resiliência familiares no grupo de profissionais de saúde, revelando que a sub-amostra dos profissionais de saúde apresenta uma percepção de qualidade de vida mais positiva, em comparação ao grupo de não profissionais de saúde.

Seguidamente, destacamos os resultados mais relevantes do nosso estudo. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ao nível das sub-escalas *Emprego, Religião, Educação* que integram a escala QV, apresentando o grupo de profissionais de saúde um maior nível de percepção e satisfação nesses factores. Foram verificados efeitos estatisticamente significativos de algumas variáveis sociodemográficas (idade, género, nível socioeconómico) sobre algumas dimensões do QV (*Filhos, Bem-estar Financeiro, Relações Sociais e Saúde, Família e Conjugalidade e Educação*) e do QSP, ligados a diferentes factores de satisfação profissional.

Finalizando, consideramos que poderá ser útil reflectir em pormenor sobre os resultados deste estudo, apontando algumas limitações ao mesmo, tal como apresentar algumas propostas para estudos futuros. De facto, os resultados obtidos trazem alguma novidade ao estudo da amostra específica

nos profissionais de saúde. A análise mais concreta dos efeitos de algumas variáveis sociodemográficas sobre algumas dimensões dos instrumentos utilizados, permitiu-nos conhecer mais aprofundadamente este tipo de população.

Como foi referido anteriormente, os resultados vindouros deste estudo devem ser analisados com cuidado aquando da sua generalização para a população geral. Este facto prende-se com algumas limitações de difícil controlo para nós. Em primeiro lugar, a utilização de um método de amostragem não probabilístico – *amostragem por conveniência* (selecção não aleatória dos sujeitos para participar na investigação, mas dependente da disponibilidade destes para responder aos questionários), que acarreta, em si mesmo, a impossibilidade de extrapolar, com confiança, as conclusões obtidas para a população (Hill & Hill, 2005), factor este impeditivo da aleatorização dos sujeitos.

Em segundo lugar, o facto de ser apenas um estudo exploratório, o que nos limita a generalização dos resultados à população portuguesa. Assim, uma dessas limitações está relacionada com o *N* amostral, nomeadamente da população clínica. Apesar do número da amostra ser suficiente para fazer o estudo, acreditamos que se o *N* fosse maior, a consistência interna da escala aumentaria também. Além disto, se o *N* aumentasse teríamos a oportunidade de enriquecer o estudo fazendo comparações dentro do próprio grupo clínico. O facto de alguns questionários terem sido preenchidos sem a presença da equipa investigadora, faz-nos pensar que perdemos o controlo de algumas variáveis parasitas contribuindo para o aumento dos *missings*, embora estes não tenham prejudicado a nossa análise.

Por sua vez e apesar deste estudo se debruçar sobre uma população específica (profissionais de saúde), as comparações entre a amostra clínica e a amostra de comparação não foram tantas como as desejadas. Assim, acabamos por ter um estudo exploratório sem diferenciar fortemente os dois grupos que a nossa amostra integra.

Atendendo à escassez de investigações nesta área, lança-se o desafio de se continuar a realizar estudos que possam ser cada vez mais representativos das realidades específicas no grupo de profissionais de saúde. Deste modo, pretendemos abrir uma “porta” a futuras investigações no campo da satisfação profissional, tendo em conta o seu impacto na qualidade de vida e resiliência familiares tanto num grupo de profissionais de qualquer área profissional bem como a população em geral.

## Bibliografia

### A

- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchanges. In L. Berkowitz (Org.) *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 2 (pp. 267-299). New York: Academic Press.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Antunes, M. J. (2001). *A Doença da Saúde*. Lisboa: Quetzal Editores.

## B

Beech, H.R., Burns, L. E. e Sheffield, B.F. (1982). *A Behavioural Approach to the Management of Stress* – John Wiley & Sons.

Blauner, R. (1966). Worker satisfaction and industrial trends in modern society. In R. Bendix & S. M. Lipset (Eds.), *Class status and power: Social stratification in comparative perspective* (pp.473-487). New York: The Free Press.

Brites, S. M. R. (2001). *Qualidade de Vida nos Cuidados de Saúde Primários: Estudo comparativo*. Leiria: ISLA.

## C

Caldwell, D. F., & O'Reilly, C. A. (1982). Task perceptions and job satisfaction: a question of causality. *Journal of Applied Psychology*, 67, 387-413.

Canavarro, M.C.; Serra, A.V.; Pereira M., Simões, M.R., Quintais, L.Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C.; Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, n.º2. 16-21.

Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. (1976). *The quality of american life*. New York: Russel Sage Foundation.

Cooper, C.L. e Cartwright, S. (1997). An Intervention Strategy for Workplace Stress. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 43, Nº 1, pp. 7-16.

Cooper C. L., Rout U., Faragher B. (1989). *Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners*. *BMJ* ; 298(6670): 366-70.

## F

Fagulha, T., Duarte, M.D., & Miranda, M.J. (2000). A “qualidade de vida” – Uma nova dimensão psicológica?. *Psychologica*, 25, 5-17.

Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63, 56-59.

Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Revue of Psychology*, 55, 745-774.

Friedmann, G. (1964). *The anatomy of work. Labor, leisure and the implications of automation*. New York: Free Press of Glencoe.

## G

Graça, L. (1999). A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. In: Instrumentos para a melhoria contínua de qualidade. Lisboa: Direcção de Saúde, Sub-Direcção para a qualidade (pp 1-19).

Graça, L.; Sá, E. (1999) – Avaliação da Satisfação Profissional do pessoal dos centros de Saúde da Sub- Região da Saúde de Beja. Resultados preliminares. Beja: Administração Regional de Saúde do Alentejo, Sub-região de Saúde de Beja. Núcleo de formação e de investigação, draft.56 pp

Griffin, R. W., & Bateman, T. S. (1986). Job satisfaction and organizational commitment. In C. L. Cooper e I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology 1986*. Chichester:

Avaliação da relação entre Satisfação Profissional, Qualidade de Vida e Resiliência Familiares  
Um estudo com profissionais de saúde  
Cátia Almeida (catia\_almeida@hotmail.com) 2009

Wiley.

Gruneberg, M. M. (1979). *Understanding job satisfaction*. New York: Wiley.

## H

Hackman, J. R., & Lawler, E. E. (1971). Employee reactions to job characteristics [Monograph]. *Journal of Applied Psychology*, 55, 259-286.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Halle, D. (1984). *America's working man: Work, home and politics among blue collar property owners*. Chicago: University of Chicago Press.

Hampton, D. R. (1986). *Management* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Henne, D., & Locke, E. A. (1985). Job dissatisfaction: What are the consequences? *International Journal of Psychology*, 20(2), 221-240.

Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2nd ed.). Lisboa: Sílabo.

Hopkins, A. H. (1983). *Work and job satisfaction in the public sector*. Totowa, NJ: Rowman & Allenheld.

## I

I. N. E. (1998). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: I. N. E.

I. N. E. (1998). Tipologia de áreas urbanas. Lisboa: I. N. E. e Direcção Geral de Ordenamento de Territórios e Desenvolvimento Urbano.

## K

Kiernan, W. E., & Marrone, J. (1997). Quality of work life for persons with disabilities: Emphasis on the employee. In R. L. Schalock (Ed.) *Quality of Life. Application to persons with disabilities Vol. II*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

## L

Lawler, E. E. (1981). *Pay and Organizational Development*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

LeMasters, E. E. (1975). *Blue collar aristocrats: life styles at a working class tavern*. Madison: University of Wisconsin Press.

Lima, M. L., Vala, J., & Monteiro, M. B. (1994). A satisfação organizacional. Confronto de modelos In J. Vala, M. B. Monteiro, L. Lima, & A. Caetano. *Psicologia Social das Organizações, Estudos em Empresas Portuguesas*. Oeiras: Celta Editora.

Liu, B. (1975). Quality of life: concept, measure and results. *The American Journal of Economics and Sociology*, 34, 1,4-13.

Locke, E. A. (1983). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.

Locke, E. A., & Henne, D. (1986). Strategies for integrated employment. In W. E. Kiernan & R. L. Shalock (Eds.), *Economics, Industry, and disability, a look ahead*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

## M

McCranie, E. W., Hornsby J. L., Calvert J. C. (1982). *Practice and career*  
Avaliação da relação entre Satisfação Profissional, Qualidade de Vida e Resiliência Familiares  
Um estudo com profissionais de saúde



*satisfaction among residency trained family physicians: a national survey.* *J. Fam Pract*; 14(6):1107-14.

Moseley, C. R. (1988). Job satisfaction research: implications for supported employment. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 13(3), 211-219.

Moreira, J. M. (2004). *Questionários: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

## O

O'Reilly, C., Pallete, G. N., & Bloom, J. (1980). Perceptual measures of task characteristics: The biasing effects of differing frames of reference and job attitudes. *Academy of Management Journal*, 23, 118-131.

Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1985). *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (Ed. rev.). St. Paul, MN: University of Minnesota

## P

Pell, K. L. (1997). An analysis of outcomes and satisfaction in supported employment for Alabama, 1987-1991. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 1997 Apr; Vol.57 (10-A): 4326.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pires B. Cerdeira F. (1989). Satisfação profissional de clínicos gerais num centro de saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 6-13.

Pittman, J. & Lloyd, S. (1988). Quality of family life, social support and stress. *Journal of Marriage and the family*, 50 (1), 53-67.

## R

Rice, R. W., McFarlin, B., Hunt, R. G., & Near, J. P. (1985). Job importance as a moderator of the relationship between job satisfaction and life satisfaction. *Basic and Applied Psychology*, 6 (4), 297-316.

Rosenthal, N. H. (1989). More than wages at issue in job quality debate, *Monthly Labor Review*, 112(2), 4-8.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

## S

Serra, A. V. (1999) *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edições do Autor.

Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven* (M. P. R. C.). Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: application, assessment, causes, and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Staw, B. M. (1984). Organizational behaviour: a review and reformulation of the field outcome variables. *Annual Review of Psychology*. 35, 627-666.

## T

Test, D. W., Carver, T., Ewers, L., Haddad, J., & Person, J. (2000). Longitudinal job satisfaction of persons in supported employment.

Avaliação da relação entre Satisfação Profissional, Qualidade de Vida e Resiliência Familiares  
Um estudo com profissionais de saúde  
Cátia Almeida (catia\_almeida@hotmail.com) 2009

*Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 2000, 35(4), 365-373.

Thierry, H. (1998). Motivation and Satisfaction. In P. J. D. Drenth, H. Thierry, & C. J. de Wolff. *Handbook of Work and Organizational Psychology* Vol.4, *Organizational Psychology*, 2<sup>a</sup> Ed. UK: Psychology Press Ltd.

## **W**

Workshop: Sistemas de saúde, garantia de qualidade em clínica geral. (1988). Sistema retributivo. *Revista Portuguesa Clínica Geral*; 5 (38): 12-6.

Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35, 261-281.

Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42 (1), 1-18.

## **ANEXOS**

### **Anexo I: Instrumentos Utilizados:**

1. Informação aos Participantes do Projecto e Objectivo da Investigação
2. Declaração de Consentimento
3. Questionário Sociodemográfico
4. Inventário Qualidade de Vida – QV
5. Questionário Forças Familiares – QFF
6. Questionário Satisfação Profissional - QSP

### **Anexo II: Características Psicométricas dos Instrumentos:**

1. QV
2. QFF
3. QSP

### **Anexo III: Resultados:**

*Outputs* do SPSS resultantes da análise estatística

## Anexo I - Instrumentos Utilizados:

### 1. Informação aos Participantes do Projecto e Objectivo da Investigação

#### INFORMAÇÃO AOS PARTICIPANTES

**Projecto:** Avaliação do Stress, *Coping*, Qualidade de Vida e Resiliência Familiares na população portuguesa

**Objectivo desta investigação:** identificar a percepção que as famílias portuguesas têm das situações de *stress* familiares, bem como das estratégias que usam para lidar com esse *stress*. Pretende-se igualmente caracterizar a qualidade de vida e a resiliência das famílias em situações específicas de vida e/ou a etapas de desenvolvimento pessoal e familiar.

A colaboração de todos os participantes é **VOLUNTÁRIA**, e será absolutamente garantido o **ANONIMATO** e a **CONFIDENCIALIDADE** dos resultados. Para tal, a cada protocolo será atribuído um código, composto por letras e números, e os resultados serão inseridos em bases de dados para tratamento estatístico dos dados globais.

Caso pretenda receber posterior informação sobre os seus próprios resultados, deixe o seu contacto no espaço que é destinado a tal, no fim da folha de consentimento informado.

O seu contributo é extremamente importante, uma vez que permitirá validar instrumentos de avaliação psicológica para a população portuguesa, bem como obter um conhecimento mais objectivo da nossa realidade sobre as temáticas abordadas neste projecto.

Em nenhum dos instrumentos a que vai responder há respostas certas ou erradas, mas apenas lhe é pedido que responda de acordo com o que considera que melhor corresponde a si próprio. Por favor, leia com atenção e não deixe nenhum item por responder. É importante que o preenchimento destes instrumentos respeite a ordem por que são apresentados.

A equipa deste projecto está imensamente grata pela sua disponibilidade e colaboração.

Poderá contactar connosco para mais esclarecimentos

Nome: Cátia Almeida

Instituição: Faculdade de Psicologia e CE da Universidade de Coimbra

E-mail: [catia\\_almeida@hotmail.com](mailto:catia_almeida@hotmail.com)

#### **Responsáveis pelo projecto global:**

Nome: Isabel Maria Marques Alberto Maria Madalena Carvalho Lourenço  
(Prof. Auxiliar da FPCE-UC) (Prof. Auxiliar da FPCE-UC)

E-mail: [isamaria@fpce.uc.pt](mailto:isamaria@fpce.uc.pt) [madalourenco@fpce.uc.pt](mailto:madalourenco@fpce.uc.pt)

## 2. Declaração de Consentimento

### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro ter sido informado da natureza e dos procedimentos da presente  
investigação, bem como das garantias de anonimato e confidencialidade.  
Assim, aceito responder o protocolo que me foi apresentado.

Coimbra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 200\_\_

---

(Assinatura)

## 3. Questionário Sócio-Demográfico

**QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO**

**Código:** \_\_\_\_\_ **data aplicação:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(dia) (mês) (ano)

**Dados pessoais:**

Idade: \_\_\_ Género: Fem \_\_\_/Masc \_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_; Nível de escolaridade \_\_\_\_\_

## Estado civil:

Solteiro: \_\_\_\_\_

Casado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Divorciado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Recasado: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Viúvo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Local de residência (indique apenas a terra/local): \_\_\_\_\_

Nacionalidade:  portuguesa  outra: \_\_\_\_\_

Religião:  não  sim: \_\_\_\_\_

**Composição agregado familiar (lista das pessoas que vivem na sua casa):**

Parentesco*	Idade	Género Fem/Masc	Profissão	Nível escolaridade

\* pai, mãe, filho(a), marido, mulher, irmã(o)

## Outras pessoas que vivam no agregado familiar:

Quem (Grau de Parentesco)*	Idade	Profissão	Estado civil	Motivo permanência

\*avó(ô), tio (a), etc...

Etapa do ciclo vital: <sup>1</sup>

Nível sócio-económico: <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Campos a preencher pelo investigador, no final da entrevista

Alguém, na família, sofre de alguma doença (e.g. diabetes, asma, hipertensão, cancro, obesidade, doença cardiovascular, depressão, ansiedade/pânico, SIDA, consumos, psicose)?

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Quem parentesco	Doença	Tipo Especifico (e.g. tipo de Diabetes, tipo de epilepsia)	Data diagnóstico	Tipo de Acompanhamento (Ambulatório; Consulta externa; Internamento; Centro Saúde; Nenhum)	Fase de Evolução*	Situação Actual**	Impacto da doença (Ligeiro; Moderado; Forte)	Gravidade doença (Ligeira; Moderada; Severa)

\* Fase de Evolução descrever se: **Crise** (fase inicial); **Crónica** (fase de adaptação); **Terminal**.

\*\* Situação Actual - descrever se: **estabilizada**; **em remissão**; **em crise**.

Já faleceu alguém que era significativo para si? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Quem	Idade	Causas	Esperado/inesperado	Há quanto tempo ocorreu	Actualmente sente *

\* Actualmente sente – **escolha uma** das seguintes alíneas:

- a) Ainda acho que isso não aconteceu;
- b) Ainda não quero pensar nem falar no assunto;
- c) Ainda sinto que estou a sofrer de uma forma muito intensa;
- d) Actualmente estou a tentar ajustar-me a esta nova maneira de viver;
- e) Actualmente estou a tentar recompor a minha vida;
- f) Agora, guardo as memórias da pessoa que perdi, continuando a olhar em frente e a seguir a minha vida.

Alguém que é significativo para si se divorciou? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Quem	Esperado/ inesperado	Há quanto tempo	Impacto na sua vida: Ligeiro; Moderado; Forte

Já alguma vez a sua família recorreu a algum tipo de ajuda psicológica?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se respondeu que Sim:

a) que tipo de Instituição (Centro saúde; Hospital; Cons. Privado; Instituição Solidarietà Social): \_\_\_\_\_

b) Motivo do pedido: \_\_\_\_\_

c) Tipo de pedido (Terapia individual; Terapia Familiar; Terapia casal...): \_\_\_\_\_

d) Quanto tempo tiveram apoio: \_\_\_\_\_

e) Nesta altura ainda têm esse apoio: \_\_\_\_\_

Na doença ou noutras situações difíceis com que apoio é que mais pode contar? Numere por ordem de importância, em que o 1=mais importante e o 4= menos importante

Da Família Chegada \_\_\_; Da Família Alargada \_\_\_; Da Comunidade (vizinhos, amigos...) \_\_\_; De Instituições (apoio social, médico) \_\_\_

Como é que avalia o *stress* da família?

Muito pouco Muitíssimo  
1      2      3      4      5

Como é que avalia a qualidade de vida da família?

Muito má Muito boa  
1      2      3      4      5

Como é que avalia as Forças/capacidades da família para lidar com os problemas/dificuldades?

Muito más Muito boas  
1      2      3      4      5

Como é que acha que a sua família se adapta, em geral, às dificuldades?

Muito Mal Muito bem  
1      2      3      4      5



## 4. Inventário Qualidade de Vida - QV

**QUALIDADE DE VIDA****Formulário Parental**

Adaptado de David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982  
Versão NUSIAF – SISTÉMICA (Adaptado, 2007; Validado, 2008)

**Instruções:**

Leia a lista de “possibilidades de resposta” uma de cada vez. Em seguida, decida acerca da forma como se sente em relação a cada uma das questões. De acordo com o seu grau de satisfação, assinale com uma cruz (x) a classificação mais indicada (1, 2, 3, 4, ou 5) à frente do tópico em questão. Obrigado.

	1	2	3	4	5
<b><u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM?:</u></b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Pouco Satisfeito</b>	<b>Geralmente Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	<b>Extremamente Satisfeito</b>
<b>Casamento e vida familiar</b>					
1. A sua família					
2. O seu casamento					
3. O(s) seu(s) filho(s)					
4. Número de crianças na sua família					
<b>Amigos</b>					
5. Os seus amigos					
6. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.)					
<b>Saúde</b>					
7. A sua própria saúde					
8. A saúde dos outros membros da família					
<b>Casa</b>					
9. As suas condições actuais de habitação					
10. As suas responsabilidades domésticas					
11. As responsabilidades domésticas dos outros membros da família					
12. Espaço para as suas próprias necessidades					

13. Espaço para as necessidades da sua família					
<b>Educação</b>					
14. O nível de estudos que tem					
15. Os programas educativos projectados para melhorar o seu casamento e a sua vida famílias					
<b>Tempo</b>					
16. Quantidade de tempo livre					
17. Tempo para si					
18. Tempo para a família					
19. Tempo para a lida da casa					
20. Tempo para ganhar dinheiro					
<b>Religião</b>					
21. A vida religiosa da sua família					
22. A vida religiosa na sua comunidade					
<b>Emprego</b>					
23. A sua principal ocupação (trabalho)					
24. A segurança do seu trabalho					
<b>Mass Media</b>					
25. A quantidade de televisão que os membros da sua família vêem televisão					
26. A qualidade dos programas televisivos					
27. A qualidade dos filmes					
28. A qualidade dos jornais e revistas					
29. O seu nível de rendimento					
30. Dinheiro para as necessidades familiares					
31. A sua capacidade para lidar com emergências financeiras					
32. Quantidade de dinheiro que deve (hipoteca, empréstimo, cartões de crédito)					
33. Nível de poupança					
34. Dinheiro para futuras necessidades da família					
<b>Vizinhança e comunidade</b>					
35. As escolas na sua comunidade					
36. As compras na sua comunidade					
37. A segurança na sua comunidade					
38. O bairro onde vive					
39. As instalações recreativas (parques, recintos para recreio, programas, etc.)					
40. Os serviços de saúde					

## 5. Questionário Forças Familiares - QFF

### QFF

(Ana Melo & Madalena Alarcão)

Segue-se uma listagem de coisas que por vezes acontecem nas famílias.

Por favor assinale em que medida considera que as características descritas são parecidas com as da sua família de acordo com a seguinte escala.

- 1** – Nada parecidas  
**2** – Pouco parecidas  
**3** – Mais ou menos parecidas  
**4** – Bastante parecidas  
**5** – Totalmente parecidas

1. Na minha família somos optimistas e procuramos ver sempre o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2. Na minha família acreditamos que em conjunto conseguimos sempre encontrar maneira de lidar com os problemas.	1	2	3	4	5
3. Na minha família somos muito unidos.	1	2	3	4	5
4. A minha família toda a gente tem o direito de dar a sua opinião.	1	2	3	4	5
5. Na minha família tomamos decisões em conjunto.	1	2	3	4	5
6. Na minha família sempre que alguém tem um problema toda a gente se junta para ajudar.	1	2	3	4	5
7. Na minha família toda a gente dá apoio àquilo que cada um quer fazer, aos projectos individuais e ao que é importante para si.	1	2	3	4	5
8. Na minha família cada um tem o direito de ter a sua privacidade, o seu próprio espaço ou tempo.	1	2	3	4	5
9. Na minha família as tarefas de casa e da vida familiar são partilhadas.	1	2	3	4	5
10. Na minha família mostramos abertamente o que sentimos uns pelos outros.	1	2	3	4	5
11. Na minha família sentimos que somos capazes de ser felizes apesar das dificuldades que vão ou podem aparecer.	1	2	3	4	5
12. Na minha família existem regras claras que toda a gente conhece e sabe que tem que cumprir.	1	2	3	4	5

13. Na minha família fazemos coisas e actividades em conjunto.	1	2	3	4	5
14. Na minha família há boa disposição e encontramos sempre momentos para rir.	1	2	3	4	5
15. Na minha família toda a gente é capaz de dizer o que pensa e sente, mesmo coisas negativas, sem magoar os outros.	1	2	3	4	5
16. Na minha família quando aparece um problema importante, conversamos e resolvemo-lo em conjunto.	1	2	3	4	5
17. Na minha família temos amigos, vizinhos ou pessoas conhecidas que nos ajudam quando precisamos.	1	2	3	4	5
18. Na minha família conseguimos gerir o dinheiro que temos de maneira a tentar conseguir pagar as principais despesas.	1	2	3	4	5
19. Na minha família sabemos a que sítios nos temos que dirigir para cada dificuldade que surge.	1	2	3	4	5
20. Na minha família, quando há problemas com os quais não conseguimos lidar, aceitamos isso e seguimos em frente sem desanimar.	1	2	3	4	5
21. Na minha família acreditamos que todos temos algo a cumprir, uma espécie de missão.	1	2	3	4	5
22. Na minha família há valores que se deseja que toda a gente aprenda.	1	2	3	4	5
23. Na minha família conseguimos lidar bem com imprevistos e dificuldades.	1	2	3	4	5
24. Na minha família acreditamos que os momentos de dificuldade nos podem ajudar a ser mais fortes.	1	2	3	4	5
25. Na minha família é importante que cada um tente ser feliz.	1	2	3	4	5
26. Na minha família conseguimos resolver um desacordo sem conflitos	1	2	3	4	5
27. A minha família consegue encontrar ajuda quando precisa nas pessoas que conhece.	1	2	3	4	5
28. Na minha família conseguimos discutir pontos de vista diferentes sem ficarmos zangados uns com os outros.	1	2	3	4	5
29. Na minha família as decisões importantes, que afectam todos, são tomadas em conjunto.	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela sua colaboração!

## 6. Questionário Satisfação Profissional - QSP

### Questionário sobre Satisfação Profissional<sup>2</sup>

(adaptado de [www.janela.com/inquerito/satisfacao.hta](http://www.janela.com/inquerito/satisfacao.hta))

Este questionário pretende recolher a opinião das pessoas relativamente à satisfação sentida no exercício da sua profissão. As suas respostas serão trabalhadas de forma anónima e confidencial.

Por favor leia cada afirmação e decida de acordo com o seu grau de concordância. Obrigado.

<b>Avaliação da minha situação profissional</b>				
<i>0=discordo totalmente   1=discordo parcialmente   2=concordo parcialmente   3=concordo totalmente</i>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1. Tenho uma ideia muito clara do que a organização onde trabalho espera de mim.				
2. Tenho as condições materiais necessárias para exercer as minhas funções.				
3. A Organização onde trabalho aproveita ao máximo as minhas competências.				
4. Considero que o meu salário é adequado para as minhas funções.				
5. Sinto-me realizado(a) com as funções exercidas.				

<b>Avaliação do funcionamento do meu serviço ou departamento</b>				
<i>0=discordo totalmente   1=discordo parcialmente   2=concordo parcialmente   3=concordo totalmente</i>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
6. Considero o meu serviço/departamento bem organizado.				
7. Participo em reuniões periódicas de avaliação e/ou fixação de objectivos do meu serviço/departamento.				
8. A chefia do meu serviço reúne-se comigo periodicamente para apoiar/avaliar o meu desempenho e/ou fixar objectivos.				
9. O meu relacionamento profissional com os colegas é excelente.				
10. O meu desenvolvimento profissional é acompanhado e incentivado pelo meu serviço/departamento.				

<sup>2</sup> Este Questionário foi aplicado apenas aos Profissionais de Saúde  
 Avaliação da relação entre Satisfação Profissional, Qualidade de Vida e Resiliência Familiares  
 Um estudo com profissionais de saúde  
 Cátia Almeida (catia\_almeida@hotmail.com) 2009

### Avaliação global do serviço

0= <i>discordo totalmente</i>   1= <i>discordo parcialmente</i>   2= <i>concordo parcialmente</i>   3= <i>concordo totalmente</i>	0	1	2	3
11. Considero o meu serviço muito bem organizado				
12. Considero os gestores(as) do serviço muito competentes.				
13. Considero que a organização onde trabalho tem um grande futuro.				
14. Considero os utentes do meu serviço geralmente satisfeitos.				
15. Orgulho-me de fazer parte deste serviço.				

### Avaliação da política de recursos humanos da organização onde trabalho

0= <i>discordo totalmente</i>   1= <i>discordo parcialmente</i>   2= <i>concordo parcialmente</i>   3= <i>concordo totalmente</i>	0	1	2	3
16. Esta organização proporciona-me bons incentivos financeiros e não financeiros.				
17. A organização proporciona-me boa formação profissional.				
18. A organização proporciona-me bons cuidados de saúde.				
19. A organização proporciona-me boas actividades culturais, cívicas, desportivas e lúdicas.				
20. A organização proporciona-me qualidade de vida (cantina, estacionamento, creche, ginásio,...).				

### Avaliação de outros factores de satisfação profissional

0= <i>discordo totalmente</i>   1= <i>discordo parcialmente</i>   2= <i>concordo parcialmente</i>   3= <i>concordo totalmente</i>	0	1	2	3
21. É perguntada a minha opinião quando se registam mudanças que afectam o meu trabalho.				
22. Tenho autonomia para tomar decisões.				
23. Sinto-me bem informado(a) sobre a estratégia e o que se passa nesta organização.				
24. Consigo manter o equilíbrio entre a minha vida profissional e a minha vida pessoal.				
25. Sinto-me respeitado como <i>pessoa</i> e como <i>profissional</i> .				

## Anexo II – Características Psicométricas dos Instrumentos:

### 1. QV

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,953	,955	40

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q Casamento 1	4,35	,587	20
Q Casamento 2	3,95	1,191	20
Q Casamento 3	4,55	,686	20
Q Casamento 4	3,80	1,152	20
Q Amigos 5	4,00	,795	20
Q Amigos 6	3,90	,788	20
Q Saúde 7	3,70	,865	20
Q Saúde 8	3,45	,605	20
Q Casa 9	4,15	,875	20
Q Casa 10	3,50	,607	20
Q Casa 11	3,20	,768	20
Q casa espaço 12	3,65	,933	20
Q casa espaço 13	3,70	,865	20
Q Educação 14	4,40	,681	20
Q Educação 15	3,65	,933	20
Q Tempo 16	3,00	,973	20
Q Tempo 17	3,05	1,050	20
Q Tempo 18	3,05	1,099	20
Q Tempo 19	2,75	,550	20
Q Tempo 20	3,35	,813	20
Q Religião 21	3,30	,801	20
Q Religião 22	3,05	,887	20
Q Emprego 23	3,80	,616	20
Q Emprego 24	3,40	,940	20
Q Mass media 25	2,80	,894	20
Q Mass media 26	2,35	,875	20
Q Mass media 27	2,70	,801	20
Q rendimento 28	2,95	,826	20
Q rendimento 29	3,05	,887	20
Q rendimento 30	3,05	,999	20
Q rendimento 31	3,05	,887	20
Q rendimento 32	3,55	1,234	20
Q rendimento 33	3,05	1,099	20

Q rendimento 34	3,10	1,165	20
Q vizinhança 35	3,40	,883	20
Q vizinhança 36	3,40	,940	20
Q vizinhança 37	3,00	,973	20
Q vizinhança 38	3,65	,813	20
Q vizinhança 39	2,65	1,040	20
Q vizinhança 40	3,25	,786	20

### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,392	2,350	4,550	2,200	1,936	,254	40

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q Casamento 1	131,35	433,292	,644	.	,951
Q Casamento 2	131,75	426,724	,432	.	,953
Q Casamento 3	131,15	440,766	,283	.	,953
Q Casamento 4	131,90	442,411	,116	.	,955
Q Amigos 5	131,70	428,326	,621	.	,951
Q Amigos 6	131,80	423,432	,781	.	,950
Q Saúde 7	132,00	430,842	,496	.	,952
Q Saúde 8	132,25	435,566	,533	.	,952
Q Casa 9	131,55	429,208	,535	.	,952
Q Casa 10	132,20	439,747	,364	.	,952
Q Casa 11	132,50	439,737	,281	.	,953
Q casa espaço 12	132,05	421,103	,715	.	,950
Q casa espaço 13	132,00	423,158	,716	.	,950
Q Educação 14	131,30	429,379	,693	.	,951
Q Educação 15	132,05	420,471	,733	.	,950
Q Tempo 16	132,70	419,484	,726	.	,950
Q Tempo 17	132,65	416,029	,753	.	,950
Q Tempo 18	132,65	415,397	,732	.	,950
Q Tempo 19	132,95	438,997	,437	.	,952
Q Tempo 20	132,35	421,397	,819	.	,950
Q Religião 21	132,40	438,779	,297	.	,953
Q Religião 22	132,65	433,082	,420	.	,952
Q Emprego 23	131,90	440,832	,316	.	,953
Q Emprego 24	132,30	421,063	,711	.	,950
Q Mass media 25	132,90	420,621	,762	.	,950
Q Mass media 26	133,35	423,082	,709	.	,950
Q Mass media 27	133,00	426,211	,681	.	,951
Q rendimento 28	132,75	439,776	,258	.	,953
Q rendimento 29	132,65	424,976	,646	.	,951
Q rendimento 30	132,65	421,608	,653	.	,951
Q rendimento 31	132,65	423,397	,690	.	,951

Avaliação da relação entre Satisfação Profissional, Qualidade de Vida e Resiliência Familiares  
Um estudo com profissionais de saúde  
Cátia Almeida (catia\_almeida@hotmail.com) 2009



Q rendimento 32	132,15	440,871	,135	.	,955
Q rendimento 33	132,65	419,187	,644	.	,951
Q rendimento 34	132,60	413,832	,721	.	,950
Q vizinhança 35	132,30	422,747	,712	.	,950
Q vizinhança 36	132,30	424,747	,613	.	,951
Q vizinhança 37	132,70	419,168	,734	.	,950
Q vizinhança 38	132,05	424,155	,734	.	,950
Q vizinhança 39	133,05	423,839	,571	.	,951
Q vizinhança 40	132,45	430,997	,544	.	,952

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
135,70	449,379	21,199	40

## 2. QFF

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,965	,965	29

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Forças1	3,75	,887	28
Forças2	3,89	,737	28
Forças3	3,93	,716	28
Forças4	4,25	,701	28
Forças5	4,11	,786	28
Forças6	3,96	,744	28
Forças7	3,75	,752	28
Forças8	4,18	,612	28
Forças9	3,79	,995	28
Forças10	4,04	,881	28
Forças11	4,18	,723	28
Forças12	3,75	,844	28
Forças13	3,86	,756	28
Forças14	4,07	,716	28
Forças15	3,54	,838	28
Forças16	3,96	,881	28
Forças17	3,43	,997	28
Forças18	4,21	,686	28
Forças19	4,00	,903	28
Forças20	3,82	,772	28
Forças21	3,36	1,062	28
Forças22	4,18	,772	28

Forças23	3,71	,810	28
Forças24	3,89	,737	28
Forças25	4,21	,787	28
Forças26	3,32	,772	28
Forças27	3,57	,879	28
Forças28	3,61	,875	28
Forças29	3,89	,832	28

#### Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3,869	3,321	4,250	,929	1,280	,069	29

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Forças1	108,46	262,258	,635	.	,964
Forças2	108,32	266,226	,603	.	,964
Forças3	108,29	265,101	,672	.	,964
Forças4	107,96	267,221	,593	.	,964
Forças5	108,11	262,988	,694	.	,964
Forças6	108,25	267,083	,561	.	,964
Forças7	108,46	262,925	,730	.	,963
Forças8	108,04	268,332	,628	.	,964
Forças9	108,43	258,772	,673	.	,964
Forças10	108,18	257,485	,814	.	,963
Forças11	108,04	261,739	,813	.	,963
Forças12	108,46	257,443	,854	.	,962
Forças13	108,36	267,201	,547	.	,965
Forças14	108,14	266,794	,597	.	,964
Forças15	108,68	260,893	,727	.	,963
Forças16	108,25	257,750	,804	.	,963
Forças17	108,79	259,804	,637	.	,964
Forças18	108,00	271,556	,409	.	,965
Forças19	108,21	262,767	,605	.	,964
Forças20	108,39	260,470	,811	.	,963
Forças21	108,86	260,127	,585	.	,965
Forças22	108,04	263,517	,685	.	,964
Forças23	108,50	262,333	,697	.	,964
Forças24	108,32	265,485	,635	.	,964
Forças25	108,00	261,778	,742	.	,963
Forças26	108,89	260,840	,796	.	,963
Forças27	108,64	258,090	,794	.	,963
Forças28	108,61	259,729	,737	.	,963
Forças29	108,32	257,263	,874	.	,962

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
112,21	281,286	16,772	29

**3. QSP****Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,957	,956	25

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
Q satis.prof.	2,43	,690	28
Q satis.prof.	1,93	,716	28
Q satis.prof.	1,89	,737	28
Q satis.prof.	1,25	,752	28
Q satis.prof.	2,14	,756	28
Q satis.prof.	1,79	,630	28
Q satis.prof.	2,00	,903	28
Q satis.prof.	1,68	,863	28
Q satis.prof.	2,50	,745	28
Q satis.prof.	1,64	,826	28
Q satis.prof.	1,61	,629	28
Q satis.prof.	1,46	,793	28
Q satis.prof.	1,75	,701	28
Q satis.prof.	1,93	,466	28
Q satis.prof.	2,07	,663	28
Q satis.prof.	1,18	,863	28
Q satis.prof.	1,43	,836	28
Q satis.prof.	1,86	,848	28
Q satis.prof.	,86	,756	28
Q satis.prof.	,89	,832	28
Q satis.prof.	1,46	,793	28
Q satis.prof.	1,93	,813	28
Q satis.prof.	1,75	,752	28
Q satis.prof.	2,07	,858	28
Q satis.prof.	2,11	,786	28

**Summary Item Statistics**

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1,744	,857	2,500	1,643	2,917	,171	25

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q satis.prof.	41,18	169,263	,548	.	,956
Q satis.prof.	41,68	165,115	,758	.	,954
Q satis.prof.	41,71	163,767	,809	.	,953
Q satis.prof.	42,36	169,275	,498	.	,957
Q satis.prof.	41,46	164,925	,725	.	,954
Q satis.prof.	41,82	167,041	,746	.	,954
Q satis.prof.	41,61	160,988	,776	.	,954
Q satis.prof.	41,93	164,291	,657	.	,955
Q satis.prof.	41,11	166,840	,633	.	,955
Q satis.prof.	41,96	162,480	,780	.	,954
Q satis.prof.	42,00	167,111	,743	.	,954
Q satis.prof.	42,14	164,646	,703	.	,954
Q satis.prof.	41,86	165,757	,739	.	,954
Q satis.prof.	41,68	176,226	,254	.	,958
Q satis.prof.	41,54	169,147	,580	.	,956
Q satis.prof.	42,43	162,847	,726	.	,954
Q satis.prof.	42,18	161,930	,797	.	,953
Q satis.prof.	41,75	164,194	,675	.	,955
Q satis.prof.	42,75	167,306	,598	.	,956
Q satis.prof.	42,71	165,989	,602	.	,956
Q satis.prof.	42,14	163,312	,772	.	,954
Q satis.prof.	41,68	164,597	,686	.	,955
Q satis.prof.	41,86	164,201	,769	.	,954
Q satis.prof.	41,54	166,851	,541	.	,956
Q satis.prof.	41,50	166,926	,593	.	,956

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
43,61	179,581	13,401	25

## Quadro da consistência interna do QSP

		Correlação Item-total	Alpha total sem o item	alpha de Cronbach ( $\alpha$ )
<b>F1</b>	<b>Avaliação da minha situação profissional</b>			<b>.85</b>
1	Tenho uma ideia clara do que a organização onde trabalho pensa de mim	,548	,956	
2	Tenho as condições materiais necessárias para exercer as minhas funções	,758	,954	
3	A organização onde trabalho aproveita ao máximo as minhas competências	,809	,953	
4	Considero que o meu salário é adequado para as minhas funções	,498	,957	
5	Sinto-me realizado com as funções exercidas	,725	,954	

Avaliação da relação entre Satisfação Profissional, Qualidade de Vida e Resiliência Familiares  
Um estudo com profissionais de saúde  
Cátia Almeida (catia\_almeida@hotmail.com) 2009

<b>F2</b>	<b>Avaliação do funcionamento do meu serviço ou departamento</b>		<b>.87</b>
6	Considero o meu serviço/departamento bem organizado.	,746	,954
7	Participo em reuniões periódicas de avaliação e/ou fixação de objectivos do meu serviço/departamento	,776	,954
8	A chefia do meu serviço reúne-se comigo para apoiar/avaliar o meu desempenho e/ou fixar objectivos	,657	,955
9	O meu relacionamento profissional com os colegas é excelente	,633	,955
10	O meu desenvolvimento profissional é acompanhado e incentivado pelo meu serviço/departamento.	,780	,954
<b>F3</b>	<b>Avaliação global do serviço</b>		<b>.79</b>
11	Considero o meu serviço muito bem organizado	,743	,954
12	Considero os gestores do meu serviço muito competentes	,703	,954
13	Considero que a organização onde trabalho tem um grande futuro	,739	,954
14	Considero os utentes do meu serviço geralmente satisfeitos	,254	,958
15	Orgulho-me de fazer parte deste serviço	,580	,956
<b>F4</b>	<b>Avaliação da política de recursos humanos da organização onde trabalho</b>		<b>.90</b>
16	Esta organização proporciona-me bons incentivos financeiros e não financeiros	,726	,954
17	A organização proporciona-me boa formação profissional	,797	,953
18	A organização proporciona-me bons cuidados de saúde	,675	,955
19	A organização proporciona-me boas actividades culturais, cívicas, desportivas e lúdicas	,598	,956
20	A organização proporciona-me qualidade de vida (cantina, estacionamento, creche, ginásio, ...)	,602	,956
<b>F5</b>	<b>Avaliação de outros factores de satisfação profissional</b>		<b>.84</b>
21	É perguntada a minha opinião quando se registam mudanças que afectam o meu trabalho	,772	,954
22	Tenho autonomia para tomar decisões	,686	,955
23	Sinto-me bem informado(a) sobre a estratégia e o que se passa nesta organização	,769	,954
24	Consigo manter o equilíbrio entre a minha vida profissional e a minha vida pessoal	,541	,956
25	Sinto-me respeitado como pessoa e como profissional	,593	,956

## **Anexo III – Resultados:**

### ***Outputs do SPSS resultantes da análise estatística***